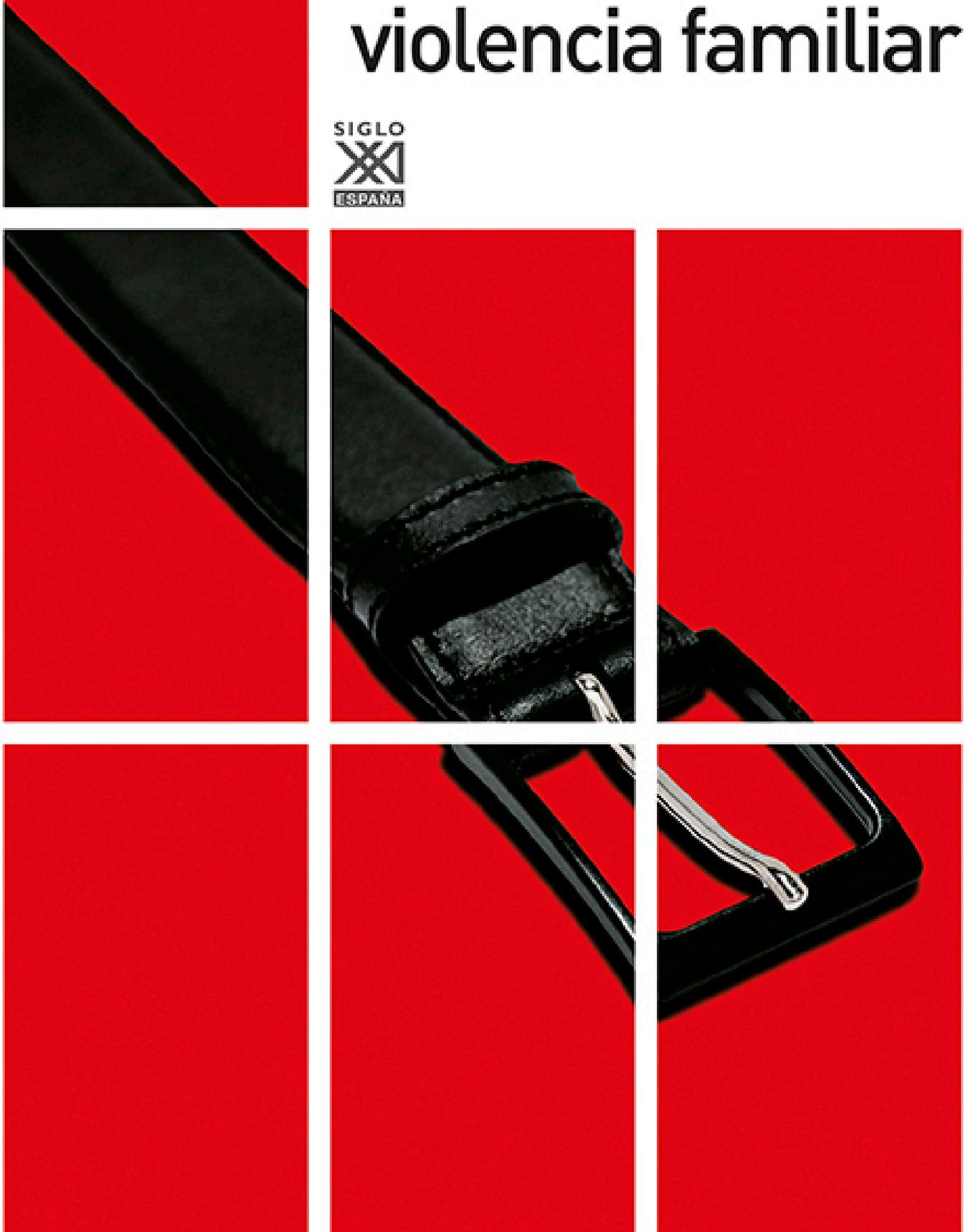


Enrique Echeburúa  
Paz de Corral

# Manual de violencia familiar

SIGLO  
  
ESPAÑA





# MANUAL DE VIOLENCIA FAMILIAR

*por*

ENRIQUE ECHEBURÚA  
Y PAZ DE CORRAL





---

**siglo veintiuno editores, sa**

CERRO DEL AGUA, 248. 04310 MÉXICO, D.F.

---

**siglo veintiuno de españa editores, sa**

PRÍNCIPE DE VERGARA, 78. 28006 MADRID. ESPAÑA

---

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

Primera edición, septiembre de 1998

© SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S. A.  
Príncipe de Vergara, 78. 28006 Madrid

© Los autores

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España  
*Printed and made in Spain*

Diseño de la cubierta: Pedro Arjona

ISBN: 84-323-0971-0

Depósito legal: M. 35.081-1998

Fotocomposición: Fernández Ciudad, S. L.  
Catalina Suárez, 19. 28007 Madrid

Impreso en Closas-Orcoyen, S. L. Polígono Igarsa  
Paracuellos de Jarama (Madrid)

*A nuestros colaboradores*

*Pedro Amor*

*Raúl Cenea*

*Javier Fernández-Montalvo*

*Cristina Guerricaechevarría*

*Karmele Salaberría*

*Belén Sarasua*

*Irene Zubizarreta*

*Ellos han sabido hacer del trabajo  
bien hecho y de la lealtad compartida  
un estilo de conducta.*



# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| RELACIÓN DE AUTORES .....                      | XI |
| PRÓLOGO, <i>Aquilino Polaino-Lorente</i> ..... | XV |
| INTRODUCCIÓN .....                             | 1  |

## PARTE PRIMERA

### MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO (Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Belén Sarasua e Irene Zubizarreta)

|   |    |
|---|----|
| I. ASPECTOS TEÓRICOS .....  | 11 |
| 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO .....                              | 11 |
| 2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN .....  | 17 |
| II. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS ....                               | 23 |
| 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO .....                                  | 23 |
| 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA .....                 | 25 |
| 5. APÉNDICES DE EVALUACIÓN .....  | 28 |
| 5.1. Instrumentos de evaluación del maltrato .....                                | 28 |
| 5.1.1. Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico .....      | 28 |
| 5.1.2. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático ..... | 32 |
| 5.1.3. Escala de Conductas-Objetivo .....   | 36 |
| 5.2. Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada .....               | 38 |
| 5.2.1. Escala de Inadaptación .....   | 38 |
| 5.2.2. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) .....                           | 40 |
| 5.2.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....                                | 41 |
| 5.2.4. Escala Heteroaplicada de Valoración de la Depresión (HRS)..                | 44 |
| 5.2.5. Escala de Autoestima .....   | 46 |
| 5.3. Otros instrumentos .....   | 49 |
| 5.3.1. Escala de Percepción Global de Cambio .....                                | 49 |
| 5.3.2. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento .....                      | 50 |

|  |    |
|--|----|
| III. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO ..... | 52 |
| 6. FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA .....                         | 52 |
| 7. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA .....                            | 53 |
| 7.1. Formato del programa .....                              | 53 |
| 7.2. Diario de sesiones .....                                | 54 |
| 7.2.1. Tratamiento individual .....                          | 54 |
| 7.2.2. Tratamiento grupal .....                              | 60 |

## PARTE SEGUNDA

### HOMBRES MALTRATADORES

(Enrique Echeburúa y Javier Fernández-Montalvo)

|   |     |
|---|-----|
| IV. ASPECTOS TEÓRICOS .....   | 73  |
| 1. MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR .....  | 73  |
| 2. PERFIL DEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MALTRATADORES .....                                      | 78  |
| 3. TIPOS DE MALTRATADORES .....   | 85  |
| 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN .....  | 86  |
| V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS MALTRATADORES .....  | 91  |
| 5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO .....  | 91  |
| 6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA .....                                       | 94  |
| 7. APÉNDICES DE EVALUACIÓN .....  | 96  |
| 7.1. Instrumentos de evaluación del maltrato .....  | 96  |
| 7.1.1. Entrevista General Estructurada de Maltratadores .....   | 96  |
| 7.1.2. Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato ( <i>versión para el maltratador</i> ) ..... | 108 |
| 7.1.3. Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato ( <i>versión para la víctima</i> ) .....     | 110 |
| 7.1.4. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia .....    | 112 |
| 7.2. Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada .....                                     | 114 |
| 7.2.1. Listado de Síntomas (SCL-90-R) .....   | 114 |
| 7.2.2. Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo/Estado (STAXI) .....                                 | 119 |
| 7.2.3. Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) .....  | 122 |
| 7.2.4. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) .....   | 124 |
| 7.2.5. Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....  | 124 |
| 7.2.6. Escala de Inadaptación .....   | 124 |
| 7.2.7. Escala de Ajuste Diádico (DAS) .....   | 125 |
| 7.2.8. Escala de Autoestima .....   | 128 |
| 7.3. Otros instrumentos .....   | 129 |
| 7.3.1. Escala de Expectativas de Cambio .....   | 129 |
| 7.3.2. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento .....  | 129 |

|   |     |
|---|-----|
| VI. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MALTRATADORES .....                                  | 130 |
| 8. FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA .....  | 130 |
| 9. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA .....   | 130 |
| 9.1. Formato del programa .....   | 130 |
| 9.2. Diario de sesiones .....   | 132 |
| EPÍLOGO: ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA VIOLENCIA EN LA PAREJA?, <i>Jorge Corsi</i> ..... | 177 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 189 |
| DIRECCIONES DE INTERÉS .....  | 193 |
| LECTURAS RECOMENDADAS .....   | 203 |
| ÍNDICE TEMÁTICO .....   | 205 |
| APÉNDICES .....   | 207 |



## RELACIÓN DE AUTORES

**Paz de Corral**

Profesora Titular de Terapia de Conducta. Universidad del País Vasco.

**Jorge Corsi**

Director de la Carrera de Especialización en Violencia Familiar. Universidad de Buenos Aires.

**Enrique Echeburúa**

Catedrático de Terapia de Conducta. Universidad del País Vasco.

**Javier Fernández-Montalvo**

Profesor de Psicopatología. Universidad Pública de Navarra.

**Aquilino Polaino-Lorente**

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense de Madrid.

**Belén Sarasua**

Doctora en Psicología. Psicóloga clínica especializada en Violencia Familiar.

**Irene Zubizarreta**

Doctora en Psicología. Psicóloga clínica especializada en Violencia Familiar.



*Los suspiros son aire y van al aire.  
Las lágrimas son agua y van al mar.  
Dime, mujer: cuando el amor se olvida,  
¿sabes tú adónde va?*

GUSTAVO ADOLFO BÉCQUER  
(*Rimas*, XXXVIII)



## PRÓLOGO

*Los autores de esta publicación nos hacen reflexionar en la misma orilla en que la actual sociedad proclama una verdad doliente: la del abuso y violencia familiar, cualquiera que fueren sus causas. Y esto es muy de agradecer. Sobre todo si, como es el caso, aportan medidas, estrategias y procedimientos de intervención para hacer frente al problema e incluso prevenirlo. Tal modo de proceder manifiesta en ellos ciertas actitudes que son encomiables.*

*La sociedad informatizada en que vivimos no atiende por igual a cuanto sucede. Con harta y sospechosa frecuencia cierra sus ojos y su boca a realidades que no desea ver y ante las que enmudece y nada informa acerca de ellas. Y eso a pesar de que en ellas se vea gravemente comprometida la misma dignidad humana.*

*Hay, en efecto, silencios que matan. El silencio ante la violencia familiar es, desde luego, uno de ellos. Pero quienes son sus cómplices, también matan igualmente.*

*Es propósito de esta publicación, que ahora me honro en prologar, desvelar y dar a conocer esa verdad, tanto tiempo amordazada y sumergida en la vileza de la ignorancia.*

*Los autores afrontan este objetivo desde un horizonte que satisface muy cumplidamente dos notas características que no menudean en la bibliografía actualmente disponible: el rigor científico y una sistematización de los procedimientos a emplear. Esto último, lógicamente, facilita mucho y hasta confiere una cierta inmediatez potenciadora de su aplicabilidad.*

*Para tal fin, el equipo formado por los profesores Echeburúa, De Corral y Fernández-Montalvo comienzan por donde es menester: por la evaluación y diagnóstico del problema. En este punto se observa enseguida el buen oficio que tienen. El diseño e inclusión de instrumentos originales de evaluación —por cierto, muy precisos y focalizados en sus contenidos— salen garantes de esa larga travesía que vienen reali-*

zando los autores de esta publicación por los procelosos mares de la violencia familiar.

Y lo han hecho “subiendo el listón”, como exige su dedicación académica y universitaria. Es muy de agradecer que la población española —siempre tan diferente e idiosincrásica culturalmente disponga de instrumentos propios de evaluación para estos menesteres, en lugar de estar “mendigando” a través de traducciones, que no siempre satisfacen su objetivo, de publicaciones de autores extranjeros.

Siguen luego diversos programas de intervención terapéutica. Nada se ha dejado en ellos a la improvisación o al descuido. Todo aquí comparece ante el lector “atado y bien atado”, ofreciéndonos cumplidas cuentas de los objetivos, sesiones, pasos y estrategias (de afrontamiento, de expresión emocional, de reevaluación cognitiva, etc.), tanto en la terapia del maltratador como de su víctima.

Detrás de los contenidos de estos programas de tratamiento individual y grupal hay mucha precisión y reflexión pormenorizada, lo que testimonia la profesionalidad y competencia práctica de este equipo, algo que no siempre suele acompañar el talante profesional de los profesores universitarios.

Es especialmente iluminador el estudio de los factores psicológicos de las mujeres víctimas del maltrato, así como de las variables que se concitan en la violencia en el hogar, que los profesores Echeburúa y De Corral aquí nos presentan.

Lo que debiera ser la “oukía”, el escenario natural en el que las personas crecen, se encuentran con los que más quieren, descansan, se cultivan y solazan sus espíritus, bien acunados en la afectividad del hogar, se ha transformado aquí, paradójicamente, en lugar de desencuentro, en campo de batalla, en tierra baldía, montaraz e invivible para la condición humana.

El perfil psicopatológico de los maltratadores y el establecimiento de su tipología que nos presentan Enrique Echeburúa y Javier Fernández-Montalvo ha resultado, para quien esto escribe, harto persuasivo y fascinante. Es probable que ello pueda atribuirse al defecto profesional de quien, como es el caso, lleva dedicándose a la psiquiatría clínica de forma ininterrumpida durante más de un cuarto de siglo. Sea como fuere, el hecho es que el perfil psicopatológico que los autores establecen resulta coincidente con lo que la práctica clínica les ha enseñado.

No deja de ser curioso que estos datos estén acordes también con la más reciente información epidemiológica disponible. Según la OMS (1997), casi tres millones de españoles son bebedores excesivos, y de

*ellos 1.600.000 son alcohólicos, aunque sólo 300.000 acepten someterse a tratamiento de deshabitación. En nuestro país, apenas un 10% de las personas que consumen alcohol en exceso han experimentado la necesidad de acudir a un centro que les pueda asesorar para dejar tal hábito.*

*Entre nosotros, el consumo excesivo de alcohol tiene una prevalencia en el mundo laboral de alrededor de cincuenta mil personas. Tal población tiene un riesgo cuatro veces mayor de sufrir enfermedades que la población general y, de hecho, sufren 3,6 veces más accidentes que los no alcohólicos.*

*En lo que se refiere al coste de la enfermedad, hay que decir que es de alrededor de 440.000 pesetas/año, por paciente. Repare el lector en que la duración del tratamiento es, cuando menos, de dos años.*

*En este punto es conveniente recordar que el 27% de los casos de abusos de niños y el 25% de los de violencia doméstica están relacionados con la dependencia del alcohol (Informe Merk, octubre de 1997).*

*Aunque supondría una intolerable caída en la pseudoexplicación reduccionista, el hecho de vincular la violencia familiar con sólo el consumo de alcohol, no obstante la relevancia de la información de que disponemos precisa dedicar a esta cuestión en el futuro un mayor énfasis atencional.*

*La elocuencia abrumadora e infamante de los anteriores datos debiera hacernos pensar. No, no resulta fácil poner solución a tan graves problemas. Ciertamente hay que felicitar a las personas que integran este prestigioso equipo por los éxitos terapéuticos que han obtenido —y de los cuales nos informan también en esta publicación—, tras de aplicar estos programas que, de forma tan innovadora, ahora nos ofrecen.*

*En cierto modo, es lógico que sea así, por cuanto los programas que han empleado están enriquecidos con procedimientos y estrategias de muy diverso calado, escuela y contenidos temáticos. Pero conviene no olvidar que el 48% de la población, con la que este equipo trabajó —casi la mitad—, rechazó las posibilidades terapéuticas que en su día le ofrecieron.*

*¿Qué habrá sido de ellos? ¿Cuál será el futuro de las mujeres, menores y ancianos —las víctimas más desvalidas— que sufrieron la violencia familiar? ¿Qué consecuencias sociales genera todo esto? ¿Desgarra o no el tejido social la violencia familiar? Y si lo desgarran, ¿nos hace o no daño a todos? ¿Podemos, entonces, volver nuestras espaldas a estos problemas, mientras miramos, con disimulo y como a hurtadillas, hacia otra parte?*

*Al final de esta publicación se nos ofrece una guía de lecturas muy recomendadas y bien seleccionadas, por cuanto su impacto es frontal y hacen diana en el tema que nos ocupa. Se ofrecen también numerosas direcciones de interés, a donde remitir y orientar a las personas que tengan necesidad de ello. El índice temático con que se cierra el volumen facilita mucho la consulta al lector.*

*El texto que tienes entre las manos, amigo lector, es para especialistas. Ojalá en sus páginas aprendas lo necesario para conducir mejor tu andadura profesional por los zigzagueantes caminos —las más de las veces, tan poderosamente enmarañados— de la violencia familiar.*

*Te deseo que, con su ayuda, seas más eficiente y puedas contribuir a la abolición de esta lacra humana y social que hiere a la persona y, en ella, a todos nosotros.*

*Aceptar este reto, intervenir en él para extinguirlo y, sobre todo, tratar de prevenirlo, es algo que hoy demanda la justicia social y la solidaridad personal además de, qué duda cabe, la psicología clínica.*

AQUILINO POLAINO-LORENTE

*Catedrático de Psicopatología de la Universidad  
Complutense*

## INTRODUCCIÓN

La violencia en el hogar ha experimentado un desarrollo espectacular en las dos últimas décadas, quizá porque ha aumentado de forma notable, quizá porque ahora emerge más al exterior o quizá por una mezcla de las dos cosas. No es algo meramente metafórico decir que se trata de un fenómeno epidémico cuando ha crecido a un ritmo más rápido incluso que los accidentes de coche, las agresiones sexuales y los robos. En realidad, la familia es el foco de violencia más destacado de nuestra sociedad. De hecho, según la Asociación Médica Americana, el 25% de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida.

Por extraño que pueda parecer, el hogar —lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de necesidades básicas para el ser humano— puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas. Las situaciones de cautiverio —y la familia es una institución cerrada— constituyen un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas. En estos casos las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por la fuerza física, por la dependencia emocional, por el aislamiento social o por distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales.

No deja de ser curioso que las diferencias de sexo condicionen el tipo de violencia experimentada. Cuando un hombre sufre una agresión, ésta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Las mujeres, por el contrario, al menos en la mayoría de los casos, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos en el hogar y a manos de su pareja.

La conducta violenta en casa supone un intento de control de la relación y es reflejo de una situación de **abuso de poder**. Resulta, por ello, explicable que el maltrato lo protagonicen los hombres y se cebe en las mujeres, los niños y los ancianos, que son los sujetos más vulnerables en el seno del hogar (Corsi, 1994).

Las desavenencias conyugales no son sinónimo de violencia. Los conflictos en sí mismos no son negativos y son consustanciales a cualquier relación de pareja. Lo que diferencia a una pareja sana de una pareja violenta es que la primera utiliza formas adecuadas de solución de problemas, mientras que la segunda recurre a la violencia como la forma más rápida y efectiva de zanjar —provisionalmente— un problema. Se trata en este caso de una herida cerrada en falso.

La violencia en la pareja puede revestir diversas formas. Se habla de **maltrato físico** cuando las conductas implicadas (puñetazos, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, etc.) son reflejo de un abuso físico. La situación de máximo riesgo para la integridad de la mujer puede ser el momento de la separación, cuando el agresor se da cuenta de que la pérdida es algo inevitable.

En el **maltrato psicológico** son frecuentes desvalorizaciones (críticas y humillaciones permanentes), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio o de llevarse los niños), conductas de restricción (control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa), conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos) y, por último, culpabilización a ella de las conductas violentas de él (Caño, 1995).

Este tipo de maltrato puede ser reflejo de diversas actitudes por parte del maltratador: *hostilidad*, que se manifiesta en forma de reproches, insultos y amenazas; *desvalorización*, que supone un desprecio de las opiniones, de las tareas o incluso del propio cuerpo de la víctima; e *indiferencia*, que representa una falta total de atención a las necesidades afectivas y los estados de ánimo de la mujer.

Por último, el **maltrato sexual** está referido al establecimiento forzado de relaciones eróticas, sin la más mínima contrapartida afectiva, o a la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995).

Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios —y por motivos cada vez más insignificantes— es mucho mayor. Rotas las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la utilización de la violencia como estrategia de control de la conducta se hace cada vez más frecuente. El sufrimiento de la mujer, lejos de constituirse en un revulsivo de la violencia y en suscitar una empatía afectiva o, al menos, un nivel de compasión, se constituye en un estímulo discriminativo para la agresión.

El maltrato doméstico puede funcionar como una conducta agresiva que es aprendida de forma vicaria por los hijos y que se transmite culturalmente a las generaciones posteriores. En concreto, la observación reiterada por parte de los hijos de la violencia ejercida por el hombre a la mujer tiende a perpetuar esta conducta en las parejas de la siguiente generación. Los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar. Las niñas aprenden, a su vez, que ellas deben aceptarla y convivir con ella.

Resulta, cuando menos, sorprendente la relativa tolerancia a los comportamientos violentos en el seno del hogar. Una de las características singulares del maltrato doméstico es la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia durante un período no inferior a 10 años antes de adoptar algún tipo de medidas. Con frecuencia se engañan a sí mismas convenciéndose de que las cosas no están tan mal y de que pueden evitar nuevos abusos si perseveran en el intento.

De hecho, la búsqueda tardía de ayuda terapéutica se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (la protección de los hijos) y psicológicas (la minimización del problema, la vergüenza, el miedo, la indefensión generada, la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, etc.), así como por el temor ante el futuro (precariedad económica, problemas de vivienda, porvenir incierto de los hijos, enfrentamiento en solitario ante la vida, etc.). No es infrecuente que la denuncia —sólo de un 10 a un 30% de los casos son denunciados— o el recurso a los servicios asistenciales coincidan con algún momento crítico en el seno de la familia (por ejemplo, la separación o la extensión de la violencia a los hijos) (Rojas Marcos, 1995).

Los estereotipos sociales desempeñan un papel importante en la ocultación de la violencia en el hogar. En concreto, la consideración de que la violencia familiar atañe sólo al ámbito de lo privado («*los trapos sucios se lavan en casa*») y la relativa aceptación social<sup>1</sup> de las conductas de maltrato han contribuido a inhibir la aparición del

---

<sup>1</sup> Esta aceptación social queda reflejada en numerosas expresiones justificativas del maltrato que aparecen en refranes o canciones populares: «*Dale una paliza cada noche a tu mujer. Si tú no sabes por qué, ella sí lo sabe.*» «*Si tu marido te pega, no llores, Lola. Vale más llevar palo que dormir sola.*» Repare asimismo el lector en las siguientes adivinanzas populares: «*¿En qué se parecen las mulas a las mujeres? En que las dos funcionan mejor después de haber recibido una paliza.*» «*¿En qué se parece una mujer a una pelota de frontón? En que cuanto más fuerte le pegas, más rápido vuelve.*»

problema en sus justas dimensiones, así como a mantener una serie de creencias erróneas al respecto (cuadro 1).

El mantenimiento o la ruptura de la relación de pareja por parte de la mujer dependen de la edad, el nivel cultural, la existencia de trabajo extradoméstico y el apoyo social, así como de las expectativas previas en relación con la pareja.

CUADRO 1. *Errores y verdades sobre la violencia doméstica*

| <i>Falso</i>  | <i>Verdadero</i>  |
|---|---|
| Pegar una bofetada a su esposa no está prohibido por la ley.  | Una bofetada es una forma de maltrato. La ley especifica que un ataque a otra persona, incluida su esposa, es ilegal.   |
| Maltratar significa golpear a alguien hasta que sangra o se le fracturen los huesos.                          | Maltratar significa causar daño físico o psicológico, independientemente de que haya heridas visibles o no.   |
| El abuso de drogas y alcohol es responsable de la violencia familiar.   | Muchas personas que actúan violentamente contra los miembros de su familia nunca toman alcohol ni usan drogas. Otros toman alcohol o usan drogas y no son violentos.  |
| Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan serio como el de las mujeres maltratadas. | De todos los adultos maltratados, el 95% son mujeres. Es cierto que algunas mujeres maltratan a sus maridos, pero en la mayoría de los casos las mujeres son las víctimas y no las agresoras.                                       |
| La mayoría de las víctimas de la violencia familiar no sufren heridas serias.                                 | El maltrato causa más lesiones a las mujeres que el total de los accidentes de tráfico, asaltos callejeros o violaciones.   |
| Si una mujer maltratada dejara a su marido, estaría a salvo.  | Las amenazas, los acosos y las agresiones generalmente aumentan cuando la mujer deja al agresor. Este momento puede ser el más peligroso en su relación.  |
| Si se arrestase a los maltratadores y se les metiera en la cárcel, la violencia familiar terminaría.          | El arresto y la detención del agresor no son, por lo general, suficientes para que éste deje de ser violento para siempre. Es imprescindible someterse a un tratamiento psicológico (y médico en los casos precisos) especializado. |

En el texto se habla de las mujeres como **víctimas** y de los hombres como **agresores**. Si bien éste es el esquema habitual en los casos de violencia familiar, no es insólito que haya mujeres maltratadoras y hombres maltratados. En cualquier caso, el maltrato que tiene como agente activo a la mujer presenta dos características específicas: a) aparece más en forma de humillaciones (abusos económicos, indiferencia afectiva, aislamiento del hombre en la familia, etc.) y de desvalorizaciones que de golpes físicos y surge sobre todo en situaciones en las que el rol laboral o social del hombre es —o se ha vuelto— inferior al de la mujer o en aquellos casos en los que la mujer es mucho más joven que el hombre y plantea unos niveles altos de exigencia; y b) cuando se manifiesta en forma de maltrato físico, aparece frecuentemente como respuesta a los malos tratos repetidos, en casos extremos de defensa propia o ante situaciones de miedo insuperable, en las que estalla la violencia de forma explosiva como consecuencia de una ira reprimida durante mucho tiempo (Torres y Espada, 1996).

El modo de resolución de algunos divorcios puede ser una forma de violencia psicológica para los hombres, sobre todo cuando se experimenta una dificultad para mantener los vínculos afectivos con los hijos. En estos casos, y siempre que el hombre perciba como prioritario el mantenimiento de los lazos paterno-filiales —lo que no siempre ocurre—, el hombre puede sentirse objeto exclusivamente de obligaciones económicas, sin la contrapartida de los vínculos de unión con sus hijos.

¿Qué se puede esperar del futuro respecto a la violencia doméstica? El panorama no es necesariamente desalentador. Hoy se sabe más de lo que ocurre en la intimidad del hogar porque la dignidad de la mujer desempeña un papel que no ha ocupado en otros momentos históricos. No puede decirse, por ello, que las agresiones sean hoy más frecuentes que antes; simplemente, se saben más. En cuanto al futuro próximo, cabe la posibilidad de la mejora de esta situación: en las sociedades más modernas la relación de pareja dura menos, pero no está sometida a una presión tan extrema.

Las relaciones de pareja actuales están basadas en expectativas de igualdad que tienden a inhibir los comportamientos violentos. No debe olvidarse que éstos encuentran un caldo de cultivo adecuado en la dependencia y en la asimetría de la relación. De hecho, ha habido unos cambios determinantes en cuanto a una mayor igualdad en la pareja: el aumento de la edad media del hombre y de la mujer al emparejarse, lo que tiende a reflejar una decisión más pensada; la inde-

pendencia económica de la mujer y la implicación activa en todos los sectores sociales; y la aceptación social del divorcio, a modo de válvula de seguridad.

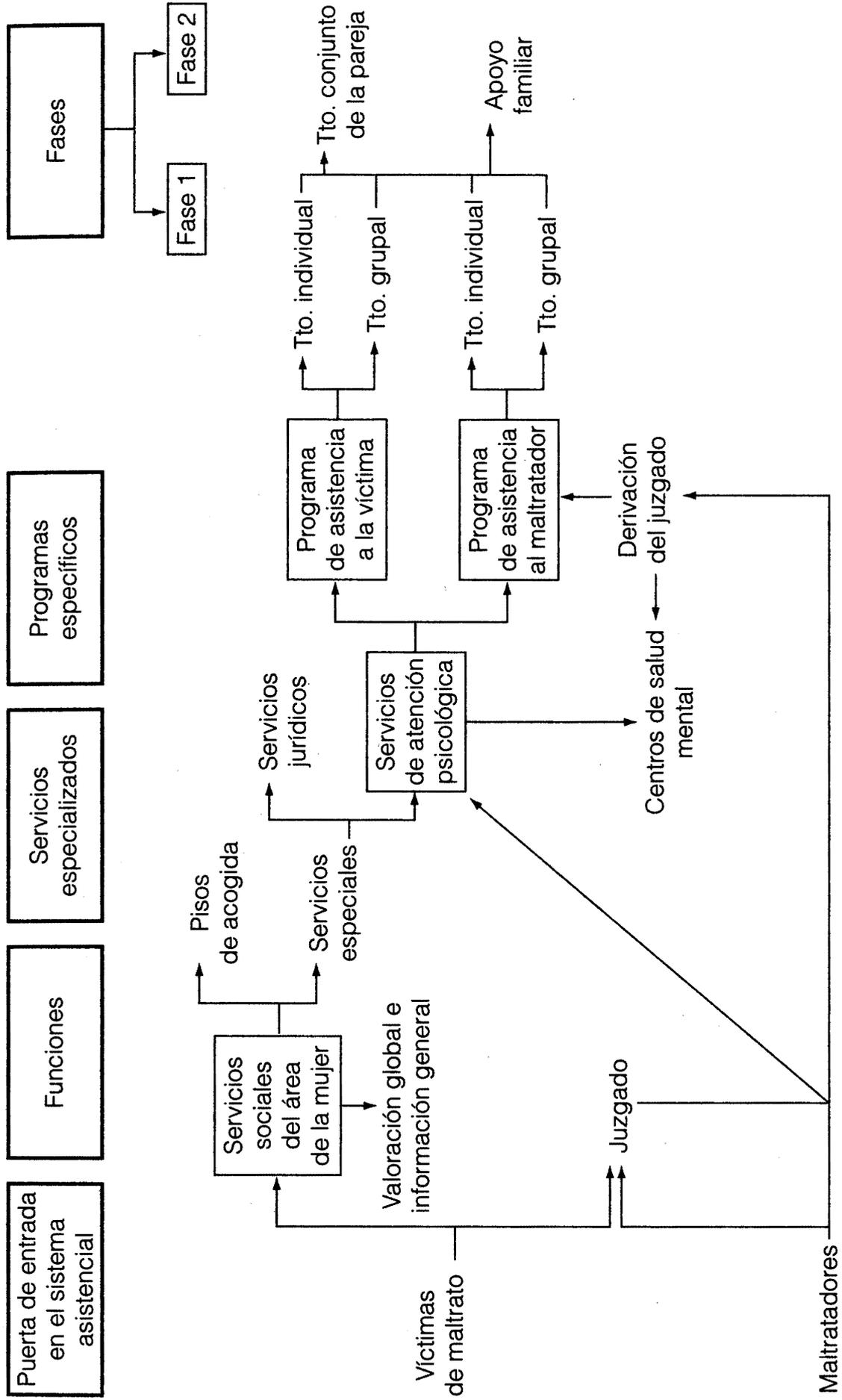
Hay, sin embargo, un aspecto preocupante. La violencia en el hogar tiende a generar, si bien no en todos los casos, niños agresivos. De hecho, los adultos violentos han crecido más en los hogares patológicos azotados por el abuso, las discordias continuas y los malos tratos que en los nuevos modelos familiares, como parejas divorciadas, hogares monoparentales, etc. Desde esta perspectiva, la falta de un modelo paterno adecuado propicia la adquisición de una baja autoestima y dificulta la capacidad para aprender a modular la intensidad de los impulsos agresivos (Rojas Marcos, 1995).

Este volumen tiene como objetivo ser un texto práctico al servicio de los profesionales (psicólogos clínicos, trabajadores sociales, etc.) que están en contacto directo con la violencia familiar. Éste no es un libro más sobre los problemas de la convivencia en el hogar, de los que se ocupan, desde diferentes perspectivas, diversos textos aparecidos en los últimos años. Se trata, por el contrario, de presentar por vez primera un manual práctico de evaluación y tratamiento de la violencia familiar, con dos partes diferenciadas: la primera, referida a las mujeres víctimas de maltrato; la segunda, a los hombres maltratadores. La carga teórica ofrecida es mínima —sólo la imprescindible para la comprensión adecuada del texto. En cualquier caso, se remite, cuando es preciso, a los libros de referencia o a otros trabajos de los propios autores.

Los firmantes de este libro dirigen y están implicados desde hace casi diez años en un programa de tratamiento de la violencia familiar, que ha sido fruto de un convenio entre el Instituto Vasco de la Mujer, las Diputaciones y la Universidad del País Vasco. El organigrama de este Servicio de Violencia Familiar está expuesto en la figura 1. Lo que se ofrece en este texto no es sino el resultado de la reflexión teórica y la práctica clínica llevadas a cabo en este programa, que, lejos de ser algo cerrado y acabado, está en constante revisión en función de los propios resultados obtenidos y de los avances de la investigación.

Es intención de los autores, al estilo de la tradición anglosajona de los manuales prácticos al servicio del terapeuta, acortar la distancia entre la investigación académica y la práctica clínica y facilitar a los

FIGURA 1. Programa de tratamiento del maltrato doméstico



psicólogos en ejercicio un reciclaje real en el quehacer profesional cotidiano. Lo que se presenta en este texto, en definitiva, es un programa protocolizado que ya se ha contrastado clínicamente y que ha proporcionado unos buenos resultados. Requiere, no obstante, que se replique por parte de otros profesionales, se depure lo máximo posible y se incorporen a él las aportaciones de otros clínicos. Si no hay una fecundación permanente y recíproca entre la investigación y la práctica clínica, se corre el peligro, en el primer caso, de orientar el estudio y la experimentación a cuestiones ajenas a la demanda terapéutica real; en el segundo, de practicar un ejercicio profesional repetitivo y rutinario a espaldas de los nuevos avances científicos. Al menos, ésta es la opinión de los autores.

No se abordan en este texto otras facetas de la violencia familiar, como el maltrato a los niños o, lo que constituye una realidad mucho más desconocida, el maltrato a los ancianos que conviven en el hogar. Los límites de este volumen y la experiencia clínica e investigadora de los autores han hecho aconsejable ceñir el contenido a la violencia de la pareja, que constituye, por otra parte, el componente nuclear del maltrato doméstico y a partir del cual suele extenderse frecuentemente a otros miembros de la familia. Una vez adoptada la violencia como estrategia adecuada de control de la relación, puede referirse también a los niños, que, al contar, como en el caso de las mujeres, con una menor fortaleza física, pueden convertirse en un objetivo más fácil de maltrato.

Permitásenos concluir esta ya larga introducción con un sentido homenaje a las víctimas —los maltratadores, en cierto modo, también lo son— del maltrato doméstico. Si la violencia tiene de por sí un efecto destructivo y resulta siempre irracional, lo es mucho más cuando se ejerce en un entorno —la familia— del que se espera cariño y apoyo mutuo y se recibe, por el contrario, odio y humillación. A los autores de este volumen, de dilatada experiencia profesional e investigadora, no nos ha sido posible, afortunadamente, habituarnos a tal sinsentido.

ENRIQUE ECHEBURÚA  
PAZ DE CORRAL

PRIMERA PARTE

## MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO

(Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Belén Sarasua  
e Irene Zubizarreta)



# I. ASPECTOS TEÓRICOS

## 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO

Las mujeres maltratadas constituyen un grupo de población caracterizado por un nivel cultural bajo, la falta de tareas extradomésticas o la existencia de trabajos poco cualificados, la dependencia económica del marido, un apoyo social escaso y la frecuente presencia de hijos menores y de hogares hacinados (tabla 1).

Este perfil demográfico, sin embargo, es característico del grupo de víctimas estudiado en los centros asistenciales. Otras mujeres pueden ser también víctimas de maltrato y no buscar ayuda terapéutica o no acudir a los centros asistenciales, habitualmente gratuitos y dependientes de Ayuntamientos, Diputaciones o Institutos de la Mujer. Las mujeres pertenecientes a una clase social más alta pueden optar directamente por la separación, no exteriorizar lo ocurrido o acudir en busca de ayuda a consultas privadas.

Una de las características singulares del maltrato doméstico es, por un lado, el comienzo temprano en la historia de la relación y, por otro, la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia durante un período no inferior a 10 años (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994). La tolerancia a esta situación aversiva se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás y el aislamiento) y familiares (la protección de los hijos). Pero también hay algunas variables psicológicas —quizá las más importantes— que son capaces de dar cuenta de este hecho: la minimización del problema como resultado de una cierta habituación a la situación de tensión; el miedo; la indefensión generada; la resistencia a reconocer el fracaso de la relación; el temor al futuro en soledad, etc. (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997) (tabla 2).

TABLA 1. *Características demográficas de las víctimas en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Echeburúa et al., 1996)*

|  | <i>Muestra total</i><br>(N = 62) | <i>Maltrato físico</i><br>(N = 37) | <i>Maltrato psicológico</i><br>(N = 25) |
|--|----------------------------------|------------------------------------|---|
|  | N (%)                            | N (%)                              | N (%)                                   |
| <i>Edad media</i> .....<br>( <i>rango</i> ) .....      | 37<br>(19-71)                    | 38<br>(19-71)                      | 37<br>(21-62)                           |
| <i>Estado civil</i>                                    |                                  |                                    |   |
| Casadas .....  | 32 (52)                          | 18 (49)                            | 14 (56)                                 |
| Solteras .....   | 3 (4)                            | 3 (7)                              | 0 (0)                                   |
| Separadas .....  | 11 (18)                          | 5 (13)                             | 6 (24)                                  |
| Trámites de separación .....                           | 16 (26)                          | 11 (31)                            | 5 (20)                                  |
| <i>Número de hijos</i> .....<br>( <i>rango</i> ) ..... | 2<br>(0-9)                       | 2<br>(0-9)                         | 2<br>(0-5)                              |
| <i>Nivel económico</i>                                 |                                  |                                    |   |
| Bajo .....   | 21 (34)                          | 16 (43)                            | 5 (20)                                  |
| Medio-bajo .....                                       | 15 (24)                          | 8 (23)                             | 7 (28)                                  |
| Medio .....  | 18 (29)                          | 8 (23)                             | 10 (40)                                 |
| Medio-alto .....                                       | 4 (7)                            | 2 (3)                              | 2 (8)                                   |
| Alto .....   | 4 (6)                            | 3 (8)                              | 1 (4)                                   |
| <i>Nivel cultural</i>                                  |                                  |                                    |   |
| Sin estudios .....                                     | 10 (17)                          | 8 (22)                             | 2 (8)                                   |
| Estudios primarios .....                               | 31 (50)                          | 17 (47)                            | 14 (56)                                 |
| Estudios secundarios .....                             | 17 (27)                          | 9 (23)                             | 8 (32)                                  |
| Estudios universitarios .....                          | 4 (6)                            | 3 (8)                              | 1 (4)                                   |
| <i>Profesión</i>                                       |                                  |                                    |   |
| Estudiante .....                                       | 1 (2)                            | 0 (0)                              | 1 (4)                                   |
| Ama de casa .....                                      | 24 (39)                          | 17 (47)                            | 7 (28)                                  |
| Servicio doméstico .....                               | 10 (16)                          | 6 (15)                             | 4 (16)                                  |
| Otra profesión .....                                   | 23 (37)                          | 11 (30)                            | 12 (48)                                 |
| En paro .....  | 4 (6)                            | 3 (8)                              | 1 (4)                                   |

Algunos sesgos cognitivos de las víctimas, como la vergüenza a relatar conductas degradantes o la creencia de que la violencia familiar atañe sólo al ámbito de lo privado, pueden asimismo retrasar la búsqueda de ayuda terapéutica.

TABLA 2. *Variables relacionadas con el maltrato doméstico*  
(Echeburúa *et al.*, 1996)

|  | Muestra total<br>(N = 62) | Maltrato físico<br>(N = 37) | Maltrato psicológico<br>(N = 25) |
|--|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
|  | N (%)                     | N (%)                       | N (%)                            |
| <i>Duración del maltrato (en meses).<br/>(rango) .....</i> | 160<br>(8-540)            | 169<br>(8-540)              | 146<br>(10-480)                  |
| <i>Duración media del maltrato</i>                         |                           |                             |                                  |
| Más de 10 años .....                                       | 37 (59)                   | 23 (62)                     | 14 (56)                          |
| De 5 a 10 años .....                                       | 11 (18)                   | 5 (13)                      | 6 (24)                           |
| De 1 a 4 años .....  | 12 (20)                   | 8 (22)                      | 4 (16)                           |
| Menos de 1 año .....                                       | 2 (3)                     | 1 (3)                       | 1 (4)                            |
| <i>Primer episodio de maltrato</i>                         |                           |                             |                                  |
| Noviazgo .....   | 14 (22)                   | 9 (25)                      | 5 (20)                           |
| Primer año de matrimonio .....                             | 31 (50)                   | 20 (53)                     | 11 (44)                          |
| 2-5 años de matrimonio .....                               | 10 (16)                   | 5 (13)                      | 5 (20)                           |
| Más de 5 años de matrimonio .                              | 7 (12)                    | 3 (9)                       | 4 (16)                           |
| <i>Maltrato durante el embarazo</i>                        |                           |                             |                                  |
| Sí .....   | 29 (47)                   | 21 (57)                     | 8 (32)                           |
| No .....   | 33 (53)                   | 16 (43)                     | 17 (68)                          |
| <i>Relaciones sexuales forzadas</i>                        |                           |                             |                                  |
| Sí .....   | 20 (33)                   | 17 (46)                     | 3 (12)                           |
| No .....   | 42 (67)                   | 20 (54)                     | 22 (88)                          |

Ciertas características de personalidad, como una baja autoestima, una asertividad deficiente y una capacidad escasa de iniciativa, facilitan la cronificación del problema y la adopción de conductas de sumisión, reforzadas por la evitación de consecuencias desagradables (bofetadas, broncas, humillaciones, etc.). La habituación al maltrato crónico no preserva, sin embargo, a la víctima —más bien ocurre todo lo contrario— de las repercusiones emocionales negativas.

Las consecuencias de la violencia familiar se expresan habitualmente en forma de los siguientes síntomas (Echeburúa y Corral, 1995):

- a. **Conductas de ansiedad extrema.** Son fruto de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. Precisamente por esta ambivalencia del agresor el maltrato es una conducta que no suele denunciarse. Y si se denuncia, no es nada extraño que la víctima perdone al supuesto agresor antes de que el sistema penal sea capaz de actuar.
- b. **Depresión y pérdida de autoestima, así como sentimientos de culpabilidad.** Los síntomas de depresión, como la apatía, la indefensión, la pérdida de esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de buscar ayuda o de adoptar medidas adecuadas. La depresión está muy relacionada con el déficit de autoestima y la falta gradual de implicación en actividades lúdicas. Más en concreto, la indefensión nace de la incapacidad para predecir o controlar la violencia dirigida contra la víctima.

Los sentimientos de culpa están relacionados con las conductas que la víctima ha realizado para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, no educarles adecuadamente, etc. Casi la mitad de las mujeres se atribuyen a sí mismas la culpa de lo que les ocurre pensando erróneamente, como consecuencia de un estereotipo social, que quizás *«ellas se lo han buscado»*.

La culpa puede referirse a **conductas concretas** como, por ejemplo, no quedarse calladas, no acceder a las peticiones no razonables del marido, etc., o a la **personalidad**, es decir, a la forma de ser: por ejemplo, verse estúpidas, sentirse poco atractivas o considerarse provocadoras. Este segundo caso es menos frecuente, pero produce un impacto psicológico más devastador.

A las mujeres que se culpan a sí mismas de los abusos les cuesta mucho más acudir a un centro asistencial, a la policía o a un abogado.

- c. **Aislamiento social y dependencia emocional del hombre dominante.** La vergüenza social experimentada puede llevar a la ocultación de lo ocurrido y contribuye a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento del dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima.

Todos los síntomas descritos, vividos en el marco de una violencia repetida, configuran una variante del trastorno de estrés postraumático. Los síntomas están relacionados con el trauma ya vivido o con el temor a sufrir nuevos episodios de violencia. Las mujeres pueden separarse, pero no les resulta fácil evitar el contacto con el maltratador, especialmente cuando hay niños implicados. Por ello, el trastorno de estrés postraumático no se reduce si persiste el peligro de ser golpeadas de nuevo.

La victimización —el hecho de ser víctima de un delito— puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas. En concreto, el desarrollo del estrés postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995) y hasta el 50-55% en el caso de las víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa *et al.*, 1997; Zubizarreta *et al.*, 1994) (tabla 3).

TABLA 3. *Trastorno de estrés postraumático y víctimas de maltrato doméstico* (Echeburúa *et al.*, 1997)

|  | Muestra total<br>(N = 126) | Maltrato físico<br>(N = 74) | Maltrato psicológico<br>(N = 52) | x <sup>2</sup> |
|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------|
|  | N (%)                      | N (%)                       | N (%)                            |                |
| <i>Trastorno de estrés postraumático</i> |                            |                             |                                  |                |
| Sí .....                                 | 69 (54,8)                  | 40 (31,7)                   | 29 (23)                          | 0,04(n.s.)     |
| No .....                                 | 57 (45,2)                  | 34 (27)                     | 23 (18,3)                        |                |

Si bien con menor frecuencia, pueden aparecer otros cuadros clínicos asociados al trastorno de estrés postraumático, como la depresión y otras alteraciones de ansiedad, como los ataques de pánico. Asimismo el abuso de alcohol y fármacos puede surgir, de forma temporal o permanente, a modo de estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas planteados. Todo ello

puede llevar a una inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relación con los hijos, etc. (Echeburúa *et al.*, 1997) (tabla 4).

TABLA 4. *Puntuaciones en las variables psicopatológicas en las mujeres víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa et al., 1997)*

|   | Muestra total<br>(N = 126) |         | Maltrato físico<br>(N = 74) |        | Maltrato psicológico<br>(N = 52) |         | t           |
|---|----------------------------|---------|-----------------------------|--------|----------------------------------|---------|-------------|
|   | X                          | D.T.    | X                           | D.T.   | X                                | D.T.    |             |
| <i>Ansiedad-Estado (STAI-E)</i> .....<br>(rango 0-60)   | 42,79                      | (11,67) | 43,3                        | (11,6) | 42,07                            | (11,79) | 0,58 (n.s.) |
| <i>Inventario de Depresión (BDI)</i> ..<br>(rango 0-63) | 20,76                      | (9,89)  | 20                          | (9,96) | 21,79                            | (9,78)  | 0,98 (n.s.) |
| <i>Escala de Depresión (HRS)</i> .....<br>(rango 0-52)  | 25,31                      | (12,85) | 24,8                        | (13,2) | 25,98                            | (12,41) | 0,49 (n.s.) |
| <i>Escala de Autoestima</i> .....<br>(rango 10-40)      | 26,5                       | (5,83)  | 26,7                        | (6,25) | 26,2                             | (5,23)  | 0,51 (n.s.) |
| <i>Inadaptación Global</i> .....<br>(rango 0-6)         | 5,17                       | (1,19)  | 5,2                         | (1,28) | 5,17                             | (1,04)  | 0,01 (n.s.) |

Los síntomas psicopatológicos experimentados por las víctimas de maltrato son secuelas de las vejaciones continuas sufridas en la intimidad del hogar, no de un desequilibrio previo. Al contrario de lo que algunas personas creen —«*muchas mujeres son masoquistas por naturaleza*» o tienen una «*necesidad de sufrir*»—, las mujeres que han padecido una relación violenta tienden a no repetir ese tipo de relaciones con otros compañeros. Es más, las distorsiones cognitivas en relación con la atribución de culpabilidad por lo ocurrido tienden a diluirse, una vez que las víctimas están distanciadas —física y cronológicamente— de la relación violenta y se sienten liberadas de las presiones sociales.

En los casos de denuncia, la dinámica judicial desempeña un papel importante en las consecuencias emocionales que presentan las víctimas. En concreto, la demora de los juicios, la exposición pública de lo ocurrido, así como la culpabilización generada, contribuyen a la victimización secundaria de las mujeres maltratadas.

No deja de ser significativo que el 36% de las víctimas asistidas en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Echeburúa *et al.*, 1997) estén separadas o en trámites de separación en el momento de la búsqueda de ayuda terapéutica. Quiere ello decir que el mero alejamiento de la situación de maltrato no soluciona los problemas surgidos como consecuencia de la violencia familiar.

En resumen, la experiencia de violencia en el hogar, que además tiende a cronificarse, es una variable de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. En todas las variables psicopatológicas el nivel de riesgo es tan alto en el maltrato físico como en el psicológico porque las víctimas tienden a percibir este último de forma tanto o más dolorosa que el físico (Echeburúa *et al.*, 1997).

## 2. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

A pesar de la frecuencia del maltrato doméstico en nuestra sociedad —una tasa de prevalencia del 15 al 30% de la población femenina— y de las secuelas psicológicas producidas, el desarrollo de tratamientos adecuados para la resolución de este problema se encuentra aún en una fase incipiente. Hasta hace unos pocos años la violencia familiar se consideraba como un asunto privado que pertenecía a la intimidad familiar y no debía aflorar al exterior (Villavicencio, 1993). La mujer no se percibía como víctima y, por tanto, no buscaba ayuda terapéutica. Todo ello ha traído consigo un retraso en el desarrollo de la investigación clínica.

Los objetivos terapéuticos con las víctimas de maltrato se han centrado en el tratamiento de la culpabilidad y del déficit de autoestima y en la mejora de la relación social, así como en la expresión adecuada de la ira y en la terapia de los síntomas específicos presentados. Se trata, en último término, de enseñar a las víctimas habilidades que les permitan el establecimiento de una nueva vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control (Dutton, 1992; Walker, 1991).

Las técnicas más frecuentemente utilizadas, enmarcadas en un enfoque cognitivo-conductual, han sido la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la inoculación de estrés, orientadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y a facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato (Webb, 1992).

Los programas de tratamiento se han aplicado habitualmente en grupo, dirigidos por terapeutas mujeres, con sesiones semanales y con una duración total de 10 a 12 semanas (Tutty, Bidgood y Rothery, 1993).

Sin embargo, los estudios existentes hasta la fecha en relación con la eficacia de los tratamientos psicológicos en la violencia familiar presentan problemas metodológicos importantes que impiden obtener conclusiones definitivas: a) no describen con detalle las técnicas utilizadas; b) carecen de instrumentos de evaluación suficientemente fiables y válidos; y c) no presentan la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. Por otra parte, los estudios se han centrado fundamentalmente en víctimas internadas en casas de acogida, que no representan sino una pequeña parte de las víctimas de maltrato, o en actuaciones referidas a situaciones de crisis.

En la investigación de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) se ha puesto a prueba por primera vez un programa terapéutico cognitivo-conductual —la expresión emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento—, aplicado individualmente, para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en 62 víctimas ambulatorias (no residentes en casas de acogida) de maltrato doméstico (tabla 5).

La **expresión emocional**, que tiene como objetivo proporcionar comprensión y apoyo a la víctima, consiste en alentarla a que cuente lo ocurrido y refiera todo lo que ha pensado y sentido. Se trata de facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

La **reevaluación cognitiva** está enfocada a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante

TABLA 5. *Características de la modalidad terapéutica*  
(Echeburúa *et al.*, 1996)

| <i>Técnicas de tratamiento</i>  | <i>Modalidad</i> | <i>Duración en semanas</i> | <i>Núm. de sesiones semanales</i> | <i>Núm. total de horas</i> |
|---|------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Expresión emocional<br>Reevaluación cognitiva<br>Estrategias de afrontamiento | Individual       | 12                         | 1                                 | 14                         |

una experiencia de maltrato y a la comprensión del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. La consecución de este objetivo se ve facilitada por la entrega de un folleto explicativo, a modo de manual de autoayuda, sobre el impacto psicológico de la violencia familiar (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1991). En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar los sesgos cognitivos, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima. Y en tercer lugar, a resituar el acontecimiento traumático en los justos términos, a analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación de los hijos y a prestar un apoyo a las víctimas para continuar adelante con sus vidas.

Se trata con todo ello de ayudar a las víctimas a proyectarse hacia el futuro sin ser esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos existentes: posibilidades realistas de rehacer la vida, de conseguir un trabajo o de comprometerse en tareas de voluntariado; implicación en actividades nuevas y reforzantes, etc. Todo ello tiene como objetivo, en último término, mejorar la autoestima de las víctimas.

**El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento** implica, en primer lugar, la adopción, en los casos de peligro para la víctima, de medidas urgentes, como la denuncia, el abandono del domicilio conyugal y la búsqueda de una solución alternativa (por ejemplo, un piso de acogida). En segundo lugar, el entrenamiento en relajación muscular progresiva y en respiraciones profundas. En tercer lugar, la enseñanza de habilidades de solución de problemas (*cf.* Dutton, 1992) y de técnicas de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador. En cuarto lugar, la ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, así como la facilitación de redes de apoyo social y el fomento de conductas de independencia y de autonomía. Y en quinto lugar, en los casos necesarios, el afrontamiento de las conductas evitadas, por medio de las técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas, por medio de las técnicas de distracción cognitiva.

Si el objetivo terapéutico es la separación, se ofrece a la víctima asesoramiento jurídico en relación con la situación económica y la custodia de los niños y se la prepara para comunicar a los hijos la decisión adoptada y las nuevas circunstancias creadas, así como para compartir emocionalmente los hechos vividos con personas de su entorno y, de este modo, encontrar un apoyo social adicional.

Si el objetivo terapéutico es la mejora de la convivencia de la pareja —habitualmente en los casos de maltrato menos cronificados—, se enseñan a los dos miembros de la pareja habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como técnicas específicas, en los casos necesarios, para mejorar la relación sexual y tratar las posibles disfunciones existentes.

En cuanto a la evaluación de la intervención terapéutica descrita, cabe señalar que no ha habido abandonos ni rechazos del tratamiento. Contar con un cierto grado de apoyo social y mostrar motivación para el cambio constituyen unos buenos predictores de terminación de la terapia y de éxito terapéutico.

Los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios: en un 95% de la muestra se produce una remisión del trastorno de estrés postraumático, que se mantiene en los distintos controles de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses) (tabla 6). Respecto al resto de las variables psicopatológicas evaluadas (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), la evolución es muy similar (tabla 7 y figura 2). En conjunto, los logros terapéuticos tienden a consolidarse con el transcurso del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

TABLA 6. *Porcentajes de éxito terapéutico (ausencia del trastorno de estrés postraumático) en las víctimas de maltrato (N = 62) (Echeburúa et al., 1996)*

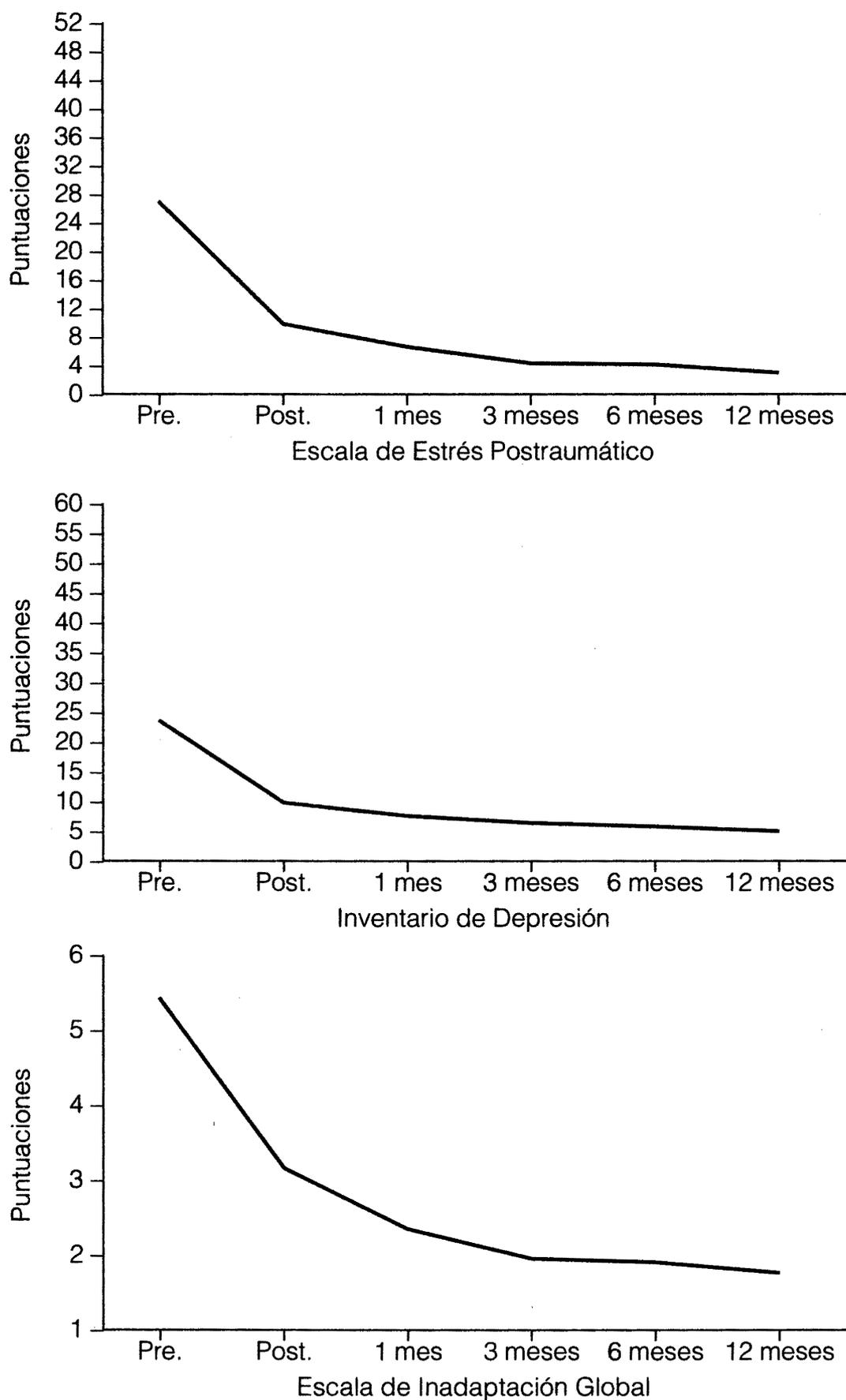
| Evaluación           | Éxito terapéutico |       |
|----------------------|-------------------|-------|
|                      | N                 | (%)   |
| Postratamiento ..... | 59                | (95)  |
| 1 mes .....          | 61                | (98)  |
| 3 meses .....        | 62                | (100) |
| 6 meses .....        | 57                | (92)  |
| 12 meses .....       | 60                | (97)  |

Un dato de interés es que 24 víctimas —es decir, el 69% de la muestra tratada— acaban por separarse de sus parejas durante o inmediatamente después del tratamiento. No obstante, hay un 31% de pacientes que mantienen la relación conyugal después de la intervención. En estos casos es necesario reforzar el tratamiento realizado,

en una fase posterior, con una intervención sobre el maltratador (Corsi, 1995) e incluso con una terapia de pareja o de familia (Stith, Williams y Rosen, 1992).

TABLA 7. *Medidas y desviaciones típicas en las variables psicopatológicas asociadas en las víctimas de maltrato (Echeburúa et al., 1996)*

|   | Sujetos (N = 62) |        |
|---|------------------|--------|
|   | X                | D.T.   |
| <i>Ansiedad (STAI-E) (0-60)</i>                           |                  |        |
| Pretratamiento .....                                      | 45,06            | (9,52) |
| Postratamiento .....                                      | 21,98            | (9,39) |
| 1 mes .....   | 18,21            | (9,27) |
| 3 meses .....   | 16,27            | (8,69) |
| 6 meses .....   | 15,43            | (9,69) |
| 12 meses .....  | 12,95            | (9,05) |
| <i>Depresión (BDI) (0-63)</i>                             |                  |        |
| Pretratamiento .....                                      | 23,98            | (8,03) |
| Postratamiento .....                                      | 10,22            | (6,50) |
| 1 mes .....   | 8,05             | (5,34) |
| 3 meses .....   | 7,05             | (3,88) |
| 6 meses .....   | 6,29             | (4,89) |
| 12 meses .....  | 5,79             | (5,43) |
| <i>Autoestima (10-40)</i>                                 |                  |        |
| Pretratamiento .....                                      | 24,93            | (5,30) |
| Postratamiento .....                                      | 29,60            | (5,16) |
| 1 mes .....   | 31,69            | (4,32) |
| 3 meses .....   | 32,08            | (4,17) |
| 6 meses .....   | 33,22            | (4,06) |
| 12 meses .....  | 34,21            | (4,01) |
| <i>Inadaptación Global (Escala de Inadaptación) (1-6)</i> |                  |        |
| Pretratamiento .....                                      | 5,42             | (0,76) |
| Postratamiento .....                                      | 3,14             | (1,71) |
| 1 mes .....   | 2,37             | (1,09) |
| 3 meses .....   | 1,96             | (0,97) |
| 6 meses .....   | 1,93             | (1,02) |
| 12 meses .....  | 1,81             | (1,00) |

FIGURA 2. *Evolución de las variables psicopatológicas en las víctimas de maltrato*

## II. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LAS VÍCTIMAS

En este capítulo se detallan las características fundamentales de los instrumentos de evaluación utilizados —y en buena parte creados— por los autores de este texto. En la tabla 8 figura el protocolo de evaluación completo, así como la secuencia de aplicación de los instrumentos.

### 3. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO

La **Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico** (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Saucá, 1994, no publicada) permite evaluar las características demográficas de la víctima, la historia de victimización y de trastornos psicopatológicos y las circunstancias del maltrato doméstico, así como la expresión emocional de la víctima y la reacción del entorno familiar y social ante los acontecimientos vividos.

La **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático** (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) y que resulta muy sensible al cambio terapéutico.

La existencia del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, según los requisitos del *DSM-IV* (APA, 1994), requiere la presencia de 1 síntoma en la escala de reexperimentación, de 3 en la de evitación y de 2 en la de activación, siempre que haya transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático.

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de

TABLA 8. *Secuencia del protocolo de evaluación en víctimas de maltrato doméstico*

---

1. EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO

*1.ª sesión*

- Recogida de datos.
- Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994).

*2.ª sesión*

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).
- Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987b).
- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).
- Inventario de Depresión (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).
- Escala Heteroaplicada de Valoración de la Depresión (HRS) (Hamilton, 1960).
- Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).
- Escala de Conductas-Objetivo (Echeburúa y Corral, 1987a).
- Explicación del tratamiento.

2. EVALUACIÓN INTRATRATAMIENTO (*5.ª sesión*)

- Escala de Percepción Global de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987c).
- Escala de Conductas-Objetivo (Echeburúa y Corral, 1987a).

3. EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO

- Los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento.
- Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979).

4. EVALUACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS DE 1, 3, 6 Y 12 MESES

- Los mismos instrumentos que en la evaluación pretratamiento.
-

los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación.

El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica de este trastorno es de 15 en la escala global. Dado que la puntuación total de la escala se debe distribuir equilibradamente en los diferentes bloques de síntomas, los puntos de corte sugeridos en cada una de las subescalas parciales deben ser los siguientes: reexperimentación, 5 puntos; evitación, 6 puntos; y aumento de la activación, 4 puntos.

La **Escala de Conductas-Objetivo** (Echeburúa y Corral, 1987a) es un autoinforme diseñado para que los pacientes concreten una lista de cinco conductas que quieren mejorar y que supondrían un beneficio importante para su vida cotidiana. Estas cinco conductas se valoran en tres subescalas: *grado de dificultad*, medido de 0 a 10 puntos; *grado de evitación*, medido de 0 (*nunca*) a 5 (*siempre*); y *grado de miedo*, medido de 0 (*nada*) a 5 (*muchísimo*).

El interés de este autoinforme es que permite una planificación terapéutica “*a la medida*” del paciente y que, por ello, se muestra muy sensible a los cambios registrados en el transcurso del tratamiento.

#### 4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

En este capítulo se describen las características generales de los instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada al maltrato utilizados por los autores de este texto, así como sus propiedades psicométricas.

La **Escala de Inadaptación** (Echeburúa y Corral, 1987b) refleja en qué medida la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar. Este instrumento, que cuenta con 6 ítems que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 0 a 30 (cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación).

El **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) consta de 20 ítems relacionados con la an-

siedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte puede situarse en 31, que corresponde a un percentil 75. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado (0,40). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92. La versión española de este inventario está publicada por TEA (1982).

**El Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. Más en concreto, una puntuación por encima de 24 revela una necesidad de tratamiento. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión, al oscilar de 0,62 a 0,66, es satisfactoria.

**La Escala Heteroaplicada de Valoración de la Depresión de Hamilton (HRS)** (Hamilton, 1960) (versión heteroaplicada de 21 ítems, si bien 4 de ellos no se valoran). El punto de corte es de 18 (rango: 0-52). En esta escala, a diferencia del BDI, se da mayor importancia a los síntomas somáticos y comportamentales de la depresión que a las manifestaciones cognitivas. Este instrumento posee una buena fiabilidad entre observadores ( $r = 0,90$ ), tiene un nivel satisfactorio de validez concurrente con el BDI ( $r = 0,60$ ) y es muy sensible —quizá el que más— a los cambios terapéuticos.

**La Escala de Autoestima** (Rosenberg, 1965), que tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma, consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. Este instrumento resulta muy útil para evaluar el nivel de interferencia del maltrato en la autoestima del sujeto. La mitad de los ítems están planteados en forma positiva y la mitad en forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente, con independencia del contenido de la pregunta). El rango del cuestionario es de 10 a 40 (cuanto mayor es la puntuación, mayor es la autoestima). Un punto de corte utilizado en algunos estudios es el de 29.

**La Escala de Percepción Global de Cambio** (Echeburúa y Corral, 1987c), completada en el transcurso del tratamiento, tiene como

objetivo determinar cómo va percibiendo el cambio la víctima desde una perspectiva global durante la terapia. La escala está estructurada en un formato de tipo Likert, con una puntuación que oscila entre 1 (*mucho peor*) y 7 (*mucho mejor*).

El **Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento** (Larsen, Atkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979) consta de 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento. Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, 5 formulados en forma positiva y 3 en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 0 a 3. El rango total de este cuestionario es, por tanto, de 0 a 24.

## 5. APÉNDICES DE EVALUACIÓN

### 5.1. *Instrumentos de evaluación del maltrato*

#### 5.1.1. Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994, no publicada)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

1) EDAD

- Actual
- Al iniciar la relación
- Al iniciar la convivencia

2) ESTADO CIVIL

- Soltera
- Convivencia con una pareja estable
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda
- En trámites de separación

3) N.º DE HIJOS

4) N.º DE HERMANOS

5) ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?

6) NIVEL DE ESTUDIOS

- Lee y escribe
- E.G.B.
- B.U.P./ C.O.U.
- F.P.
- Universitarios
- Otros:

7) PROFESIÓN

- 8) LUGAR Y TIPO DE TRABAJO ACTUAL
- 9) NIVEL SOCIOECONÓMICO
- 10) TIPO DE ABUSO EXPERIMENTADO: FÍSICO / PSÍQUICO / SEXUAL
  - El primer incidente
  - Un incidente típico
  - El incidente más grave
  - Frecuencia del abuso en el último año
  - El último incidente
    - ¿Ha experimentado abuso durante el noviazgo?
    - ¿Ha experimentado abuso durante el embarazo?
- 11) ACTOS COMETIDOS EN EL ABUSO
  - Personales:
    - Insultos y amenazas
    - Humillación y desvalorización
    - Puñetazos
    - Patadas
    - Bofetadas
    - Mordiscos
    - Estrangulamientos
    - Empujones
    - Fracturas
    - Agresiones sexuales
    - Retención en el hogar
    - Penurias económicas
    - Otros:
  - Contra los bienes:
    - Romper objetos de la casa
    - Tirar objetos por la ventana
- 12) MEDIO COACTIVO EMPLEADO
  - Arma blanca
  - Arma de fuego
  - Objeto contundente
  - Lanzamiento de objetos
  - Otros:
- 13) ¿EN ALGUNA OCASIÓN HA SENTIDO QUE SU VIDA ESTABA EN PELIGRO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO?

- 14) DENUNCIAS
  - N.º de denuncias
  - Por iniciativa de:
  - N.º de denuncias retiradas
  - N.º de denuncias en curso
  
- 15) SALIDAS DEL HOGAR
  - N.º de veces
  - Lugares donde ha acudido
  - Tiempo de estancia
  
- 16) ASISTENCIA MÉDICA POR LESIONES
  - N.º de veces
  - Tipo de asistencia
  - Adquisición de certificados médicos
  
- 17) ¿HA CONTADO EL ABUSO A ALGUIEN? EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUIÉN?
  
- 18) ¿HA SUFRIDO ANTERIORMENTE ALGÚN OTRO TIPO DE DELITO?
  - En la edad adulta
  - En la infancia
  
- 19) ¿HA HABIDO EXPERIENCIAS DE MALTRATO EN SU FAMILIA DE ORIGEN?
  
- 20) ¿HA PERCIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ANTERIORMENTE POR LA EXPERIENCIA DE ABUSO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUÉ TIPO? ¿CUÁNDO LO ABANDONÓ?
  
- 21) ¿HA TENIDO ALGÚN TIPO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO ANTERIORMENTE? EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUÉ TIPO?
  
- 22) ¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL?
  
- 23) ¿HA HABIDO EN SU FAMILIA ALGÚN TIPO DE TRASTORNO PSICOLÓGICO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUÉ TIPO?
  
- 24) ¿MANTIENE RELACIONES SEXUALES ACTUALMENTE?
  
- 25) ¿TIENE PROBLEMAS DE SALUD IMPORTANTES?

- 26) ¿HA TENIDO O TIENE PROBLEMAS DE ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL?
- 27) ¿HA TENIDO ALGÚN INTENTO O PENSAMIENTOS PERSISTENTES DE SUICIDIO?

## DATOS A CONOCER DEL MALTRATADOR

EDAD:

ACTIVIDAD LABORAL:

- 28) ¿HA TENIDO O TIENE PROBLEMAS DE ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL?
- 29) ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN TIPO DE TRASTORNO PSIQUIÁTRICO? EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUÉ TIPO?
- 30) ¿TIENE ALGÚN PROBLEMA RELACIONADO CON LOS CELOS?
- 31) ¿HA TENIDO O TIENE PROBLEMAS DE TIPO LABORAL?
- 32) ¿HA HABIDO EXPERIENCIAS DE MALTRATO EN SU FAMILIA DE ORIGEN?
- 33) ¿HA MALTRATADO FÍSICA O PSICOLÓGICAMENTE A LOS HIJOS? EN CASO AFIRMATIVO, ¿DE QUÉ FORMA?

### 5.1.2. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa *et al.*, 1997)

NOMBRE:

N.º:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: \_\_\_\_\_

#### REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? \_\_\_\_\_
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? \_\_\_\_\_
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:  
(Rango 0-15) \_\_\_\_\_

**EVITACIÓN**

- 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso? -----
- 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? -----
- 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? -----
- 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? -----
- 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? -----
- 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? -----
- 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? -----

*PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:  
(Rango 0-21)* \_\_\_\_\_

**AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN**

- 1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? -----
- 2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? -----
- 3. ¿Tiene dificultades de concentración? -----
- 4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? -----
- 5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? -----

*PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN:  
(Rango 0-15)* \_\_\_\_\_

*PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: (Rango 0-51)* \_\_\_\_\_

## ESCALA COMPLEMENTARIA

### *Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso*

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo \_\_\_\_\_
- Dolores de cabeza \_\_\_\_\_
- Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) \_\_\_\_\_
- Dolor o malestar en el pecho \_\_\_\_\_
- Sudoración \_\_\_\_\_
- Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo \_\_\_\_\_
- Náuseas o malestar abdominal \_\_\_\_\_
- Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad \_\_\_\_\_
- Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestiasias) \_\_\_\_\_
- Sofocos y escalofríos \_\_\_\_\_
- Temblores o estremecimientos \_\_\_\_\_
- Miedo a morir \_\_\_\_\_
- Miedo a volverse loco o a perder el control \_\_\_\_\_

*Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad:  
(Rango 0-39)* \_\_\_\_\_

### *Trastorno de estrés postraumático*

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

- SÍ
- Agudo (1-3 meses)
  - Crónico (> 3 meses)
  - Con inicio demorado
- NO

*Gravedad del trastorno de estrés postraumático*

|   | <i>Punto de corte</i> | <i>Puntuación obtenida</i> |
|---|-----------------------|----------------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)                   | 15                    |                            |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                             |                       |                            |
| <i>Reexperimentación</i><br>(Rango 0-15)        | 5                     |                            |
| <i>Evitación</i><br>(Rango 0-21)                | 6                     |                            |
| <i>Aumento de la activación</i><br>(Rango 0-15) | 4                     |                            |

## 5.1.3. Escala de Conductas-Objetivo (Echeburúa y Corral, 1987a)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

Señale a continuación las conductas que más le gustaría poder realizar normalmente y que supondrían una mejora significativa en su vida.

|                            | <i>Grado de dificultad<br/>(0-10)</i> |
|----------------------------|---------------------------------------|
| Conducta 1. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/>              |
| Conducta 2. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/>              |
| Conducta 3. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/>              |
| Conducta 4. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/>              |
| Conducta 5. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/>              |

## ESCALA DE EVITACIÓN

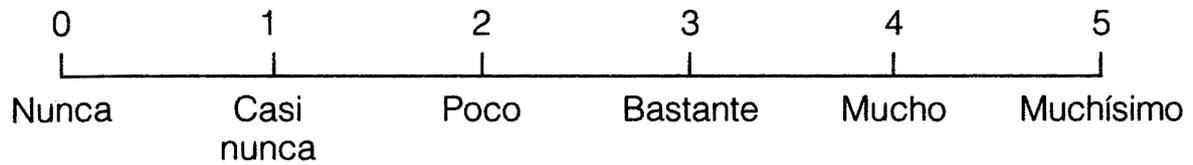
Indique con qué frecuencia **evita** cada una de las conductas-objetivo (señaladas arriba) a causa del miedo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.

| 0     | 1             | 2       | 3        | 4               | 5       |
|-------|---------------|---------|----------|-----------------|---------|
| Nunca | Casi<br>nunca | A veces | A menudo | Casi<br>siempre | Siempre |

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Conducta 1. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/> |
| Conducta 2. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/> |
| Conducta 3. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/> |
| Conducta 4. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/> |
| Conducta 5. <sup>a</sup> : | <input type="checkbox"/> |

### ESCALA DE MIEDO

Señale cuánto miedo experimenta en cada una de las conductas-objetivo. Ponga, para ello, el número correspondiente después de cada conducta.



- Conducta 1.<sup>a</sup>:
- Conducta 2.<sup>a</sup>:
- Conducta 3.<sup>a</sup>:
- Conducta 4.<sup>a</sup>:
- Conducta 5.<sup>a</sup>:

## 5.2. Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada

### 5.2.1. Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987b)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

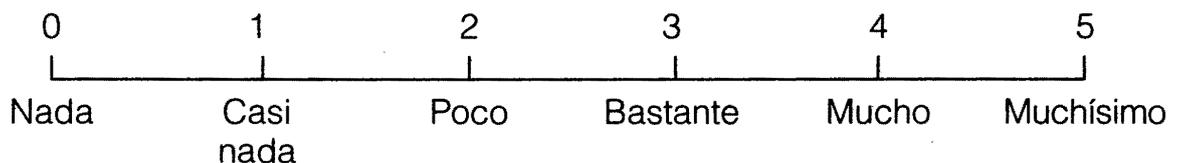
FECHA:

EVALUACIÓN:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

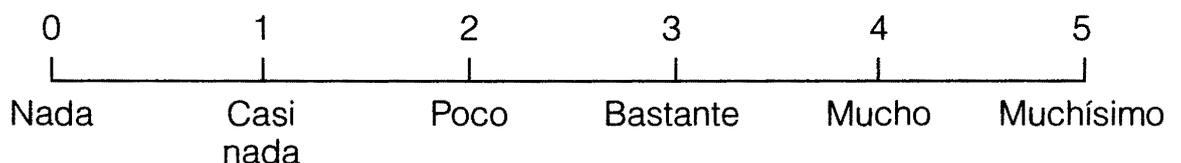
#### TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



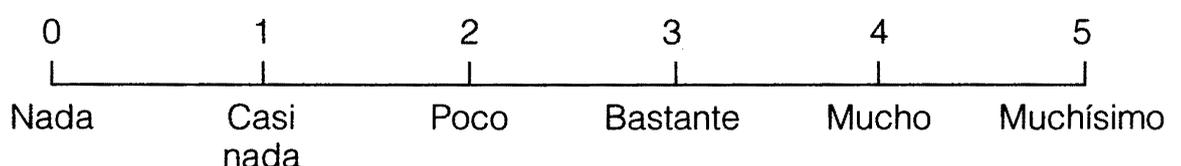
#### VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



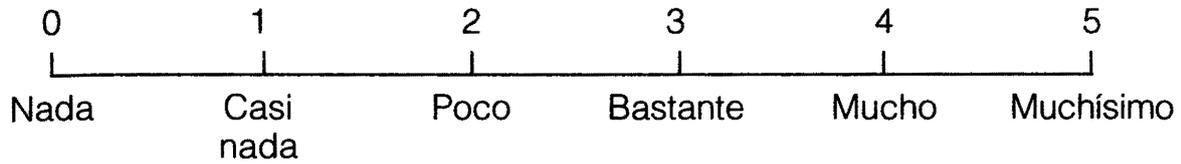
#### TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



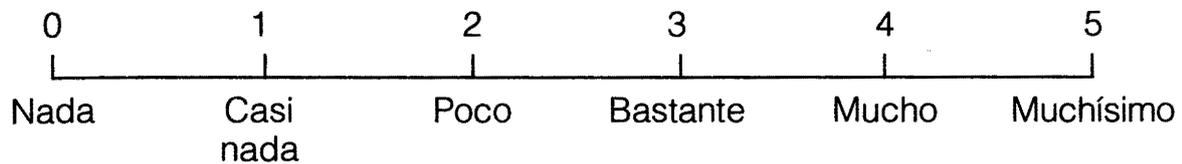
### RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



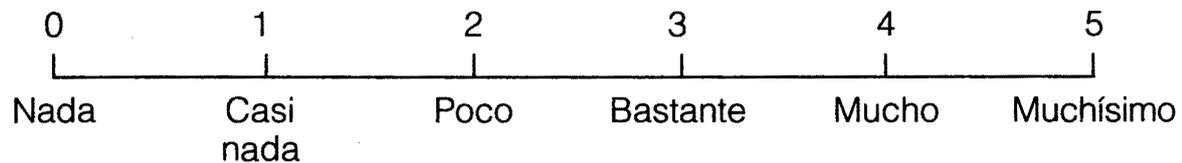
### VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



### ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



5.2.2. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger *et al.*, 1970)

Entre los instrumentos citados en el texto se ha excluido al STAI de estos apéndices porque la versión española de este inventario está publicada por TEA (1982).

5.2.3. Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck *et al.*, 1979)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste.  
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
1 Me siento desanimado respecto al futuro.  
2 Siento que no tengo que esperar nada.  
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.
3. 0 No me siento fracasado.  
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
3 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 Me siento culpable constantemente.
6. 0 Creo que no estoy siendo castigado.  
1 Siento que puedo ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo.  
1 Estoy descontento conmigo mismo.  
2 Me avergüenzo de mí mismo.  
3 Me odio.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.  
1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.  
2 Continuamente me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.  
2 Desearía suicidarme.  
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo que solía.  
1 Ahora lloro más que antes.  
2 Lloro continuamente.  
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente.  
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
3 He perdido todo interés por los demás.
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
1 Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.  
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.  
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.  
3 No puedo hacer nada en absoluto.

16. 0 Duermo tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como antes.  
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.  
1 Me canso más fácilmente que antes.  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
1 He perdido más de 2 kilos.  
2 He perdido más de 4 kilos.  
3 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar:    SÍ    NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal.  
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.  
2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.  
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

*Puntuación*

*Diagnóstico*

0-9

Depresión ausente o mínima

10-18

Depresión leve

19-29

Depresión moderada

30-63

Depresión grave

### 5.2.4. Escala Heteroaplicada de Valoración de la Depresión (HRS) (Hamilton, 1960)

| NOMBRE: _____ N.º H. CLÍNICA _____   |   | FECHA |   |   |
|--|---|-------|---|---|
| Ítems  | Valoración  |       |   |   |
| <b>1. Humor deprimido</b><br>(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)  | 0. Ausente.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.  | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.   | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.  | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.  | 4     | 4 | 4 |
| <b>2. Sensación de culpabilidad</b>  | 0. Ausente.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.  | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.  | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.   | 4     | 4 | 4 |
| <b>3. Suicidio</b>   | 0. Ausente.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.  | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. Ideas de suicidio o amenazas.  | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).   | 4     | 4 | 4 |
| <b>4. Insomnio precoz</b>  | 0. No tiene dificultad para dormirse.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.   | 2     | 2 | 2 |
| <b>5. Insomnio medio</b>   | 0. No hay dificultad.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).  | 2     | 2 | 2 |
| <b>6. Insomnio tardío</b>  | 0. No hay dificultad.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.   | 2     | 2 | 2 |
| <b>7. Trabajo y actividades</b>  | 0. No hay dificultad.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones.  | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad.  | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.   | 4     | 4 | 4 |
| <b>8. Inhibición</b><br>(Lentitud de pensamiento y de palabra; facultad de concentración empeorada; actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales.  | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Ligero retraso en el diálogo.  | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Evidente retraso en el diálogo.  | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. Diálogo difícil.   | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. Torpeza absoluta.  | 4     | 4 | 4 |
| <b>9. Agitación</b>  | 0. Ninguna.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.  | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.   | 2     | 2 | 2 |
| <b>10. Ansiedad psíquica</b>   | 0. No hay dificultad.   | 0     | 0 | 0 |
|  | 1. Tensión subjetiva e irritabilidad.   | 1     | 1 | 1 |
|  | 2. Preocupación por pequeñas cosas.   | 2     | 2 | 2 |
|  | 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.  | 3     | 3 | 3 |
|  | 4. Terrores expresados sin preguntarle.   | 4     | 4 | 4 |

|   |   |  |   |   |   |
|---|---|--|---|---|---|
| <b>11. Ansiedad somática</b>                      | 0. Ausente.<br>1. Ligera.<br>2. Moderada.<br>3. Severa.<br>4. Incapacitante.  | Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como:<br>Gastrointestinales — boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos.<br>Cardiovasculares — palpitaciones, cefalalgias.<br>Respiratorios — hiperventilación, suspiros.<br>Frecuencia urinaria.<br>Sudoración. | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
|   |   |  | 3 | 3 | 3 |
|   |   |  | 4 | 4 | 4 |
| <b>12. Síntomas somáticos gastrointestinales</b>  | 0. Ninguno.<br>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.<br>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales. |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
| <b>13. Síntomas somáticos generales</b>           | 0. Ninguno.<br>1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.<br>2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica 2.  |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
| <b>14. Síntomas genitales</b>                     | 0. Ausente.<br>1. Débil.<br>2. Grave.<br>3. Incapacitante.  | Síntomas como: Pérdida de libido, trastornos menstruales   | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
|   |   |  | 3 | 3 | 3 |
| <b>15. Hipocondría</b>                            | 0. No la hay.<br>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).<br>2. Preocupado por su salud.<br>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.<br>4. Ideas delirantes hipocondríacas.  |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
|   |   | 3  | 3 | 3 |   |
|   |   | 4  | 4 | 4 |   |
| <b>16. Pérdida de peso</b><br>(Completar A o B)   | A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)<br>0. No hay pérdida de peso.<br>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.<br>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).   |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
|   | B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes).<br>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana.<br>1. Pérdida de más de 500 g en una semana.<br>2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. Por término medio.                                |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
| <b>17. Insight</b><br>(Conciencia de sí mismo)    | 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.<br>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.<br>2. Niega que esté enfermo.                                      |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   | 1  | 1 | 1 |   |
|   |   | 2  | 2 | 2 |   |
| <b>18. Valoración diurna</b>                      | 0. Ausente.<br>1. Ligera.<br>2. Grave.  | M T<br>Indicar si los síntomas son más severos por la mañana (M) o por la tarde (T) (rodear M o T)   | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
| <b>19. Despersonalización y falta de realidad</b> | 0. Ausente.<br>1. Ligera. Como sensación de irrealidad.<br>2. Moderada. Ideas nihilistas.<br>3. Grave.<br>4. Incapacitante.   |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
|   |   |  | 3 | 3 | 3 |
|   |   |  | 4 | 4 | 4 |
| <b>20. Síntomas paranoides</b>                    | 0. Ninguno.<br>1. Sospechosos.<br>2. Leves.<br>3. Ideas de referencia.<br>4. Delirios de referencia y de persecución.   |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
|   |   |  | 3 | 3 | 3 |
|   |   |  | 4 | 4 | 4 |
| <b>21. Síntomas obsesivos y compulsivos</b>       | 0. Ausentes.<br>1. Ligeros.<br>2. Graves.   |  | 0 | 0 | 0 |
|   |   |  | 1 | 1 | 1 |
|   |   |  | 2 | 2 | 2 |
| <b>Suma total puntuaciones:</b>                   |   |  |   |   |   |







5.3. *Otros instrumentos*

5.3.1. Escala de Percepción Global de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987c)

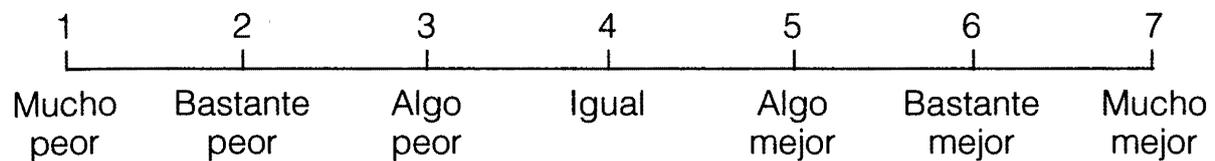
NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

Señale cómo se siente en general desde el último encuentro con el terapeuta:



### 5.3.2. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen *et al.*, 1979. Traducción de Bados, 1989)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

                                                                   
Excelente                      Buena                      Regular                      Mala

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

                                                                   
No                      Sí, parcialmente                      Sí, en general                      Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

                                                                   
Totalmente                      En general                      Parcialmente                      Ninguna

4. Si un/a amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

                                                                   
No                      Probablemente no                      Probablemente sí                      Sí

5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

                                                                   
Muchísimo                      Mucho                      Bastante                      Poco

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mucho                    | Bastante                 | Poco                     | Nada                     |

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mucho                    | Bastante                 | Poco                     | Nada                     |

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No                       | Probablemente no         | Probablemente sí         | Sí                       |

### III. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA VÍCTIMAS DE MALTRATO

#### 6. FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA

El protocolo de tratamiento propuesto es amplio y flexible. La amplitud del programa está en función de la cantidad de aspectos psicopatológicos generados por el maltrato continuado y de las necesidades de las víctimas. Si bien el cuadro clínico puede ser variable de unos casos a otros, hay síntomas y alteraciones del comportamiento que requieren un tratamiento sistemático: trastorno de estrés post-traumático, depresión, déficit de autoestima, control de las emociones, aislamiento social, etc. Todo ello plantea la necesidad de un programa escalonado y bien estructurado.

La flexibilidad resulta precisa en cualquier protocolo de intervención, pero más aún en el caso de las víctimas de maltrato. Las pacientes pueden diferir en los objetivos terapéuticos —en unos casos, la separación; en otros, el restablecimiento de la convivencia conyugal—, en la red de apoyo familiar y social disponible, en la posible extensión de la violencia a los hijos y en las necesidades económicas y de vivienda planteadas. Por ello, el programa se integra en forma de módulos que se pueden intensificar —o de los que se puede prescindir— en función de la situación concreta de cada víctima. Del mismo modo, el número de sesiones puede aumentarse —o variar la relación entre el número de sesiones individuales y grupales— si la gravedad o la peculiaridad del caso así lo requiere.

Lo que se presenta es un tratamiento combinado que consta de sesiones individuales y grupales. Más que en otros casos, las víctimas de violencia familiar pueden beneficiarse de la actuación conjunta de un tratamiento individual orientado a las necesidades específicas de cada una de ellas y de una terapia grupal generadora de una cohesión social y de unas estrategias adecuadas de solución de problemas, de las que suelen estar tan carentes las víctimas.

El contenido del programa abarca la facilitación de la expresión de emociones, la reevaluación cognitiva de los sesgos presentados por las víctimas y la enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento para abordar la situación de maltrato. Los primeros resultados obtenidos han dado un apoyo empírico a la eficacia de este programa (Echeburúa *et al.*, 1996).

## 7. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

### 7.1. Formato del programa

El programa de intervención propuesto consta de 17 sesiones (9 individuales y 8 grupales), que se desarrollan en un período de 12 semanas (tabla 9). El calendario estándar de sesiones, que se adapta a las necesidades específicas de cada víctima, se articula según la secuencia expuesta en la tabla 10.

TABLA 9. *Programa de tratamiento para víctimas de maltrato físico y/o psicológico*

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| • Número de sesiones          | 17 (9 individuales y 8 grupales)          |
| • Periodicidad                | 1 ó 2 por semana                          |
| • Duración de cada sesión     | Individual (1 hora)<br>Grupal (2,5 horas) |
| • Duración total del programa | 12 semanas                                |

En las tres primeras semanas se comienza con sesiones exclusivamente individuales, que tienen una duración de 1 hora. Se trata de prestar una atención adecuada a las necesidades específicas de cada víctima y de motivarla para las sesiones posteriores grupales. A partir de la cuarta semana se simultanean las sesiones individuales con las grupales (que tienen una duración de 2,5 horas), con la particularidad de que las primeras se espacian más. En esta fase las víctimas se benefician del tratamiento grupal, pero con la continuidad de las sesiones individuales no se dejan de atender los problemas particulares de cada una de ellas, cuya exposición puede no resultar adecuada —o la víctima no se atreve a ello— en el marco del grupo.

TABLA 10. *Calendario de sesiones en las víctimas de maltrato doméstico*

| <i>Semanas</i>   | <i>Sesiones individuales</i> | <i>Sesiones grupales</i> |
|------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. <sup>a</sup>  | ••                           |                          |
| 2. <sup>a</sup>  | •                            |                          |
| 3. <sup>a</sup>  | •                            |                          |
| 4. <sup>a</sup>  | •                            | •                        |
| 5. <sup>a</sup>  |                              | •                        |
| 6. <sup>a</sup>  | •                            | •                        |
| 7. <sup>a</sup>  |                              | •                        |
| 8. <sup>a</sup>  | •                            | •                        |
| 9. <sup>a</sup>  |                              | •                        |
| 10. <sup>a</sup> | •                            | •                        |
| 11. <sup>a</sup> |                              | •                        |
| 12. <sup>a</sup> | •                            |                          |
| Total            | 9                            | 8                        |

Por último, algunas sesiones —relacionadas con las habilidades de comunicación— pueden llevarse a cabo, en una fase avanzada del tratamiento, a nivel de pareja si el caso concreto así lo aconseja. Este último apartado, al no realizarse de forma habitual, no forma parte del protocolo de tratamiento propiamente dicho.

El tratamiento individual está dirigido por una psicóloga clínica y el grupal por dos psicólogas clínicas. La pertenencia de las terapeutas al sexo femenino parece una variable importante que tiende a facilitar el establecimiento de una empatía más adecuada con las víctimas.

## 7.2. *Diario de sesiones*

### 7.2.1. Tratamiento individual

#### 1.<sup>a</sup> SESIÓN

##### • **Motivación para el tratamiento**

- Se la trata no porque esté **trastornada**, sino porque está en una situación trastornada. Lo que le ocurre es una respuesta **normal** a una situación **anormal**.

- El objetivo de la terapia va a ser reasumir el control sobre su vida.
- **Expresión emocional**
  - Comprensión y apoyo a la víctima, facilitando que cuente lo ocurrido y todo lo que ha pensado y sentido.
- **Reevaluación cognitiva**
  - Discusión racional para eliminar las ideas irracionales, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad por lo ocurrido, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima.
  - Explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. Entrega de un folleto explicativo sobre el impacto psicológico del maltrato.
  - Resituación del acontecimiento traumático y ayuda a las víctimas a continuar adelante con sus vidas, proyectándose hacia el futuro y no siendo esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos existentes (posibilidad de rehacer la vida, de conseguir un trabajo o de comprometerse en tareas de voluntariado, de implicarse en actividades nuevas y reforzantes, etc.).
- **Estrategias urgentes de afrontamiento** (*según los casos*)
  - Denunciar el maltrato.
  - Abandonar el domicilio conyugal y, en este supuesto, facilitar un piso de acogida y gestionar las ayudas económicas precisas por medio de los Servicios Sociales.
  - Analizar las posibilidades reales de solucionar el problema conyugal de convivencia.

## 2.ª SESIÓN

- **Expresión emocional**
  - Facilitación de la expresión emocional de la irritabilidad y de las afrentas experimentadas.

- **Reevaluación cognitiva**
  - Discusión racional de los aspectos cognitivos expuestos en la sesión anterior.
  - Aclaración de dudas sobre el contenido del folleto.
  - En el caso de separación, reconsideración de la situación de los hijos: los hijos no pierden a los padres, sino que se benefician de un ambiente más tranquilo.
  - Reforzamiento diferencial ante la aparición de un sistema de pensamiento más adecuado a la situación real.
  
- **Estrategias de afrontamiento**
  - Entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva.
  - Entrenamiento en técnicas de control del comportamiento agresivo. *(Una descripción detallada del programa utilizado se encuentra en las páginas 138-142, en la parte correspondiente al tratamiento de maltratadores.)*
  - Búsqueda de asesoramiento jurídico, en el caso de plantearse la separación como alternativa.
  
- **Asignación de tareas**
  - Práctica de la relajación: ejercicios de relajación 2 veces al día (antes de acostarse y en otro momento elegido por la víctima).

### 3.ª SESIÓN

- **Revisión de tareas. Reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos conseguidos.**
  
- **Reevaluación cognitiva**
  - Continuación de la reevaluación cognitiva iniciada en las sesiones anteriores.
  - Mejora de la autoestima de la víctima. *(El programa concreto utilizado figura descrito con detalle en las páginas 150-153, en la parte correspondiente al tratamiento de los maltratadores.)*

- **Estrategias de afrontamiento**

- Entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva.
- Entrenamiento en técnicas de control del comportamiento agresivo.
- Enseñanza de habilidades de afrontamiento ante situaciones específicas.

- a. En caso de separación:

- para actuar adecuadamente ante el juez y para plantear correctamente la situación económica y la custodia de los hijos;
- para comunicar a los hijos la decisión adoptada y la nueva situación creada;
- para comunicar la confidencia de lo ocurrido y compartir la situación vivida con personas de su confianza y, de este modo, encontrar apoyo social.

- b. En caso de que el objetivo terapéutico sea la mejora de la convivencia conyugal:

- para mejorar las habilidades de comunicación;
- para mejorar la solución de problemas en todas las áreas de la relación de pareja;
- para mejorar la relación sexual, así como para tratar las disfunciones sexuales existentes.

*Las técnicas concretas utilizadas en el apartado b se encuentran descritas en las páginas 154-173, en la parte correspondiente al tratamiento de maltratadores.*

- **Asignación de tareas**

- Continuación de los ejercicios de relajación.
- Aplicación de las habilidades de afrontamiento seleccionadas en cada caso.
- Contar lo ocurrido a personas de confianza del entorno de la víctima.

**4.ª SESIÓN**

- **Revisión de tareas. Reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos conseguidos.**
- **Reevaluación cognitiva**
  - Mejora de la autoestima.
- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**
  - Entrenamiento en control del comportamiento agresivo.
  - Estrategias para la facilitación de redes de apoyo social.
  - Fomento de conductas de independencia y de autonomía.
- **Asignación de tareas**
  - Continuación de los ejercicios de relajación.
  - Aplicación de las habilidades de afrontamiento seleccionadas en cada caso.
  - Contar lo ocurrido a personas de confianza del entorno de la víctima.
  - Realización de actividades reforzantes relacionadas con la recuperación (o adquisición, en su caso) de las actividades normales (ocio, trabajo, etc.).

**5.ª SESIÓN**

- **Revisión de tareas. Reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos conseguidos.**
- **Reevaluación cognitiva**
  - Mejora de la autoestima.
- **Técnicas de exposición**
  - Exponer a la víctima a estímulos que evocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana (hablar del caso con una amiga íntima, ver escenas de violencia en el cine, etc.).

- Hacerle llevar a cabo de forma gradual actividades evitadas y que son reforzantes (salir con un grupo de amigas, hacer ejercicio físico, acudir a un club cultural o a un servicio de voluntariado, etc.).
  - Exponer a la víctima a las pesadillas (si es que las hay): grabarlas en cinta y escucharlas de forma repetida. Entrenarla en técnicas de distracción cognitiva.
- **Asignación de tareas**
    - Continuación de los ejercicios de relajación.
    - Realización de actividades reforzantes relacionadas con la recuperación (o adquisición, en su caso) de las actividades normales (ocio, trabajo, etc.).
    - Ejecución de las tareas de exposición.

#### 6.<sup>a</sup>-9.<sup>a</sup> SESIONES

- **Revisión de tareas. Reforzamiento diferencial por los logros terapéuticos conseguidos.**
- **Reevaluación cognitiva**
  - Mejora de la autoestima.
- **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento**
  - Entrenamiento en control del comportamiento agresivo.
  - Entrenamiento en habilidades de comunicación.
  - Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
  - Estrategias para la facilitación de redes de apoyo social.
  - Fomento de conductas de independencia y de autonomía.
- **Asignación de tareas**
  - Continuación de los ejercicios de relajación.
  - Aplicación de las habilidades de afrontamiento seleccionadas en cada caso.
  - Realización de actividades reforzantes relacionadas con la recuperación (o adquisición, en su caso) de las actividades normales (ocio, trabajo, etc.).

### 7.2.2. Tratamiento grupal

#### **Estructura del grupo**

- Número de sesiones: 8.
- Periodicidad: 1 sesión por semana.
- Duración: 2,5 horas cada sesión.
- Terapeutas: 2 (ambas mujeres).
- Tamaño del grupo: 4-6 pacientes, de edades y niveles culturales similares. Este número supone un equilibrio entre las ventajas de la terapia de grupo y la necesidad de una atención individual a cada uno de los miembros del grupo.
- Gravedad de las pacientes: el grado puede ser variable, siempre que ninguna paciente esté peor que las demás de una manera muy marcada.

El número de pacientes de cada grupo es pequeño para fomentar la participación activa de todos los miembros en los ejercicios propuestos en cada sesión. El lugar de asiento de las víctimas va modificándose en cada una de las sesiones para facilitar una mayor interacción social. A su vez, los ejercicios, así como los comentarios sobre las tareas de casa, empiezan en cada sesión en un orden aleatorio que no puede ser predecido por las víctimas.

#### **Objetivos terapéuticos globales**

- Reconstrucción de la autoestima de la mujer.
- Búsqueda de apoyo social.
- Fomento de las conductas de independencia.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas.

#### **Objetivos terapéuticos específicos**

- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo.

#### **Motivación para el tratamiento: ventajas de la terapia de grupo**

Se indica a cada víctima que el tratamiento es gratuito, se da a entender que las terapeutas conocen bien este tema y se señalan las

ventajas que el tratamiento grupal ofrece en este trastorno, a pesar de la resistencia inicial que puede presentar la víctima ante esta propuesta:

- Percepción de que no son las únicas en experimentar este tipo de problema.
- Aprendizaje de estrategias de afrontamiento adecuadas a partir del modelado de personas que experimentan el mismo tipo de dificultades.
- Desarrollo de la independencia personal. La modalidad grupal estimula la confianza en los propios recursos en lugar de fomentar la dependencia de la terapeuta.
- Compromiso público de cambio ante el resto del grupo, que puede funcionar como una poderosa motivación para la realización de tareas.
- Motivación para el cambio a través del éxito de las demás, que le hace ver que el éxito es posible.
- Aprendizaje a través de la ayuda a otras personas. Cada víctima se convierte en un sistema de apoyo social para el resto de las víctimas y, desde esta perspectiva, puede sentirse útil y ver aumentada su autoestima.

### **Víctimas excluidas de la terapia de grupo**

- Pacientes agresivas, carentes de motivación o que requieren una extraordinaria atención. Estas personas son incapaces de descentrarse de ellas mismas y de prestar atención a lo que ocurre en el grupo.
- Pacientes depresivas graves, que no se van a implicar en las tareas del grupo y que van a interpretar sus fallos como uno más en su ya larga lista de fracasos personales. Además, pueden generar una cierta desmoralización en los restantes miembros del grupo durante las primeras sesiones, que son las que tienen un valor crítico en el resultado final del tratamiento.

A todas las víctimas excluidas se las trata de forma individual con arreglo a sus características personales y al tipo de problema planteado.

## DIARIO DE SESIONES DE LA TERAPIA DE GRUPO CON MUJERES MALTRATADAS

### 1.ª SESIÓN

1. **Presentación de los miembros del grupo y normas de funcionamiento del grupo terapéutico.** En primer lugar se presentan las terapeutas y dan la bienvenida al grupo a todas las mujeres asistentes. Asimismo se las elogia por el esfuerzo que supone integrarse en un grupo con personas desconocidas y se les comenta que no deben extrañarse si experimentan un grado alto de ansiedad en estos momentos. La presencia de unas terapeutas y de unas compañeras desconocidas representa una situación ansiógena para cualquier persona en estas mismas circunstancias.

Se les indican las normas específicas de funcionamiento de un grupo terapéutico:

- Consentimiento voluntario.
- Exigencia de confidencialidad de todo lo tratado en el grupo.
- Número de sesiones, horario y duración total del programa. Necesidad de asistencia a todas las sesiones y exigencia de puntualidad.
- Participación activa. Participar en los ejercicios propuestos por las terapeutas constituye un requisito fundamental para la adquisición de nuevas habilidades.
- Realización de tareas para casa.

Después las mujeres se presentan al grupo de dos en dos. Se hacen parejas y una mujer se presenta a la otra. Por ejemplo: *«me llamo Carmen, tengo 35 años, vivo en casa con mi marido y con dos hijos de 13 y 8 años, trabajo de administrativa en Correos, etc.»*. A continuación le comenta las motivaciones para estar en el grupo. La compañera a la que se ha contado esta narración la transmite al grupo por turno. Por ejemplo: *«mi compañera se llama...»*, y así sucesivamente. Se sigue este procedimiento hasta que todas se conozcan.

2. **Identificación de los motivos de conflicto.** Se pone énfasis en los aspectos comunes del problema de todas las víctimas, especialmente en el relacionado con el **aislamiento social**. Este aislamiento puede ser resultado de la ocultación de las heridas y le-

siones visibles, de la humillación experimentada, de la ausencia de relaciones como consecuencia de los celos de su pareja e incluso de prohibiciones expresas de relacionarse con amigos y familiares. De este modo, la víctima pierde el hábito de relacionarse espontáneamente con otras personas, disminuye su calidad de vida y, en último término, se le hace más difícil interrumpir la situación de maltrato.

Otro aspecto común es el nivel de **baja autoestima**, fruto del fracaso de la relación de pareja y de las humillaciones y vejaciones de las que la víctima es objeto, así como de la incapacidad para hacer frente por sí misma a estas circunstancias. Hay que elevar la autoestima si se quiere salir de esta situación y llevar una vida más agradable.

Tener en común este tipo de problemas ayuda a entender las ventajas de buscar soluciones en común.

3. **Afrontamiento del aislamiento social.** Hacer frente a este objetivo puede requerir la programación de tareas graduadas según los siguientes niveles de dificultad:
  - a. saludar a los vecinos, llamar por teléfono a un familiar, ir a hablar al colegio con los profesores de los niños, pedir información en una ventanilla, etc.;
  - b. iniciar conversaciones y mantenerlas con personas con las que no hay compromisos adquiridos (por ejemplo, en las colas de las tiendas, con los vecinos y la gente del barrio, etc.);
  - c. recuperar antiguas amistades buscándolas y estableciendo citas con ellas, hacer nuevas amistades, desarrollar nuevas actividades que faciliten el contacto social (por ejemplo, reuniones en el colegio de los niños, actividades en la parroquia o en la comunidad, cursos diversos, etc.).
4. **Listado general de los problemas pendientes más preocupantes.** Se analizan, en concreto, las preocupaciones más acuciantes: económicas, miedo a lesiones físicas, relación con los hijos, posibilidad de una separación, etc.
5. **Identificación de los pensamientos negativos.** Se debe señalar, en concreto, la relación existente entre los mismos y la conducta pasiva de no buscar soluciones. Conviene sugerir pensamientos alternativos.

6. **Establecimiento de las conductas-objetivo y elaboración de las tareas para casa.** Para ello, se identifican las mayores dificultades en el ámbito de las habilidades sociales y en la resolución de problemas y toma de decisiones, así como se concretan las conductas-objetivo específicas en cada caso.

## 2.ª SESIÓN

1. **Relajación grupal** al inicio de la sesión durante un período de 2'-5'.
2. **Comentarios sobre lo explicado en la 1ª sesión.** Se trata de cerciorarse de que lo han comprendido adecuadamente y de resolver las posibles dificultades surgidas.
3. **Revisión de las tareas de casa.** Las terapeutas refuerzan a las pacientes por haber ejecutado dichas tareas, marcan las correcciones oportunas y alientan a las víctimas a proseguir con dichas tareas.
4. **Recogida de cada una de las víctimas de una lista específica de los problemas experimentados.** Se trata de concretar los siguientes puntos: los temores principales y los síntomas asociados a ellos; el grado de limitación en la vida cotidiana; y los objetivos terapéuticos.

Se deben buscar entre todas los puntos en común —más que las peculiaridades específicas de cada paciente— como una forma de dar cohesión al grupo.

Se hace un hincapié especial en las conductas agradables evitadas. Conviene distinguir las actividades que una no hace *porque no le gustan* de las que una no hace *porque no se atreve*. Las primeras no constituyen un problema; las segundas, sí.

La evitación puede ser un alivio, pero presenta varios problemas:

- El alivio es de poca duración.
- Cada vez que se evita algo, resulta más difícil hacerlo frente la siguiente vez.
- Poco a poco se llega a desear evitar cada vez más cosas.

- Una acaba por utilizar la evitación como una estrategia de afrontamiento y, en último término, por perder la confianza en una misma.
5. **Ensayo de conducta inicial.** Se hace un ensayo de alguna de las conductas problemáticas comunes a los miembros del grupo con arreglo a los siguientes pasos: información y explicación; modelado, ensayos de conducta, “*feedback*” (centrado inicialmente en los aspectos más positivos) y refuerzo.
  6. **Práctica de otros ensayos de conducta.** En concreto, se practican ensayos de algún otro tipo de conductas de interés general (por ejemplo, dar opiniones, buscar información, hacer llamadas de teléfono, realizar una cita, buscar a alguna antigua amiga o familiar, presentar a alguien nuevo, etc.).  
Se insiste en el interés de suscitar relaciones sociales, independientemente del objetivo (amistad, compañerismo, buena vecindad, etc.).
  7. **Establecimiento de tareas para casa.** Todas las tareas se deben llevar a cabo de forma gradual y regular por medio de los objetivos establecidos con anterioridad.

### 3.ª SESIÓN

1. **Relajación grupal y práctica de técnicas de respiración** al inicio de la sesión. Se practican asimismo ejercicios de visualización de escenas agradables pero realistas.
2. **Revisión de las tareas de casa.** Se señala a las víctimas el papel fundamental del refuerzo y del autorrefuerzo cognitivo en relación con los progresos experimentados ante tareas concretas.
3. **Ensayos de conducta en relación con las dificultades surgidas.** Los ejercicios deben implicar al menos a 3 pacientes, bien porque haya situaciones comunes o bien porque se hagan 3 ensayos individuales. Las víctimas deben ir rotando alternativamente en los ejercicios propuestos.

Los ensayos de conducta deben ser seguidos por un período de reestructuración cognitiva que gire en torno a los pensamientos automáticos experimentados durante el ejercicio.

4. **Identificación de los pensamientos negativistas.** Se trata, en concreto, de relacionarlos con el estado de ánimo y con las dificultades para realizar las tareas encomendadas.
5. **Detección de los sesgos cognitivos presentes en estos pensamientos, así como búsqueda de alternativas a los mismos.** Más que de convencer al grupo de que los pensamientos positivos son los correctos, se trata simplemente de que vean otras alternativas cognitivas y de que consideren que no todo lo que se piensa es necesariamente correcto. Es decir, el pensamiento no se puede tomar como una prueba de realidad.

El tema elegido para llevar a cabo esta reestructuración cognitiva puede ser el ensayo de conducta anteriormente realizado. Por ejemplo:

*Pensamiento negativo:* «Si hablo en alto, parecerá tonto lo que digo».

*Pensamiento positivo:* «No hay ninguna razón para pensar esto. Además, no estoy aquí para ganar ningún concurso de inteligencia. Estoy aquí para aprender y lo haré tanto mejor cuanto más participe».

6. **Establecimiento de tareas para casa en relación con el cambio de pensamientos y con la resolución de problemas.** Ante situaciones de escepticismo o de desánimo en cuanto a las tareas propuestas, se recuerda a las pacientes que la desaparición del estado de ánimo disfórico o de los pensamientos negativos depende de la ejecución sistemática de las tareas. Pensar que hay que esperar a estar menos “nerviosa”, con más ánimo o con pensamientos más positivos para realizar las tareas es, sencillamente, una idea irracional.

#### 4.ª SESIÓN

1. **Relajación grupal y práctica de técnicas de respiración al inicio de la sesión.**
2. **Revisión de las tareas de casa.** Hay que reforzar a las víctimas por los éxitos obtenidos y analizar los fallos experimentados, que deben servir para explicar lo que no funcionó (excesiva an-

siedad, graduación inadecuada de las tareas, falta de regularidad en la realización de los ejercicios, etc.). En los casos de incumplimiento de las tareas propuestas, conviene recordar el papel fundamental de las mismas en el funcionamiento de una terapia activa en la que las pacientes son las protagonistas.

3. **Ensayo de conductas problemáticas y de estrategias de afrontamiento adecuadas ante ellas.** Se pone énfasis, en concreto, en el modelado de las personas más avanzadas del grupo.
4. **Realización de otros ensayos de conducta en relación con el inicio y mantenimiento de conversaciones, así como con la conclusión de las mismas y la posible planificación de nuevos encuentros.** Cada miembro del grupo debe hablar delante de las demás sobre cualquier tema durante un mínimo de 5 minutos. Estas actuaciones deben ser seguidas por un período de reestructuración cognitiva que gire en torno a los pensamientos automáticos experimentados durante las exposiciones habidas.
5. **Análisis de los pensamientos habidos y de los intentos realizados para modificarlos.** Se trata asimismo de analizar la relación entre los pensamientos modificados y las conductas.
6. **Proyección de las esperanzas de futuro y no lamentación de las situaciones del pasado.** Se trata de no verse continuamente como víctimas, sino de proyectarse ante el futuro.
7. **Establecimiento de tareas para casa en relación con el cambio de pensamientos y con los ejercicios ensayados.**

#### 5.<sup>a</sup>-7.<sup>a</sup> SESIONES

1. **Relajación grupal y práctica de técnicas de respiración** al inicio de la sesión.
2. **Revisión de las tareas de casa.** Se debe llevar a cabo una reestructuración cognitiva en relación con las tareas fracasadas o los contratiempos surgidos desde la última sesión. Todas las pacientes deben asumir un papel activo en la corrección de las distorsiones cognitivas del resto de los miembros del grupo.

3. **Análisis de los problemas presentes y puesta en práctica de estrategias de solución de problemas.** Se trata de identificar y poner en común con los miembros del grupo las posibles estrategias ante los problemas cotidianos:
  - relaciones con los hijos.
  - insatisfacción afectiva.
  - búsqueda de empleo.
  - situación económica o jurídica.
4. **Reunión por separado en 2 microgrupos de 4 mujeres y comentario del balance del programa hasta la fecha.** En concreto, se trata de revisar los progresos experimentados (en relación con los pensamientos, la relación social, etc.), así como las dificultades habidas y los objetivos próximos, etc.
5. **Puesta en común de lo tratado en los 2 microgrupos y recogida global de impresiones.**
6. **Explicación de los conceptos de *espontaneidad* y de *generalización de conductas* como resultado de una práctica continuada.** Se planifican actividades de ocio y se insiste en la conveniencia de utilizar la vida diaria como oportunidad para practicar.
 

Se considera la *autoestima* como una actitud de aceptación interna de uno mismo, sin confundirla con la resignación, y se conceptualiza la *seguridad en una misma* como el sentimiento gratificante que procede de lograr las cosas que uno se propone hacer y que se va adquiriendo con los diferentes éxitos que una obtiene. En cualquier caso, el *éxito* debe referirse a metas presentes y futuras —no al pasado—, a la comparación de la víctima consigo misma —no con las demás— y a los esfuerzos realizados —no a los logros obtenidos.
7. **Establecimiento de tareas para casa en relación con los objetivos próximos.**

## 8.ª SESIÓN

1. **Relajación grupal y práctica de técnicas de respiración al inicio de la sesión.**
2. **Revisión de las tareas de casa.**

- 3. Balance de los progresos experimentados.** Cada una de las participantes expone durante tres o cinco minutos delante del resto del grupo los progresos experimentados en relación con las conductas-objetivo establecidas y lo que piensan hacer en el futuro para superar las dificultades aún existentes.

Se hace énfasis, como clave de éxito ante el futuro, en la importancia de la práctica continuada, en el funcionamiento independiente y en las habilidades positivas que cada paciente ha aprendido.

- 4. Prevención de las recaídas.** Se insiste en la posibilidad que cualquier persona tiene de experimentar algún fracaso en el futuro, en la necesidad de aplicar en ese caso lo aprendido de forma inmediata y, en último término, en la disponibilidad de las terapeutas para atenderlas. Se consideran los fallos, desde esta perspectiva, como una fuente de aprendizaje que pueda guiar a la persona en actuaciones futuras.

- 5. Conclusión de la terapia de grupo.** Las terapeutas dan por concluido el programa terapéutico, desean a las participantes lo mejor para su futuro, les explican el plan de seguimiento y se ponen a su disposición si es que surge algún tipo de dificultades que no puedan resolver por sí mismas.



PARTE SEGUNDA

HOMBRES MALTRATADORES

(Enrique Echeburúa y Javier Fernández-Montalvo)



## IV. ASPECTOS TEÓRICOS

### 1. MECANISMOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR

Todos los seres humanos experimentan diversas emociones (miedo, alegría, tristeza, ira, culpa, etc.) ante las diferentes situaciones —internas o externas— que se les plantean en la vida cotidiana. Las emociones —la ira entre ellas— desempeñan una función adaptativa y son, por tanto, necesarias para la supervivencia de la persona. El miedo, por ejemplo, sirve para alertar a una persona de posibles peligros; la tristeza es la expresión de un pesar que facilita la compasión o el apoyo emocional por parte de los demás; la culpa, en lo que supone de malestar profundo, dificulta la transgresión de las normas éticas; y la ira tiene un efecto energizante que facilita la adopción de las conductas adecuadas para hacer frente a una frustración (Salaberria, Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1995).

La raigambre biológica de estas emociones primarias se pone de relieve en los cambios fisiológicos que experimenta el organismo cuando se desencadenan. En el caso de la ira, la persona puede experimentar acaloramiento —coloquialmente se habla de «*estar caliente*» o de «*haberse caldeado el ambiente*»—, respiración acelerada, gestos crispados, puños apretados, etc. (Jáuregui, 1990).

No obstante, estas emociones pueden activarse en algunas condiciones sin este sentido funcional y ser, por ello, responsables de consecuencias negativas en la salud física y/o psicológica de uno mismo o, en el caso de la ira, en el bienestar de la otra persona. Lo que confiere un carácter patológico a las emociones es, en unos casos, la inadecuación de las mismas a las situaciones que las han puesto en marcha; en otros, la excesiva intensidad y/o duración de las respuestas emocionales en relación con los estímulos que las han provocado.

La conducta violenta en el hogar es resultado de un estado emocional intenso —la ira—, que interactúa con unas actitudes de hosti-

lidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima (figura 3). En la conducta violenta intervienen, por tanto, los siguientes componentes:

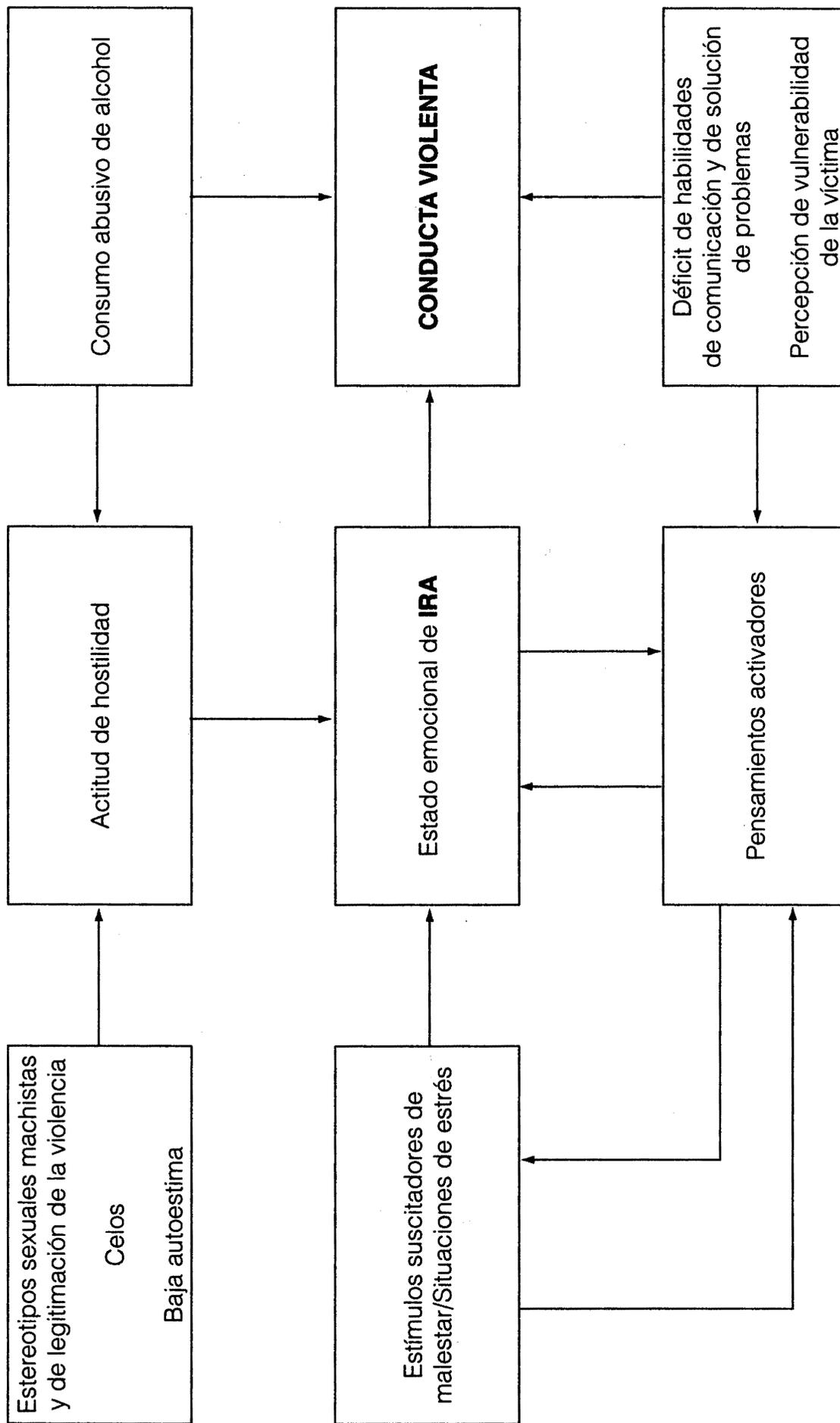
- a. **Una actitud de hostilidad.** Ésta puede ser resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, de la percepción de indefensión de la víctima, de la existencia de celos patológicos y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de solución de problemas.

Más en concreto, la hostilidad deriva de actitudes y sentimientos negativos (de maldad, de venganza, de cinismo, etc.), desarrollados por una evaluación negativa generalizada de las conductas de la pareja, que generan un impulso a hacer daño.

- b. **Un estado emocional de ira.** Esta emoción, que varía en intensidad desde la suave irritación o molestia a la rabia intensa y que genera un impulso para hacer daño, se ve facilitada por la actitud de hostilidad y por unos pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas habidas en la relación o suscitados directamente por estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (contratiempos laborales, dificultades económicas, problemas en la educación de los hijos, etc.). Manifestar ira no es algo de por sí insano. Es más, reprimirla sistemáticamente puede ser contraproducente porque puede dar origen a alteraciones psicosomáticas (úlceras gastroduodenales, problemas cardiovasculares, etc.) o puede dar pie a explosiones intermitentes de ira descontroladas y de consecuencias imprevisibles. Lo saludable es expresar la ira de forma apropiada, como si fuese una herramienta adecuada para canalizar una insatisfacción y estuviese al servicio de una mejora en la relación con los demás.

Por el contrario, la ira insana, de la que se ocupa este apartado, surge de forma descontrolada, está acompañada —aunque no siempre— de actitudes hostiles, genera conductas violentas y contribuye a deteriorar la relación con los demás.

FIGURA 3. Desarrollo de la violencia conyugal



- c. **Unos factores precipitantes directos.** El consumo abusivo de alcohol o drogas, sobre todo cuando interactúa con las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana en la relación de pareja, contribuye a la aparición de las conductas violentas.
- d. **Un repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad.** Más en concreto, los déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada. El problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos, autoestima baja, falta de empatía afectiva, necesidad extrema de estimación, etc.
- e. **La percepción de vulnerabilidad de la víctima.** Un hombre irritado puede descargar su ira en otra persona (mecanismo *frustración-ira-agresión*), pero suele hacerlo sólo en aquella que percibe como más vulnerable y que no tenga una capacidad de respuesta enérgica y en un entorno —la familia— en que sea más fácil ocultar lo ocurrido. De ahí que las mujeres, los niños y los ancianos sean las personas más vulnerables y que el hogar —el refugio de protección por excelencia— pueda convertirse, paradójicamente, en un lugar de riesgo.
- f. **El reforzamiento de las conductas violentas previas.** Muy frecuentemente las conductas violentas anteriores han quedado reforzadas para el hombre violento porque con ellas ha conseguido los objetivos deseados. La violencia puede ser un método sumamente efectivo y rápido para conseguir lo deseado. A su vez, la sumisión de la mujer puede quedar también reforzada porque, con un comportamiento claudicante, consigue evitar las consecuencias derivadas de una conducta violenta por parte de la pareja.

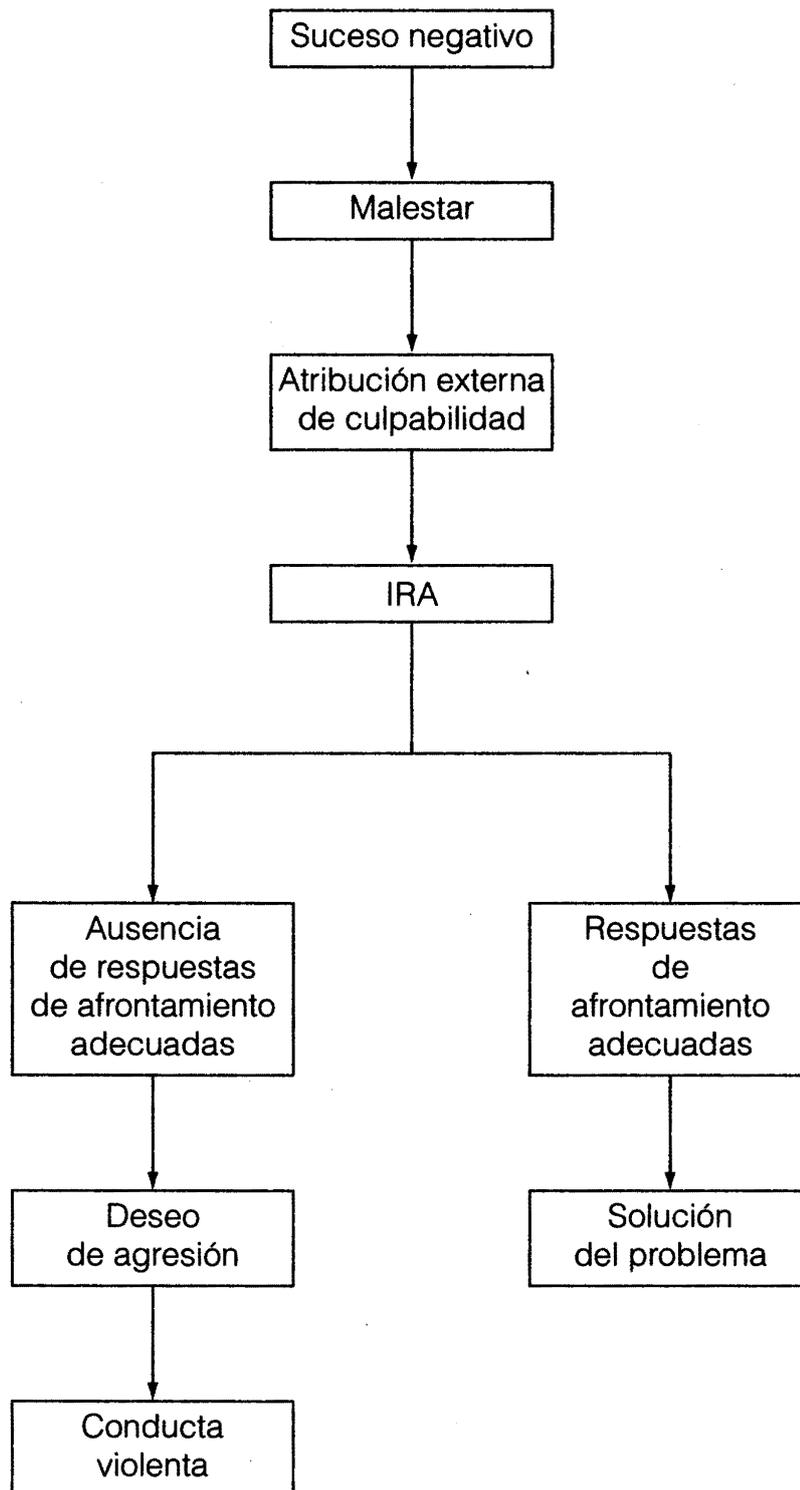
Todo ello explica, junto con otras variables (la dependencia emocional y económica, la presencia de los hijos, la presión social, el miedo al futuro, etc.), la perpetuación en el tiempo de tipos de relación claramente insanos.

Por otra parte, el hombre muestra una mayor tendencia a desarrollar conductas violentas por influencias hormonales, como también ocurre en los machos de otras especies animales, y por la aprobación social de dichas conductas, que están muy relacionadas, ya

desde la infancia, con el estereotipo social del varón (*cf.* Dutton y Golant, 1997).

La secuencia del comportamiento violento en el hogar, con la interacción entre los sucesos precipitantes, las atribuciones de culpabilidad, la ira y la agresión, queda reflejada en la figura 4.

FIGURA 4. *Secuencia del comportamiento violento*



La conducta violenta en el hogar puede manifestarse de dos formas:

- a. **Violencia expresiva.** Se trata en este caso de una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. Es frecuente el arrepentimiento espontáneo tras un arrebató impulsivo.
- b. **Violencia instrumental.** En este caso la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa.

Una característica del maltrato es la negación de esta conducta por parte del maltratador. Cuando una conducta genera malestar al pensar fríamente en ella o es rechazada socialmente, se utilizan estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas, alegar que se trata de un problema estrictamente familiar, hacer atribuciones externas, considerar lo que ocurre como **normal** en todas las familias o quitar importancia a las consecuencias negativas de esas conductas (tabla 11).

TABLA 11. *Negación del maltrato*

| <i>Estrategia empleada</i> | <i>Ejemplo de excusas</i>  |
|----------------------------|--|
| Utilitarismo               | «Sólo de esta manera hace lo que deseo»  |
| Justificación              | «Fue ella la que me provocó; es ella la que tiene que cambiar»<br>«Los dos nos hemos faltado al respeto» |
| Arrebato                   | «No me di cuenta en este momento de lo que hacía»  |
| Olvido                     | «Ni me acuerdo de lo que hice»   |

## 2. PERFIL DEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MALTRATADORES

Según los datos obtenidos en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), las personas violentas en el hogar cuentan con una edad media de 40-45 años, están casadas y con hijos en la mayor parte de los casos y pertenecen a un nivel so-

cioeconómico que oscila entre medio y bajo, sin que ello quiera decir que el maltrato sea exclusivo de este sector. De hecho, la sobrerrepresentación de la clase social baja deriva, por un lado, de que los programas comunitarios, que suelen ser gratuitos, atraen específicamente a este segmento social y, por otro, de que la mayor carencia de recursos educativos, sociales y económicos en esta clase social genera una mayor frustración, que hace más probable la aparición de conductas violentas (tabla 12).

TABLA 12. *Variables sociodemográficas de los maltratadores en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)*

| <i>Variables</i>                | <i>N</i> | <i>(%)</i> |
|---------------------------------|----------|------------|
| Edad<br>(Rango)                 | 42,1     | (29-64)    |
| Estado civil                    |          |            |
| • Casados .....                 | 36       | (85,7)     |
| • Solteros .....                | 3        | (7,1)      |
| • Separados .....               | 3        | (7,1)      |
| Nivel cultural                  |          |            |
| • Sin estudios .....            | 3        | (7,1)      |
| • Estudios primarios .....      | 24       | (57,1)     |
| • Estudios secundarios .....    | 11       | (26,2)     |
| • Estudios universitarios ..... | 4        | (9,5)      |
| Nivel socioeconómico            |          |            |
| • Bajo .....                    | 16       | (38,1)     |
| • Medio-bajo .....              | 10       | (23,8)     |
| • Medio .....                   | 14       | (33,3)     |
| • Medio-alto .....              | 2        | (4,8)      |
| • Alto .....                    | 0        |            |
| Situación laboral               |          |            |
| • Activo .....                  | 31       | (73,8)     |
| • En paro .....                 | 7        | (16,7)     |
| • Jubilado .....                | 4        | (9,5)      |
| Historia psiquiátrica anterior  |          |            |
| • Sí .....                      | 19       | (45,2)     |
| • No .....                      | 23       | (54,8)     |

Si bien la mayor parte de los agresores ejercen un maltrato físico, además del psicológico, es destacable que en un 37% de los casos el problema fundamental sea el maltrato psicológico (humillaciones, desvalorizaciones, insultos, etc.). La duración de la violencia familiar es superior a los 5-10 años y se remonta frecuentemente al noviazgo o al primer año de matrimonio (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994).

En este estudio hay un 36% de los maltratadores que han sido víctimas de malos tratos en la niñez. Queda, sin embargo, una mayoría en la que no se da la continuidad *víctima de maltrato en la infancia/maltratador en la vida adulta*. Probablemente, a diferencia de lo que se piensa habitualmente, los *antecedentes inmediatos* de la vida adulta desempeñan un papel más importante que los *antecedentes remotos* de la niñez (tabla 13).

Desde una perspectiva psicosocial, la identidad masculina en nuestra sociedad está configurada por un aprendizaje temprano en el varón de ciertas creencias, valores y actitudes: el ocultamiento de las emociones, la preocupación central por el éxito profesional y el ejercicio del poder como forma de control a todos los niveles. Más en concreto, las formas violentas de interacción —las **relaciones de abuso**— son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997).

Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos. Asimismo se muestran muy sensibles a las frustraciones, presentan unas habilidades de comunicación muy limitadas y carecen de estrategias adecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los contratiempos cotidianos de estas personas actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

Las dificultades de expresión emocional están en la base de muchos conflictos violentos en el hogar. Muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos porque éstos *son señal de debilidad y el hombre debe ser fuerte*. Los hombres violentos, sobre todo cuando cuentan con una baja autoestima, tienden a valorar las situaciones como amenazantes. De este modo, la inhibición de los senti-

TABLA 13. *Variables de maltrato*  
(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

| <i>Variables</i>                          | <i>N</i> | <i>(%)</i> |
|---|----------|------------|
| Tipo de maltrato                          |          |            |
| • Físico .....                            | 23       | (54,7)     |
| • Psicológico .....                       | 19       | (45,3)     |
| Duración del maltrato                     |          |            |
| • Más de 10 años .....                    | 17       | (40,5)     |
| • De 5 a 10 años .....                    | 13       | (31)       |
| • De 1 a 4 años .....                     | 8        | (19)       |
| • Menos de 1 año .....                    | 4        | (9,5)      |
| Primer episodio de maltrato               |          |            |
| • Noviazgo .....                          | 13       | (31)       |
| • Primer año de matrimonio .....          | 11       | (26,2)     |
| • Segundo-quinto año de matrimonio .....  | 9        | (21,4)     |
| • Más de 5 cinco años de matrimonio ..... | 9        | (21,4)     |
| Último episodio                           |          |            |
| • 0-1 mes .....                           | 24       | (57,1)     |
| • 1-3 meses .....                         | 12       | (28,6)     |
| • 3-6 meses .....                         | 3        | (7,1)      |
| • más de 6 meses .....                    | 3        | (7,1)      |
| Maltrato sufrido en la infancia           |          |            |
| • Sí .....                                | 15       | (35,7)     |
| • No .....                                | 27       | (64,3)     |
| Maltrato a los hijos                      |          |            |
| • Sí .....                                | 11       | (30,6)     |
| • No .....                                | 25       | (69,4)     |
| Celos                                     |          |            |
| • Sí .....                                | 16       | (38,1)     |
| • No .....                                | 26       | (61,9)     |
| Abuso de alcohol                          |          |            |
| • Sí .....                                | 21       | (50)       |
| • No .....                                | 21       | (50)       |

mientos y esta percepción distorsionada de la realidad pueden conducir a conflictos que, al no saber resolverse de otra manera, se expresan de forma violenta. Pero esta situación lleva a un círculo vicioso: la reiteración de la violencia no hace sino aumentar la baja

autoestima del agresor (Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin, 1997).

El aislamiento social y, sobre todo, emocional es un factor que se repite en muchos hombres violentos. Al margen del mayor o menor número de relaciones sociales —habitualmente menor—, lo más característico es la dificultad para establecer relaciones de intimidad o de amistad profunda, lo cual es un reflejo del *analfabetismo emocional* que les caracteriza.

Si bien pueden aparecer algunos rasgos de personalidad acentuados —dependencia emocional, agresividad generalizada, problemas en el control de la ira, impulsividad, déficit de autoestima, celos, etc.—, la mayor parte de los maltratadores son personas sin un trastorno psicopatológico. No obstante, aunque pequeña, hay una relación entre violencia familiar y enfermedades mentales. Las psicosis, en función de los delirios, y el consumo abusivo de alcohol y drogas, que pueden activar las conductas violentas en personas impulsivas y descontroladas, son los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con la violencia en el hogar. En general, los trastornos de conducta y las drogas constituyen un cóctel explosivo.

Algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados con la adopción de conductas violentas en el hogar. En concreto, el trastorno antisocial, caracterizado por la frialdad afectiva y la falta de empatía, el trastorno paranoide, en el que la desconfianza y los recelos están presentes de forma constante, y el trastorno narcisista, en el que el sujeto está necesitado de una estimación permanente, son los que entrañan un mayor riesgo (Echeburúa, 1994; Rojas Marcos, 1995).

Los factores predictores de comportamientos violentos entre los enfermos mentales son los siguientes: a) historial previo de agresiones; b) negación de la enfermedad y consiguiente rechazo del tratamiento; c) trastornos del pensamiento (ideas delirantes de persecución) o de la percepción (alucinaciones relacionadas con fuerzas externas controladoras del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad; d) daños cerebrales; y e) consumo abusivo de alcohol y drogas (Rojas Marcos, 1995).

Mención aparte merecen los crímenes pasionales, es decir, aquellos que se cometen bajo los efectos de una gran tensión emocional que enturbia la conciencia y que tienen como causa fundamental los celos patológicos. Sin llegar a este extremo, en el contexto de unos celos exagerados e incontrolados tiene lugar una buena parte de la violencia doméstica. Los ataques de celos y el sentirse despechado, junto con la

presencia de comportamientos agresivos y de un repertorio de conductas y de intereses muy limitado y la ausencia de autoestima y de habilidades sociales, son la causa más frecuente de homicidios conyugales y un factor determinante en casi el 20% de todas las agresiones violentas en EE UU. En 1996 en España, según el Ministerio del Interior, 65 personas murieron a manos de su cónyuge, de las cuales unas 50 (prácticamente una por semana) eran mujeres que, separadas de sujetos con un largo historial de amenazas y agresiones, formaban parte de un grupo indefenso. Por ello, los motivos pasionales, junto con los ajustes de cuentas y venganzas y los arrebatos de locura, constituyen la causa más frecuente de homicidios y asesinatos.

Con frecuencia estos crímenes se producen una vez consumada la separación de la pareja. Las mujeres que logran abandonar a estos hombres son sometidas a un hostigamiento extremo como método de presión. El varón suele reaccionar con violencia ante las infidelidades o crisis de convivencia.

El homicida —frecuentemente en paro o alcohólico y con historias previas de maltrato— suele acabar por entregarse a la policía o por suicidarse, lo que le diferencia de otros criminales que tratan de ocultar su implicación en el delito.

En la mayoría de los casos la víctima es la pareja y no el rival. A veces, sin embargo, las víctimas pueden ser ambas e incluso el propio sujeto (en forma de suicidio) para evitar la separación en la vida o asegurar la unión en la muerte. No deja de ser impresionante esta paradoja suprema de los celos patológicos: matar en nombre del amor.

En resumen, hay una presencia abundante de síntomas psicopatológicos —en menor medida, de cuadros clínicos definidos— en los hombres maltratadores (tabla 14). De hecho, en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) un 45% de los sujetos presentan una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15-20% en la población general, en donde los motivos de consulta más frecuentes han sido el abuso de alcohol, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y los celos patológicos (figura 5).

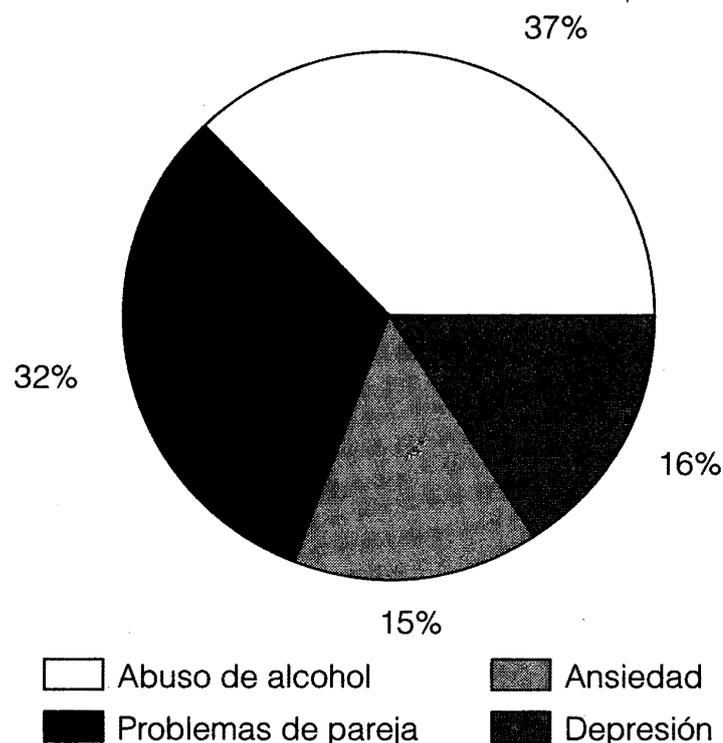
Sin embargo, la constatación de este hecho no supone una explicación unidireccional del maltrato doméstico. La violencia conyugal puede ser parcialmente el efecto de un trastorno psicopatológico, pero puede ser ella misma también causante de alteraciones psicopatológicas. Sin negar el papel indudable de los trastornos mentales en el desarrollo de la violencia, deben plantearse algunos límites a esta explicación causal. ¿Cómo puede explicarse de este modo que la

TABLA 14. *Variables psicopatológicas de los maltratadores en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao\** (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

| Variables            | Muestra<br>N = 42 |        |
|----------------------|-------------------|--------|
|                      | X                 | (D.T.) |
| SCL-90-R (GSI) ..... | 71,6              | (8,7)  |
| STAXI-estado .....   | 15,8              | (4,5)  |
| STAXI-rasgo .....    | 23,2              | (7,1)  |
| BDI .....            | 15,8              | (10,5) |
| STAI-estado .....    | 33,9              | (13,4) |
| STAI-rasgo .....     | 28,8              | (10,5) |
| Autoestima .....     | 29,1              | (4,3)  |
| Inadaptación .....   | 18,4              | (6,4)  |
| Ajuste marital ..... | 66,2              | (22,6) |

\* Las características de estos cuestionarios, así como el valor de las puntuaciones, figuran explicados en el texto en los capítulos correspondientes a los instrumentos de evaluación.

FIGURA 5. *Tipo de trastorno en los pacientes con historia psiquiátrica anterior* (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)



violencia se desate exclusivamente contra la esposa y sólo dentro de los límites del hogar? (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997).

A modo de resumen, y desde la perspectiva de la prevención, se señalan en el cuadro 2 las señales de alerta que denotan la aparición probable de episodios de violencia por parte del hombre en el hogar.

CUADRO 2. *Señales de alerta. Perfil del hombre potencialmente violento en el hogar*

- 
- Es excesivamente celoso.
  - Es posesivo.
  - Se irrita fácilmente cuando se le ponen límites.
  - No controla sus impulsos.
  - Bebe alcohol en exceso.
  - Culpa a otros de sus problemas.
  - Experimenta cambios bruscos de humor.
  - Comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enoja.
  - Cree que la mujer debe estar siempre subordinada al hombre.
  - Ya ha maltratado a otras mujeres.
  - Tiene una baja autoestima.
- 

### 3. TIPOS DE MALTRATADORES

Los resultados que se exponen en este apartado pretenden ser una aproximación al establecimiento de tipologías clínicas de maltratadores. Se trata de reflejar la percepción subjetiva de los autores de este texto en relación con los resultados obtenidos y el tipo de pacientes que han observado en el trabajo clínico diario.

Los tipos se pueden establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico presentado (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) (tabla 15).

En lo que se refiere a la extensión de la violencia, la mayor parte de los sujetos (el 74%) son *violentos sólo en el hogar*. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.

TABLA 15. *Tipos de maltratadores*  
(Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997)

| <i>Tipologías</i>                                 | <i>N</i> | <i>(%)</i> |
|---|----------|------------|
| <i>En función de la extensión de la violencia</i> |          |            |
| Tipo 1: Violento sólo en el hogar .....           | 31       | (73,8)     |
| Tipo 2: Violento en general .....                 | 11       | (26,2)     |
| <i>En función del perfil psicopatológico</i>      |          |            |
| Tipo 1: Sin habilidades interpersonales .....     | 23       | (54,8)     |
| Tipo 2: Sin control de los impulsos .....         | 19       | (45,2)     |

Por el contrario, los *violentos en general* (el 26% de la muestra), en los que son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.

En cuanto al perfil psicopatológico, hay personas con *déficit en las habilidades interpersonales* (el 55% de la muestra), es decir, que no han aprendido unas habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.

Por otra parte, los maltratadores *sin control de los impulsos* (el 45% de la muestra) son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un *trastorno explosivo intermitente*.

#### 4. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

La prioridad en la terapia de la violencia familiar ha sido el tratamiento de las víctimas de maltrato. Aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso de la terapia,

hay un grupo amplio de ellas —aproximadamente el 30% de las víctimas tratadas y el 50% del total— que continúan conviviendo con sus parejas (Echeburúa *et al.*, 1996). En estos casos la terapia recibida por la víctima es necesaria, pero resulta insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por este motivo, un tratamiento integral del maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque éste continúe conviviendo con la víctima o bien porque, en el caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer.

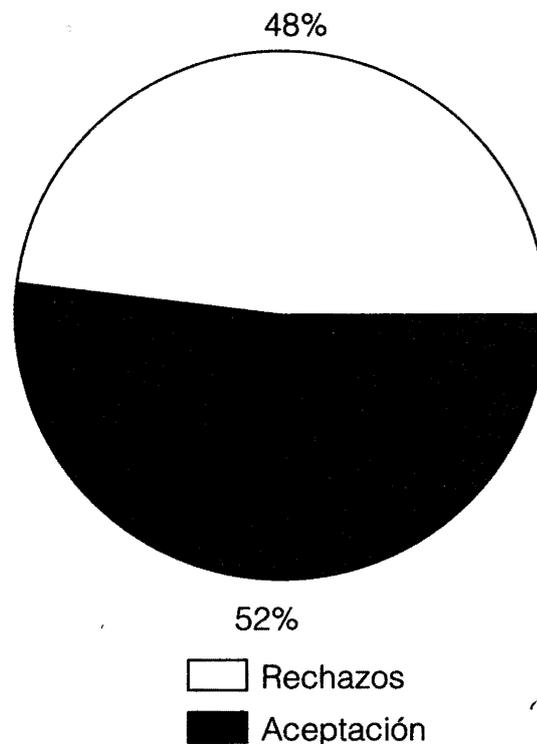
El enfoque judicial del maltratador suele ser insuficiente. El maltrato doméstico es considerado habitualmente como un delito de faltas, que suele ser penado con multas, arresto domiciliario o, menos frecuentemente, con prisión por varios días. Estas medidas penales no han mostrado ser lo suficientemente disuasorias —y en algunos casos han resultado ser contraproducentes— para detener el maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

En cambio, el tratamiento psicológico del maltratador, siempre que sea asumido voluntariamente, parece ser la intervención más adecuada en la actualidad. De hecho, ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo. Por el contrario, las tasas de éxito en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tratamiento son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994; Ronsenfeld, 1992).

La negación —total o parcial— del problema dificulta la búsqueda de ayuda terapéutica. No es, por ello, infrecuente que no se acuda a la consulta o se haga en condiciones de presión (amenazas de divorcio por parte de la pareja, denuncias judiciales, etc.), con el autoengaño de que *esta situación de violencia nunca más se va a volver a repetir*. Esta actitud es reflejo de la resistencia al cambio. Si bien el temor a la pérdida de la mujer y de los hijos y la perspectiva de un futuro en soledad, así como el miedo a las repercusiones legales, pueden actuar como un revulsivo, en estos casos no hay una motivación apropiada y la implicación en el cambio de conducta es escasa y fluctuante (Dutton y Golant, 1997).

Resulta prioritario evaluar en estas primeras fases del tratamiento el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio (Corsi, 1995). No deja de ser significativo que la tasa de rechazos y de abandonos prematuros de la terapia afecte a casi el 50% de los sujetos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) (figura 6).

FIGURA 6. *Tasa de rechazos al tratamiento*  
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)



Reconocer la existencia del problema es el paso previo para la terapia. Los hombres maltratadores pueden no ser **culpables**, pero sí son **responsables** del daño producido a la mujer. Sólo desde esta perspectiva se puede iniciar un programa para el cambio.

Las intervenciones terapéuticas con maltratadores han tenido como objetivo, habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con 1 ó 2 terapeutas varones, enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar los hábitos de bebida, reevaluar los sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución de problemas, entrenar en relajación y habilidades de comunicación y enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y de control de los impulsos (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997).

Un programa similar se ha aplicado en un formato individual (15 sesiones con una periodicidad semanal) en el estudio de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997). No obstante, algunas sesiones —en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación— se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo. Estos últimos aspectos son fundamentales; en caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja. En este estudio se ha obtenido, al terminar el tratamiento, una tasa de éxitos del 81% de los casos, que se ha reducido al 69% en el seguimiento de los 3 meses.

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). Quizá convenga en un futuro depurar los protocolos de tratamiento en función de las diversas variables implicadas (modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal, etc.) y de los distintos tipos de maltratadores.

No obstante, el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia. En concreto, las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida (Shephard, 1992). Desde una perspectiva predictiva, los factores asociados al éxito terapéutico son los siguientes: la edad del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja (Harris, 1986).

En resumen, el objetivo del tratamiento debe orientarse al control de la violencia, al margen de la posible reconciliación conyugal, y no puede limitarse a la detención de la agresión física con alguna técnica de control de la ira. Lo que es más difícil de controlar es el maltrato psicológico, que puede continuar aun después de haber cesado la violencia física (Corsi, 1995).

Las perspectivas de futuro se centran en la aplicación de un tratamiento individual cognitivo-conductual, ajustado a las necesidades específicas de cada persona, intercalado con sesiones grupales de hombres violentos, en el marco global de un programa de violencia familiar y con un tratamiento psicofarmacológico de control de la conducta violenta, a modo de apoyo complementario, en algunos

casos de sujetos especialmente impulsivos o con trastornos del estado de ánimo (Edleson y Tolman, 1992; Maiuro y Avery, 1996). El programa terapéutico debe ser prolongado (al menos, de 4 meses) y con unos controles de seguimiento regulares y próximos que cubran un período de 1 ó 2 años.

Las sesiones grupales, que pueden estar dirigidas por terapeutas junto con algún ex maltratador que actúe como modelo, tienen como objetivo neutralizar los mecanismos habituales de negación, minimización y atribución causal externa de las conductas violentas. Se trata asimismo de generar conciencia del problema y de ayudar a asumir la responsabilidad del mismo, así como de hacer ver que el cambio es posible y de desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las dificultades cotidianas. Expresar la necesidad del cambio —asumida como decisión propia y no como resultado de las presiones externas— e interrumpir la cadena de la violencia son los objetivos fundamentales de estos grupos terapéuticos (Corsi, 1995) y el requisito imprescindible para abordar otras metas de mayor alcance.

Por otra parte, la integración de este programa en un contexto institucional de asistencia a la violencia familiar presenta varias ventajas: a) la atención conjunta a las necesidades de los diversos componentes de la familia; b) la asistencia jurídica, económica y de vivienda necesaria frecuentemente en estos casos; y c) la posibilidad de observación a través de un espejo de visión unidireccional de las entrevistas iniciales con las víctimas de la violencia doméstica, con el objetivo de interiorizar el alcance del comportamiento violento y de generar una mayor motivación para el cambio de conducta.

## V. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS MALTRATADORES

En este capítulo se describen las características generales de los instrumentos de evaluación utilizados —y en buena parte creados— por los autores de este texto (tabla 16). En la tabla 17 figuran las medidas utilizadas en cada momento de la evaluación, así como la persona que rellena cada una de ellas (el terapeuta, en el caso de las escalas heteroaplicadas; el paciente, en el caso de las escalas autoaplicadas).

### 5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO

La **Entrevista General Estructurada de Maltratadores** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consta de cinco apartados que recogen datos sobre las características demográficas y las dificultades laborales, el desarrollo evolutivo, los posibles problemas de maltrato en relaciones de pareja anteriores y la situación de pareja y familiar actual, así como sobre el estado de salud, los antecedentes penales y las relaciones sociales del sujeto. Asimismo permite detectar variables psicopatológicas que están relacionadas habitualmente con la violencia familiar (los celos y el abuso de alcohol, principalmente). Todos estos aspectos son de gran utilidad para la evaluación y el control del problema específico de cada sujeto. Esta entrevista resulta, por ello, un instrumento efectivo para evaluar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento de las conductas violentas.

El **Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consta de seis ítems, que miden, por un lado, la frecuencia y la duración de los episodios de maltrato y, por otro, la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad de dichas variables, así como sobre las consecuencias físicas y psicoló-

TABLA 16. *Protocolo de evaluación de maltratadores*

---

*Entrevista con el maltratador*<sup>1</sup>

1. *Entrevista General Estructurada de Maltratadores* (celos, alcohol, juego, sexualidad, relaciones extraconyugales, conductas características de una persona pendeñciera, etc.).
2. *Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato* (frecuencia, intensidad, duración, consecuencias, etc.). Versión para el maltratador y versión para la víctima.

*Entrevista de confrontación con el maltratador y la víctima*<sup>2</sup>*Autoinformes*<sup>3</sup>

1. *Psicopatología general*  
SCL-90-R
  2. *Aspectos psicopatológicos específicos*  
STAXI  
AUDIT  
BDI  
STAI
  3. *Variables de personalidad y de adaptación*  
Autoestima  
Inadaptación  
Ajuste Diádico  
Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia
  4. *Variables relacionadas con las expectativas de cambio y con la satisfacción con el tratamiento*  
Escala de Expectativas de Cambio  
Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento
- 

<sup>1</sup> Primera sesión de evaluación.<sup>2</sup> Segunda sesión de evaluación.<sup>3</sup> Tercera sesión de evaluación.

TABLA 17. *Secuencia de protocolo de evaluación*

| <i>Medidas utilizadas</i>   | <i>Pretrata-<br/>miento</i>                  | <i>Postrata-<br/>miento</i>                  | <i>Segui-<br/>mientos<br/>(1, 3, 6 y<br/>12 meses)</i> |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista General Estructurada de Maltratadores .....</li> <li>• Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato .....</li> </ul>   | Terapeuta                                    |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• SCL-90-R .....</li> </ul>  | Paciente                                     |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• STAXI .....</li> <li>• AUDIT .....</li> <li>• BDI .....</li> <li>• STAI .....</li> </ul>   | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Autoestima .....</li> <li>• Escala de Inadaptación .....</li> <li>• Escala de Ajuste Diádico .....</li> <li>• Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia .....</li> </ul> | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente | Paciente<br>Paciente<br>Paciente<br>Paciente           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Expectativas de Cambio ..</li> <li>• Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento .....</li> </ul>  | Paciente                                     | Paciente                                     |  |

gicas en la pareja y sobre la repercusión que el maltrato ha tenido en la relación conyugal. A esta percepción es a lo que se denomina ***indicador subjetivo del paciente***. Las puntuaciones de cada ítem de esta parte subjetiva oscilan entre 0 (*nula*) y 4 (*muy grande*) y el rango del cuestionario es de 0 a 24. La detección de estas variables permite llevar a cabo una evaluación individualizada de las conductas de maltrato, así como planificar adecuadamente el tratamiento.

Existen dos versiones —una para el maltratador y otra para la víctima—, lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente. Este cuestionario se ha mostrado sensible al cambio terapéutico (*cf.* Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) y posibilita, por ello, evaluar el nivel de mejoría conseguido por el paciente al acabar el tratamiento.

El **Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consiste en un listado de 29 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador, que resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Este instrumento consta de dos subescalas. La primera de ellas, que está compuesta por 13 ítems, evalúa las distorsiones cognitivas que presenta el sujeto en relación con la mujer. La segunda, que consta de 16 ítems, permite evaluar las cogniciones distorsionadas referidas a la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

## 6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

En este capítulo se describen las características generales de los instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada al maltrato utilizados por los autores de este texto, así como sus propiedades psicométricas.

Sin embargo, el **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), el **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la **Escala de Autoestima** (Rosenberg, 1965), la **Escala de Inadaptación** (Echeburúa y Corral, 1987b) y el **Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento** (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979), que también se utilizan en la evaluación de los maltratadores, no se incluyen en este apartado puesto que ya han sido descritos en la parte del libro correspondiente a las víctimas. Sólo se describen a continuación los instrumentos específicos utilizados con este tipo de pacientes.

El **Listado de Síntomas (SCL-90-R)** (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de

síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto. El punto de corte en el índice global de síntomas (GSI) es 63.

El **Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)** (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la emoción de la ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAXI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira).

El **Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT)** (*Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol*) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989) tiene por objetivo la identificación de personas con un consumo peligroso de alcohol antes de que presenten una dependencia física o de que hayan surgido los problemas crónicos de tipo médico o psicosocial. Consta de 10 preguntas, que se puntúan según la frecuencia de 0 (*nunca*) a 4 (*diariamente*) en las 8 primeras preguntas y de 0 a 2 en las 2 últimas. La puntuación de la escala oscila de 0 a 36. Una puntuación de 8 o más revela la existencia de problemas relacionados con el alcohol.

La **Escala de Ajuste Diádico (DAS)** (Spanier, 1976), que consta de 32 ítems, es un instrumento muy utilizado para evaluar el grado de armonía global de una pareja. El rango de las puntuaciones es de 0 a 151. Sirve para diferenciar a las parejas bien avenidas de las parejas en conflicto: el punto de corte se sitúa en 100 (a mayor puntuación, mayor grado de ajuste). El análisis factorial del DAS ha dado como resultado la existencia de cuatro componentes de armonía en la pareja: a) satisfacción; b) cohesión; c) acuerdo; y d) expresión de afecto. Esta escala, que está muy bien elaborada psicométricamente, es aplicable también a las parejas que viven juntas sin estar casadas.

La **Escala de Expectativas de Cambio** (Echeburúa y Corral, 1987d) trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación del paciente ante el tratamiento y, desde una perspectiva más específica, el grado en que el paciente confía mejorar como consecuencia del tratamiento que va a recibir o está recibiendo. El paciente tiene que puntuar en una escala de tipo Likert que oscila de 1 (*nada*) a 6 (*muchísimo*).

## 7. APÉNDICES DE EVALUACIÓN

### 7.1. *Instrumentos de evaluación del maltrato*

#### 7.1.1. Entrevista General Estructurada de Maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

##### 1. DATOS PERSONALES Y LABORALES

Nombre y apellidos:

Dirección:

Teléfono:

Edad:                      Estado civil:                      ¿Vive con su pareja?:

Hijos propios:                      Hijos de la pareja:

Esquema familiar:

Estudios realizados:

Profesión:

Empleo actual:

Situación económica:

- ¿Qué grado de satisfacción te produce el trabajo?
 

|             |             |
|-------------|-------------|
| 1. Bajo     | 3. Alto     |
| 2. Moderado | 4. Muy alto |
- ¿Qué grado de tensión te produce el trabajo?
 

|             |             |
|-------------|-------------|
| 1. Bajo     | 3. Alto     |
| 2. Moderado | 4. Muy alto |
- Afecta el trabajo a tu comportamiento con la familia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Hay alguna otra circunstancia externa que afecte a tu comportamiento con la familia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

## 2. DESARROLLO EVOLUTIVO

- Entorno familiar en la infancia:
  1. Padre y madre
  2. Madre y padrastro
  3. Padre y madrastra
  4. Madre sola
  5. Padre solo
  6. Otro familiar:
- Si tus padres están separados, ¿qué edad tenías cuando se separaron?
- ¿Cómo definirías la relación con tu padre?
  1. Cálida
  2. Respetuosa
  3. Distante
  4. Conflictiva
- ¿Cómo definirías la relación con tu madre?
  1. Cálida
  2. Respetuosa
  3. Distante
  4. Conflictiva
- Número de hermanos y edades:
- Cuando eras niño, ¿te castigaron físicamente tus padres?
  1. Nunca
  2. A veces
  3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:
- Cuando eras niño, ¿te castigaron físicamente tus profesores en la escuela?
  1. Nunca
  2. A veces
  3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:

- ¿Crees que tus padres o profesores te castigaban injustamente?  
1. Nunca            2. A veces            3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:

- ¿Sufriste algún tipo de maltrato físico, sexual o psicológico durante la infancia?  
1. Nunca            2. A veces            3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:

- ¿Sufrieron maltrato físico, sexual o psicológico alguno de tus hermanos durante la infancia?  
1. Nunca            2. A veces            3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:

- ¿Abusaban alguno de tus padres del alcohol o de las drogas?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Maltrataba tu padre física, sexual o psicológicamente a tu madre?

1. Nunca            2. A veces            3. Con frecuencia

En este último caso, especifícalo con más detalle:

- ¿Agrediste alguna vez a tu padre o a tu madre?

1. Nunca            2. A veces            3. Con frecuencia

En este último caso, especificalo con más detalle:

- ¿Utilizabas la fuerza física o amenazas/insultos para salirte con la tuya en la relación con tus compañeros durante la infancia y adolescencia?

En caso afirmativo, especificalo con más detalle:

- ¿Hay algún otro aspecto relacionado con tu infancia o adolescencia que creas importante y que no lo hayamos comentado?

### 3. RELACIONES DE PAREJA ANTERIORES

- ¿Cuántas relaciones más o menos estables has tenido?

¿Hubo violencia física en ellas?

¿Hubo violencia psicológica en ellas?

¿Hubo destrucción de objetos?

- Señala si hubo alguna de estas conductas en alguna de tus relaciones de pareja anteriores:

1. Abofetear
2. Agarrar
3. Pegar con el puño
4. Empujar
5. Dar patadas
6. Morder
7. Estrangular
8. Tirar al suelo
9. Tirar del pelo
10. Atacar con un instrumento o con un arma
11. Forzar a tener relaciones sexuales o a llevar a cabo conductas sexuales concretas que tu pareja no deseaba

12. Amenazar con pegar
13. Amenazar con violar
14. Amenazar con matar
15. Amenaza de suicidio
16. Obligar a hacer algo o prohibir hacer algo
17. Insultar/Humillar

- ¿Te has mostrado celoso o ha habido algún problema de infidelidad en alguna de tus relaciones anteriores?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
- ¿Has tratado en el pasado de resolver tus problemas de violencia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
- ¿Hay alguna otra circunstancia o acontecimiento relacionado con tus relaciones pasadas que creas interesante comentar?

#### 4. RELACIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR ACTUAL

- Estudios realizados por la pareja:
  
- Profesión de la pareja:
  
- Empleo actual de la pareja:
  
- Situación económica de la pareja:
  
- Duración de la relación:
  
- ¿Te encuentras satisfecho globalmente con tu relación de pareja?  
En caso negativo, especifícalo.

- ¿Cuál es el grado de satisfacción en la relación sexual que mantienes con tu pareja? (1, bajo; 2, moderado; 3, alto; 4, muy alto). Especifica lo más posible tu respuesta.
  
- ¿Tienes o has tenido alguna relación extraconyugal? En caso afirmativo, especifica con detalle lo relacionado con el número, la duración y la posible existencia de violencia.
  
- ¿Te consideras una persona celosa?
  
- ¿Crees que tu pareja te es infiel? En caso afirmativo, ¿en qué basas tu creencia?
  
- ¿Te parece tu pareja provocadora o que atrae excesivamente la atención de otros hombres?
  
- ¿Cuándo se produjo el primer episodio de violencia con tu pareja?
  
- Relata aproximadamente lo que ocurrió:
  
- ¿Con qué frecuencia aproximada ha habido episodios de violencia a lo largo de la relación?
  
- Señala si ha habido alguna de estas conductas en tu relación actual:
  1. Abofetear
  2. Agarrar
  3. Pegar con el puño
  4. Empujar
  5. Dar patadas
  6. Morder
  7. Estrangular
  8. Tirar al suelo
  9. Tirar del pelo

10. Atacar con un instrumento o con un arma
  11. Forzar a tener relaciones sexuales o a llevar a cabo conductas sexuales concretas que tu pareja no deseaba
  12. Amenazar con pegar
  13. Amenazar con violar
  14. Amenazar con matar
  15. Amenaza de suicidio
  16. Obligar a hacer algo o prohibir hacer algo
  17. Insultar/Humillar
- ¿Ha necesitado atención médica o psicológica tu pareja como resultado de la violencia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
  - Describe de la mejor forma que puedas el último episodio de violencia que hayas tenido:
  
  - ¿Cuáles fueron las circunstancias iniciales de este episodio?
  
  - ¿Cómo siguió la escalada de la violencia?
  
  - ¿Usaste algún arma u objeto de agresión?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
  - ¿Hubo alguna intervención externa durante este episodio (policía, vecinos, un amigo, etc.)?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
  - ¿Habíais ingerido tú o tu pareja alcohol o alguna otra droga antes del incidente (4 horas o menos)?

En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Has apreciado un aumento progresivo de la violencia a lo largo del tiempo?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle (relacionado con la frecuencia, la duración o la gravedad):

- ¿Cuántos episodios de violencia ha habido en el último año de relación?

Violencia física:

Violencia sexual:

Violencia psicológica:

Destrucción de objetos:

- ¿Cuáles son los temas de discusión más frecuentes? Puntúa en términos de frecuencia:

- |                  |              |            |
|------------------|--------------|------------|
| 1. Muy frecuente | 2. Frecuente | 3. A veces |
| 4. Rara vez      | 5. Nunca     |            |

Cuidados de la casa: \_\_\_\_\_

Relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

Dinero: \_\_\_\_\_

Relaciones sociales: \_\_\_\_\_

Los niños: \_\_\_\_\_

Familiares: \_\_\_\_\_

Otros temas: \_\_\_\_\_

Especifícalos:

- ¿Te sueles dar cuenta con antelación de que te vas a poner violento?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle (pensamientos presentes, malestar físico, signos fisiológicos, etc.):
- ¿Ha presenciado alguno de vuestros hijos algún episodio de violencia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
- ¿Ha estado alguno de vuestros hijos envuelto en alguno de los episodios de violencia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
- ¿Reciben vuestros hijos castigo físico? En caso afirmativo, especifica con qué frecuencia y por qué motivos:
- ¿Tiene alguno de vuestros hijos comportamientos problemáticos en casa o en la escuela?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
- ¿Vives con tus padres, tus suegros u otros familiares?

- Si es así, ¿has utilizado la fuerza física o la violencia psicológica en alguna ocasión con ellos?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Posees armas de fuego o de otro tipo en casa?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

## 5. ESTADO DE SALUD, ANTECEDENTES PENALES Y RELACIONES SOCIALES

- ¿Has tenido alguna enfermedad física o mental o accidente grave en el pasado?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Tienes en este momento algún problema físico o psíquico?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Has sido hospitalizado alguna vez por motivos de salud mental?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Has recibido en el pasado algún tipo de tratamiento psicológico?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Ha habido algún intento de suicidio tanto por tu parte como por tu pareja o por el resto de la familia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Bebes alcohol?

Frecuencia:

Cantidad:

¿Con qué frecuencia te emborrachas?:

- ¿Crees que el alcohol contribuye a empeorar tu relación?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Consumes drogas? En caso afirmativo, ¿qué tipo de drogas?:

Frecuencia:

Cantidad:

- ¿Juegas habitualmente a las máquinas tragaperras o a algún otro tipo de juegos?

Frecuencia:

Cantidad:

- ¿Has utilizado la violencia alguna vez bajo la influencia del alcohol u otras drogas o por problemas relacionados con el juego?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Has utilizado la violencia alguna vez sin estar bajo la influencia del alcohol u otras drogas?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Has estado alguna vez implicado en situaciones violentas externas a la familia?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:

- ¿Te han detenido alguna vez?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
- ¿Te han encontrado culpable de algún delito en el pasado?  
En caso afirmativo, especifícalo con más detalle:
  
- ¿Cuáles son tus fuentes actuales de apoyo y amistad?
  
- ¿Te consideras una persona solitaria? Explica el porqué de tu respuesta:
  
- ¿Crees que la violencia es una forma aceptable de resolver un conflicto o discusión? Explica el porqué de tu respuesta:
  
- ¿Te crees capaz de llegar a evitar la violencia por ti mismo? Explica el porqué de tu respuesta:
  
- ¿Quieres hacer algún comentario adicional?

7.1.2. Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato  
*(versión para el maltratador)*  
 (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

1. Durante el último mes, ¿con qué **frecuencia** ha tenido episodios violentos con su pareja?

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ninguna vez              | 1 vez                    | 2 veces                  | Entre 3 y 5 veces        | Más de 6 veces           |

Considero que esta frecuencia es:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy grande               | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

2. Especifique la **duración** media de los episodios violentos:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| 0 minutos                | Menos de 15 minutos      | Entre 15 y 30 minutos    | Entre 30 y 60 minutos    | Más de 60 minutos        |

Considero que esta duración es:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy grande               | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

3. Especifique la intensidad de los episodios violentos:

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy grande               | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

4. Considero que las consecuencias físicas que he ocasionado con los episodios violentos a mi pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

5. Considero que las consecuencias psicológicas que he ocasionado con los episodios violentos a mi pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

6. Considero que las repercusiones de los episodios violentos sobre mi relación de pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

7.1.3. Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato  
*(versión para la víctima)*  
 (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

1. Considero que la frecuencia de los episodios violentos es:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grande            | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

2. Considero que la duración de los episodios violentos es:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grande            | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

3. Especifique la intensidad de los episodios violentos:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grande            | Grande                   | Mediana                  | Pequeña                  | Nula                     |

4. Considero que las consecuencias físicas que me han ocasionado los episodios violentos de mi pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

5. Considero que las consecuencias psicológicas que me han ocasionado los episodios violentos de mi pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

6. Considero que las repercusiones de los episodios violentos sobre mi relación de pareja han sido:

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy<br>grandes           | Grandes                  | Medianas                 | Pequeñas                 | Nulas                    |

7.1.4. Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer  
y sobre el Uso de la Violencia  
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

PENSAMIENTOS SOBRE LA MUJER

- |   | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Las mujeres son inferiores a los hombres .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si el marido es el que aporta el dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Una mujer no debe llevar la contraria a su marido .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá por qué .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Si las mujeres realmente quisieran, sabrían cómo prevenir nuevos episodios de violencia .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y les golpeen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Si una mujer tiene dinero, no tiene por qué soportar una relación en la que existe violencia .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>PENSAMIENTOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA</b>   |                          |                          |
| 14. Si un niño pega a tu hijo, éste debe responderle de la misma forma .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una pelea .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Las bofetadas son a veces necesarias .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Para maltratar a una mujer hay que odiarla .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas creen que su comportamiento está justificado .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Los golpes en el trasero (a un niño) son a veces necesarios .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores" .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Cuando tus vecinos se están pegando, es responsabilidad tuya intervenir .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Siempre es un delito que un hombre pegue a una mujer .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Los agresores son personas con graves problemas psicológicos que a menudo no saben lo que hacen ..                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 7.2. Instrumentos de evaluación de la sintomatología asociada

### 7.2.1. Listado de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1975)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

#### INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Rodee con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor su situación actual.

0=Nada    1=Un poco    2=Moderadamente    3=Bastante    4=Mucho

|      |  |   |   |   |   |   |
|------|--|---|---|---|---|---|
| 1S.  | Dolores de cabeza .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2A.  | Nerviosismo o agitación interior .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3O.  | Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente .....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4S.  | Sensaciones de desmayo o mareo .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5D.  | Pérdida de deseo o de placer sexual .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6SI. | El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente .....                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7P.  | La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos .....                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8I.  | La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás .....         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9O.  | La dificultad para recordar las cosas .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10O. | Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11H. | Sentirse fácilmente irritado o enfadado .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12S. | Dolores en el corazón o en el pecho .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|       |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 13AF. | Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle .....               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14D.  | Sentirse bajo de energías o decaído .....                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15D.  | Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida .....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16P.  | Oír voces que otras personas no oyen .....                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17A.  | Temblores .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18I.  | La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19.   | Falta de apetito .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20D.  | Llorar fácilmente .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21SI. | Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22D.  | La sensación de estar atrapado o como encerrado .....                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23A.  | Tener miedo de repente y sin razón .....                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24H.  | Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar .....     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25AF. | Miedo a salir de casa solo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26D.  | Culparse a sí mismo de todo lo que pasa .                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27S.  | Dolores en la parte baja de la espalda .....                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28O.  | Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29D.  | Sentirse solo .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30D.  | Sentirse triste .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31D.  | Preocuparse demasiado por las cosas .....                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32D.  | No sentir interés por las cosas .....                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33A.  | Sentirse temeroso .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34SI. | Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad .....            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35P.  | La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|       |  |   |   |   |   |   |
|-------|--|---|---|---|---|---|
| 36Sl. | La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso .....               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37Sl. | La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta .   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38O.  | Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien .... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39A.  | Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40S.  | Náuseas o malestar en el estómago .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41Sl. | Sentirse inferior a los demás .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42S.  | Dolores musculares .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43l.  | Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted .....               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44.   | Dificultad para conciliar el sueño .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45O.  | Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace .....                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46O.  | Encontrar difícil el tomar decisiones .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47AF. | Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes .....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48S.  | Dificultad para respirar .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49S.  | Sentir calor o frío de repente .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50AF. | Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo .....    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51O.  | Que se le quede la mente en blanco .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52S.  | Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo .....                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53S.  | Sentir un nudo en la garganta .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54D.  | Sentirse desesperanzado con respecto al futuro .....                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55O.  | Tener dificultades para concentrarse .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56S.  | Sentirse débil en alguna parte del cuerpo .  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57A.  | Sentirse tenso o agitado .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58S.  | Pesadez en los brazos o en las piernas ....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|       |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 59.   | Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir .....                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60.   | Comer demasiado .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61SI. | Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted .....           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62P.  | Tener pensamientos que no son suyos .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63H.  | Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien .....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64.   | Despertarse de madrugada .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65O.  | Tener que repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc. .... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66.   | Sueño inquieto o perturbado .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67H.  | Tener ganas de romper algo .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68I.  | Tener ideas o creencias que los demás no comparten .....                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69SI. | Sentirse muy cohibido entre otras personas .                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70AF. | Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc. ....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71D.  | Sentir que todo requiere un gran esfuerzo   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72A.  | Ataques de terror o pánico .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73SI. | Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público .....                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74H.  | Tener discusiones frecuentes .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75AF. | Sentirse nervioso cuando se queda solo ...  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76I.  | El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros .....                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77P.  | Sentirse solo aunque esté con más gente .   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78A.  | Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo .....               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79D.  | La sensación de ser inútil o no valer para nada .....                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80A.  | Presentimientos de que va a pasar algo malo .....                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|       |   |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 81H.  | Gritar o tirar cosas .....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82AF. | Tener miedo de desmayarse en público ...  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83I.  | La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara ..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84P.  | Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante .....                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85P.  | La idea de que debería ser castigado por sus pecados .....                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86A.  | Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo .....                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87P.  | La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo .....                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88P.  | No sentirse cercano o íntimo con nadie .....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89.   | Sentimiento de culpabilidad .....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90P.  | La idea de que algo anda mal en su mente.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### 7.2.2. Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988)

NOMBRE:

N.º:

FECHA:

EVALUACIÓN:

#### PARTE I: INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación y marque con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor CÓMO SE SIENTE USTED EN LOS ÚLTIMOS DÍAS. Utilice, para ello, la siguiente escala de valoración:

1 = En absoluto      2 = Algo      3 = Moderadamente      4 = Mucho

#### CÓMO ME SIENTO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS:

- |     |                                      |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------|---|---|---|---|
| 1.  | Estoy furioso .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2.  | Me siento irritado .....             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.  | Me siento enfadado .....             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4.  | Tengo ganas de pegar a alguien ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5.  | Tengo ganas de romper cosas .....    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6.  | Estoy desquiciado .....              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.  | Me gustaría golpear en la mesa ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.  | Me gustaría pegar a alguien .....    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.  | Estoy quemado .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Me gustaría decir tacos .....        | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### PARTE II: INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Lea cada afirmación y marque con un círculo el número de la respuesta que refleje

mejor CÓMO SE SIENTE USTED NORMALMENTE. Utilice, para ello, la siguiente escala de valoración:

1 = Casi nunca      2 = Algunas veces      3 = A menudo      4 = Casi siempre

### CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE:

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 11. | Me caliento rápidamente .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Tengo un carácter irritable .....                                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Soy una persona exaltada .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Me enfado cuando me retraso por los errores de los demás .....          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen .....             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Pierdo los estribos .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Cuando me siento enfadado digo barbaridades.                            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Me pone furioso que me critiquen delante de los demás .....             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Cuando estoy frustrado me dan ganas de pegar a alguien .....            | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

### PARTE III: INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que las personas usan para describir sus reacciones cuando se sienten enfadadas. Lea cada afirmación y marque con un círculo el número que refleje mejor CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO. Utilice, para ello, la siguiente escala de valoración:

1 = Casi nunca      2 = Algunas veces      3 = A menudo      4 = Casi siempre

- |     |                                       |   |   |   |   |
|-----|---------------------------------------|---|---|---|---|
| 21. | Controlo mi temperamento .....        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Expreso mi ira .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Me guardo para mí lo que siento ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Tengo paciencia con los demás .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |

|     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 25. | Me pongo de morros, me amohíno .....              | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Me aparto de la gente .....                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Hago comentarios irónicos a los demás .....       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Mantengo la calma .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Hago cosas como dar portazos .....                | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Ardo por dentro aunque no lo demuestro .....      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Controlo mi comportamiento .....                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Discuto con los demás .....                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie..   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Golpeo cualquier cosa .....                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Puedo controlarme y no perder los estribos .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Critico bastante a los demás a sus espaldas ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Estoy más enfadado de lo que quiero admitir ....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Me calmo más rápido que la mayoría de la gente.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Digo barbaridades .....                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Intento ser tolerante y comprensivo .....         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Me irrito más de lo que la gente se cree .....    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Pierdo la paciencia .....                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Si alguien me molesta, le digo cómo me siento .   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Controlo mis sentimientos de enfado .....         | 1 | 2 | 3 | 4 |

7.2.3. Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT)  
(Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?  
(0) Nunca (1) Una vez al mes o menos (2) 2-4 veces/mes  
(3) 2-3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?  
(0) 1 ó 2 (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia consume seis copas o más en una ocasión?  
(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
4. ¿Cuántas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba?  
(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
5. ¿Cuántas veces durante el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?  
(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente
6. ¿En cuántas ocasiones, durante el último año, ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder "arrancar", después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior?  
(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana (4) Diariamente o casi diariamente

7. ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable, o ha tenido remordimientos, después de haber bebido?  
(0) Nunca    (1) Menos de una vez al mes    (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana    (4) Diariamente o casi diariamente
  
8. ¿Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?  
(0) Nunca    (1) Menos de una vez al mes    (2) 1 vez al mes  
(3) 1 vez por semana    (4) Diariamente o casi diariamente
  
9. ¿Ha tenido algún accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?  
(0) No    (1) Sí, pero no durante el último año  
(2) Sí, durante el último año
  
10. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas, o le han sugerido que no beba tanto?  
(0) No    (1) Sí, pero no durante el último año  
(2) Sí, durante el último año

7.2.4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)  
(Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)

El STAI no se incluye en este apartado debido a que la versión española de este inventario está publicada por TEA (1982).

7.2.5. Inventario de Depresión de Beck (BDI)  
(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

Este instrumento no se incluye en este apartado debido a que ya figura en la parte correspondiente a las víctimas.

7.2.6. Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987b)

Este instrumento no se incluye en este apartado debido a que ya figura en la parte correspondiente a las víctimas.

## 7.2.7. Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976)

NOMBRE:

N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

La mayoría de las personas muestra algún tipo de desacuerdos en sus relaciones. Indique, por favor, el grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre usted y su pareja en cada uno de los elementos que figuran a continuación.

- Siempre en desacuerdo 0
- Casi siempre en desacuerdo 1
- A menudo en desacuerdo 2
- A veces en desacuerdo 3
- Casi siempre de acuerdo 4
- Siempre de acuerdo 5

1. Manejo de la economía doméstica .....
2. Tiempo de ocio .....
3. Religión .....
4. Demostraciones de cariño .....
5. Amistades .....
6. Relaciones sexuales .....
7. Muestras de educación (conductas correctas o apropiadas) .....
8. Filosofía de la vida .....
9. Relaciones con los familiares próximos .....
10. Cosas y objetivos considerados importantes .....
11. Cantidad de tiempo pasado juntos .....
12. Toma de decisiones importantes .....
13. Tareas domésticas .....
14. Intereses y actividades de ocio .....
15. Decisiones en relación con el futuro de uno .....

- Siempre 0
- Casi siempre 1
- A menudo 2
- A veces 3
- Casi nunca 4
- Nunca 5

16. ¿Con qué frecuencia hablan o consideran la posibilidad de divorciarse, separarse o de poner fin a su relación? .....
17. ¿Con qué frecuencia usted o su pareja se van de casa después de una riña? .....
18. ¿Con qué frecuencia considera que la relación entre usted y su pareja funciona, en general, adecuadamente? .....
19. ¿Confía usted en su pareja? .....
20. ¿Se arrepiente en alguna ocasión de haberse casado (o de haberse ido a vivir juntos)? .....
21. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja? .....
22. ¿Con qué frecuencia acaban usted y su pareja por perder el control en el transcurso de una discusión? .....
23. ¿Besa usted a su pareja? .....
- Nunca 0
  - Casi nunca 1
  - A veces 2
  - Casi todos los días 3
  - Todos los días 4
24. ¿Participan usted y su pareja en actividades externas a la familia? .....
- En ninguna 0
  - En casi ninguna 1
  - En algunas 2
  - En la mayoría 3
  - En casi todas 4

- Nunca 0
- Menos de una vez al mes 1
- Una o dos veces al mes 2
- Una o dos veces a la semana 3
- Una vez al día 4
- Más a menudo incluso 5

25. ¿Tienen ustedes un intercambio enriquecedor de ideas? ..
26. ¿Se ríen juntos? .....
27. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa? .....
28. ¿Colaboran juntos en un proyecto? .....

Hay algunos aspectos en los que las parejas están a veces de acuerdo y a veces en desacuerdo. Indique si alguno de los dos elementos señalados a continuación ha sido motivo de discordia o de diferencias de opinión en la relación de pareja en las últimas semanas (Señale sí o no).

- |  | Sí | No |
|--|----|----|
| 29. Demasiado cansado para practicar el sexo ..... | 0  | 1  |
| 30. Ausencia de muestras de cariño .....           | 0  | 1  |

31. Las alternativas que aparecen debajo de estas líneas representan grados diversos de felicidad en la relación de pareja. La alternativa central ("feliz") representa el grado de felicidad de la mayor parte de las relaciones. Rodee con un círculo, por favor, la alternativa que describa mejor el grado de felicidad, tras hacer un balance global, de su relación de pareja.

- 0 Muy desgraciada
- 1 Bastante desgraciada
- 2 Algo desgraciada
- 3 Feliz
- 4 Bastante feliz
- 5 Muy feliz
- 6 Radiante

32. ¿Cuál de las frases que figuran a continuación describe mejor sus sentimientos acerca del futuro de su relación de pareja?
5. Quiero a toda costa que mi relación tenga éxito y haría cualquier cosa para conseguirlo.
  4. Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para conseguirlo.
  3. Tengo mucho interés en que mi relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para conseguirlo.
  2. Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago ahora para conseguirlo.
  1. Sería muy agradable si mi relación de pareja tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago ahora para contribuir a que la pareja vaya bien.
  0. Mi relación de pareja no puede tener éxito nunca, y yo no puedo hacer más de lo que hago para mantener a la pareja con éxito.

#### 7.2.8. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Este instrumento no se incluye en este apartado debido a que ya figura en la parte correspondiente a las víctimas.

### 7.3. *Otros instrumentos*

#### 7.3.1. Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987d)

NOMBRE:

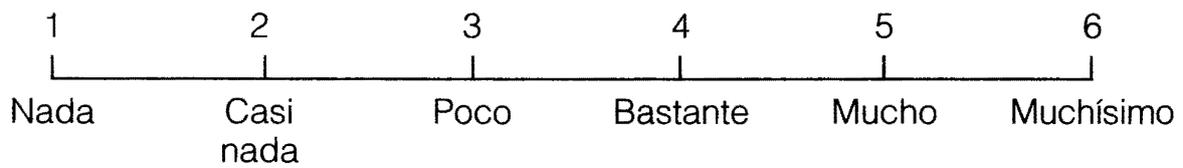
N.º:

TERAPEUTA:

FECHA:

Escala global

Indique en qué grado confía mejorar globalmente como consecuencia del tratamiento que va a recibir. Rodee, para ello, con un círculo el número que mejor se corresponda con su opinión:



#### 7.3.2. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

Este instrumento no se incluye en este apartado debido a que ya figura en la parte correspondiente a las víctimas.

## VI. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA MALTRATADORES

### 8. FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA

Como ya se ha mostrado en la figura 3, las conductas habituales de maltrato se desarrollan y mantienen por razones muy variadas. Por ello, las técnicas concretas de tratamiento propuestas en este programa de intervención no pueden ser homogéneas. Quiere decirse que en determinados pacientes es necesario resaltar, por ejemplo, como objetivo terapéutico la eliminación de los estereotipos machistas o el control de la conducta de celos y pueden pasarse por alto las técnicas encaminadas al abuso del alcohol, que pueden no resultar necesarias. En otros casos, sin embargo, resulta imprescindible establecer un buen programa de bebida controlada—o derivar al paciente a un centro específico de tratamiento del alcoholismo— y no es preciso atender a otros aspectos, como la educación para la sexualidad dentro de la pareja o la mejora de la autoestima.

No obstante, en la mayoría de las ocasiones es necesario actuar terapéuticamente sobre todos los aspectos recogidos en este programa y aumentar, incluso, el número total de sesiones. Se trata, en definitiva, de ofrecer un amplio abanico de instrumentos terapéuticos con los que afrontar de forma flexible las situaciones concretas que resulten necesarias en cada caso.

En la tabla 18 aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos tratados en el programa de intervención y de las técnicas terapéuticas concretas utilizadas para cada uno de ellos.

### 9. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

#### 9.1. *Formato del programa*

El programa de intervención propuesto consta de 15 sesiones, que duran una hora y tienen lugar con una periodicidad semanal. El pro-

TABLA 18. *Protocolo de tratamiento*

| <i>Aspectos psicopatológicos</i>   | <i>Técnicas terapéuticas</i>  |
|--|---|
| Ira descontrolada  | Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escala de la ira.<br>Suspensión temporal.<br>Distracción cognitiva.<br>Entrenamiento en autoinstrucciones. |
| Ansiedad/estrés  | Relajación.   |
| Celos patológicos  | Reestructuración cognitiva.<br>Saciación.   |
| Consumo abusivo de alcohol   | Programa de bebida controlada.  |
| Déficits de asertividad y de comunicación  | Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.   |
| Déficits en la resolución de problemas   | Entrenamiento en solución de problemas.   |
| Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas | Educación sobre la igualdad de los sexos.<br>Reestructuración cognitiva.  |
| Déficits en autoestima   | Reevaluación cognitiva.   |
| Déficits en las relaciones sexuales  | Educación sobre la sexualidad en la pareja.   |

grama se desarrolla en un formato individual. No obstante, algunas sesiones —especialmente las relacionadas con las habilidades de comunicación— se realizan, en una fase avanzada del tratamiento, a nivel de pareja si el caso concreto así lo aconseja. Sin embargo, el paso a esta fase requiere previamente una toma nítida de conciencia del problema de maltrato y de la responsabilidad personal por parte del paciente, el cese completo de los episodios de violencia y una evolu-

ción del tratamiento positiva (asistencia a las sesiones, realización de tareas, cumplimiento de los objetivos propuestos, etc.) hasta ese momento. Tomar en consideración estos aspectos antes de pasar a una terapia de pareja es fundamental. En caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja.

## 9.2. *Diario de sesiones*

### 1.ª SESIÓN

**OBJETIVOS:** Asunción de la responsabilidad propia en los episodios de violencia y aceptación de los principios básicos del tratamiento.

Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira.

Identificación de las situaciones antecedentes y de las conductas de la pareja facilitadoras de la ira.

Detección de las manifestaciones fisiológicas más habituales que indican el inicio de la escalada de la ira.

**TÉCNICA**

**TERAPÉUTICA:** Educación sobre el proceso de la violencia.

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira (Apéndice 1).

- **Conseguir del paciente la asunción de la responsabilidad propia en los episodios de violencia y la aceptación de los principios básicos del tratamiento.**
- Asumir la responsabilidad propia de lo que ocurre es un requisito básico del tratamiento. El maltrato suele negarse por parte del agresor. Cuando una conducta genera malestar al pensar fríamente en ella o es rechazada socialmente, se utilizan estrate-

gias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas o quitar importancia a los efectos de las conductas.

### **Excusas utilizadas:**

Negación: *«Yo no he hecho nada de lo que dice; son invenciones de mi mujer.»*

Minimización: *«Lo único que hice fue agarrarla y empujarla; eso no es pegar.»*

Carácter utilitario: *«Sólo de esta manera hace lo que deseo.»*

Justificación: *«Fue ella la que me provocó; es ella la que tiene que cambiar.» «Se abalanzó sobre mí y me tuve que defender.»*

Arrebato: *«No me di cuenta en ese momento de lo que hacía.»*

Olvido: *«Ni me acuerdo de lo que hice.»*

Atribuciones externas: *«Los problemas del trabajo me hacen perder el control.» «El alcohol tuvo la culpa de lo que hice.»*

- Aceptar los requisitos básicos del programa terapéutico
  1. La ira es una emoción normal, pero la violencia es una conducta negativa. El enfado, que es una emoción normal en determinadas circunstancias, no tiene por qué acabar en una conducta violenta.
  2. La violencia como forma de relación en la pareja es inadmisibles en cualquier circunstancia porque, al producir siempre unas consecuencias físicas y emocionales negativas, supone una vejación para la víctima y una disminución de la autoestima del agresor. La conducta de la pareja no puede justificar la violencia. En todo caso, habrá que buscar otras vías de afrontar los problemas planteados.
  3. Cada persona debe hacerse responsable de sus propias conductas. Los impulsos pueden controlarse.
  4. La violencia, más que una forma de pérdida de control de los impulsos, supone un intento de control de la relación.
- **Proporcionar información al paciente sobre la ira y sobre el ciclo de la violencia.**
  - Hacer ver cómo las conductas agresivas en la relación de pareja (maltrato físico, amenazas, insultos, gritos, chantajes, etc.) pueden servir a corto plazo para conseguir lo que uno quiere, pero

a la larga deterioran la relación de pareja y se vuelven contra uno mismo. Emitir habitualmente respuestas negativas conduce a recibir respuestas asimismo negativas, sean éstas del tipo que sean.

- Enseñar al paciente que no se trata de suprimir la ira, sino de aprender a controlarla y a canalizarla por medio de unas conductas no problemáticas. Se trata de aprender a identificar tempranamente los pensamientos “calientes” (injusticias, agravios pasados, etc.), los sentimientos (venganza, humillación, etc.) y las conductas (chillidos, gestos amenazantes, acaloramiento, etc.) que disparan sus reacciones de ira.
- Explicar el ciclo de la violencia según el modelo de las tres fases de Walker (1984): 1) el *desarrollo de la tensión*; 2) la *explosión o episodio de violencia aguda*; y 3) el *arrepentimiento o luna de miel*.

Durante la fase de desarrollo de la tensión las frustraciones aumentan gradualmente, aparecen en la mente pensamientos reiterados acerca de los fallos del otro cometidos en el pasado, se atribuyen las desgracias personales a la conducta de la pareja y se tiene la evidencia de que la conducta violenta es inevitable, sobre todo si existen antecedentes anteriores. A veces la tensión llega a ser tan intolerable que la violencia final es un alivio.

Cuando se produce la explosión o el episodio de violencia aguda, la víctima es maltratada. La agresión física es más probable si el agresor se inmiscuye en la libertad de movimientos de la víctima (por ejemplo, le persigue por la casa o le impide salir a la calle) o la víctima realiza conductas (gestos, comentarios, etc.) que el agresor interpreta como ofensivas o provocativas.

Por último, el remordimiento o la ternura se producen en el período que sigue a la violencia, cuando el autor del maltrato a menudo se siente avergonzado acerca de su pérdida de control. Jura que nunca volverá a suceder y encuentra modos para convencer a la pareja de su afecto (promesas de portarse bien en adelante, tener algún detalle con ella, etc.). Se suele atribuir el maltrato a factores externos, como el alcohol, los amigos o los problemas en el trabajo, lo que dificulta la asunción de las responsabilidades propias y la prevención de otros sucesos futuros.

Sin embargo, la *fase de arrepentimiento* tiende a desaparecer gradualmente a medida que aumenta la frecuencia de los episodios violentos.

- **Potenciar la responsabilidad del paciente en el autocontrol de la ira.** El paciente es responsable de todas sus interacciones. Es molesto no conseguir lo que uno quiere o necesita. Resulta, por ello, fácil enmascarar los sentimientos resultantes de frustración e impotencia culpabilizando a la otra persona de lo ocurrido. El paciente es el único que conoce con exactitud sus deseos y necesidades. Tratar de obligar a la otra persona a cambiar con ira o violencia es destructivo para ambos y para la relación. Sólo modificando el propio comportamiento puede obtenerse un resultado más satisfactorio. En último término, el paciente tiene la responsabilidad de utilizar una estrategia adecuada o inadecuada para hacer frente a las diferentes situaciones.
- **No culpabilizar al otro de los problemas de uno.** Reaccionar con ira y con violencia ante determinadas circunstancias es una forma inadecuada de afrontar las situaciones. En el programa de tratamiento se le van a enseñar alternativas más apropiadas para hacer frente a los problemas cotidianos.
- **Explicar el proceso de escalada de la ira y la necesidad de detener la escalada.** La violencia no surge habitualmente en un instante. Incluso las personas que se vuelven furiosas con rapidez atraviesan etapas progresivas. La ira comienza habitualmente con unos niveles bajos de molestia o irritación que gradualmente se intensifican y finalmente estallan en una fuerte explosión de violencia. Es necesario llegar a ser consciente de la ira en las fases anteriores a una explosión. La mayoría de los hombres sólo son conscientes de la ira cuando ésta se presenta en su máxima expresión y ya es difícilmente evitable. Niveles menores de ira, que el paciente probablemente califica de molestias o de irritación, son los que más se pasan por alto hasta que se intensifican llegando a una expresión de violencia. Si se quiere detener la escalada de la ira, es necesario actuar en los niveles iniciales y no cuando la violencia está a punto de estallar (es como querer quitarle un caramelo a un niño cuando se lo hemos enseñado y le hemos retirado el envoltorio para que se lo coma).
- **Identificar las situaciones antecedentes facilitadoras de la ira.** Las circunstancias, que son muy variables de unas parejas a otras, pueden estar relacionadas con el contenido de la interacción (temas económicos, educación de los hijos, etc.) o con las situaciones concretas (hacer determinados gestos, levantar la voz, discutir de

noche, hacerlo cuando uno está bebido, impedir la libertad de movimientos del otro, etc.).

Hacer una lista de las conductas de la pareja que son provocadoras de ira.

- **Explicar los principales pensamientos activadores de la ira.** Los pensamientos “calientes” desempeñan un papel muy importante en la reacción de ira como respuesta a un suceso frustrante:

| Suceso              | Pensamientos  | Ira     |
|---------------------|---|---------|
| «La cena está fría» | «Lo ha hecho para fastidiarme. Ella nunca va a cambiar» | Furioso |

Algunos de estos pensamientos están referidos a las supuestas **obligaciones** (por ejemplo: «nadie debería ver la televisión por la mañana», «todos deben hacer su trabajo», «no se puede estar inactivo», etc.) y a la supuesta **responsabilidad culpable de la pareja** (por ejemplo: «¡qué asco de casa!», «lo haces mal», «estás tratando de controlarme», «no sabes más que joderme», etc.).

Saber identificar estos pensamientos tempranamente es fundamental para detener la escalada de la ira.

- **Enseñar las manifestaciones fisiológicas más habituales que indican el inicio de la escalada de la ira.** Los primeros signos de advertencia podrían incluir indicaciones fisiológicas como taquicardia o respiración jadeante, pero hay diferencias entre unas personas y otras. Algunos se sienten acalorados en estas circunstancias, otros comienzan a sudar, otros adoptan un tic nervioso, etc. Por ello, es muy importante prestar atención a estos cambios del organismo. Es necesario observar dónde y cuándo comienza a sentirse la tensión. Un signo particularmente elocuente es la tensión en las manos, que se manifiesta en forma de apretar los puños.

### SIGNOS HABITUALES DE IRA

Ceño fruncido

Ojos muy abiertos o muy cerrados

Labios apretados

Puños cerrados

Tensión muscular

Tono de voz alto con inflexiones bruscas

- **Enseñar a utilizar la escala de intensidad de la ira.** Cada vez que esté irritado o se sienta frustrado, el sujeto debe tomar nota de las indicaciones fisiológicas que advierta, de la intensidad de la ira en una escala de 0 a 10 (siendo 10 la máxima expresión de la ira). Todo ello lo anotará en el *Autorregistro de Ira*.

**Tareas para casa:**

- Identificar las señales iniciales de ira. Anotar todo en el *Auto-rregistro de Ira*.

## 2.ª SESIÓN

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>OBJETIVO:</b>              | Control de la ira   |
| <b>TÉCNICAS TERAPÉUTICAS:</b> | Suspensión temporal.<br>Distracción cognitiva.<br>Entrenamiento en autoinstrucciones. |
| <b>MATERIAL ENTREGADO:</b>    | Autorregistro de Ira.   |

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Enseñar al paciente la técnica de la suspensión temporal (tiempo-fuera) (en la primera fase de la ira).**

Antes de utilizar esta técnica es necesario comentársela a la pareja para que esté informada de lo que puede ocurrir. Se trata de que el sujeto esté atento a las primeras reacciones de ira en un momento determinado (en el inicio de una discusión, por ejemplo) y de atajar el aumento de las mismas por medio de un alejamiento temporal de la pareja. Adoptar esta técnica es una señal de éxito, no de fracaso.

Las fases en la aplicación de esta técnica son las siguientes:

- **Identificación de los indicios de ira.** Cuando se advierten los primeros signos de irritación (con un grado de 2 a 3 en la intensidad subjetiva de la ira), se lleva a cabo la suspensión temporal. En algunos casos el paciente ya la habrá practicado por sí mismo, pero lo habrá hecho cuando ya se ha desencadenado la violencia. Por ello, es necesario aplicar esta técnica cuando se está en las primeras fases de la escalada de la ira.
- **Aviso a la víctima.** El sujeto debe llegar a un acuerdo con la pareja sobre una señal que indique la puesta en marcha de la suspensión temporal. Esta señal puede ser física (hacer un gesto predeterminado con la mano) o verbal, como, por ejemplo, decir: «*tiempo-fuera*», acompañado de algún comentario: «*Me siento mal...; me marché fuera porque he perdido el control y quiero*

*tranquilizarme*». No podrá añadir ninguna expresión inculpatoria hacia la pareja del tipo: «*Tiempo-fuera, estás enfureciéndome*» o «*estás haciéndome perder el control*». Esta clase de afirmaciones conducirían a una postura defensiva y a una escalada, más que a la serenidad esperada y a la seguridad de la separación temporal.

- **Alejamiento físico y psicológico de la situación.** Cuando sienta que comienzan las primeras fases de la ira y haga la señal de la suspensión temporal, deberá dejar el hogar durante una hora (ni más ni menos) y decir adónde va a acudir. Durante este tiempo **PUEDE HACER** alguna actividad física que le ayude a reducir la tensión en su cuerpo. Se trata de alejarse físicamente y de enfriar los pensamientos calientes. Darse una larga caminata, relacionarse con un amigo o salir a correr son algunos de los métodos adecuados.

**NO** debe pensar en la situación que le ha hecho enfurecerse. Cuanto más piense en lo injusto y detestable de lo que le ha ocurrido, más irritado se sentirá. Tampoco debe tomar decisiones en esas circunstancias respecto a la situación ocurrida: abandonar el hogar, divorciarse, darle un escarmiento a su mujer, etc. La ira es una mala consejera para tomar decisiones acertadas. Conviene, por ello, posponer cualquier decisión a una situación de tranquilidad posterior.

No debe beber ni utilizar drogas mientras está alejado, así como tampoco conducir. Los conductores enfadados son un auténtico peligro para sí mismos y para los demás.

- **Regreso.** Cuando regrese debe avisar que ha llegado. Esto ayudará a generar confianza en la relación. El aviso de llegada implica una voluntad por ambas partes para reanudar la comunicación. El paciente debe comprobar si está preparado para hablar sobre la cuestión. Si no lo está, debe fijar un tiempo específico en el que estará listo para hacerlo. Hablar de lo que le hizo sentirse irritado ayudará a ambos a reducir la posibilidad de la escalada de la ira en el futuro.
- **Adiestrar al sujeto en técnicas de distracción cognitiva** (*en la primera fase de la ira*).
- Cuando uno se encuentra tenso o irritado, suele ser difícil no pensar en ello. Pero estos pensamientos, a la larga, sólo sirven

para que uno se sienta peor. Mantienen en marcha el círculo vicioso de la ira y de sus síntomas.

- Si se consigue no prestar atención a los síntomas derivados de la ira, éstos acabarán por desaparecer por sí solos. ¿Pero cómo es posible no prestar atención a sentimientos desagradables? Para conseguirlo son necesarias dos cosas: a) decidir no pensar en ellos; y b) ocupar su mente con otra cosa, es decir, distraerse.
- Técnicas concretas de distracción:

*Concentrarse en lo que está pasando alrededor.* Por ejemplo, adivinar la región de origen de las personas con las que uno se encuentra en la calle, fijarse en las matrículas de los coches, etc.

*Practicar alguna actividad mental.* Por ejemplo, contar despacio de 1 a 20 de atrás adelante o hacer una determinada tabla de multiplicación, canturrear una canción, resolver un crucigrama, etc.

*Hacer ejercicio físico.* Por ejemplo, pasear, hacer arreglos en casa, correr, ir al monte, etc. Mantenerse físicamente ocupado le ayuda a uno a distraerse de sus pensamientos.

*Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas.* Los pasos pueden ser los siguientes: retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10; al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra “tranquilo”; inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose la palabra “tranquilo” cada vez que se espira.

- **Enseñar al sujeto autoinstrucciones adecuadas para el control de la ira** (*en la segunda fase de la ira*).

De acuerdo con la función reguladora que el lenguaje tiene sobre el comportamiento, se trata de enseñar al sujeto a autoinstruirse para determinar la naturaleza de la ira y seleccionar métodos adecuados para su control.

El paciente debe ensayar una variedad de autoinstrucciones que debe practicar regularmente y llevar por escrito en la cartera para poder echar mano de ellas en los momentos precisos.

Por ejemplo:

**Situación emocional:** «*Estoy furioso, irritado*».

## Cadena de autoinstrucciones posibles

*«¿Por qué me siento así? ¿Qué cosas se me pasan por la cabeza?»*

*«Estar furioso no me conduce a nada positivo. Voy a pensar qué se me ocurre para eliminar mi irritación.»*

*«En primer lugar, voy a esforzarme en respirar lenta y profundamente para tratar de tranquilizarme.»*

*«¿Justifica realmente lo que ha hecho mi mujer para sentirme así? No siempre salen las cosas como a uno le gustaría.»*

*«¿Consigo mis objetivos reaccionando de este modo?»*

*«Me siento ahora más tranquilo... voy a continuar respirando profundamente. Voy a ponerme a pensar en algo agradable.»*

*«Realmente no merece la pena irritarse. Si ante un problema me irrito, tengo dos.»*

*«Ahora que estoy más tranquilo, voy a hablar con mi pareja y tratar de llegar a un acuerdo con ella en lo que me preocupa.»*

- **Enseñar al sujeto qué hacer en caso de alerta roja** (cuando se encuentra con un nivel de ira superior a 7 y las estrategias anteriores han fallado).
  - El proceso de aprendizaje de la escalada de la ira varía de unas personas a otras. Se trata de un hábito que se adquiere con el tiempo, a medida que una persona va practicando. Por ello, a ciertos sujetos les resulta difícil identificar los momentos iniciales de la escalada de la ira. En este caso, es probable que se encuentren súbitamente con un nivel de irritación muy alto, en el que la secuencia expuesta de la suspensión temporal y el resto de las estrategias que se han proporcionado hasta ahora requieren una modificación.
 

Asimismo, ciertos momentos o situaciones de la vida cotidiana pueden provocar un grado muy alto de irritación, en los que resulta muy difícil identificar los niveles iniciales en el origen de la escalada de la ira. En estos casos, resulta necesario llevar a cabo unas estrategias de urgencia que impidan el desarrollo de la violencia.
  - El paciente debe **abandonar inmediatamente la situación en la que se encuentra**, es decir, llevar a cabo la suspensión temporal sin demora y sin necesidad de un acuerdo previo con la pareja. Sólo así se puede evitar un empeoramiento de la situación. El

sujeto, cuando esté fuera, debe seguir las instrucciones proporcionadas en la explicación del formato habitual de la suspensión temporal.

- El paciente **NO** debe regresar a casa hasta que se sienta más calmado y no exista peligro de otro estallido de violencia.

**Tareas para casa:**

- Llevar a cabo la suspensión temporal cuando se detecten las señales iniciales de ira y practicar la técnica de la distracción cognitiva. Aplicar posteriormente las autoinstrucciones. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.

### 3.ª SESIÓN

**OBJETIVO:** Reducción de la ansiedad y de estrés.

**TÉCNICA**

**TERAPÉUTICA:** Entrenamiento en relajación.

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.  
Resumen de los componentes de la relajación (Apéndice 2).  
Registro de Relajación (Apéndice 3).

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Entrenar al paciente en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva** (Jacobson, 1938). El objetivo es regular la respiración, reducir la tensión muscular y, en último término, proporcionar una sensación de calma. Además de los ejercicios de relajación, se enseña al paciente a que utilice estímulos verbales (“calma”, “tranquilo”, etc.) o imágenes (el recuerdo de una canción agradable, un paseo por el monte, etc.) que estén asociados a una situación de relajación y que induzcan más fácilmente este estado.

#### **Tareas para casa:**

- Proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva. Aplicar posteriormente las autoinstrucciones. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- Llevar a cabo los ejercicios de relajación 2 veces al día (antes de acostarse y en otro momento elegido por el paciente) (utilizar el *Registro de Relajación*).

#### 4.<sup>a</sup> SESIÓN

**OBJETIVO:** Reducción del consumo abusivo de alcohol.

**TÉCNICA**

**TERAPÉUTICA:** Programa de bebida controlada.

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.  
Registro de Relajación.  
Registro de Bebida (Apéndice 4).

- **Entrenar al paciente en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938).**
- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y resolver las dificultades planteadas.**
- **Tratar el consumo abusivo de alcohol mediante un programa de bebida controlada.**
  - Beber como máximo 40 gramos de alcohol por día. Una consumición de vino o cerveza, en las unidades de medida de un bar, contiene 10 gramos; una consumición de otra bebida alcohólica (coñac, whisky, gin-tonic, etc.), 20 gramos. Anotar el consumo en el registro correspondiente.
  - Beber como máximo 4 días por semana.
  - No beber nunca a solas ni en compañía de personas que abusan del alcohol. Hacerlo cuando se lleva a cabo alguna otra actividad: charlar, comer, jugar a cartas, estar con los amigos, etc.
  - No beber nunca en ayunas ni con el estómago vacío.
  - Beber solamente cuando se encuentre de buen humor y nunca cuando esté enfadado, preocupado o triste.
  - Llevar a cabo actividades que sean incompatibles con el consumo de alcohol: hacer ejercicio físico, ir al monte, etc.

#### Tareas para casa:

- Proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva. Aplicar posteriormente las autoinstrucciones. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.

- Llevar a cabo los ejercicios de relajación 2 veces al día (antes de acostarse y en otro momento elegido por el paciente) (utilizar el *Registro de Relajación*).
- Anotar el consumo diario de alcohol en el *Registro de Bebida*.

5.<sup>a</sup>-6.<sup>a</sup> SESIONES

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>OBJETIVO:</b>              | Control de la conducta de celos.   |
| <b>TÉCNICAS TERAPÉUTICAS:</b> | Reestructuración cognitiva.<br>Saciación.  |
| <b>MATERIAL ENTREGADO:</b>    | Autorregistro de Ira.<br>Registro de Relajación.<br>Registro de Bebida.<br>Cinta grabada con las ideas de celos. |

- **Entrenar al paciente en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva (Jacobson, 1938).**
- **Explicar la posibilidad de utilizar la relajación como forma de afrontar el inicio de la escalada de la ira.**
- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y resolver las dificultades planteadas.**
- **Identificar la presencia de celos patológicos y afrontarlos mediante técnicas de reestructuración cognitiva y de saciación.**
  - **Reestructuración cognitiva:** identificar y cuestionar los pensamientos automáticos y analizar el impacto de los mismos sobre la conducta, así como sustituirlos por pensamientos racionales.
  - **Saciación:** grabar en cinta los pensamientos de celos del paciente y exponerle a los mismos hasta que remita el malestar que le suscitan.

**Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.

- Llevar a cabo los ejercicios de relajación 1 vez al día (en cualquier momento elegido por el paciente).
- Realizar los ejercicios de saciación cada vez que tenga pensamientos de celos.
- Anotar el consumo diario de alcohol en el *Registro de Bebida*.

7.<sup>a</sup>-8.<sup>a</sup> SESIONES

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>OBJETIVO:</b>              | Eliminación de las ideas irracionales en relación con la mujer y con el uso de la violencia. |
| <b>TÉCNICAS TERAPÉUTICAS:</b> | Educación sobre la igualdad de los sexos.<br>Reestructuración cognitiva.                     |
| <b>MATERIAL ENTREGADO:</b>    | Autorregistro de Ira.<br>Registro de Relajación.   |

- Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.
- Identificar, con la ayuda del *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia*, las creencias distorsionadas que presenta el sujeto y reestructurarlas cognitivamente.

*Errores cognitivos frecuentes*

*Sobregeneralización:* «Como una novia me engañó en el pasado, a todas las mujeres, incluida a mi mujer, hay que tratarlas con dureza.»

*Percepción selectiva de imperfecciones de la pareja:* «Es un desastre... todo lo hace mal.»

*Dicotomía en la valoración:* «No es una mujer perfecta, y si no lo es, es mala.»

- Hacer elaborar al paciente una lista de cualidades positivas de la pareja con el objetivo de centrar la atención sobre los aspectos positivos y modificar así el sesgo perceptivo. Muchos pacientes tienden a considerar lo positivo de la pareja (por ejemplo, atender la casa, cuidar de los hijos, ocuparse de la economía doméstica, etc.) como *lo normal* y lo negativo (por ejemplo, los defectos personales) como *lo auténticamente malo*.

**Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- Realizar los ejercicios de saciación cada vez que tenga pensamientos de celos.
- Anotar el consumo diario de alcohol en el *Registro de Bebida*.

## 9.ª SESIÓN

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>OBJETIVO:</b>              | Mejora de la autoestima.  |
| <b>TÉCNICAS TERAPÉUTICAS:</b> | Explicación teórica de la autoestima.<br>Reevaluación cognitiva.                          |
| <b>MATERIAL ENTREGADO:</b>    | Autorregistro de Ira.<br>Registro de Bebida.<br>Inventario del autoconcepto (Apéndice 5). |

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Explicar el concepto de autoestima.**
  - La autoestima no es sino el sentimiento de valía personal, que resulta fundamental para disfrutar de la vida. Es la forma en que una persona se valora a sí misma y a lo que es capaz de hacer y refleja el sentimiento de satisfacción o insatisfacción que deriva de dicha valoración. La autoestima es positiva cuando una persona se adapta con éxito a las dificultades de la vida cotidiana y es negativa cuando una persona se siente incapaz de hacer frente a los problemas diarios.

La autoestima se articula en torno a la congruencia de tres ejes: el *yo real* («cómo me veo a mí mismo»), el *yo ideal* («cómo me gustaría verme») y *los otros* («cómo creo que los demás me ven»).
  - Un elemento clave de la autoestima es la comparación de uno mismo con las personas que tiene alrededor en aspectos que resultan significativos para la persona: atractivo físico, inteligencia, salud, éxito social, logros alcanzados, etc.
  - Cuando una persona tiene una autoestima positiva, se siente capaz y satisfecha consigo misma, mantiene unas relaciones adecuadas con los demás y acepta las críticas sin ver intenciones ocultas en las conductas del resto de las personas.
  - Por el contrario, cuando una persona tiene una autoestima negativa, se siente inútil, no se acepta a sí misma, está irritable, es

poco espontánea en las conductas sociales, tiene un temor exagerado a las críticas y desconfía profundamente de los demás. Los pensamientos negativos contribuyen a minar la autoestima de una persona.

- **Realizar el ejercicio «Inventario del autoconcepto».**
  - Se trata de que el paciente se autovalore en los aspectos positivos y negativos más significativos en relación con las distintas áreas de la autoestima: apariencia física, capacidad intelectual, forma de ser, salud, aceptación social, sexualidad, rendimiento profesional, estatus socioeconómico, ejecución de tareas cotidianas y éxito en la vida.
  - Una vez concluido el inventario, el paciente debe señalar con una cruz las áreas que le resultan más problemáticas, es decir, aquellas en las que se autovalora con los aspectos más negativos.
- **Reevaluar cognitivamente las percepciones erróneas que se pongan de manifiesto con el ejercicio descrito.**
  - El nivel de autoestima está relacionado con la interpretación de las cosas que a uno le ocurren y con lo que uno se dice a sí mismo en relación con la valía personal. Por ello, el cambio de una autoestima negativa a una positiva requiere evaluar y modificar los pensamientos derrotistas y aprender a hablarse de una manera distinta, más positiva.
  - En relación con el inventario, se trata de prestar una atención específica y reforzar los aspectos que el paciente ha considerado como positivos y de reestructurar cognitivamente los sesgos y distorsiones presentes en los aspectos negativos. Es importante evaluar adecuadamente los aspectos negativos de una persona, con un lenguaje no peyorativo, preciso (sin exageraciones) y específico (sin descalificaciones globales).
- **Enseñar al paciente las reglas de oro en relación con la autoestima.**
  - Aceptarse a sí mismo. Esta autoaceptación, que es el primer requisito de cambio, no está reñida con una actuación constante y continuada para modificar los aspectos mejorables. De las equivocaciones se debe aprender: los errores cometidos en el pasado son una vía de aprendizaje para el futuro.

- Abordar sólo los temas que pueden solucionarse. Los sucesos negativos que han ocurrido en el pasado ya no tienen solución. Lo que ahora se puede hacer es modificar el presente y trabajar para un futuro mejor.
- Recordar los éxitos pasados, no los fracasos. Cuando uno recuerda las circunstancias pasadas en que ha tenido éxito, se encuentra en una mejor disposición para afrontar las dificultades del presente con una actitud positiva.
- Plantear las metas en forma de conductas que dependen del esfuerzo personal, no como exigencias inalcanzables o como fruto del azar, a sabiendas de que a uno no le puede salir todo bien ni puede ser querido por todo el mundo. Por ejemplo:

*Planteamiento inadecuado:* «La gente debería ser más considerada conmigo en el trabajo.»

*Planteamiento adecuado:* «Voy a esforzarme en ser más amable con mis compañeros para crear un mejor ambiente en el trabajo.»

La fuente de la valía es el esfuerzo personal y no tanto los éxitos o logros concretos.

- Fijarse pequeñas metas positivas que estén al alcance de los recursos de uno. El éxito en pequeñas cosas no hace sino crear nuevas expectativas de éxito futuro, así como los fracasos generan más fracaso. La consecución de logros debe ir acompañada de recompensas, que contribuyen a aumentar los logros futuros.

Visualizar con antelación escenas e imágenes de éxito —por ejemplo, imaginarse a uno mismo consiguiendo la meta que pretende— puede ayudar a acometer conductas con éxito.

- Fomentar el contacto social con personas agradables y rehuir el contacto con personas desagradables. Las relaciones sociales positivas desempeñan un papel importante en la autoestima personal.
- Mimarse uno a sí mismo y evitar vivir sólo en función de deberes y de obligaciones. Divertirse sanamente, sin excesos contraproducentes para la salud (abuso de alcohol, sobreingesta de comida compulsiva, drogas, conductas sexuales de riesgo, etc.), y disfrutar de los ratos de ocio diarios contribuye a aumentar la autoestima.

**Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- Poner en práctica las “reglas de oro” propuestas para la mejora de la autoestima.
- Anotar el consumo diario de alcohol en el *Registro de Bebida*.

**10.ª SESIÓN**

**OBJETIVO:** Mejora de las relaciones sexuales.

**TÉCNICA**

**TERAPÉUTICA:** Educación sobre la sexualidad en la pareja.

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.  
Registro de Bebida.

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Proporcionar al paciente información sobre el comportamiento sexual humano.** Las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer deben entenderse como una forma de expresión de los sentimientos más íntimos de la pareja. Por ello, no deben limitarse solamente a la penetración, sino que han de ir acompañadas previamente de comportamientos afectivos (expresión de ternura y de afecto, caricias, besos, estimulación de la pareja, etc.) y de atención a los deseos de la otra persona, que son imprescindibles para el buen funcionamiento de las relaciones sexuales y para el disfrute de ambos miembros de la pareja.
- **Establecer la conexión entre sexualidad y afectividad.** Cuando existen problemas en la relación de pareja, la sexualidad es uno de los principales aspectos que deja de funcionar adecuadamente. La afectividad y la sexualidad van muy unidas, sobre todo en las mujeres: la pareja difícilmente va a acceder a tener una relación sexual después de una bronca o de un disgusto. Por ello, si hay discusiones, brusquedades, malas formas o falta de comunicación en la relación, resulta difícil que la sexualidad funcione satisfactoriamente. Así como en las sesiones anteriores se ha conseguido una mejora de la comunicación y de la solución de problemas, ahora es necesario abordar el tema sexual y conseguir que las relaciones sean placenteras para los dos miembros de la pareja.

- **Explicar las 4 fases que componen el ciclo completo de la respuesta sexual:**
  1. *Deseo*: Esta fase incluye las fantasías sobre la conducta sexual y las ganas de tener dicha actividad.
  2. *Excitación*: Consiste en la excitación sexual como respuesta a la estimulación, sea ésta del tipo que sea: fantasías, estimulación física, etc. El cambio más importante en el varón consiste en la erección del pene. La modificación más significativa en la mujer es la vasocongestión generalizada de la pelvis y la lubricación vaginal, que va a facilitar posteriormente la penetración del pene en la vagina.
  3. *Orgasmo*: Consiste en la liberación de la tensión sexual y constituye el punto culminante del placer sexual. En el varón, tras una sensación de inminencia eyaculatoria, se produce la emisión del semen. En la mujer se dan contracciones rítmicas de la pared del tercio externo de la vagina.
  4. *Resolución*: Después del orgasmo, o de cualquiera de las dos primeras fases si no se alcanza el orgasmo, la tensión sexual desaparece. Esta fase consiste en una sensación de bienestar general y de relajación muscular.
- **Señalar las diferencias individuales.** Todos los hombres y todas las mujeres no pasan por estas cuatro fases al mismo ritmo. Cada persona responde a una secuencia diferente, que puede incluso cambiar de una situación a otra.
- **Explicar la diferencia entre la respuesta sexual del hombre y de la mujer.** En general, el hombre pasa más rápidamente que la mujer de la fase de deseo a la de excitación, y de ésta a la de orgasmo. Por ello, resulta fundamental por parte del hombre no buscar directamente la penetración en las relaciones sexuales. Es imprescindible recurrir en la fase precopulativa a la ternura, el afecto, las caricias, los besos, la estimulación adecuada, etc. Uno disfruta más si consigue hacer disfrutar a la pareja. No hay mayor error que pensar que la mujer *«lo único que tiene que hacer es abrirse de piernas»*.

La mujer no siempre tiene orgasmo en la relación sexual. De hecho, la mujer puede no experimentar orgasmo a pesar de haber disfrutado y alcanzado un alto grado de excitación sexual. La ausencia de orgasmo en la mujer no es necesariamente una señal de fracaso sexual.

- **Eliminar las ideas erróneas respecto a las relaciones sexuales:**

- *Frecuencia:* No existe una frecuencia óptima en las relaciones sexuales. Que tengan lugar más o menos a menudo depende de cada pareja. Hay parejas que tienen relaciones sexuales una vez por semana, o cada 15 días, y hay parejas cuyas relaciones sexuales son prácticamente diarias. Todo ello puede ser normal. Lo importante, más que la frecuencia, es la calidad, es decir, que las relaciones sexuales sean satisfactorias para los dos miembros de la pareja.

En los casos en los que dentro de la pareja no haya un grado de acuerdo respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales, NUNCA se deben imponer. La utilización de la fuerza no es la solución. Forzar un contacto sexual no deseado no hace sino deteriorar la relación y empobrecer el encanto de la relación sexual. El diálogo y el entendimiento entre los dos miembros de la pareja, así como la posible atención de un especialista en el caso de que sea necesario, contribuirán a mejorar las relaciones sexuales.

- *Orgasmo:* Las relaciones sexuales no tienen como objetivo necesariamente la consecución del orgasmo simultáneo en el hombre y en la mujer. El orgasmo en la mujer, cuando se da, suele ser habitualmente más tardío. No pasa nada en absoluto por no tener orgasmos a la vez.

- **Atender y solucionar las dudas específicas que el paciente pueda tener en relación con la conducta sexual.**

### **Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la técnica de la suspensión temporal y de la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- Poner en práctica lo aprendido en esta sesión para mejorar las relaciones sexuales.
- Anotar el consumo diario de alcohol en el *Registro de Bebida*.

## 11.ª SESIÓN

**OBJETIVOS:** Mejora de la asertividad y de las habilidades de comunicación.

Si resulta necesario, mejora de las habilidades sociales.

**TÉCNICAS**

**TERAPÉUTICAS:** Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación

Entrenamiento en habilidades sociales (si resulta necesario).

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.  
Pille a su pareja haciendo algo agradable.  
(Apéndice 6).

- **Revisar las tareas de la sesión anterior, reforzar los logros conseguidos y tratar las dificultades planteadas.**
- **Señalar la importancia de poseer unas habilidades de comunicación adecuadas.** Si una persona se comporta de una forma pasiva y no asertiva —es decir, *se traga* muchos de sus sentimientos y pensamientos— durante un período prolongado, existe un riesgo mayor de estallidos violentos. Por otra parte, si una persona se comporta de una forma brusca y poco considerada, genera en la pareja e incluso en el propio sujeto un nivel de malestar que acaba por volverse contra uno mismo. Por ello, una comunicación adecuada sirve para canalizar la ira y es un antídoto contra la agresión.  
La comunicación puede ir enfocada a deshacer malentendidos y a buscar una solución a los problemas actualmente planteados.
- **Indicar explícitamente lo que se quiere y se siente.** El otro miembro de la pareja no puede adivinar nuestros sentimientos y necesidades (a pesar de todos los años de convivencia) si no se las decimos o expresamos de una forma apropiada. Por ello, es necesario saber cómo comunicar nuestras necesidades, sentimientos e ideas de un modo correcto, sin herir innecesariamente a la otra persona.

- **No hablar del pasado como norma general, pero dar un margen de tiempo concreto (una semana, por ejemplo) para aclarar cualquier aspecto relacionado con sucesos ya transcurridos.** A partir de ahí ya no se debe hablar del pasado excepto por alguna circunstancia muy específica. El pasado no se puede cambiar, por mucho que se mencione o se critique, pero sí se pueden adoptar decisiones que permitan a la pareja mejorar de hoy en adelante. A ello conviene dedicar todo el esfuerzo. Se trata, en realidad, de plantearse que *«hoy es el primer día del resto de mi vida»*.
- **No adivinar los pensamientos y sentimientos de la pareja.** Como nadie tiene una bola de cristal, lo que hay que hacer es preguntarle explícitamente por ellos. De esta forma se evitan todo tipo de equívocos y malentendidos.
- **Enseñar una nueva forma de vocabulario interpersonal.** Se trata de que sea eficaz, basado en conductas concretas, adecuado al contexto en que tiene lugar y apoyado tanto en la comunicación *verbal* como en la *no verbal* (contacto visual, sonrisa, uso de las manos, tono de voz, etc.). No se debe aludir ni a motivaciones ocultas (*«lo que tú quieres con eso es fastidiarme aún más»*) ni a características de personalidad (*«tú eres una persona amargada»*, *«eres una déspota»*, etc.) porque estas referencias no resuelven los problemas y contribuyen a encrespar la relación.

| Lenguaje inconcreto                         | Lenguaje eficaz   |
|---|---|
| <i>«Llevamos una vida aburrida»</i>         | <i>«Vamos al cine sólo dos veces al año»<br/>«Excepto en Navidades, no solemos recibir visitas en casa»</i> |
| <i>«Eres tan desordenada como tu madre»</i> | <i>«Me gustaría que lleves el control de los gastos en una hoja y que lo podamos comentar los sábados»</i>  |

- **Potenciar la comunicación de los aspectos positivos en la relación de pareja.**
  - Explicación teórica de los aspectos fundamentales de la comunicación positiva. En una pareja, cuando las cosas no van bien, la comunicación se centra casi en su totalidad en los aspectos ne-

gativos de la otra persona. En general, la pareja tiene una atención selectiva a los aspectos negativos de la situación (reproches, insultos, referencias a recuerdos negativos del pasado, culpabilización al otro de los problemas de la relación, etc.) y se olvidan por completo las características positivas de la otra persona.

- Los aspectos positivos de la pareja, no sólo no se valoran, sino que se perciben como algo normal o se desvalorizan. Es habitual utilizar frases de este tipo: «*para eso es mi mujer (marido)*», «*es su obligación*», «*hasta ahí podíamos llegar*», «*qué menos puedo esperar de mi pareja*», etc.). Sin embargo, esto no es cierto. Fijarse atentamente en estas conductas positivas en la convivencia diaria es fundamental para poder mantener un clima adecuado en la pareja.
- Se deben realzar como técnicas de comunicación el estilo directo (las peticiones frente a las exigencias, las sugerencias frente a las acusaciones, etc.), las afirmaciones positivas, la escucha y el asentimiento.
- Conviene enseñar habilidades conversacionales: mirar a la cara, hacer preguntas, interesarse por las cosas del otro, “llevar” una conversación, escuchar, etc.
- **Realizar ensayos de conducta correspondientes a las habilidades de comunicación aprendidas.**
- **En los casos necesarios (aislamiento social, comportamientos agresivos generalizados en contextos distintos, etc.), llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales.**

### Tareas para casa:

- Afrontar mediante la relajación y/o las habilidades de comunicación aprendidas el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la suspensión temporal y con la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- «*Pille a su pareja haciendo algo agradable*». Cada miembro de la pareja debe anotar en el registro correspondiente la conducta del otro que más le haya gustado durante ese día (por ejemplo, dar un beso, una sonrisa o un saludo amable, pedir una opinión sobre un tema, realizar una tarea doméstica, hacer un regalo, etc.).

Una vez anotado en el registro el aspecto más agradable del día, cada miembro de la pareja debe expresarlo. Sólo de esta forma el otro podrá conocer lo que le ha resultado más satisfactorio. Por ejemplo, «*me ha gustado mucho que me dieras un beso*», «*tienes una sonrisa muy agradable*», «*me encanta que te intereses por mi opinión sobre este tema*», «*me agrada que recojas tus cosas en la habitación*», «*me hace feliz que te hayas acordado de mí*», etc.

- Cada miembro de la pareja debe hacer todos los días algo que le resulte especialmente agradable al otro. De este modo, cada uno se va a percatar de que también se disfruta satisfaciendo al otro y de que todo ello contribuye a la mejora de la relación.
- Cualquier aspecto negativo o conflictivo que surja durante estos días lo anotarán y lo traerán a la consulta para poder comentarlo. Todos estos aspectos no se expresarán aún a solas, debido a que todavía no han aprendido a controlarlos adecuadamente. Bajo ningún concepto la observación de aspectos negativos justificará la interrupción de las tareas propuestas.

## 12.<sup>a</sup> SESIÓN

**OBJETIVOS:** Mejora de la asertividad y de las habilidades de comunicación.

Si resulta necesario, mejora de las habilidades sociales

### TÉCNICAS

**TERAPÉUTICAS:** Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación

Entrenamiento en habilidades sociales (si resulta necesario).

### MATERIAL

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.  
Pille a su pareja haciendo algo agradable.  
Tareas núms. 1 y 2.

- **Revisar las tareas de la sesión anterior, reforzar los logros conseguidos y tratar las dificultades planteadas.**
- **Aprender a expresar un mensaje adecuadamente. Se puede comenzar por temas neutros que no impliquen un contenido emocional para ningún miembro de la pareja.**
  - Existen tres elementos en una comunicación: el emisor, el mensaje y el receptor. El **emisor** es el que envía el mensaje. El **receptor** es el que lo recibe. El **mensaje** tiene un *contenido* (lo que se quiere decir) y una *forma* (cómo se dice). Cuando existe una mala comunicación, suele ocurrir que entre lo que quiere decir el emisor y la interpretación que le da el receptor media un abismo. Es entonces cuando se habla de un diálogo de sordos. Es decir, se trata de una comunicación ineficaz.
  - El **emisor** envía un mensaje con un objetivo (con una **intención**), que debe ser breve y concreto. El **receptor** interpreta ese mensaje en función de dicho contenido y dicha forma. La comunicación ineficaz o el diálogo de sordos pueden ser debidos a varios aspectos.

- Fallos en el emisor:

*Órdenes:* «¡Vete a comprar el pan!».

*Alternativa:* «Luis, cariño, ¿te importa ir a comprar el pan cuando puedas?».

*Chantaje:* «Si no veo el partido de fútbol en la TV, no salgo luego a la calle.»

*Alternativa:* «Ana, si te parece bien, saldremos a pasear en cuanto termine el partido.»

*Moraleja:* «Ya que no trabajas, lo menos que puedes hacer es preocuparte por tener la casa recogida.»

*Alternativa:* «¿Quieres que recojamos entre los dos la habitación para tenerla más ordenada?».

*Actitud hipercrítica:* «Si no estuvieras sólo pendiente de lo tuyo, deberías haberte dado cuenta de que ya no puedo más y de que por tu culpa estoy agotada.»

*Alternativa:* «Luis, me encuentro muy cansada. ¿Me puedes ayudar este fin de semana a hacer la compra y a cuidar los niños?».

*Ridiculización:* «Eres tan corta que ni te enteras de qué va la película.»

*Alternativa:* «El argumento es complicado. Espera un momento. Lo comentamos en el descanso.»

*Menosprecio:* «No sirves ni para atender las cosas de la casa.»

*Alternativa:* «Si no puedes tú con todo, te ayudaré cuando vuelva del trabajo.»

*Actitud vengativa:* «Si soy una inútil y no valgo para nada, tampoco valgo para tener relaciones sexuales.»

*Alternativa:* «A mí ya sabes que me apetece estar contigo, pero sé más cuidadoso otra vez y procura no gritarme delante de los niños.»

- Fallos en el receptor. Surgen cuando el problema es la interpretación errónea o tergiversada. Por ejemplo:

*Emisor:* «Hoy has venido pronto» (la comunicación es correcta).

*Receptor:* «¿Quieres decir que siempre llego tarde?».  
«¡Claro, si no ya sé qué cara me pones!».

En este caso el receptor interpreta erróneamente la intención del emisor y reacciona como si le estuviera criticando.

- Fallos en el mensaje, que pueden ser debidos a que es inadecuado en el contenido (insultante o poco concreto; por ejemplo, «eres un egoísta») o a que está expresado de una forma incorrecta (un mensaje de cariño gritando o sin mirar a la cara) o en un momento inoportuno (una confidencia cuando uno tiene prisa o delante de otras personas).

- **Recordatorio**

Cuando uno se dirija a su pareja, debe cuidar el contenido y la forma de su mensaje para que no dé lugar a errores de interpretación.

Cuando uno escuche a su pareja debe intentar no mostrarse suspicaz ni adivinar. Aunque las formas no sean del todo correctas, lo más importante es mantener la armonía. Una interpretación tergiversada sólo contribuirá a complicar más las cosas. En caso de inseguridad, no dude en pedir aclaraciones a su pareja.

- **Realizar ensayos de conducta correspondientes a las habilidades de comunicación aprendidas.**
- **En los casos necesarios (aislamiento social, comportamientos agresivos generalizados en contextos distintos, etc.), proseguir con el entrenamiento en habilidades sociales.**

### **Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación y/o las habilidades de comunicación aprendidas el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la suspensión temporal y con la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.
- Proseguir con el registro «Pille a su pareja haciendo algo agradable», del mismo modo que en la sesión anterior, y con la implicación en las conductas agradables para el otro.
- Establecer una hora de diálogo. Todos los días buscarán 30 minutos para hablar de lo que han hecho durante el día. Durante este tiempo pondrán en práctica las habilidades aprendidas en la sesión.
- Hacer en casa las tareas núms. 1 y 2.

### Tarea n.º 1

Los miembros de la pareja tienen que detectar conjuntamente en el ejercicio propuesto la incorrección del mensaje señalado y sustituirlo por un mensaje adecuado:

**Incorrecto** (*órdenes*): «¡Vete a comprar el pan!».

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*chantaje*): «Si no veo el partido de fútbol en la TV, no salgo luego a la calle.»

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*moraleja*): «Ya que no trabajas, lo menos que puedes hacer es preocuparte por tener la casa recogida.»

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*actitud hipercrítica*): «Si no estuvieras sólo pendiente de lo tuyo, deberías haberte dado cuenta de que ya no puedo más y de que por tu culpa estoy agotada.»

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*ridiculización*): «Eres tan corta que ni te enteras de qué va la película.»

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*menosprecio*): «No sirves ni para atender las cosas de la casa.»

**Correcto:** .....

**Incorrecto** (*actitud vengativa*): «Si soy una inútil y no valgo para nada, tampoco valgo para tener relaciones sexuales.»

**Correcto:** .....

### Tarea n.º 2

Emisor: «*Hoy te has puesto el vestido de flores.*»

Posibles interpretaciones:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Emisor: «*Hueles muy bien.*»

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

## 13.ª SESIÓN

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>OBJETIVOS:</b>             | Mejora de la asertividad y de las habilidades de comunicación.<br>Si resulta necesario, mejora de las habilidades sociales.  |
| <b>TÉCNICAS TERAPÉUTICAS:</b> | Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.<br>Entrenamiento en habilidades sociales (si resulta necesario). |
| <b>MATERIAL ENTREGADO:</b>    | Autorregistro de Ira.  |

- **Revisar las tareas de la sesión anterior, reforzar los logros conseguidos y tratar las dificultades planteadas.**
- **Recordar la importancia de poseer unas adecuadas habilidades de comunicación.** Hasta ahora se ha ensayado la comunicación de aspectos positivos, así como la forma de expresarse en general. Lo principal para establecer un diálogo amable y fluido es controlar los siguientes elementos: a) qué se va a decir (*contenido*); b) por qué se va a decir (*objetivo*); c) cómo se va a decir (*forma*); y d) cuándo se va a decir (*momento o circunstancias*).
- **Considerar que en una relación de pareja no sólo se ven aspectos agradables en el otro miembro.** También hay facetas o conductas de la otra persona que a uno no le gustan. En este sentido es fundamental aprender a poner de manifiesto lo que a uno le desagradaba de su pareja. No debe olvidarse, sin embargo, que no es lo mismo ser *espontáneo* que ser *impertinente*.
- **Plantear las insatisfacciones y los malentendidos de forma explícita y adecuada (sin comentarios hirientes ni sarcasmos ni referencias a cosas que no tienen solución) y no almacenarlos en uno mismo.** Callarse evita problemas a corto plazo, pero el resentimiento genera un nivel de malestar acumulativo que puede explotar en forma de violencia en el momento más inesperado y ante la circunstancia más trivial.

- **Desarrollar habilidades de expresión apropiadas:** saber decir NO de forma adecuada, expresar sentimientos positivos (por ejemplo, en relación con las cosas que la pareja ha hecho y a uno le agradan), expresar sentimientos negativos, etc. Hacer uso del sentido del humor (pero sin sarcasmo ni ironías molestas), que contribuye a relajar la comunicación.

*Ejemplo inadecuado de expresión negativa*

«¡Estoy harto, no os aguanto a nadie, no hay quien pare en esta casa!»

*Ejemplo adecuado de expresión negativa (con sentido del humor)*

«¡Os aviso: estoy hoy inaguantable; mejor que no me habléis ni me hagáis caso!»

- **Mostrar formas adecuadas de comunicación de los aspectos negativos de la relación de pareja.** Por ejemplo, enseñar a hacer peticiones de cambio de una forma apropiada en relación con las conductas que a uno le resultan molestas (chillarle delante de los niños, no prepararle la cena, etc.) o que a uno le agradaría (recibir un beso a la llegada a casa, verla vestida de determinada manera, salir juntos el sábado al cine, etc.).

En la comunicación de los aspectos negativos se deben tener en cuenta las siguientes normas básicas:

- **Ser específico.** Se deben evitar los comentarios vagos y generales o el tono de queja o demanda. En caso contrario, el otro miembro de la pareja no sabe a qué atenerse, ni qué es lo que el otro desea ni qué puede hacer para poder dar satisfacción a sus deseos.

Por ejemplo, si se quiere comunicar que uno se siente solo y que se desea estar más tiempo con la otra persona, se puede expresar de la siguiente forma:

**Incorrecto:** «No me haces nunca caso».  
 «Me siento solo».  
 «Siempre estás ocupado».

*¿Qué se consigue así?* Expresar un comentario vago y general, crear un estado de ánimo negativo, criticar y no ofrecer alternativas. De este modo es difícil conseguir cambios satisfactorios.

**Correcto:** «¿Qué te parece si nos comprometemos a dejar todo lo que tenemos entre manos a las 9 y así podemos cenar juntos y charlar?»

*¿Qué se consigue así?* Ser específico, que el otro sepa lo que uno desea, no se critica y se ofrece una alternativa que puede producir un cambio. Es una forma concreta de avanzar.

- **No repetirse.** Las personas que se repiten, que se recrean en lo que dicen (generalmente con la intención de que su mensaje quede muy claro), aburren y cansan. Además da la sensación de que la otra persona no tiene capacidad para entenderlo.
- **Evitar expresiones del tipo nunca/siempre.** Cuando una pareja va mal, se tiende a abusar de estos adverbios. Son términos absolutos que no permiten la flexibilidad ni la matización. Son términos que inducen a una actitud **acusadora** en donde no hay posibilidad de introducir cambios. Para llegar a acuerdos, para producir cambios, se deben evitar estas expresiones:

**Incorrecto:** «Siempre tienes que salirte con la tuya».  
«Nunca me ayudas en nada de la casa».

*¿Qué se consigue así?* Emitir un veredicto sin apelación posible. De este modo no es probable la aparición de cambios.

**Correcto:** «Te veo a veces muy quisquillosa conmigo, sobre todo cuando hablamos de dinero».  
«Los fines de semana, sobre todo los domingos, echo en falta tu ayuda en el cuidado de los niños».

*¿Qué se consigue así?* Hacer una valoración más justa de la situación, así como llegar a acuerdos y facilitar el cambio.

- **No emitir juicios de valor negativistas.** Una cosa es una opinión sobre una conducta negativa de la pareja y otra bien distinta es el enjuiciamiento global negativo de la misma. Los juicios de valor globales de tipo negativo hacen daño y suscitan una actitud defensiva. Por ello, conviene evitar expresiones como «*tú sabes muy bien que...*», «*parece mentira que...*», «*¿quién iba a pensar una cosa así de ti?*», etc.
- **Ser positivo.** Es necesario plantear los desagradados en términos positivos. Cuando se indica sólo lo que a uno no le gusta, de for-

ma implícita se le acusa al otro, aunque no sea ésa la intención. Sin embargo, cuando se señala lo que a uno le gustaría se evita la crítica y se sugiere una propuesta de cambio.

**Incorrecto:** «No me gusta cómo vas peinada».  
«¡Qué asco! Esta tortilla no hay quien se la coma».  
«No me parece bien que no vengas esta noche».

**Correcto:** «Estás guapa con ese peinado, pero me gustas aún más cuando te recoges el pelo».  
«La tortilla está buena, pero ha salido un poco más salada que otras veces».  
«Me gustaría mucho que vinieras esta noche».

- **Escuchar sin interrumpir.** Cuando se comenta algo que es emocionalmente importante, los dos miembros de la pareja quieren decir lo que sienten y opinan, pero muchas veces a costa de levantar la voz y de cortar e interrumpir continuamente al otro. Lo que podría ser un diálogo se transforma de este modo en un intento de imposición.

Ejemplos negativos:

«Ya sé lo que vas a decir».  
«Ya sé lo que quieres decir».  
«¡Pero escucha...!».  
«¡Calla un momento...!».  
«¿Quieres hacer el favor de dejarme hablar?».

Para ser escuchado hay que escuchar. Es importante adquirir la mutua confianza de sentirse escuchados.

- **Enseñar habilidades de negociación y de resolución conjunta de problemas, sin mezclar unos con otros.** Compartir una vida en común requiere concesiones mutuas. Sólo se consigue un equilibrio satisfactorio si se aprende a escuchar, a proponer alternativas, a aceptar soluciones intermedias e ir modificando las soluciones propuestas según el desarrollo de los acontecimientos.

### Tareas para casa:

- Afrontar mediante la relajación y/o las habilidades de comunicación aprendidas el inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la suspensión temporal y con la distrac-

ción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira*.

- Proseguir con el esfuerzo en identificar lo que resulta agradable de la pareja, pero ya sin anotarlo en el registro, y con la implicación en las conductas satisfactorias para el otro.
- Establecer una hora de diálogo. Todos los días buscarán 30 minutos para hablar de lo que han hecho durante el día. Durante este tiempo pondrán en práctica las habilidades aprendidas en la sesión.

## 14.ª SESIÓN

**OBJETIVO:** Enseñar al paciente a resolver problemas.

**TÉCNICA**

**TERAPÉUTICA:** Entrenamiento en solución de problemas.

**MATERIAL**

**ENTREGADO:** Autorregistro de Ira.

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Buscar un ambiente apropiado (por ejemplo, cuando los niños no estén delante) y un momento adecuado (por ejemplo, cuando los dos están tranquilos, cuando no tienen prisa, cuando no han bebido alcohol, etc.) para hablar de los problemas. En los casos necesarios, se pueden utilizar lugares o circunstancias incompatibles con la discusión violenta (por ejemplo, pasear por un lugar concurrido, estar sentados en una cafetería, etc.).**
- **Empatizar con la pareja.** Ponerse en el lugar del otro contribuye a inhibir las actitudes de hostilidad y a crear una atmósfera adecuada para solucionar los problemas.
- **Identificar un problema que tenga el paciente y entrenarlo en habilidades de solución de problemas.** Al tratarse la vida de pareja de una relación estable, lo importante no es tener la razón, sino buscar la solución. Hay que superar el problema, no derrotar a la persona. Salirse con la suya a costa de una humillación de la otra persona no lleva sino al deterioro de la relación.

### *Definición del problema*

*Plantear problemas resolubles, sin hostilidad, y comentar también aspectos positivos.* No se debe, por ello, aludir a aspectos del pasado que no tienen solución. A su vez, se acepta siempre mejor una crítica cuando va precedida de algo positivo.

*Ser específico y breve en el planteamiento del problema.* No se deben, por ello, mezclar diversos problemas simultáneamente ni emitir juicios genéricos como «eres una egoísta», «nunca piensas en mí», etc. *Hablar sobre el problema no equivale a resolver el problema.*

*Expresar los sentimientos cuando se comenta el problema, pero evitar siempre comentarios humillantes o descalificatorios de la otra persona.* A uno puede no gustarle una conducta de la pareja, pero, sin embargo, valorar positivamente otras conductas y respetarla en conjunto *como persona.*

*Admitir la parte de responsabilidad en el problema.*

*Evitar interpretaciones malintencionadas del comportamiento y centrarse únicamente en las conductas observables.* Hacer inferencias sobre el sentido de las conductas de la pareja lleva a todo tipo de malentendidos.

### *Solución del problema*

*Centrarse en las soluciones concretas y proponer diversas alternativas.* Se trata de analizar las ventajas e inconvenientes de dichas alternativas y de elegir aquellas que parezcan más adecuadas a los dos miembros de la pareja.

*Proponer reciprocidad y compromiso en el cambio de conducta.* En general, el grado de cooperación y de compromiso de cada miembro de la pareja está en función del nivel de ayuda y de compromiso del otro.

*Señalar unos plazos concretos para los compromisos adquiridos recíprocamente.*

### **Tareas para casa:**

- Afrontar mediante la relajación, las habilidades sociales y de comunicación y/o la solución de problemas al inicio de la escalada de la ira. Si no lo consigue, proseguir con la suspensión temporal y con la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda. Anotar todo en el *Autorregistro de Ira.*

- Poner en práctica las habilidades aprendidas de solución de problemas con un problema concreto planificado en la consulta. Utilizar asimismo esta técnica con cualquier otro problema que surja durante la semana.

**15.ª SESIÓN**

**OBJETIVO:** Prevención de la recaída de la conducta de maltrato.

**TÉCNICA TERAPÉUTICA:** Educación sobre los factores de alto riesgo para la recaída.

**MATERIAL ENTREGADO:** No se entrega material.

- **Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas.**
- **Hacer una revisión de todo lo que se ha aprendido durante las sesiones de tratamiento.**
- **Confrontar con el paciente su situación actual en comparación con la situación al inicio del tratamiento.**
- **Señalar las principales situaciones de alto riesgo para la recaída. Insistir en las posibilidades de autocontrol y en la responsabilidad personal de cada sujeto en la recaída, así como en las estrategias de afrontamiento disponibles.**
- **Fomentar la idea de que las situaciones de alto riesgo se deben percibir como estímulos discriminativos que señalan la necesidad de un cambio de conducta.**
- **Planificar actividades placenteras —solo y en compañía de la pareja y/o de los hijos— en el tiempo libre del paciente.**
  - **Compartir ratos de ocio facilita que se puedan descubrir con la pareja interacciones que se pensaba que «ya se habían terminado».**
  - **Organizar planes atractivos —no necesariamente caros: pasear, salir al monte, ir a la playa, acudir a una exposición, etc.— aumenta los temas de conversación de la pareja y tiende a unirlos más.**

- Dejar un tiempo libre para uno mismo (aficiones personales, ratos con los amigos, etc.) resulta asimismo necesario. De este modo, se enriquecen los temas de conversación en la relación de pareja y no se cae en la sobredependencia de uno respecto al otro porque esta conducta puede propiciar los roces.
- **Insistir en la posibilidad que cualquier persona tiene de experimentar algún fallo en el futuro, en la necesidad de aplicar en ese caso lo aprendido de forma inmediata y, en último término, en la disponibilidad del terapeuta para atenderle. Se consideran los fallos, desde esta perspectiva, como una fuente de aprendizaje que pueda guiar al sujeto en actuaciones futuras.**
- **Hacer énfasis, como clave de éxito ante el futuro, en la importancia de la práctica continuada y en el desarrollo de las habilidades positivas que cada paciente ha aprendido.**

#### **Tareas para casa:**

- Afrontar el inicio de la escalada de la ira mediante las estrategias de afrontamiento aprendidas: la relajación, la solución de problemas, las habilidades de comunicación, etc. Si no lo consigue, proseguir con la suspensión temporal y con la distracción cognitiva en una primera fase y con las autoinstrucciones en una segunda.



# EPÍLOGO: ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR LA VIOLENCIA EN LA PAREJA? (JORGE CORSI)

## 1. INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos a la violencia en la pareja, estamos aludiendo a todas las formas de **abuso** que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable.

Se denomina **relación de abuso** a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por **acción** o por **omisión**, ocasionan **daño físico y/o psicológico** a otro miembro de la relación.

La investigación epidemiológica acerca del problema de la violencia doméstica ha demostrado que existen dos variables que resultan decisivas a la hora de establecer la distribución del poder y, por lo tanto, de determinar la dirección que adopta la conducta violenta y quiénes son las víctimas más frecuentes a las que se les ocasiona el daño. Las dos variables citadas son el **género** y la **edad**. Por lo tanto, los grupos de riesgo para la violencia en contextos privados son las mujeres y los niños, definidos culturalmente como los sectores con menos poder.

Dado que las mujeres son la población en riesgo, en la literatura internacional se suele utilizar el término **violencia doméstica** como equivalente a **violencia hacia la mujer en el contexto del hogar**.

La utilización de las distintas formas de violencia intrafamiliar, esto es, abuso físico, emocional o sexual, supone el empleo de la fuerza para controlar la relación, y habitualmente se ejerce desde los más fuertes hacia los más débiles. Es por eso que la violencia es entendida **como un emergente de las relaciones de poder dentro de una familia**.

Los estudios realizados con familias que presentan problemas de violencia muestran un predominio de estructuras familiares de corte autoritario, en las que la distribución del poder sigue los parámetros

dictados por los estereotipos culturales. Habitualmente, este estilo verticalista no es percibido por una mirada externa, ya que la imagen social de la familia puede ser sustancialmente distinta de la imagen privada. Esta disociación entre lo público y lo privado, para ser mantenida, necesita a veces de cierto grado de aislamiento social, que permite sustraer el fenómeno de la violencia de la mirada de los otros.

Con sugestiva frecuencia, los antecedentes que emergen de la historia personal de quienes están involucrados en relaciones violentas muestran un alto porcentaje de contextos violentos en las familias de origen. Los hombres violentos en su hogar suelen haber sido niños maltratados o, al menos, testigos de la violencia de su padre hacia su madre. Las mujeres maltratadas también tienen historias de maltrato en la infancia. La violencia en la familia de origen ha servido de modelo de resolución de conflictos interpersonales y ha ejercido el efecto de “normalización” de la violencia: la recurrencia de tales conductas, percibida a lo largo de la vida, las ha convertido en algo corriente, hasta tal punto que muchas mujeres no son conscientes del maltrato que sufren y muchos hombres no comprenden cuando se les señala que sus conductas ocasionan daño.

Los modelos violentos en la familia de origen tienen un efecto “cruzado” cuando consideramos la variable **género**. Los varones se identifican con el agresor, incorporando activamente en su conducta lo que alguna vez sufrieron pasivamente. Las mujeres, en cambio, llevan a cabo un verdadero «aprendizaje de la indefensión», que las ubica más frecuentemente en el lugar de quien es víctima del maltrato en las sucesivas estructuras familiares (Corsi, 1994).

Lo que antecede es una apretada síntesis que intenta describir el fenómeno de la violencia en la pareja, pero al mismo tiempo representa una guía para la comprensión de los principales **factores de riesgo** para esta problemática, a saber:

- Estructura familiar autoritaria y verticalista.
- Aprendizaje de roles de género estereotipados.
- Modelos de resolución violenta de conflictos en la familia de origen.
- Ausencia de modelos sociales que actúen como reforzadores negativos de la violencia.
- Pautas culturales legitimadoras de la violencia.
- Respuestas institucionales y comunitarias inadecuadas para los casos identificados.

## 2. EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN

El concepto de prevención proviene originalmente del movimiento de higiene mental, a principios del siglo XX, pero cobra relevancia a partir de los trabajos de Gerald Caplan en el área de la salud mental comunitaria. En 1964 Caplan es el primero que propone una definición más sistemática de la prevención, agrupando los esfuerzos preventivos en tres categorías ya clásicas:

- a. *La prevención primaria* es una tentativa de reducir la tasa de incidencia de un determinado problema en la población, atacando las causas identificadas del mismo, antes de que éste pueda llegar a producirse. El objetivo es reducir la probabilidad de aparición del problema. Los esfuerzos, por lo tanto, se dirigen tanto a transformar el entorno de riesgo como a reforzar la habilidad del individuo para afrontarlo.
- b. *La prevención secundaria* es un intento de reducir la tasa de prevalencia (es decir, el número de casos existentes) de un determinado problema. Los esfuerzos se dirigen a asegurar una identificación precoz del problema y una intervención rápida y eficaz.
- c. *La prevención terciaria* tiene como objetivo reducir los efectos o las secuelas de un determinado problema, tratando de evitar las recidivas. Los esfuerzos se dirigen a proveer programas de recuperación y rehabilitación para quienes han sido afectados por el problema.

Cowen (1982) plantea tres exigencias estructurales para que podamos hablar de prevención primaria:

- 1) El programa debe dirigirse a un grupo o comunidad, y no a individuos.
- 2) El programa debe intervenir antes de que emerja el problema y estar dirigido a la población en riesgo o vulnerable.
- 3) El programa debe apoyarse en sólidos conocimientos emergentes de la investigación del problema de que se trate.

Desde una concepción basada inicialmente en el modelo biomédico, centrado en los factores individuales, se ha ido avanzando en la dirección de la construcción de modelos teóricos que sustentan el concepto de prevención en una mirada proveniente de los desarrollos

de la Psicología Comunitaria (*cf.* Sánchez Vidal, 1988) y de los conceptos de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (*cf.* Costa y López, 1986, 1996).

La promoción de la salud pretende instaurar en la historia personal de la gente, de las organizaciones y de las comunidades comportamientos que favorezcan la salud, para lo cual es necesario introducir cambios en los contextos y en los comportamientos de riesgo (Costa y López, 1986).

Desde una perspectiva ecológica, se trata de intervenir sobre los **entornos de riesgo**, es decir, aquellos factores económicos, culturales, socio-ambientales, institucionales, grupales, familiares (considerados como interdependientes) que aumentan o disminuyen el potencial de salud para los individuos. Las aportaciones de la Psicología Comunitaria han permitido el diseño de modelos como el de Competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986), orientado a promover la competencia individual, por una parte, y a desarrollar comunidades y organizaciones competentes, por la otra. Según el Modelo de Competencia, son tres los objetivos de las intervenciones preventivas (Costa y López, 1986):

- 1) Optimizar las destrezas, habilidades y recursos personales de la población (especialmente en los sectores definidos como vulnerables).
- 2) Optimizar las redes y sistemas de apoyo natural (garantizar una adecuada planificación de los servicios, en función de las necesidades de la comunidad).
- 3) Optimizar el sistema de apoyo profesional (reconversión de los recursos humanos).

El modelo parte del supuesto que el problema se produce cuando un individuo no cuenta con las habilidades personales ni el apoyo social suficiente para hacer frente a las situaciones estresantes que se producen por razones evolutivas o accidentales.

### 3. PREVENCIÓN Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

En un intento por establecer los nexos entre los conceptos discutidos en los dos apartados anteriores, podríamos decir que, dado que la identificación de causas asociadas con el problema de la violencia do-

méstica indica que el uso de la violencia para la resolución de conflictos intrafamiliares está vinculado con el aprendizaje a partir de modelos familiares, grupales, institucionales y culturales, un programa de **prevención primaria** podría ser definido como

un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener formas no violentas de resolución de conflictos familiares, proporciona modelos de funcionamiento familiar más democráticos y propugna los cambios en los contextos de riesgo necesarios para facilitar esos objetivos, dirigiendo la formación profesional y la investigación en esa misma dirección.

Desde el modelo de “educación para la salud”, podríamos hablar de una verdadera **educación para la no-violencia** dirigida a las nuevas generaciones, como alternativa a la “pedagogía negra” (A. Miller, 1985) imperante en nuestra cultura. Asimismo, teniendo en cuenta que la variable *género* ha sido identificada como un factor relevante en el problema de la violencia doméstica, resultaría esencial el diseño de un modelo educativo no sexista, que permita flexibilizar los estereotipos culturales relativos al género y que, a la vez, incluya en el currículo de la educación formal el aprendizaje de métodos no violentos para la resolución de conflictos interpersonales. La intervención preventiva sobre contextos de riesgo implica el entrenamiento de los futuros padres y madres en métodos disciplinarios no violentos, como un modo de proporcionar a las nuevas generaciones modelos alternativos de ejercicio del poder intrafamiliar.

Identificados los factores de riesgo a partir de la investigación del problema de la violencia doméstica, tanto en los contextos como en los individuos, un programa de **prevención secundaria** tiende a elaborar estrategias de intervención que, dirigidas a la población más vulnerable, le proporcione recursos para la identificación temprana del problema y un apoyo social eficiente y accesible. Incluye la reconversión de los recursos profesionales y los agentes comunitarios (educadores, profesionales de la salud, religiosos, policía, agentes judiciales) para que comprendan adecuadamente el problema e instrumenten respuestas no victimizadoras. La capacitación permanente sobre el problema de la violencia doméstica, al mismo tiempo, facilita la detección precoz del problema en sus fases iniciales por parte de las organizaciones comunitarias (escuela, hospital, iglesia, policía, instituciones recreativas, etc.). En este plano, es importante subrayar que esta tarea se enfrenta con obstáculos derivados de la resistencia al cambio de los sectores profesionales y de

las instituciones, que suelen dificultar la concreción de los objetivos propuestos.

Finalmente, la **prevención terciaria** consiste en asegurar los recursos asistenciales para una adecuada respuesta médica, psicológica, social y legal a la población afectada por el problema. Incluye medidas de protección a las víctimas y programas especializados en la atención de víctimas y agresores.

Como se verá, las acciones deben emprenderse simultáneamente en varios niveles y se hallan mutuamente interrelacionadas, lo cual implica un compromiso multidisciplinario e interinstitucional. Una de las dificultades comúnmente señaladas en las comunidades en las que se desarrollan programas de prevención de la violencia doméstica, es la desconexión entre los distintos recursos comunitarios, tanto por razones conceptuales, operativas, ideológicas o simplemente personalistas. Esta falta de integración de los recursos redundará siempre en perjuicio de las personas afectadas por el problema, generándose el fenómeno de la victimización secundaria.

El Consejo de Europa, ya en su informe de 1987, resaltaba

la necesidad de una coordinación de las acciones llevadas a cabo por los especialistas y organismos interesados. También en este punto la investigación ha confirmado que es necesario mejorar con toda urgencia la coordinación y cooperación entre los numerosos servicios que se ocupan de estos problemas. Si esto falta, las distintas medidas de ayuda se contraponen unas a otras y las familias padecen las consecuencias.

#### 4. PROBLEMAS PLANTEADOS EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR

Después de haber recorrido de modo sucinto los elementos que, en diferentes contextos, permiten acercarnos a la comprensión del fenómeno de la violencia hacia la mujer en el ámbito doméstico, es necesario señalar algunos problemas cruciales que necesitan ser considerados a la hora de pensar respuestas preventivas a este grave problema social. Sin la pretensión de enumerarlos en su totalidad ni de agotar la discusión en torno a cada uno de ellos, nos limitaremos a plantearlos, dejando abierta la cuestión como un posible disparador para la elaboración de propuestas.

### **a. La cuestión de la legislación sobre la violencia doméstica**

Dado que la mayoría de las víctimas de la violencia intrafamiliar son las mujeres y los niños, una adecuada respuesta legislativa al problema debería articularse con instrumentos internacionales tales como la Declaración de los Derechos Humanos (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1979) y los Principios Básicos de Justicia para las Víctimas del Crimen y del Abuso de Poder (1985).

Diversos países han llevado adelante reformas legislativas para atender el problema específico planteado por la Violencia Doméstica, y algunos de ellos han promulgado Leyes sobre Violencia Doméstica, de diferente alcance.

La principal discusión en torno a las reformas legislativas se basa en si la figura de la violencia intrafamiliar debe ser penalizada o no. En un manual publicado por las Naciones Unidas (1993) se señala la existencia de argumentos en favor o en contra de la criminalización. Quienes están en contra de penalizar la conducta violenta hacia la mujer en el contexto doméstico, prefieren las estrategias de mediación, conciliación y rehabilitación terapéutica. Un sector intermedio enfatiza el rol protector de la ley y señala la necesidad de reformas legislativas que garanticen la protección de las víctimas de violencia doméstica. Un tercer grupo de opiniones enfatiza el hecho de que la violencia doméstica debe ser considerada como un delito y, por lo tanto, penalizada criminalmente.

En todo caso, cualquiera que sea el criterio que prevalezca, lo que no se pone en duda es la necesidad de contar con una legislación específica en torno del tema, que permita orientar la acción de la justicia y que obre a la manera de una mirada social sobre un problema tradicionalmente considerado privado.

### **b. El funcionamiento de los sistemas policial y judicial**

Estrechamente vinculado con el problema de la legislación, los modos y procedimientos en el ámbito policial y judicial deben ser reformulados a la luz de los actuales conocimientos en torno al problema de la Violencia Doméstica, para asegurar los derechos de las víctimas y para prevenir la victimización secundaria durante el proceso legal.

Las respuestas tradicionales de la policía frente al problema necesitan ser reconsideradas, sobre todo cuando contribuyen a aumentar la indefensión de la víctima. Para ello, se ha intentado la constitución de cuerpos especiales de la policía para el tratamiento de los casos de violencia doméstica. La creación de unidades con personal especializado resulta de utilidad cuando se asegura una adecuada y permanente capacitación de los recursos humanos que las componen, y cuando estos organismos se integran en una red más amplia de recursos comunitarios, tales como organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas al apoyo y tratamiento de las víctimas de violencia doméstica, refugios temporales, sistema judicial, etc.

Las dificultades que suele encontrar la Justicia en los casos de Violencia Doméstica también son señalados por el documento de Naciones Unidas:

- El deficiente marco legal existente en la mayoría de los países para tipificar el problema.
- Los puntos de vista y creencias prejuiciosas que todavía afectan a jueces, fiscales y aun a los propios abogados defensores de las víctimas.
- La resistencia mostrada por las víctimas para cooperar en el proceso legal.
- Los serios problemas para aportar pruebas y evidencias.
- La indefensión del sistema judicial para hacer cumplir las sentencias, lo que las vuelve ineficaces.
- La competencia inespecífica de los tribunales (es decir, que junto a los casos de violencia doméstica, los jueces deben ocuparse de problemas completamente distintos).

Frente a estas dificultades se han sugerido modificaciones de los procedimientos judiciales, que incluyen, entre otras, recomendaciones acerca de la creación de tribunales especializados, con equipos interdisciplinarios (en Canadá, por ejemplo, existen las denominadas "Court Clinics"), la creación de la figura del "testigo experto", el desarrollo de sentencias alternativas (que incluyen, por ejemplo, el mandato de tratamiento o rehabilitación de los agresores) y el énfasis en asegurar la seguridad de la víctima, incluyendo intervenciones preventivas que son ajenas a la mayoría de los procedimientos judiciales actuales.

### **c. La respuesta del sistema de salud frente a la violencia en el hogar**

Como ya señalamos, el sector de la Salud es renuente a considerar al problema de la violencia doméstica, aunque ésta haya sido definida como un problema de Salud Pública por parte del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, organizado por la Organización Panamericana de la Salud (1992).

En un interesante estudio del grupo de Hilberman (citado por Koss, 1989), 120 mujeres que habían pasado por una evaluación psiquiátrica fueron luego interrogadas acerca de la violencia en el hogar. Se pudo comprobar que 60 de ellas habían sufrido alguna forma de violencia por parte de sus compañeros. Sin embargo, la existencia de violencia doméstica había sido detectada sólo en 4 casos en el curso de la evaluación psiquiátrica previa. Otro estudio examinó las historias clínicas de un Servicio de Urgencias de un hospital y estableció que 20 de cada 100 pacientes mujeres eran víctimas de violencia y que la mitad de las heridas por las cuales habían concurrido al servicio se habían producido en el contexto de la violencia doméstica. Sin embargo, los médicos sólo habían diagnosticado la violencia en un caso cada 25.

Las características propias del fenómeno de la Violencia Doméstica generan dos conductas que se potencian mutuamente: por una parte, la mujer tiende a ocultar su condición de víctima de violencia, por motivos que van de la vergüenza al miedo; por la otra, los médicos y otros profesionales no detectan ni identifican el factor de la violencia doméstica en el contexto de una consulta clínica o psiquiátrica.

La actitud de los profesionales del área de la salud que atienden las consultas es decisiva: cuando consideran (a partir de un conocimiento específico del tema) el problema de la violencia y el maltrato como posible factor generador de sintomatología, dan el primer paso para una adecuada respuesta a la mujer que consulta (que suele incluir la derivación a servicios u organismos especializados). En cambio, si lo desconocen, lo niegan o lo minimizan, están sentando las bases para una segunda victimización a la cual es sometida la mujer.

### **d. El problema de los modelos de tratamiento para las víctimas y para los agresores**

A partir de la investigación en torno al problema de la Violencia Doméstica, se ha puesto reiteradamente en duda el valor de los

modelos tradicionales de tratamiento psicológico, tanto para las mujeres víctimas de violencia, como para quienes la ejercen. Es por eso que se han desarrollado, en los últimos veinte años, modelos de abordaje específicos, que incluyen, como componente común, la grupalidad. Los grupos para mujeres maltratadas (Ferreira, 1992) y los grupos para hombres violentos (Corsi, 1995) han sido diseñados, metodológicamente, para atender la especificidad de la problemática.

Esta respuesta se inscribe dentro de una tendencia global que caracteriza a la indagación actual acerca de los modelos terapéuticos, que se basa en la consideración de la necesidad de diseñar procedimientos específicos para problemas específicos (en contraste con una tendencia mantenida hasta no hace mucho tiempo, consistente en aplicar un mismo modelo terapéutico a problemáticas muy diversas).

#### **e. La capacitación y la reconversión de recursos humanos como estrategia para prevenir la segunda victimización**

En la misma línea de lo señalado en los puntos anteriores, se torna crucial el problema de la reconversión de los recursos humanos, a la hora de intentar dar una respuesta adecuada al problema de la violencia en el hogar.

Hasta el momento, la mayoría de los recursos profesionales eventualmente involucrados en el tratamiento de algún aspecto del problema (abogados/as, médicos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, policías, etc.) no suelen contar, en su formación académica, con elementos conceptuales y metodológicos que les permitan abordar con especificidad los casos de violencia doméstica. Ello suele derivar en respuestas erróneas y a menudo victimizadoras, que se pueden traducir en un asesoramiento inadecuado, un enfoque terapéutico incorrecto o en la elaboración de informes periciales forenses que perjudican a las víctimas.

Las estrategias frente a esta dimensión del problema varían desde proponer formaciones de posgrado interdisciplinarias, hasta la organización de múltiples formas de capacitación por sectores, que brinden los elementos para una adecuada comprensión del problema y reduzcan la probabilidad de respuestas secundariamente victimizadoras.

## **f. La necesidad de formular una política global sobre el problema de la violencia doméstica**

Finalmente, si echamos una mirada de conjunto a todo lo discutido anteriormente, surge la evidencia de que el tema de la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico, entendido como un problema social, no puede recibir una adecuada respuesta si no existe una integración de recursos que esté facilitada por la formulación de una política global en torno al tema, que contemple simultáneamente acciones en los niveles legislativo, judicial, policial, de salud, de educación, de seguridad social, de empleo, etc.

En el marco de una política global como la descrita, resulta posible pensar una serie de acciones e intervenciones dirigidas a diferentes niveles, que se centran en objetivos tales como los siguientes (Corsi, 1994):

- Eliminar los mitos y estereotipos culturales que sirven de fundamento a la violencia.
- Hacer consciente a la comunidad de la existencia de la violencia familiar, entendida como un problema social.
- Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.
- Alentar la existencia de una legislación adecuada y específica para el problema de la violencia en el hogar.
- Promover la creación de una red de recursos comunitarios para proveer apoyo y contención a las víctimas de la violencia.
- Crear programas de tratamiento y recuperación para las víctimas y para los perpetradores de violencia intrafamiliar.
- Utilizar los medios de comunicación para informar y desmitificar acerca del problema.
- Proponer modificaciones en la estructura y en los contenidos del sistema de educación.
- Crear programas de capacitación para profesionales, educadores y otros sectores involucrados, para prevenir la victimización secundaria.
- Desarrollar programas de prevención dirigidos a niños de distintas edades, con el fin de que identifiquen las diferentes formas de abuso y aprendan formas alternativas de resolución de conflictos.

- Orientar los tratamientos, en el nivel individual, hacia un incremento de la autoestima, reducción del aislamiento social y configuración de vínculos más igualitarios y menos posesivos.

## 5. CONCLUSIONES

Preguntarse cómo se puede prevenir la violencia en la pareja implica preguntarse acerca de cuál es la etapa en la que nuestras comunidades se encuentran con relación a la percepción social del problema, el estado actual de la investigación sobre el tema y la voluntad política que cada Estado tenga para la formulación de una política global de prevención que abarque los sectores de Educación, Salud, Justicia y Acción Social.

Como se verá, se trata de mucho más que una simple discusión técnica o metodológica acerca de cómo implementar programas de prevención (que los hay, y muy buenos). Las profundas raíces históricas y culturales que tiene la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico hacen que preguntarse acerca de su prevención implique cuestionar las bases mismas de la cultura patriarcal en la que todos nosotros hemos nacido. No obstante, no caigamos en la impotencia a la que nos reducen los objetivos utópicos y demos los pasos posibles en la dirección apuntada, con la conciencia de que ningún sector en forma aislada podrá llevar adelante esta compleja tarea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed.)*, Washington, DC, APA.
- Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Saunders, J. B. y Grant, L. (1989), *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Health Care*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983), *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brower (original, 1979).
- Caño, X. (1995), *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*, Madrid, Temas de Hoy.
- Caplan, G. (1964), *Principios de psiquiatría preventiva*, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (1992), «Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal», en A. Fernández (ed.), *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (ed.) (1994), *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós.
- Corsi, J. (1995), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Buenos Aires, Paidós.
- Costa, M. y López, E. (1986), *Salud comunitaria*, Barcelona, Martínez Roca.
- Costa, M. y López, E. (1996), *Educación para la salud*, Madrid, Pirámide.
- Council of Europe (1990), *Proceedings of the Colloquy on Violence within the Family: Measures in the Social Field*, Estrasburgo CE, Publications.
- Derogatis, L. R. (1975), *The SCL-90-R*, Clinical Psychometric Research, Baltimore.
- Dutton, D. G. y Golant, S. K. (1997), *El golpeador. Un perfil psicológico*, Buenos Aires, Paidós.
- Dutton, M. A. (1992), «Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women», en D. W. Foy (ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral Strategies*, Nueva York, Guilford Press.
- Echeburúa, E. (1994), «Trastornos de personalidad: concepto y evaluación», en E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a), *Escala de Conductas-Objetivo*, manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b), *Escala de Inadaptación*, manuscrito no publicado.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987c), *Escala de Percepción Global de Cambio*, manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987d), *Escala de Expectativas de Cambio*, manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995), «Trastorno de estrés postraumático», en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2), Madrid, McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997), «Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, pp. 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997), «Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas», *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, pp. 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996), «Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto», *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, pp. 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1991), *Malos tratos y agresiones sexuales. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*, Vitoria, Servicio de Publicaciones del Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995), *Trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales*, La Coruña, Paideia.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997), «Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto», *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, pp. 355-384.
- Edleson, J. L. y Tolman, R. M. (1992), *Interventions for Men who Batter: An Ecological Approach*, Newbury Park, CA, Sage Publications.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997), «Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo», *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, pp. 151-180.
- Ferreira, G. (1989), *La mujer maltratada*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Ferreira, G. (1992), *Hombres violentos-mujeres maltratadas*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Gondolf, E. W. (1997), «Batterer programs. What we know and need to know», *Journal of Interpersonal Violence*, 12, pp. 83-98.
- Hamilton, M. (1960), «A rating scale for depression», *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, pp. 53-62.
- Harris, J. (1986), «Counseling violent couples using Walker's model», *Psychotherapy*, 23, pp. 613-621.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997), «A brief review of the research on husband violence», *Aggression and Violent Behavior*, 2, pp. 65-99.
- Jacobson, E. (1938), *Progressive Relaxation*, Chicago, University of Chicago Press.

- Jáuregui, J. A. (1990), *El ordenador cerebral*, Barcelona, Labor.
- Koss, M. (1989), *The Women's Mental Health Research Agenda: Violence Against Women*, University of Arizona.
- Larouche, G. (1987), *Agir contre la violence*, Montreal, La Pleine Lune.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979), «Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale», *Evaluation and Program Planning*, 2, pp. 197-207.
- Madina, J. (1994), «Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar», en E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide.
- Maiuro, R. D. y Avery, D. H. (1996), «Psychopharmacological treatment of aggressive behavior: implications for domestically violent men», *Violence and Victims*, 11, pp. 239-261.
- Organización Panamericana de la Salud (1987), *La salud de la mujer en las Américas*, Publicación científica 488.
- Organización Panamericana de la Salud (1992), *Violencia contra la mujer: un problema de salud pública*, Memoria del Primer Seminario Subregional sobre Violencia contra la Mujer, Managua, 1992.
- Palmonari, A. y Zani, B. (1990), *Psicología social de la comunidad*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Rojas Marcos, L. (1995), *Las semillas de la violencia*, Madrid, Espasa-Calpe.
- Ronsenfeld, B. D. (1992), «Court-ordered treatment of spouse abuse», *Clinical Psychology Review*, 12, pp. 205-226.
- Rosenberg, A. (1965), *Society and the adolescent self-image*, New Jersey, Princeton.
- Russell, M. (1988), «Wife assault theory, research, and treatment. A literature review», *Journal of Family Violence*, 3, pp. 193-208.
- Salaberría, K., Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1995), «Ansiedad normal, ansiedad patológica y trastornos de ansiedad: ¿un camino discontinuo?», *Boletín de Psicología*, 48, pp. 67-81.
- Sánchez Vidal, A. (1988), *Psicología comunitaria*, Barcelona, Biblioteca Universitaria de Ciencias Sociales.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994), «Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar», en E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide.
- Shephard, M. F. (1992), «Predicting batterer recidivism five years after community intervention», *Journal of Family Violence*, 7, pp. 167-178.
- Sluzki, C. (1994), «Violencia familiar y violencia política», en *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós.
- Spanier, G. B. (1976), «Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads», *Journal of Marriage and Family*, 38, pp. 15-28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970), *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto CA, Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R. y Jacobs, L. E. (1988), *State-Trait Anger Expression Inventory*, Orlando, FL., Psychological Assessment Resources.
- Stith, S. M., Williams, M. B. y Rosen, K. (eds.) (1992), *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Straus, M. (ed.) (1988), *Abuse and Victimization across the Life Span*, Baltimore, J. H. University Press.
- Torres, P. y Espada, F. J. (1996), *Violencia en casa*, Madrid, Aguilar.
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A. y Rothery, M. A. (1993), «Support groups for battered women: research on their efficacy», *Journal of Family Violence*, 8, pp. 325-343.
- United Nations (1985), *Séptimo Congreso sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente*, Documento sobre Víctimas de Delitos, Milán.
- United Nations (1993), *Strategies for Confronting Domestic Violence: a Resource Manual*, Nueva York, U.N. Publications.
- United Nations, *A Guide for Practitioners on the Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power*, Nueva York, U.N. Publications.
- United Nations. Department of International Economic and Social Affairs (1986), *Report of the Expert Group Meeting on Violence in the Family with Special Emphasis on its Effects on Women*, Viena, U.N. Publications.
- United Nations. General Assembly (1979), *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, Nueva York, U.N. Publications. Resolution 34/180.
- United Nations. General Assembly (1985), *Declaration of Basic Principles of Justice for Victims of Crime and Abuse of Power*, Nueva York, U.N. Publications, Resolution 40/34.
- United Nations. General Assembly (1985), *Domestic Violence*, Nueva York, U.N. Publications. Resolution 40/36.
- United Nations. Office at Viena (1989), *Violence against Women in the Family*, A study prepared by J. Connors, Nueva York., U.N. Publications.
- United Nations. Secretary General (1987), *Efforts to Eradicate Violence against Women within the Family and Society*, U.N. Publications.
- Viano, E. (1987), *Violencia, victimización y cambio social*, Córdoba, Lerner.
- Villavicencio, P. (1993), «Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación», *Clínica y Salud*, 4, pp. 215-228.
- Walker, L. E. (1991), «Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome», *Psychotherapy*, 28, pp. 21-29.
- Webb, J. (1992), «Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women», *Journal of Family Violence*, 7, pp. 205-217.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994), «Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico», en E. Echeburúa (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide.

## DIRECCIONES DE INTERÉS

A modo de información complementaria se señalan las direcciones de los organismos responsables de la asistencia a las víctimas de la violencia familiar en cada una de las comunidades autónomas. La lista, que no pretende ser exhaustiva, puede contener algunas omisiones o inexactitudes, por las que rogamos disculpas a los interesados. Los autores acogerán con agrado las rectificaciones oportunas para incluirlas en las posibles ediciones posteriores de esta obra.

### A. MALTRATO A LA MUJER

#### *a. Dirección general*

*Instituto de la Mujer*  
c/ Condesa de Venadito, 34  
28027 Madrid  
Tel.: 900 19 10 10 / 91 347 80 00

#### *b. Direcciones específicas por comunidades autónomas*

##### **Andalucía**

Avda. del General Sanjurjo, 1, escalera 1, 4.ºA  
41001 Sevilla  
Tel.: 95 422 56 20 / 22 37 19

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ Alemanes, 9  
41009 Sevilla  
Tel.: 95 466 20 31

**Aragón**

c/ Don Juan de Aragón, 2  
50001 Zaragoza  
Tel.: 976 39 12 05

**Asturias**

Avda. de Rufo Renduella, 17-19  
33203 Gijón  
Tel.: 98 313 34 07 / 313 34 08

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ Lastre, 6-entlo. B  
33207 Gijón  
Tel.: 98 535 52 44

**Baleares**

c/ Portela, 11-1.º  
07001 Palma de Mallorca  
Tel.: 971 72 25 51 / 72 57 41

**Canarias**

Avda. del 1.º de Mayo, 66-3.º  
35002 Las Palmas de Gran Canaria  
Tel.: 928 38 00 64 / 38 16 84

**Cantabria**

Pasaje Puntida, 1-1.º  
39001 Santander  
Tel.: 942 31 36 12 / 31 36 60

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
Avda. de la Reina Victoria, 33-E  
39005 Santander  
Tel.: 942 21 95 00

**Castilla-La Mancha**

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ Muelle, 7-entlo.  
02001 Albacete  
Tel.: 967 52 24 52

### **Castilla y León**

c/ Portugal, 83  
37005 Salamanca  
Tel.: 923 29 60 22

Avda. de Simón Nieto, 10  
34005 Palencia  
Tel.: 979 70 14 40

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ Julio del Campo, 5-3.º centro  
24002 León  
Tel.: 987 23 00 62

### **Cataluña**

Avda. de Francesc Cambó, 12  
08003 Barcelona  
Tel.: 93 319 17 00

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ Aragón, 410-entlo.  
08013 Barcelona  
Tel.: 93 231 95 93

### **Extremadura**

c/ Sta. Joaquina Vedruna, 17-entlo.  
10001 Cáceres  
Tel.: 927 22 54 04 / 22 54 11

### **Galicia**

Polígono de Elviña  
Zona Birloque, s/n  
15008 La Coruña  
Tel. 981 28 20 44 / 28 20 24 / 28 20 27

*Dirección Xeral da Familia*  
Edificio Administrativo de San Caetano, s/n  
15771 Santiago de Compostela  
Tel.: 981 54 46 22

### **Madrid**

c/ Génova, 11-1.º dcha.  
28004 Madrid  
Tel.: 91 391 58 80

*Asociación de Asistencia a Mujeres Violadas*  
c/ O'Donnell, 42-bajo  
28009 Madrid  
Tel.: 91 574 01 10

### **Murcia**

*ISSORM (Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia)*  
Crta. de Pueblo Nuevo, s/n  
30071 Murcia  
Tel.: 968 36 20 91

### **Navarra**

*Instituto Navarro de Bienestar Social*  
c/ González Tablas, s/n  
31002 Pamplona  
Tel.: 948 10 69 50

### **País Vasco**

*Dirección General de Bienestar Social*  
c/ Duque de Wellington, s/n  
01071 Vitoria  
Tel.: 945 18 93 93

*Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde)*  
c/ Manuel Iradier, 36  
01005 Vitoria  
Tel.: 945 13 26 13

*Ayuntamiento de Vitoria*  
*Servicio Municipal de la Mujer*  
Edificio del Ayuntamiento  
Plaza de España, bajos  
01001 Vitoria  
Tel.: 945 16 13 45

*Diputación de Vizcaya*  
*Departamento de Acción Social*  
c/ Henao, 5-3.º  
48009 Bilbao  
Tel.: 944 24 44 15

*Zutitu*  
*Servicio de Atención Psicológica a Víctimas de Maltrato y de Agresiones Sexuales*  
*Servicio de Atención Psicológica a Maltratadores Domésticos*

c/ Juan de Ajuriaguerra, 9-4.º centro  
48009 Bilbao  
Tel.: 944 24 13 98

*Diputación de Guipúzcoa*  
*Departamento de Bienestar Social*  
*Servicio de la Mujer*  
Avda. de la Libertad, 17-4.º  
20004 San Sebastián  
Tel.: 943 48 25 76

*Ayuntamiento de San Sebastián*  
*Servicio Municipal de Atención a la Mujer*  
c/ Urdaneta, 13-3.º  
20006 San Sebastián  
Tel.: 943 48 14 13

### **La Rioja**

*Dirección General de Bienestar Social*  
c/ Villamediana, 17  
26071 Logroño  
Tel.: 941 29 13 18 / 29 11 00

### **Comunidad Valenciana**

*Área Territorial de Servicios Sociales*  
c/ Barón de Carcer, 36  
46001 Valencia  
Tel.: 900 100 033 / 96 386 67 50

*Dirección General de Servicios Sociales*  
*Programa de Familia, Infancia y Juventud*  
c/ Colón, 80  
46003 Valencia  
Tel.: 96 386 24 00

## **B. MALTRATO AL MENOR**

### **Andalucía**

*Instituto Andaluz de Servicios Sociales*  
c/ Imagen, 10-1.º  
41003 Sevilla  
Tel.: 95 421 09 10

*Dirección General de Atención al Niño*

Edificio HYTASA  
c/ Héroes de Toledo, s/n  
41071 Sevilla  
Tel.: 900 21 09 66

*ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención de los Malos Tratos)*

c/ Trastamara, 33-1.º  
41001 Sevilla  
Tel.: 95 421 11 55

*PRODENE-España (Asociación para los Derechos del Niño y de la Niña)*

c/ Huerta del Conde, 19-1.º  
29012 Málaga  
Tel.: 95 225 64 04

**Aragón***Servicio Provincial de Bienestar Social y Trabajo*

Paseo de María Agustín, 36  
50004 Zaragoza  
Tel.: 976 71 41 11 / 55 31 37

**Asturias***Dirección Regional de Acción Social**Área del Menor*

c/ General Elorza, 35  
33001 Oviedo  
Tel.: 985 10 65 37 (Servicio de Infancia)  
985 10 65 54 (Letrado Defensor del Menor)

*Asociación Asturiana para la Prevención de los Malos Tratos a la Infancia*

c/ Campos de Patos, 8  
33010 Oviedo  
Tel.: 985 21 80 00

**Baleares***Consejería de Sanidad y Seguridad Social*

c/ Cecilio Metelo, 10-bajo  
07003 Palma de Mallorca  
Tel.: 971 71 89 31

**Canarias***Dirección General de Servicios Sociales*

Avda. de Benito Pérez, 4  
38007 Santa Cruz de Tenerife  
Tel.: 922 60 44 44

### **Cantabria**

*Dirección Regional de Bienestar Social*  
c/ Castilla, 2-bajo  
39002 Santander  
Tel.: 942 36 40 20

### **Castilla-La Mancha**

*Consejería de Bienestar Social*  
c/ Subida a la Granja, 10  
45071 Toledo  
Tel.: 925 26 72 50

*ADEME (Asociación para la Defensa del Menor)*  
c/ Seis de Junio, 31  
13300 Valdepeñas (Ciudad Real)  
Tel.: 926 32 12 28

### **Castilla y León**

*Servicio de Sanidad y Bienestar Social*  
c/ Ferrari, 7  
47001 Valladolid  
Tel.: 983 41 48 93

### **Cataluña**

*Dirección General de Atención a la Infancia*  
Palau de Mar  
Pl. Pau Vila, 1  
08003 Barcelona  
Tel.: 900 300 500 / 93 483 10 00

*ACIM (Asociación Catalana para la Infancia Maltratada)*  
Passei de Gracia, 78-2.º A  
08008 Barcelona  
Tel.: 93 215 61 78

### **Extremadura**

*Dirección General de Acción Social*  
*Servicio de Protección Jurídica del Menor*

Crta. de la Circunvalación, s/n  
06800 Mérida (Badajoz)  
Tel.: 900 50 03 31

*Servicio Territorial de Bienestar Social*  
Ronda del Pilar, 22  
06002 Badajoz  
Tel.: 924 23 44 00

## **Galicia**

*Área de Servicios Sociales*  
c/ Concepción Arenal, 7-9  
15006 La Coruña  
Tel.: 981 28 81 88

## **Madrid**

*Dirección General de Servicios Sociales*  
Pza. de Carlos Trías Beltrán, 7  
28020 Madrid  
Tel.: 91 580 48 28

*Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato a la Infancia*  
c/ Delicias, 8, entlo.  
28045 Madrid  
Tel.: 91 530 88 26

*FAPMI (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil)*  
c/ Delicias, 8, entlo.  
28045 Madrid  
Tel.: 91 468 26 62

*Fundación ANAR*  
Avda. de América, 24  
28028 Madrid  
Tel.: 91 726 27 00  
Teléfono del Menor: 900 20 20 10  
Teléfono del Adulto: 91 726 01 01

*IMAIN (Instituto Madrileño de Atención a la Infancia)*  
c/ Orense, 11-9.º  
28020 Madrid  
Tel.: 91 580 47 47

## **Murcia**

*Servicio de Pensiones y Prestaciones Sociales*  
Ronda de Levante, 11  
30008 Murcia  
Tel.: 968 36 26 65

*AVD (Asociación de Víctimas del Delito de Murcia)*  
c/ Valencia, 6-bajo  
30150 Vistabella (Murcia)  
Tel.: 968 34 33 50

*AMAIN (Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada)*  
c/ Puerta Nueva, 22, entlo., puerta 5  
30008 Murcia  
Tel.: 968 20 11 87

## **Navarra**

*Instituto Navarro de Bienestar Social*  
c/ González Tablas, s/n  
31003 Pamplona  
Tel.: 948 10 69 00

## **País Vasco**

*Diputación de Vizcaya*  
*Departamento de Acción Social*  
c/ Henao, 5-3.º  
48009 Bilbao  
Tel.: 944 24 44 15

*Diputación de Álava*  
*Instituto Foral de Bienestar Social*  
*Servicio de Infancia y Familia*  
c/ General Álava, 10-1.º. Ofic. 7  
01005 Vitoria  
Tel.: 945 23 30 00

*Diputación de Guipúzcoa*  
*Departamento de Bienestar Social*  
*Servicio de Infancia y Familia*  
Avda. de la Libertad, 17-4.º  
20004 San Sebastián  
Tel.: 943 48 25 76

*AVAIM (Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada)*  
Avda. de Francia, 22  
20012 San Sebastián  
Tel.: 943 29 07 42

c/ Florida, 17-1.º dcha.  
01005 Vitoria  
Tel.: 945 13 16 08

**La Rioja**

*Dirección General de Bienestar Social*  
c/ Villamediana, 17  
26071 Logroño  
Tel.: 941 29 13 18 / 29 11 00

**Comunidad Valenciana**

*Área Territorial de Servicios Sociales*  
c/ Barón de Cárcer, 36  
46001 Valencia  
Tel.: 900 100 033 / 96 386 67 50

*Dirección General de Servicios Sociales*  
*Programa de Familia, Infancia y Juventud*  
c/ Colón, 80  
46003 Valencia  
Tel.: 96 386 24 00

*APREMI (Asociación Valenciana para la Promoción de los Derechos del Niño y*  
*Prevención del Maltrato Infantil)*  
Apartado de Correos 12270  
46080 Valencia

**C. MALTRATO A LOS ANCIANOS**

*Programas de Atención Geriátrica del INSERSO*  
Avda. de la Ilustración, s/n  
28029 Madrid  
Tel.: 91 347 88 88

Puede obtenerse información en las delegaciones provinciales del *INSERSO*.

**Madrid**

*Asociación de la Tercera Edad*  
c/ Amor de Dios, 6  
28014 Madrid  
Tel.: 91 420 23 70

*Asamblea Local de la Cruz Roja*  
c/ Pozas, 14  
28004 Madrid  
Tel.: 91 532 55 55

## LECTURAS RECOMENDADAS

El criterio utilizado en la redacción de este apartado es facilitar a los lectores interesados (no necesariamente especialistas) la ampliación de los conocimientos expuestos en el texto. Por ello, las lecturas recomendadas se caracterizan por el rigor y la claridad en el contenido y se refieren a libros escritos en (o traducidos al) castellano, que sean relativamente recientes y estén fácilmente accesibles.

Corsi, J. (ed.) (1994), *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós, 1994.

En este texto se analizan los principales aspectos implicados en la violencia familiar desde distintos ámbitos (psicológico, social, jurídico, etc.). Se presenta, asimismo, un análisis pormenorizado de las consecuencias psicológicas que el maltrato produce en la mujer y se propone un programa concreto de tratamiento del “síndrome de la mujer maltratada”.

Corsi, J. (ed.) (1995), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Buenos Aires, Paidós, 1995.

El autor de este texto, director del programa de especialización en Violencia Familiar de la Universidad de Buenos Aires y coordinador del Servicio de Asistencia a Hombres Violentos en esta misma ciudad, describe las características principales de la violencia familiar, así como el perfil psicológico del maltratador doméstico. Como aspecto novedoso, se propone un modelo teórico de intervención con hombres violentos, basado en la experiencia clínica del autor, y se señalan los aspectos concretos implicados en el programa de tratamiento propuesto.

Dutton, D. G. y Golant, S. K. (1997), *El golpeador. Un perfil psicológico*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

En este libro los autores, con una amplia experiencia en el tema, analizan los factores etiológicos y las peculiaridades de los hombres violentos en el hogar, así como los aspectos diferenciales de las personas normales. Se abordan asimismo las posibles vías de intervención en este tipo de casos.

Echeburúa, E. (ed.) (1994), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide, 1994.

En este libro se exponen, en primer lugar, los aspectos psicopatológicos implicados en las conductas violentas en general y en la violencia sexual en particular. Se analiza, en segundo lugar, el problema de la violencia en el hogar (hombres maltratadores, mujeres y niños maltratados, etc.). En tercer lugar, se señalan las posibilidades de intervención a nivel clínico, familiar e institucional sobre las personalidades violentas. Por último, se trazan algunas vías de actuación a nivel preventivo en el ámbito de la familia, de la educación y de los medios de comunicación.

Stith, S. M., Williams, M. B. y Rosen, K. (eds.) (1992), *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1992.

Si bien el título induce a engaño, se trata de un texto denso que aborda el tema de la intervención psicológica en los diferentes tipos de maltrato en el hogar (niños, mujeres y ancianos). Se analiza asimismo el tratamiento de los niños abusados sexualmente, así como el de los adultos agredidos sexualmente en la infancia. En el libro se ofrece una revisión detallada de los principales programas de intervención y se incluye una gran profusión de casos prácticos. Por último, se presenta un modelo general teórico de tratamiento para las víctimas de la violencia familiar.

Torres, P. y Espada, F. J. (1996), *Violencia en casa*, Madrid, Aguilar, 1996.

Este texto es una obra de divulgación científica en donde se exponen detalladamente, en el formato de una guía práctica, los distintos tipos de violencia existentes en el hogar: el maltrato infantil, la violencia contra la mujer y la desprotección del anciano. Se hace una referencia a los hombres víctimas de maltrato. Se indican asimismo las vías de actuación y los recursos comunitarios actualmente disponibles en nuestro país para hacer frente a estos problemas.

# ÍNDICE TEMÁTICO

- abuso de alcohol, 74-76, 81-85
  - abuso de alcohol y violencia, 76, 81-85
  - programa de bebida controlada, 131, 144-145
- apoyo social, 58, 63
- asertividad y habilidades de comunicación, 57, 69, 157-170
  - déficit, 74-76
  - entrenamiento, 57-69, 157-170
- autoestima, 14, 26, 46-48
  - déficit, 14, 74-76
  - evaluación, 26, 46-48
  - mejora, 56, 140-153
- autoinformes, 23-51
  - específicos, 28-37
    - Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato, 91, 108-111
    - Escala de Conductas-Objetivo, 25, 36-37
    - Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, 23-24, 32-35
    - Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de la Violencia, 94, 112-113
  - generales, 38-51
    - AUDIT, 95, 122, 123
    - BDI, 26, 41-43, 124
    - Escala de Autoestima, 26, 46-48, 128
    - Escala de Inadaptación, 25, 38-39, 124
    - HRS, 26, 44-45
    - SCL-90-R, 94-95, 114-118
    - STAI, 25-26, 40, 124
    - STAXI, 95, 119-121
    - Test de Ajuste Diádico, 125-128
- relacionados con el cambio terapéutico, 49, 95
  - Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento, 27, 50-51, 129
  - Escala de Expectativas de Cambio, 95, 129
  - Escala de Percepción Global de Cambio, 26-27, 49
- autoinstrucciones, 138-142
- celos patológicos, 74-76, 81-85
  - celos patológicos y violencia, 74-76, 81-85
  - tratamiento, 131, 146-147
- ciclo de la violencia, 132-137
- distracción cognitiva, 59, 138-142
- estrategias de afrontamiento, 19, 55
- evaluación, 23-52, 91-129
  - autoinformes, 23-27
  - entrevistas, 23, 28
  - exposición, 58, 59
- ira, 73-78, 131-137
  - estado emocional, 73-78
  - control de la, 56-58, 131, 132-137
  - signos habituales, 136

- negación, 78
- objetivos terapéuticos, 57, 60  
 mejora de la convivencia, 57  
 separación conyugal, 57
- predictores de éxito terapéutico, 20, 89
- prevención de la violencia, 177  
 factores de riesgo, 178  
 legislación y violencia en el hogar, 183  
 policía y justicia y violencia en el hogar, 183-184  
 políticas globales, 187  
 prevención primaria, 179-182  
 prevención secundaria, 179-182  
 prevención terciaria, 179-182  
 sistemas de salud y violencia doméstica, 185
- programa de intervención, 130  
 enfoque judicial  
 enfoque psicológico, 130
- recaídas, 69, 174-175  
 factores de alto riesgo, 178  
 prevención, 69, 174-175
- relaciones sexuales, 154-156  
 ciclo de la respuesta sexual, 154-155  
 ideas erróneas, 156  
 sexualidad y afectividad, 154
- relajación, 56-69
- sesgos cognitivos, 78-85
- solución de problemas, 171-173  
 déficit, 73-78  
 entrenamiento, 171-173  
 suspensión temporal, 138-142
- tareas para casa, 54-69, 130-175
- terapia de grupo, 53-54, 60-69  
 características, 60-61  
 motivación, 54-55, 60  
 programa de tratamiento, 17-22, 86-90
- tipos de maltratadores, 85-86  
 según la extensión de la violencia, 85-86  
 violentos en general, 85-86  
 violentos sólo en casa, 85-86  
 según el perfil psicopatológico, 85-86  
 con déficit en las habilidades interpersonales, 85-86  
 sin control de los impulsos, 85-86
- tratamiento, 52-69, 130  
 maltratadores, 130  
 suspensión temporal, 138-142  
 distracción cognitiva, 138-142  
 autoinstrucciones, 138-142  
 relajación, 143  
 reestructuración cognitiva, 146-153  
 saciación, 146-147  
 bebida controlada, 144-145  
 asertividad y habilidades de comunicación, 157-170  
 solución de problemas, 171-173
- víctimas de maltrato, 52-69  
 expresión emocional, 18, 55  
 reevaluación cognitiva, 18, 55  
 habilidades específicas de afrontamiento, 19, 55
- violencia, 73-86, 132  
 expresiva, 78  
 instrumental, 78

## APÉNDICES



APÉNDICE 1: *Autorregistro de Ira*  
 (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

NOMBRE:

N.º:

FECHA:

SEMANA:

| <i>Situación</i> | <i>Indicadores de ira</i> | <i>Intensidad de la ira (0-10)</i> | <i>Estrategia utilizada</i> | <i>Consecuencias</i> |
|------------------|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
|                  |                           |                                    |                             |                      |

OBSERVACIONES:

APÉNDICE 2: *Ejercicios de relajación muscular*

| <i>Grupos musculares</i> | <i>Instrucciones</i>  |
|--------------------------|---|
| Manos                    | Cerrar, apretar y notar la tensión. Abrir, soltar poco a poco y distinguir las diferentes sensaciones entre tensión y relajación. |
| Brazos (bíceps)          | Doblarlos, notar la tensión y soltarlos paulatinamente.   |
| Brazos (tríceps)         | Estirarlos hacia adelante, sentir la tensión, aflojarlos y relajarlos.  |
| Frente                   | Subir las cejas arrugando la frente, notar la tensión, soltar y relajar.  |
| Entrecejo                | Fruncirlo y soltar despacio.  |
| Ojos                     | Desplazarlos a la derecha, arriba, a la izquierda, abajo; soltarlos y relajarlos.   |
| Mandíbulas               | Sonreír de manera forzada, soltar y relajar.  |
| Labios                   | Apretarlos, soltar y relajarlos.  |
| Cuello                   | Girar a la derecha, a la izquierda, adelante, atrás; soltar y relajar.  |
| Hombros                  | Subirlos hacia las orejas, llevarlos atrás, soltar y relajarlos.  |
| Tórax                    | Respirar lentamente.  |
| Estómago                 | Contraer hacia dentro y hacia fuera, soltar y relajar. Respirar lentamente.   |
| Nalgas                   | Contraerlas apretando hacia el asiento, soltar y relajar.   |
| Piernas (1)              | Subirlas con las puntas de los pies hacia la cara; soltar y relajarlas.   |
| Piernas (2)              | Subirlas con las puntas de los pies estiradas; soltar y relajarlas.   |

Respirar lentamente. Soltar todo el cuerpo. Notar las sensaciones agradables de la relajación. Descansar.



### APÉNDICE 5: *Inventario del autoconcepto*

1. Señale los aspectos positivos y negativos en cada una de las áreas exploradas por orden de mayor a menor importancia.
2. Indique por orden las áreas a las que concede más importancia o que le resultan más preocupantes. Para ello ponga el número correspondiente en cada casilla de la primera columna.

| <i>Áreas a explorar</i>  |  | <i>Aspectos positivos</i> | <i>Aspectos negativos</i> |
|--------------------------|--|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Apariencia física                            | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Capacidad intelectual                        | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Forma de ser                                 | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Salud  | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Aceptación social y relaciones con los demás | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Conducta afectivo-erótica                    | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Rendimiento académico o laboral              | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Estatus socio-económico                      | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Ejecución de tareas cotidianas               | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |
| <input type="checkbox"/> | Logros alcanzados y éxito en la vida         | +<br>+<br>+               | -<br>-<br>-               |

APÉNDICE 6: *Pille a su pareja haciendo algo agradable*

NOMBRE:

N.º:

FECHA:

SEMANA:

| <i>Día</i> | <i>Fecha</i> | <i>Conducta placentera</i> |
|------------|--------------|----------------------------|
| Lunes      |              |                            |
| Martes     |              |                            |
| Miércoles  |              |                            |
| Jueves     |              |                            |
| Viernes    |              |                            |
| Sábado     |              |                            |
| Domingo    |              |                            |

## MANUALES

### PSICOLOGIA

ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, C. (comps.)—*Esquizofrenia; fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, 488 pp.

AVILA, A., y POCH, J. (comps.)—*Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. 792 pp. Empastado.

BUELA-CASAL, G., y CABALLO, V. E. (comps.)—*Manual de psicología clínica aplicada*. 562 pp. Empastado

BUELA-CASAL, G., CABALLO, V. E., y SIERRA, J. C. (dirs.)—*Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. 1.152 pp. Empastado.

BUELA-CASAL, G., y NAVARRO, F. J. (comps.)—*Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. 480 pp.

BUELA-CASAL, G., y SIERRA, C. (dirs.)—*Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. 1.104 pp. Empastado.

CABALLO, V. E.—*Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 432 pp. Empastado.

CABALLO, V. E. (comp.)—*Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 1.016 pp. Empastado. (3.<sup>a</sup> ed.)

CABALLO, V. E., (dir.)—*Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.

Vol. 1. *Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. 776 pp. Empastado.

Vol. 2. *Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. 712 pp. Empastado.

CABALLO, V. E., BUELA-CASAL, G., y CARROBLES, J. A. (dirs.)—*Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*.

Vol. 1. *Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. 864 pp. Empastado.

Vol. 2. *Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. 824 pp. Empastado.

FERNANDEZ RIOS, L.—*Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. 608 pp.

GARCIA CUETO, E.—*Introducción a la psicometría*. 264 pp.

GARCIA MADRUGA, J. A.—*Desarrollo y conocimiento*. 144 pp.

LEON-CARRION, J.—*Manual de neuropsicología humana*. 576 pp. Empastado.

URRA, J., y VAZQUEZ, B.—*Manual de psicología forense*. 472 pp.

VERDUGO, M. A. (dir.)—*Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. 784 pp. Empastado.

VERDUGO, M. A. (dir.)—*Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. 1.464 pp. Empastado.



