

*Alianza Terapéutica y Conducta
Pro-terapéutica en la intervención
con maltratadores: un análisis
observacional*



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

Tesis doctoral
Programa de doctorado en Investigación en Psicología
Facultad de Psicología

Presentada por:
Elena Terreros García

Dirigida por:
Dra. Marisol Lila Murillo
Dr. Enrique Gracia Fuster

Valencia, mayo de 2017

Agradecimientos

Son muchos los motivos por los que estoy agradecida al finalizar este proceso. Realizar este trabajo me ha proporcionado numerosos y diversos aprendizajes, pero especialmente me ha servido para constatar la certeza de que el camino que decido transitar en mi vida es muy importante, pero aquello que realmente lo enriquece y da sentido son las personas que me acompañan.

Desde luego no habría podido llegar y ni siquiera empezar este gran reto sin dos acompañantes fundamentales: Marisol Lila y Enrique Gracia, mis directores. Gracias Marisol por tener la valentía de crear un proyecto como Contexto, supone para mí una fuente inagotable de crecimiento tanto profesional como personalmente. Gracias por creer en mí y mis capacidades, incluso más que yo misma. Este proceso no habría podido ser sin tu sabiduría, generosidad, paciencia, infinita paciencia, y cariño. Espero seguir creciendo a tu lado. Gracias Enrique por tus aportaciones, por la confianza, por ayudarme a valorar todo el proceso y especialmente por alentar a Marisol a crear Contexto.

A mis compañeras y compañeros de batalla, Mavi, Alba, Raquel, Viviana, Pilar, Angélica, Vicente y Antonio, un claro ejemplo de que el trabajo puede ser muy gratificante si estás bien acompañada. Gracias por hacer de Contexto mi segundo hogar, por estar siempre ahí, para lo que haga falta, siempre con una sonrisa, sin esperar nada a cambio y gracias por no perder el ánimo para seguir luchando. Gracias también a

todas las colaboradoras y los colaboradores de Contexto, por su compromiso y trabajo en luchar contra la violencia de género.

Gracias a mis amigas y amigos, que me han demostrado que la amistad es una de las mejores cosas de la vida. Sé que con vosotras y vosotros puedo embarcarme en cualquier viaje, que no importa el destino, porque el trayecto en sí ya es un viaje.

A Marcos, gracias por tu amor, generosidad y paciencia durante este proceso, pero sobre todo gracias por las risas, que han iluminado el camino.

A mi familia, que es tan diversa y extensa que me ha permitido ser flexible y adaptable, así como a conocer muchas formas de amar. A mis padres, por ofrecerme uno de los grandes aprendizajes que ha marcado mi vida, demostrarme que las personas pueden superar las dificultades y mejorar si se lo proponen, y que para ello el apoyo y ayuda de los otros es vital, me siento muy orgullosa de ser vuestra hija. Gracias Mama por ser un ejemplo para mí de lucha y superación, y por darme tan buenos valores, sin duda me ha ayudado en esta conquista. Juan Antonio, gracias por enseñarme que el amor se elige, por elegirme y por ser tan buen referente masculino para mí.

Esta tesis va dedicada a todas aquellas personas que luchan y trabajan para construir un mundo mejor.

Índice de contenido

1	<u>INTRODUCCIÓN</u>	13
2	<u>LA VIOLENCIA DE GÉNERO; CONCEPTO, PREVALENCIA Y ASPECTOS LEGALES</u>	17
2.1	LA VIOLENCIA DE GÉNERO: CONCEPTUALIZACIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA	19
2.2	PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	27
2.2.1	PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL MUNDO	27
2.2.2	PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EUROPA	32
2.2.3	PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA	35
2.3	RECORRIDO HISTÓRICO-LEGAL DEL PROCESO DE VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	50
2.3.1	EVOLUCIÓN HISTÓRICO-LEGAL	50
2.3.2	LEGISLACIÓN Y DIRECTRICES INTERNACIONALES DE VIOLENCIA DE GÉNERO	53
2.3.3	LEGISLACIÓN DIRECTRICES NACIONALES EN VIOLENCIA DE GÉNERO	61
	Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género	67
	Datos tras 10 años de a aplicación de la Ley Integral 1/2004	73
3	<u>LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES</u>	83
3.1	ORÍGENES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	85
3.2	PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	87
3.3	EL MODELO ECOLÓGICO APLICADO A LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	95
3.4	PROGRAMAS EXISTENTES DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	105
3.4.1	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ	106
3.4.2	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE MALTRATADORES EN EUROPA	110
3.4.3	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DE MALTRATADORES EN ESPAÑA	113

Programas de intervención para hombres de acuden de forma voluntaria	115
Programas de tratamiento en Centros Penitenciarios	117
Programas en medio abierto	120
3.5 EL PROGRAMA CONTEXTO	128
3.5.1 LA INVESTIGACIÓN EN EL PROGRAMA CONTEXTO	130
3.5.2 EL PROGRAMA CONTEXTO COMO ESPACIO DE FORMACIÓN	133
3.5.3 EL PROGRAMA CONTEXTO COMO RECURSO DE INTERVENCIÓN	135
4 EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES LA	
<u>IMPORTANCIA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA</u>	<u>151</u>
4.1 LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	153
4.1.1 DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	154
4.1.2 REVISIONES SISTEMÁTICAS Y ESTUDIOS META-ANALÍTICOS	156
4.1.3 INDICADORES PARA MEJORAR LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	164
4.2 LA ALIANZA TERAPÉUTICA COMO HERRAMIENTA PARA INCREMENTAR LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	167
4.2.1 MOTIVACIÓN AL CAMBIO EN INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES	168
4.2.2 CONSIDERACIONES EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN LA INTERVENCIÓN CON MALTRATADORES.	177
4.3 EL PLAN MOTIVACIONAL INDIVIDUALIZADO: UNA HERRAMIENTA BASADA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA	187
4.3.1 EL PLAN MOTIVACIONAL INDIVIDUALIZADO	189
4.3.2 BASES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y DEL DISEÑO DEL PMI	194
4.3.3 ENTREVISTAS MOTIVACIONALES EN FASE DE VALORACIÓN Y MOTIVACIÓN.	217
4.3.4 SESIONES GRUPALES	221

4.3.5	SESIÓN INDIVIDUAL EN LA FASE DE INTERVENCIÓN GRUPAL: VALORACIÓN DEL PMI	227
4.3.6	ALGUNAS CUESTIONES PREVIAS A LA FASE DE INTERVENCIÓN GRUPAL: EL PLAN MOTIVACIONAL A LO LARGO DEL PROGRAMA	229
4.3.7	EL PMI AL FINALIZAR LA INTERVENCIÓN	231
5	<u>ESTUDIO EMPÍRICO</u>	233
5.1	JUSTIFICACIÓN	235
5.2	OBJETIVOS	238
5.2.1	OBJETIVO GENERAL	238
5.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	238
5.2.3	MUESTRA	239
5.2.4	PROCEDIMIENTO	245
5.2.5	INSTRUMENTOS	252
5.2.6	RESULTADOS	261
	Análisis descriptivos de las variables	261
	Relación entre las variables	267
	Diferencias en la conducta pro-terapéutica y alianza terapéutica tras la aplicación de estrategias motivacionales	273
	Relación de la conducta pro-terapéutica y la alianza terapéutica con variables relacionadas con la violencia contra la pareja al final de la intervención	280
6	<u>CONCLUSIONES</u>	287
6.1	CONCLUSIONES	289
6.1.1	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	291
6.1.2	DATOS DESCRIPTIVOS Y CORRELACIONES ENTRE VARIABLES	292

6.1.3	DIFERENCIAS EN CONDUCTA PRO-TERAPÉUTICA Y ALIANZA TERAPÉUTICA TRAS LA APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS MOTIVACIONALES	298
7	REFERENCIAS	309
8	ANEXOS	355
8.1	DOCUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN	357
8.1.1	ANEXO I. TÉCNICAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL	357
8.1.2	ANEXO II. EJEMPLO GUÍA DE TRABAJO	382
8.1.3	ANEXO III. DESARROLLO ACTIVIDAD GRUPAL PRESENTACIÓN PMI.	388
8.1.4	ANEXO IV. MANUAL INSTRUMENTO DE MEDIDA DE PARA LA OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE CONDUCTAS PRO-TERAPÉUTICAS Y ALIANZA TERAPÉUTICA	394
8.1.5	ANEXO V. REGISTRO GRUPAL CONDUCTA PROTERAPÉUTICA Y ALIANZA TERAPÉUTICA	411
8.1.6	ANEXO VI. REGISTRO OBSERVACIONAL CONDUCTA PROTERAPÉUTICA Y ALIANZA TERAPÉUTICA	413

Índice de tablas

Tabla 1.	Tipos de violencia sufrida	39
Tabla 2.	Miedo sufrido tras la exposición a algún tipo de de violencia	43
Tabla 3.	Algunas de las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia de género.	44
Tabla 4.	Muertes por malos tratos producidos por pareja o expareja según C.C.A.A. España 2000-2016. Instituto de la Mujer.	47
Tabla 5.	Ejes cronológicos: hitos en la consideración de la violencia contra las mujeres por los diferentes organismos internacionales	56
Tabla 6.	Algunas de las reformas penales anteriores a la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.	64

Tabla 7. Fuente: Elaboración propia basada en Boira (2010), Larrauri (2010) y Conchell (2012).	75
Tabla 8. Asuntos penales atendidos en los juzgados contra la mujer.	78
Tabla 9. Procedencia de las denuncias efectuadas en los juzgados de violencia contra la mujer en el periodo de 2007 al primer semestre de 2015.	80
Tabla 10. Descripción de los niveles del Modelo ecológico (OMS, 2010)	97
Tabla 11. Principal factores de riesgo macrosociales/culturales	102
Tabla 12. Principales factores de riesgo comunitarios	103
Tabla 13. Principales factores de riesgo relacionales	104
Tabla 14. Principales factores de riesgo individuales	104
Tabla 15. Programas de tratamiento voluntarios en medio abierto	115
Tabla 16. Módulos de intervención Programa PRIA.	120
Tabla 17. Unidades de la fase de intervención Programa PRIA-MA.	124
Tabla 18. Evaluación en el Programa Contexto	138
Tabla 19. Módulos y actividades del Programa Contexto	142
Tabla 20. Indicaciones para los problemas de relación	203
Tabla 21. Procesos para motivar el cambio: Tareas experienciales	206
Tabla 22. Procesos para motivar el cambio: Tareas conductuales	207
Tabla 23. Descriptivos de todas las variables de estudio en Tiempo 1	263
Tabla 24. Descriptivos de las variables de Alianza terapéutica y Conducta proterapéutica en Tiempo 2	264
Tabla 25. Descriptivos de todas las variables de estudio en Tiempo 3	266
Tabla 26. Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio al inicio de la intervención (T1)	269
Tabla 27. Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio al finalizar la intervención (T3)	272
Tabla 28. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 1 como variables dependientes	274

Tabla 29. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 2 como variables dependientes	276
Tabla 30. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 3 como variables dependientes	278
Tabla 31. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y variables relacionadas con la violencia de pareja en T1 como variables dependientes	281
Tabla 32. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica como variables independientes y sexismo benevolente y sexismo hostil como variables dependientes.	283
Tabla 33. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza terapéutica como variables independientes y atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal y a la víctima como variables dependientes.	284
Tabla 34. Valoración del Riesgo de reincidencia	285
Tabla 35. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica como variables independientes y violencia física y violencia psicológica como variables dependientes.	286

Índice de gráficas

Gráfico 1. La Rueda del Poder y del Control.	25
Gráfico 2. Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.	40
Gráfico 3. Frecuencia de las agresiones físicas en el último año.	41
Gráfico 4. Porcentaje de órdenes acordadas en los juzgados de guardia.	76
Gráfico 5. Porcentaje de asuntos remitidos a los juzgados de violencia contra la mujer.	77
Gráfico 6. Órdenes de protección incoadas desde 2005 a 2015 en los juzgados de violencia contra la mujer.	81
Gráfico 7. Modelo ecológico	101
Gráfico 8. Estructura Programa Contexto.	136
Gráfico 9. Criterios de no admisión del Programa Contexto	137
Gráfico 10. Estructura del Plan Motivacional Individualizado durante la intervención	194
Gráfico 11. Estructura del PMI en la fase de evaluación y motivación	217
Gráfica 12. Documento de trabajo del participante en la sesión de revisión grupal del PMI.	224
Gráfica 13. Documento de trabajo para el acompañante	226
Gráfico 14. Nacionalidad en los grupos No PMI y PMI	241
Gráfico 15. Nivel de estudios en los grupos No PMI y PMI.	242
Gráfico 16. Estado civil en los grupos No PMI y PMI	243
Gráfico 17. Violencia ejercida según los hechos probados de los participantes	244
Gráfico 18. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 1	275
Gráfico 19. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 1	275

Gráfico 20. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 2	277
Gráfico 21. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 2	277
Gráfico 22. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 3	279
Gráfico 23. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 3	279

1 Introducción

La Violencia que sufren las mujeres en el mundo es un grave problema que a día de hoy sigue afectando a gran parte de la población mundial, llegando a ser catalogado por la Organización Mundial de la Salud (2013), como un problema de “proporciones epidémicas”. Las cifras de prevalencia muestran altas tasas de este tipo de violencia, en concreto, la OMS (2013) encontró que un 30% de mujeres sufrían violencia de género a nivel mundial. Estos resultados indican que este fenómeno está lejos de haber sido erradicado, por tanto es necesario que sigan aplicándose medidas para combatirlo. Según indica Gracia (2002):

“La violencia contra las mujeres, independientemente de su cultura, clase social, nivel educativo, etnia y edad, está presente, en mayor o menor medida, en cada país. Esta dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de ella.” (31)

Los programas de intervención con maltratadores surgen a finales de los años 70, con el objetivo de ofrecer una respuesta a la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas o exparejas. Trabajar con los maltratadores supone aumentar la seguridad de las mujeres víctimas evitando nuevos episodios de violencia, previniendo la conducta violenta sobre futuras víctimas, evitando la victimización de las y los

menores e impidiendo la transmisión intergeneracional de las conductas abusivas.

En nuestro país, a partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, el sistema judicial remite a los agresores condenados por violencia de género (con una pena de prisión menor a dos años de cárcel y sin antecedentes penales) a los programas de intervención que se desarrollan en medio comunitario. De esta manera, los juzgados derivan a estos recursos a los hombres agresores sin antecedentes penales y con una condena menor a dos años de prisión (Echauri, Fernández-Montalvo; Lila et al., 2010; Martínez y Azcarate, 2013). El *Programa Contexto* surge en el año 2006, entre otros motivos, como un recurso de intervención para ofrecer tratamiento en medio abierto a los penados por delitos de violencia de género en la provincia de Valencia.

La intervención sobre los hombres maltratadores es necesaria, ya que es difícil esperar que por sí mismos cambien sus actitudes sexistas y sus conductas violentas hacia las mujeres. En relación a este tipo de delincuentes, la literatura científica nos previene de su elevada resistencia a la intervención y la ausencia total o parcial de reconocimiento del problema y el delito (Boira, Carbajosa y Lila, 2014; Boira y Tomás-Aragonés, 2011; Lila, 2013; Lila, García, Pedrón-Rico y Terreros, 2016; Lila, Gracia y Herrero, 2012; Lila, Oliver, Catalá-Miñana, Conchell y Gracia, 2014).

Aplicar estrategias de motivación hacia el cambio en las etapas iniciales del tratamiento ayudaría a incrementar la adherencia a la intervención

de los maltratadores y por tanto a reducir las tasas de abandono (Echeburúa, 2013; Lila, 2013). Las técnicas motivacionales promueven el interés del participante en el tratamiento, ayudando a aumentar la conciencia sobre la gravedad de su conducta violenta y la responsabilidad en su cambio (Babcock, Green y Robie, 2004). Existe un consenso entre diferentes autores respecto a la utilidad de aplicar la entrevista motivacional, la alianza terapéutica y las técnicas de retención proactivas como estrategias para potenciar el cambio en los maltratadores (Babcock et al., 2004; Brown y O'Leary, 2000; Kistenmacher y Weiss, 2008; Murphy y Eckhardt, 2005; Musser y Murphy, 2009; Musser, Semiatin, Taft y Murphy, 2008; Taft y Murphy, 2007).

El presente trabajo se enmarca dentro de las diferentes propuestas que surgen para incrementar la eficacia de la intervención con agresores y promover el cambio de actitudes y conductas violentas. Para ello el estudio se ha organizado en cuatro capítulos.

A lo largo del primer capítulo se hace una revisión teórica en torno a la conceptualización de la violencia de género, se ofrecen datos sobre su prevalencia, y se realiza un recorrido histórico y legal sobre este fenómeno.

En el segundo capítulo se hace un repaso sobre los orígenes de la intervención con maltratadores, los modelos de intervención más comunes en el tratamiento del agresor, se profundiza sobre el Modelo Ecológico, acercamiento recomendado por la OMS y sobre el que se fundamenta el diseño del Programa Contexto; se hace una revisión de

los programas de intervención; y para finalizar se realiza una explicación detallada del Programa Contexto, programa de intervención en medio abierto en el que se desarrolla la presente investigación.

El tercer capítulo aborda el problema de la eficacia en el tratamiento de los maltratadores e investiga la aplicación de estrategias motivacionales y de alianza terapéutica para mejorar las intervenciones en este campo. Este capítulo finaliza con la presentación de la estrategia motivacional diseñada por el Programa Contexto.

El último capítulo está dedicada a exponer la parte empírica, describiendo inicialmente a la muestra objeto de estudio, para continuar explicando el procedimiento que ha seguido la investigación, los instrumentos de medida de las variables utilizados y los resultados obtenidos. A lo largo del último apartado del capítulo cuatro se discuten los resultados alcanzados, se exponen las conclusiones encontradas y se plantean las limitaciones del estudio.

Las últimas páginas de esta investigación están dedicadas a la exposición de la bibliografía consultada y de los instrumentos utilizados en el desarrollo del estudio.

2 La violencia de género; concepto, prevalencia y aspectos legales

2.1 La violencia de género: conceptualización y tipos de violencia

El alto índice de casos de violencia contra la mujer en el mundo ha puesto de manifiesto la importancia y magnitud de este problema en la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2013; Winstok y Eisikovits, 2011). Diversos organismos internacionales han subrayado la elevada prevalencia de este tipo de violencia en todo el mundo, así como las graves consecuencias tanto físicas como psicológicas que supone para la sociedad en su conjunto y especialmente para las mujeres, niñas y niños que la sufren directamente (OMS, 1998; United Nations, 1995; Conchell, 2012). Esto ha supuesto que numerosos gobiernos fomenten la búsqueda de estrategias y herramientas para su prevención y erradicación (Gracia y Lila, 2008; Guggisberg, 2010; Gondolf, 2012).

Como señala Conchell (2012), en relación al concepto de violencia contra la mujer, no contamos con un concepto único que la defina. Unas veces se habla de violencia de género, para indicar que el motivo principal de esta conducta es el mantenimiento de las desigualdades entre hombres y mujeres, otras de violencia masculina contra las mujeres o violencia machista, con el fin de destacar la distribución de género entre víctimas y agresores, etc. Por ello, en este apartado recogeremos algunos de los términos que aluden a distintas

manifestaciones de este problema social¹, así como a los diferentes tipos de violencia que se incluyen bajo esta denominación.

La violencia contra las mujeres se ha ido reconociendo, de forma paulatina, como un problema social de gran magnitud por diversos organismos internacionales. Por lo que se refiere a la definición de la violencia contra las mujeres, de acuerdo con las recomendaciones de los diferentes organismos nacionales e internacionales que se han ocupado del tema (Declaración de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resoluciones del Parlamento Europeo sobre Violencia contra las Mujeres, Programa de Desarrollo y Salud en la mujer de la Organización Mundial de la Salud, recomendaciones del Instituto de la Mujer, etc.), este término hace referencia a *toda forma de violencia ejercida mediante la fuerza física o la amenaza de recurrir a ella, cuyo denominador común es ser ejercida contra las mujeres por su condición de tales*. En concreto, en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994²) se define la violencia contra las mujeres como *"todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la*

¹ En este trabajo, debido a la tipología delictiva legal en nuestro país, utilizaremos el término violencia de género para referirnos a la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja.

² Para más información de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993 ver: <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/spanish/Se4devw.htm>

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada". Esta violencia incluye "la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, donde quiera que ocurra" (p. 3, artículos 1 y 2).

La definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (2002) en el Primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud³, indica que "la violencia incluye el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o de forma afectiva, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, y que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones". La violencia contra la pareja es aquella que se efectúa sobre la pareja o expareja, y para que se considere

³ Para ampliar la información sobre el Primer Informe sobre Violencia y Salud, OMS (2002), ver:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

la existencia de relación sentimental tiene que haberse producido un vínculo emocional consentido y voluntario. El maltrato contra la pareja es diferente de otros tipos de violencia interpersonal en las que la relación entre la víctima y el agresor es diferente e incluso inexistente (Andrés-Pueyo, 2009).

Cuando se habla de violencia contra la pareja se engloban diferentes tipos de maltratos, desde agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo con reiteración por parte de un familiar (normalmente el hombre) y que causan daño físico y / o psicológico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la mujer) (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990; Cantos, Neidig y O`Leary, 1994; Subirana-Malaret, 2012).

Según Ferrer y Bosch (2004), la Asamblea General de la ONU en 1994, alude a los distintos ámbitos en los que la violencia contra la mujer puede ser ejercida, en la medida en que incluye todo acto de violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar: (a) En la familia: los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el ámbito familiar, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violación no conyugal, y la violencia referida a la explotación; (b) Dentro de la comunidad: la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones académicas o en cualquier otro lugar, el tráfico sexual de mujeres y la prostitución forzada, y (c) Perpetrada o permitida por el Estado, donde quiera que ésta ocurra.

En España, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral establece una denominación de violencia de género que será la utilizada como referente durante todo este trabajo. Según la LO 1/2004, la violencia de género es una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia. Comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad.

La promulgación de la Ley Orgánica 1/2004, ha facilitado la diferenciación de los conceptos de violencia doméstica o violencia intrafamiliar y violencia de género, conceptos que son utilizados indistintamente en otras legislaciones internacionales y que a veces se confunden en la literatura científica. La ley española establece que para la violencia doméstica y/o intrafamiliar deberá concurrir:

1. Violencia física, psíquica o psicológica que produzca un agravio en la vida, integridad física o moral, en la libertad, en la libertad sexual, en la capacidad de decisión y/o en la tranquilidad de la víctima.
2. Se produzca entre ascendiente, descendientes o hermanos, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre menores o

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

incapaces que se hallen sujetos a la patria potestad, tutela curatela acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente o que con él convivan, o sobre otra persona amparada por cualquier relación por la que se encuentren integrados en el núcleo de convivencia familiar, siempre y cuando no se trate de hechos cometidos contra la mujer por su pareja o expareja varón (bien se trate de matrimonio o de otra relación de afectividad análoga) Art 173.2 del CP.

3. Que se aprecie habitualidad, definida como tal por proximidad temporal entre diversos actos violentos, independientemente de si son diferentes las víctimas o si ya han sido actos juzgados o no.

Respecto a la violencia de género deberá concurrir:

1. Violencia física, psíquica o psicológica que produzca un agravio en la vida, integridad física o moral, en la libertad, en la libertad sexual, en la capacidad de decisión y/o en la tranquilidad de la víctima.
2. Que la víctima sea, respecto al autor del delito, esposa, ex esposa, pareja, ex pareja (aun sin existir convivencia) o cualquier otra análoga relación de afectividad (LO 1/2004- Art 1. Apart. 1).

3. Que esa violencia física/psíquica o psicológica exprese discriminación de la mujer, desigualdad o relación de poder de los hombres sobre las mujeres (Lo 1/2004- Art 1. Apart. 3).

Por otra parte, el maltrato puede manifestarse de diversas formas. Como señala Conchell (2012), dado el grado de conocimiento que el maltratador tiene de la víctima, le puede hacer daño de muchas maneras (ver Gráfico 1).



Gráfico 1. La Rueda del Poder y del Control.

El informe de la OMS (2013)⁴, se refiere a la violencia en las relaciones de pareja cualquier comportamiento, dentro de una relación afectiva, que produzca o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los integrantes de la relación. Pudiendo ser:

- *Maltrato Físico*; es la forma de malos tratos más visible, que puede ir desde la bofetada hasta el homicidio, pasando por las lesiones con ingreso o sin ingreso clínico.

- *Maltrato Sexual*; este tipo de violencia incluye violación dentro de la pareja, otras formas de coacción sexual, etc.

- *Maltrato Psicológico*; este tipo de maltrato consiste en humillaciones verbales sistemáticas y/o amenazas dirigidas hacia la pareja o hacia aquello que ésta valora, incluyendo daños contra la propiedad, mascotas, amenazas de suicidio o daño a sí mismo, con efectos profundos y perturbadores.

- *Maltrato Social*, el cual significa el aislamiento de la víctima, bloqueando su acceso a apoyos y recursos sociales, o bien se la humilla en las relaciones sociales. Los celos, las sospechas de infidelidad o traición emocional y demandas extremas acerca

⁴ Más información en hoja informativa elaborada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, 2013:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf

del tiempo y la atención que les dedica la pareja resultarían en un importante aislamiento de la persona maltratada.

- *Maltrato Económico o financiero*, consistente en impedir el acceso a la información o el manejo del dinero, control de los recursos financieros de tal manera que se bloquea el acceso de la víctima a ellos cuando los necesita, negarse a proporcionarle comida, ropa, transporte, etc. (Emakunde, 2003; Flec-Henderson, Jensen, Emory y Savage, 2004).

2.2 Prevalencia de la violencia de género

2.2.1 Prevalencia de la violencia de género en el mundo

La violencia contra la mujer es un importante y generalizado problema social y de salud pública, que tiene graves consecuencias en el bienestar físico, psicológico y social de las mujeres, así como supone graves implicaciones para el conjunto de la sociedad que lo padece (Campbell, 2002, Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y Garcia-Moreno, 2008).

El problema de la violencia de género afecta a todos los países del mundo, es un problema generalizado y común del que ninguna sociedad escapa. Las investigaciones muestran que es un suceso complejo cuya

incidencia puede ser explicada por una gran diversidad de causas y circunstancias. De modo que es muy difícil poder realizar un perfil concreto de los agresores y las víctimas. Sin embargo, sí existen ciertos factores de riesgo y protección tanto individuales, como contextuales y sociales que se relacionan con una mayor probabilidad de sufrir violencia de pareja (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013).

Una de las principales dificultades que se encuentra a la hora de valorar la incidencia de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, es que sólo una parte de dicha violencia es conocida y reflejada en las estadísticas oficiales. Los datos representativos sobre la prevalencia de la violencia se refieren a los casos más graves. Estos son conocidos debido a la presentación de denuncia o por requerir asistencia sanitaria, existiendo una parte de violencia que no es visibilizada, y por tanto no reflejada en los datos oficiales. Este fenómeno se conoce como la metáfora del iceberg de la violencia, que ejemplifica como la mayoría de los casos se quedarían por debajo de la línea de flotación del iceberg, no siendo conocidos ni social, ni institucionalmente (Gracia, 2002; Menéndez, Pérez y Lorence, 2013). Es por ello que la recolección de datos sobre la incidencia de la violencia de género es un cometido difícil. Existen diversos factores relacionados con que las víctimas de violencia no cuenten en las encuestas sus episodios de violencia, así como no denuncien los abusos que sufren. A esta dificultad se ha de sumar el estigma social que rodea al maltrato dentro del entorno doméstico y la creencia de que es un problema del ámbito privado,

circunstancias que no facilitan la visibilización de su ocurrencia (Medina, 2002).

Es necesario contar con un conocimiento lo más objetivo posible sobre la realidad de la violencia contra la mujer. Para ello es imprescindible que todas las investigaciones que se realicen en este ámbito, compartan un marco conceptual sólido y unificado, así como que sigan unas pautas determinadas sobre cómo se debe medir la prevalencia de la violencia de género (Devries et al., 2013; Organización Mundial de la Salud, 2005). Según la Organización Mundial de la Salud (2014), una correcta estimación de la prevalencia posibilita contar con políticas públicas y leyes adecuadas, que tengan un impacto real en las víctimas y la sociedad.

La violencia intrafamiliar es el tipo de abuso más comúnmente sufrido por las mujeres (Gracia, 2002), siendo perpetrado esencialmente por sus parejas (Devries et al., 2013; Stöckl., Devries, Rotstein, Abrahams, Campbell, Watts, y García-Moreno, 2013; OMS, 2013). Devries et al. (2013), tomando como referencia los datos extraídos de 81 países, valoró que la prevalencia global de la violencia de género es del 30%. Según Stöckl et al. (2013), las mujeres tienen un mayor riesgo de ser asesinadas por parte de su pareja íntima, siendo seis veces mayor la probabilidad de que una mujer sea asesinada por su compañero sentimental que a la inversa. Según un estudio de Daly y Wilson (1988), las mujeres que matan a sus parejas sentimentales, a menudo actúan en defensa propia ante la violencia y abusos sufridos de forma persistente

(OMS, 2013). El 38.6% de todos los asesinatos de mujeres fueron cometidos por sus parejas íntimas, incrementándose al 41.2% en países occidentales (Stöckl et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud, en su informe mundial sobre las consecuencias en la salud y la prevalencia de la violencia que sufren las mujeres, hallaron que alrededor del 35% de las mujeres (una de cada tres), sufrirán alguna vez en su vida violencia, bien dentro de sus relaciones de pareja o fuera de éstas (OMS, 2013). En un análisis realizado en 2013 por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, y basado en los datos de más de 80 países, se halló que un 30% de las mujeres han sufrido violencia física y/o sexual por parte de sus parejas o exparejas. Las estimaciones de la prevalencia van del 23.2% en los países de ingresos elevados y el 24.6% en los países de la Región del Pacífico Occidental al 37% en la Región del Mediterráneo Oriental y el 37.7% en la Región de Asia Sudoriental. Un año después, la Organización Mundial de la Salud, en su informe anual recogía los datos sobre la prevalencia de la violencia en 133 países de los distintos continentes. En dicho informe se corroboró que alrededor del 30% de las mujeres del mundo que han mantenido una relación sentimental han vivido a lo largo de su vida algún tipo de violencia física y/o sexual de manos de sus parejas o exparejas. Entorno al 20% y el 60% de las mujeres víctimas de violencia de género no habían informado sobre su situación y muy pocas habían buscado ayuda institucional (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La violencia de género produce a las víctimas supervivientes y a sus hijos e hijas graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social. Estas graves consecuencias pueden llegar tener efectos mortales como el asesinato o el suicidio. Además, el 42% de las mujeres víctimas de violencia en sus relaciones de pareja manifiesta haber sufrido algún tipo de lesión causada por dicha violencia. Y de éstas, el 48% precisó cuidados, aunque solo el 38% de ellas buscaron asistencia médica o sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2014). En comparación con otras mujeres que no habían sufrido violencia por parte de sus parejas o exparejas, las víctimas de violencia de género tienen una probabilidad 1.5 veces mayor de sufrir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH dependiendo de la región y el doble de posibilidades de sufrir abortos, depresión y problemas con el consumo de alcohol. Sufrir violencia durante el embarazo incrementa la probabilidad de que se produzca un aborto involuntario, parto prematuro e incluso muerte fetal. La violencia contra la mujer puede ser causa de depresión, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, insomnio, trastornos alimentarios e intento de suicidio. Entre los efectos en la salud física se encuentran las cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones de la movilidad y mala salud general (Organización Mundial de la Salud, 2013).

2.2.2 Prevalencia de la violencia de género en Europa

La violencia contra la mujer es un problema complejo que para ser comprendido adecuadamente debe ser estudiado dentro del contexto social más amplio en el que se produce, así como tenidas en cuenta las normas sociales y culturales que lo impregnan. Dicho fenómeno sigue siendo un importante problema de derechos humanos y salud pública que afecta a toda la sociedad europea (Gracia y Lila, 2015).

La Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), diseñó y desarrollo la primera encuesta europea sobre la violencia de género que permite comparar la prevalencia de la violencia entre los diferentes estados miembro (European Institute for Gender Equality, 2015; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). Los datos obtenidos en relación a la violencia que sufren las mujeres en Europa, recopilados en el Informe del FRA, se obtuvieron en base a las encuestas realizadas a 42.000 mujeres de los 28 países miembro de la Unión Europea (UE). En la encuesta se preguntó a las mujeres sobre sus experiencias en relación a la violencia física, sexual y psicológica, así como los incidentes de violencia por parte del compañero íntimo. Los resultados del informe reflejan la gran incidencia de violencia de género que sufren las mujeres en la UE, situación que debe ser considerada un problema de gran gravedad y vulneración de los derechos humanos (European Institute for Gender Equality, 2015; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014, Gracia y Lila, 2015). Los datos de las encuestas estimaron que el

33% de las mujeres habían experimentado violencia física y/o sexual desde los 15 años y el 5% había sido violada después de los 15 años de edad. Un 8% de las mujeres había sufrido violencia física y/o sexual en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, y una de cada tres había padecido algún tipo de agresión física y/o sexual desde los 15 años de edad. Los resultados muestran que las mujeres jóvenes son más vulnerables a la victimización como grupo (European Institute for Gender Equality, 2014).

En cuanto a la prevalencia de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, un promedio del 22% de las mujeres europeas habían sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de sus compañeros sentimentales. La incidencia oscila en los distintos países desde el 13% al 32%. Entorno al 30% sufrieron uno o más tipos de violencia física. Una tercera parte de las mujeres que informaron haber sido violadas por su pareja actual, indicaron que habían sufrido violaciones de forma reiterada, en seis o más ocasiones sus parejas abusaron sexualmente de ellas (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014; Gracia y Lila, 2015). Una tercera parte de las víctimas de violencia física a manos de la pareja o expareja, experimentaron cuatro o más formas de este tipo de agresión. En cuanto a los datos extraídos sobre la violencia recibida de parejas anteriores, cabe destacar que aquellas mujeres que estuvieron embarazadas durante la relación de pareja, en un 42% de los casos sufrieron violencia también durante la gestación (European Institute for Gender Equality, 2015; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

La prevalencia en relación a la violencia psicológica indica que el 43% de las mujeres encuestadas han sufrido alguna forma de maltrato psicológico por parte de su pareja actual o anterior. De las cuales, un 25% fueron menospreciadas o humilladas, el 14% sufrieron amenazas de ser agredidas físicamente y un 5% fueron retenidas dentro del hogar, entre otros tipos de violencia emocional. En el caso de las mujeres con una relación actual, un 7% informan sufrir cuatro o más formas distintas de violencia psicológica. Alrededor del 13% de las mujeres sufrieron violencia económica en relaciones de pareja anteriores, mientras que el 5% sufren este abuso en su relación actual (European Institute for Gender Equality, 2015; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

En relación a la violencia tras la finalización de la relación de pareja, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en 2015, estimó que una de cada seis mujeres (16%) experimentaron agresiones después de la ruptura, así como una de cada diez fueron víctimas de acoso por parte de parejas anteriores.

Como ocurre en el resto del mundo, en Europa las tasas de denuncia de sucesos de violencia contra las mujeres a las autoridades u otras instituciones son muy bajas, sólo el 14% de las mujeres informan de las agresiones graves a la policía o a algún otro tipo de servicio, mientras que si el autor del delito no es la pareja, el 13% comunican el incidente. Esta situación se explica por el hecho de que en la violencia en las

relaciones de pareja, la mujer suele sufrir varias agresiones por de manos de su compañero sentimental antes de presentar la denuncia, mientras que la violencia fuera del ámbito de la pareja es más probable que sea un incidente aislado. En lo que se refiere a las víctimas de violencia sexual grave, entorno a una cuarta parte de los sucesos no fueron denunciados por las víctimas debido al sentimiento de vergüenza y deshonor (European Institute for Gender Equality, 2014).

2.2.3 Prevalencia de la violencia de género en España

La estimación de la prevalencia de la violencia contra la mujer en España en las relaciones de pareja, como en el resto de países, debe ser prudente. Las cifras que se conocen proceden de los estudios epidemiológicos, así como los datos extraídos del ámbito judicial. Las primeras corresponden a los indicadores que se recogen a través de encuestas con grandes muestras en la población general, obteniendo la información con independencia de si la situación relatada ha sido denunciada o no, o ha sido notificada al ámbito judicial; mientras que los segundos se refieren a las víctimas con distintos dispositivos de protección jurídica o policial. El beneficio que ofrecen los datos extraídos de las encuestas es que generalmente ofrecen información sobre situaciones que no han sido necesariamente denunciadas, suponiendo un rango más real y diverso (Gracia, 2002; Menéndez, Pérez y Lorence, 2013).

Según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2013), se ha producido un incremento en el número de denuncias por violencia de género en un 6.1% del año 2007 al 2011. Según indican diversos autores, el incremento de estas cifras se debe principalmente al aumento de la concienciación hacia el problema de la violencia contra la mujer, así como al cambio legislativo, que ofrece mayor cobertura, medidas y recursos (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013).

En lo que se refiere a España, desde el año 1999 se realizan estudios estadísticos cada cuatro años con el objetivo de conocer el porcentaje de mujeres residentes en nuestro país que han sufrido o están sufriendo algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres. En el último estudio, los datos quedan recogidos en la Macroencuesta de Violencia contra la mujer en 2015⁵ y se refieren a una muestra representativa de 10.171 mujeres con 16 años o más. La inclusión en la encuesta de menores de 16 y 17 años, supone una importante mejora con respecto a las macroencuestas de años anteriores. A demás, se han introducido cambios siguiendo las pautas de calidad propuestas desde el comité de Estadística de las Naciones Unidas, con el objetivo de medir la realidad de la violencia contra la mujer en España de la forma más precisa.

⁵ Para más información sobre la Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2015), ver: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

Tal y como queda recogido en la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, “la realización de una radiografía lo más precisa posible de la realidad, basada en datos, estudios e investigaciones permitirá: la obtención del máximo conocimiento acerca del problema; el diseño de actuaciones eficaces para prevenir la violencia y asistir a las mujeres en su recuperación; la evaluación de las políticas públicas y de su efectividad, calidad e idoneidad” (“Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015”, p. 5).

Dentro de las mejoras propuestas, el nuevo cuestionario hace distinción de los diferentes tipos de violencia, con el fin de no excluir situaciones reales de violencia. La Macroencuesta propone 5 bloques de preguntas para los siguientes tipos de violencia: (1) violencia psicológica de control; (2) violencia psicológica emocional; (3) violencia económica; (4) violencia física; y (5) violencia sexual. Además, se consultó a todas las encuestadas si alguna vez habían sufrido miedo de su pareja o expareja. Otra de las mejoras a destacar supone la ampliación de la información recogida entorno al número de parejas, ampliándose a aquellas que se han tenido a lo largo de toda la vida (anteriormente sólo se preguntaba por los últimos 10 años).

Del informe realizado por la Delegación del Gobierno (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) 2015, *Macroencuesta de la violencia contra la mujer*, se extraen los siguientes datos sobre las mujeres de 16 años o más residentes en España:

- El 12.5% han sufrido violencia física y/o violencia sexual de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- De las que el 10.3% han sufrido violencia física. Esta cifra aumenta hasta el 17.6% si sólo se tienen en cuenta aquellas mujeres que tienen alguna expareja.
- Y el 8.1% sufrieron violencia sexual.
- El 13% han sentido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 15.5% aseguran haber sufrido violencia física, sexual o miedo de su pareja o expareja sentimental en algún momento de su vida.
- El 25.4% afirman haber sufrido violencia psicológica de control de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 21.9% han sufrido violencia emocional de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 10.8% violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 13% han experimentado miedo de alguna pareja o expareja en su vida, y el 2.9% ha declarado que ese miedo era continuo.

De las 10.171 mujeres encuestadas, el 71.6% informaron tener pareja en el momento actual, siendo la violencia psicológica de control el tipo de agresión que se produjo en mayor medida en dichas relaciones y la agresión sexual la que menor incidencia tuvo (ver Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de violencia sufrida

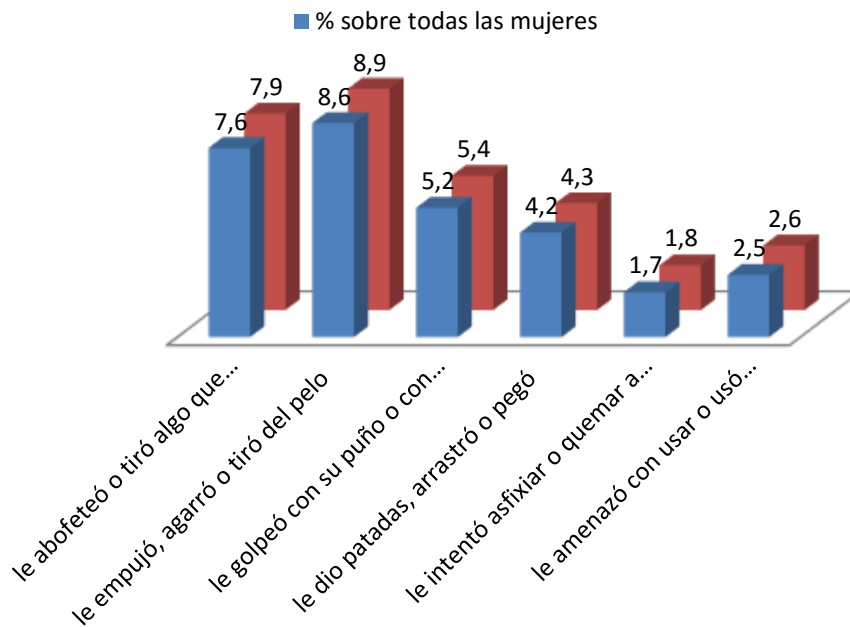
	Violencia en algún momento de la relación	Violencia en los últimos 12 meses
Física	1.9%	1.1%
Sexual	1.8%	1%
Sentir miedo de la pareja	2.9%	No se refiere
Psicológica de control	11.9%	9.5%
Psicológica emocional	9.3%	7.4%
Psicológica económica	3.3%	2.3%

Fuente: elaboración propia basado en Macroencuesta (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015)

Pasamos a continuación a abordar con más detalle los datos recogidos respecto al tipo de agresión sufrida y la frecuencia o severidad de dichas agresiones.

En la Gráfica 2, encontramos el tipo de situaciones de violencia física que sufrieron las mujeres encuestadas en algún momento de su vida por parte de sus parejas. Las agresiones más frecuentes se han dado en un 8.9% (empujón, agarrón o tirón de los pelos), mientras que aquellas de mayor gravedad fueron las menos frecuentes (un 1.8% ha sufrido intento de asfixia o quemadura y el 2.6% han sido amenazadas con un arma).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional



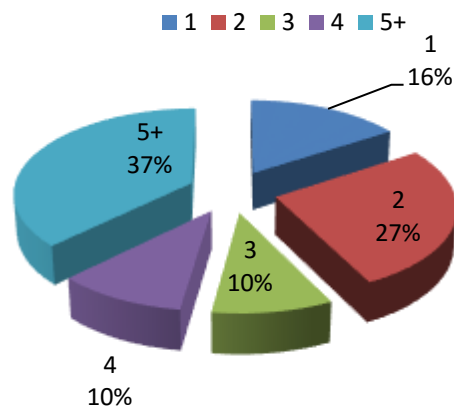
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

Gráfico 2. Situaciones de violencia física sufrida por las mujeres en alguna ocasión por parte de cualquiera de sus parejas.

Los datos de esta Macroencuesta indican que para aquellas mujeres que han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida por parte de alguna de sus parejas o exparejas, raramente se ha tratado de un episodio violento aislado, sino que han vuelto a sufrir esa violencia de forma reiterada. Una de cada diez mujeres encuestadas ha sufrido violencia física por parte de su pareja o expareja a lo largo de su vida, de éstas el 12.6% afirma que fue un episodio esporádico y un acto de violencia física moderado; mientras que el 85.2% de las mujeres sufrieron agresiones en más de una ocasión. Si nos referimos a la violencia física sufrida en los últimos doce meses, encontramos que el

37.3% han sufrido agresiones físicas con una frecuencia elevada (ver Gráfico 3).

En relación a la violencia sexual, siendo menos prevalente en todos los casos (pareja actual, expareja y cualquier pareja) que la física, es sin embargo más reiterativa. De aquellas mujeres que han sufrido violencia sexual, en el 94% de veces el episodio ha ocurrido más de una vez, y sólo en el 3.4% de los casos se trató de un incidente aislado. Datos similares encontramos en aquellas mujeres que han sufrido violencia psicológica emocional. El 95.4% sufrieron diversas formas de maltrato emocional en varias ocasiones y únicamente el 2.8% padecieron la violencia en una ocasión.



Fuente: Macroencuesta, 2015

Gráfico 3. Frecuencia de las agresiones físicas en el último año.

Nota explicativa: "1" Significa que la mujer ha sufrido un tipo de violencia. "2" significa que la mujer ha sufrido dos veces violencia, o un tipo de violencia en dos ocasiones. "3" significa que la mujer ha sufrido algún tipo de violencia muchas veces, o el mismo tipo de violencia frecuentemente. "4" significa que la mujer ha sufrido

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

uno o más tipos de violencias en muchas ocasiones. "5+" significa que la mujer ha sufrido una amplia variedad de violencias en una ocasión, o algunos o todos con relativa o mucha frecuencia.

Como se ha mencionado anteriormente, una de las novedades que incluye la Macroencuesta de 2015 es el estudio de la prevalencia de la violencia psicológica emocional a lo largo de la vida. Mediante la indagación del miedo experimentado en la relación de pareja actual o pasada, se pretende observar si una de las consecuencias de la violencia de género es el miedo. En lo que se refiere a su efecto psicológico, es un claro indicativo de la gravedad de las agresiones sufridas. En la Tabla 2 se detallan los datos referentes al miedo experimentado durante la relación de pareja actual o expareja. La violencia física es la agresión, que en un 69.8% de las mujeres, con mayor frecuencia ha generado miedo tras su ocurrencia. De ellas el 57.2% tuvieron miedo cuando habían experimentado violencia física moderada, porcentaje que se incrementa hasta el 86.5% si la violencia sufrida era de gravedad severa. De los datos extraídos se evidencia la asociación entre la violencia y el miedo, como consecuencia para una mayoría de las mujeres que la han padecido.

Tabla 2. Miedo sufrido tras la exposición a algún tipo de de violencia

	Perpetrada por la pareja actual	Perpetrada por su última expareja
Violencia Física	69.8%	84.4%
Violencia Sexual	59%	90.9%
Violencia Ψ de Control	19.2%	45.9%
Violencia Ψ Emocional	27.9%	56.1%
Violencia Ψ Económica	34.9%	61%

Fuente de elaboración propia: basada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2015.

A continuación, se aborda si la experiencia de violencia de género (se distinguirá por tipos de violencia) perpetrada por alguna de las parejas de las víctimas, varía según determinadas características sociodemográficas (ver Tabla 3). Cuanto más elevado es el nivel de estudios de la mujer, menor probabilidad de sufrir agresiones en cualquiera de sus formas, siendo el nivel educativo un factor protector de padecer violencia de género (Heise, 2011). La condición de persona migrada se relaciona con mayor incidencia de violencia con respecto a aquellas personas nacidas en España. En el caso de la ocurrencia de violencia sexual, el 15.5% de las mujeres nacidas fuera de España han relatado haber sufrido este tipo de agresión, frente al 7.5% de las nacidas en dicho país. Situación que se veía agravada si la pareja era del mismo país, en cuyo caso 1 de cada 4 mujeres nacidas fuera de

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

España y con pareja de su mismo origen, han sufrido violencia sexual por parte de esas parejas a lo largo de su vida. Otra de las características que ha obtenido valores más significativos se refiere al número de parejas de la víctima. Cuanto más elevado es el número de parejas que se ha tenido a lo largo de la vida, mayor es el porcentaje de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia. No obstante, es necesario tener en cuenta en este caso que a mayor número de parejas, se incrementa la posibilidad de que la pareja sea un maltratador.

Tabla 3. Algunas de las características sociodemográficas de las mujeres que han sufrido violencia de género.

Tipo de Violencia	País de nacimiento		Número de parejas		Nivel de estudios	
	España	Fuera de España	4 o más parejas	1 o única pareja	Inferiores a primaria	Universitarios
Física	9.5%	20.5%	25.8%	4.7%	10.4%	7.4%
Sexual	7.5%	15.5%	16.8%	4.4%	10.5%	5.8%
Ψ de Control	24.3%	42.7%	54%	15.3%	19.6%	7.9%
Ψ Emocional	21.3%	34.7%	46.1%	13.4%	15.5%	7%
Ψ Económica	9.9%	21.3%	20.9%	6.6%	14.4%	6.7%

Fuente: Elaboración propia basada en Datos del Consejo del Poder Judicial, 2015

La Ley Integral contra la Violencia de Género, plenamente en vigor desde el 29 de junio de 2005, ha permitido la puesta en marcha de

nuevas medidas de protección a las mujeres que padecen el maltrato de su pareja. Entre ellas, la creación de más de 430 juzgados especializados en combatir estas agresiones (una veintena se dedica exclusivamente a esta tarea, en general con gran carga de trabajo). También se han creado fiscalías especializadas.

La nueva norma ha modificado el Código Penal para dar un mayor castigo a los hombres que amenacen o coaccionen levemente a su pareja o la lesionen.

A partir de 2005, también aumentó el número de policías y guardias civiles dedicados a atender y/o proteger a las mujeres maltratadas. En total, 1.120 agentes, según el Gobierno. También entró en funcionamiento el servicio de teleasistencia para víctimas que cuentan con orden de protección.

Desde 1977 hay un mandato de la Unión Europea de recoger, elaborar y publicar anualmente los datos sobre violencia contra las mujeres en todos los países comunitarios. En España, la recogida de datos proviene de comisarías, juzgados y hospitales, y no ha hecho más que empezar. Las estadísticas sobre el tema son todavía muy incompletas y además aún no han empezado a utilizarse registros unificados para todos los países miembro, a pesar de las indicaciones europeas.

Desde el año 2000 el Instituto de la Mujer viene realizando un seguimiento mixto de las cifras oficiales sobre muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas, procedentes de fuentes de la Policía y los cuerpos de seguridad del Estado, actualizándose de manera

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

continua. Así como participando en la elaboración de la Macroencuesta,
anteriormente detallada.

Tabla 4. Muertes por malos tratos producidos por pareja o expareja según C.C.A.A. España 2000-2016. Instituto de la Mujer.

	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	TOTAL
Andalucía	3	14	10	11	8	16	18	14	9	8	21	9	19	160
Aragón	3	1	0	2	1	2	2	0	1	2	1	4	2	21
Asturias	2	3	0	1	1	2	5	0	1	2	3	1	0	21
Baleares	6	1	3	2	2	1	2	1	1	1	3	4	6	33
Canarias	2	3	1	2	2	3	7	5	5	6	4	6	2	48
Cantabria	0	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	7
Castilla-León	6	2	3	3	2	2	4	1	6	3	3	4	2	41
Castilla	2	1	0	4	4	1	3	1	3	5	4	2	4	34
La Mancha														
Cataluña	6	6	12	4	13	9	11	10	10	12	10	8	11	122
C.Valenciana	6	11	7	9	6	8	8	9	10	10	8	6	9	107
Extremadura	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	9
Galicia	3	8	6	3	4	3	2	3	7	5	0	1	2	47
Madrid	2	4	7	9	6	9	7	5	11	9	5	4	5	83
Murcia	0	1	0	0	0	2	1	2	4	2	3	2	4	21
Navarra	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	2	1	8
País Vasco	1	3	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	4	31
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	4
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Melilla	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5
TOTAL	44	60	54	54	52	61	73	56	76	71	69	57	72	799

Fuente: Elaboración propia, basado en Negredo, 2015

Respecto a la evolución del número de mujeres muertas a manos de su pareja o ex pareja por Comunidades Autónomas, desde el 2004 hasta el 2016 encontramos que Andalucía es la comunidad con el mayor número de mujeres muertas (n = 160), representando un 20.2% del total. En segundo lugar, con 122 mujeres, se encuentra Cataluña (15.26%), seguidamente encontramos a la Comunidad Valenciana con un 13.39% (n = 107), seguida de Madrid (n = 83) con un 10.38 % y de Canarias con un 6% (n = 48). Entre las 5 Comunidades autónomas representan el 65.23% de las mujeres muertas a manos de su pareja o ex pareja. Como dato significativo observamos que aquellas comunidades con menor número de habitantes tienen las cifras más bajas de mujeres asesinadas. Desde el 2004 hasta el 2016 en la ciudad de Ceuta fue asesinada 1 mujer, seguida de la Rioja con 4 muertas y de Melilla con 5 asesinatos.

En cuanto a muertes producidas por violencia contra la mujer dentro del territorio de la Comunidad Valenciana, desde el año 2004 hasta el 2016 se han producido 107 muertes de mujeres (13.39%), con un promedio de más de 8 mujeres muertas por año (ver Tabla 4). Por lo que, comparando con otras Comunidades Autónomas, podemos ver que:

- Tras la revisión de muertes desde el año 2004 hasta el 2016, esta Comunidad es la tercera en mayor número de muertes de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas con un 13.39% (n = 107).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- También se puede observar que el año 2015 fue el año con mayor número de mujeres asesinadas por su parejas o exparejas (n = 11), seguido de los años 2008 y 2007 con 10 muertas y los años 2013, 2009 y 2004 con 9 mujeres víctimas mortales.
- El número de mujeres asesinadas por violencia de género en 2016 fue inferior a años anteriores (n = 6), no obstante fue la Comunidad Autónoma con mayor índice de muertas junto con Castilla y León, Baleares y Cataluña. La tendencia durante estos años es a encontrarse entre las tres primeras regiones con mayor índice de víctimas mortales por violencia de género.

Los datos expuestos en este apartado ofrecen una visión de la magnitud de la incidencia de la violencia de género, así como de las graves consecuencias de salud, sociales y económicas que provoca. “La violencia contra las mujeres, independientemente de su cultura, clase social, nivel educativo, etnia y edad, está presente, en mayor o menor medida, en cada país. Esta dimensión global de la violencia contra la mujer hace que ninguna sociedad pueda reclamar para sí el privilegio de estar libre de ella” (Gracia, 2002; p. 31).

2.3 Recorrido histórico-legal del proceso de visibilización de la violencia de género

2.3.1 Evolución histórico-legal

Desde que la violencia contra la mujer comenzó a ser considerada un problema social al que debía darse respuesta (Babcock, Green y Robie, 2004; Levens y Dutton, 1977; Gondolf, 1985; Walker, 1984) se han ido desarrollando diferentes medidas y estrategias de intervención y prevención por parte de asociaciones y organismos públicos y privados (Hanson, 2002). La concienciación social entorno al problema de la violencia de género y su consideración como problema de salud pública y de vulneración de los derechos humanos, ha conllevado la necesidad de realizar modificaciones legislativas en el transcurso de las últimas décadas del siglo XX. En la actualidad, la violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas y contextos, es un fenómeno mundialmente reconocido que afecta a millones de mujeres, pero que no fue identificado como tal hasta los años 70 (Dobash y Dobash, 2011). El reconocimiento de este tipo de violencia como problema social y su visibilización es, por tanto, relativamente reciente (Bosch, Ferrer, García, Ramis, Mas, Navarro y Torrens, 2007; Ferrer y Bosch, 2004; Gracia, 2004; Lila, 2010; Matud, Bethencourt, Andueza, Marrero, Caballeira, Lopez, 2002). Su conceptualización ha ido variando desde considerarse una cuestión privada, hasta ser calificado como un

problema social que atañe a toda la ciudadanía, incluidos los responsables políticos (Bosch et al., 2007; Fariña, Arce y Buela-Casal, 2009; Ferrer, 2010; Winstok y Eisikovits, 2011).

En los años 70, los movimientos feministas y los científicos sociales comenzaron a visibilizar la situación de desprotección y desamparo que sufrían las víctimas de violencia de género. Siendo en ese momento cuando por fin comienza a abordarse esta problemática en las revistas de referencia. Un ejemplo de ello es la publicación en el *Journal of Marriage and the Family* del primer monográfico sobre violencia familiar en el año 1971 (Gracia, 2002). Una de las primeras investigaciones de carácter cuantitativo que trató de determinar las características de la violencia del hombre hacia la mujer en las relaciones de pareja, fue realizada en la Universidad de Hampshire por Murray Straus en 1979, para cuyo estudio aplicó el cuestionario Conflict Tactic Scale (CTS) (Boira y Jimeno, 2011). En 1972, un movimiento de sororidad surgió tras la eliminación de la leche gratuita en los colegios, dando lugar a la creación de la primera casa de acogida para mujeres maltratadas de Europa por el grupo Chiswick Women's Aid. Cuatro años después, una de sus fundadoras publicaría el libro "Scream Quietly or the Neighbours Will Hear" (Grita en voz baja o los vecinos te oirán), una de las primeras obras en abordar la violencia dentro de las relaciones de pareja. En este libro se hacía referencia no sólo a la falta de visibilidad social, sino también a la tolerancia de la ciudadanía ante este grave problema (Gracia, 2002). En el año 1973, se creó en Minnesota el primer refugio que atendía exclusivamente a mujeres y a sus hijos e hijas, el Women's Advocates y que inicialmente

surgió como una línea telefónica que procuraba atención en situaciones de crisis. En 1974 en Boston se fundaría la Transition House, con el mismo objetivo y que, en su primera década, desarrolló el primer programa de servicios legales para mujeres (Dobash y Dobash, 2011).

En nuestro país la consideración de la violencia como un problema social, llegó un poco más tarde, aunque su visibilización también fue promovida por movimientos feministas. En relación a los grandes hitos sobre las medidas adoptadas para tratar la violencia contra la mujer, destaca la creación en 1977 de la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a la Mujer y en 1976 la Asociación de Mujeres Separadas y Divorciadas (Alberdi y Matas, 2002). En la década de los 80, las instituciones comienzan a hacerse cargo del problema creando el Instituto de la Mujer en 1983, cuyo objetivo es el de fomentar y promover la igualdad entre hombres y mujeres. Entre las diferentes acciones que impulsaron fundaron el primer piso para mujeres que habían sufrido maltrato en 1984.

La violencia familiar ha sido considerada un problema social cuando se ha constituido como tal por la sociedad y ésta ha puesto las medidas necesarias para paliarla. Para llegar a este punto ha sido necesario pasar de abordar su análisis y explicación desde una perspectiva individualista a una concepción social basada en la desigualdad y desequilibrio de poder entre hombres y mujeres (Bosch et al., 2007). La visibilización de la repercusión individual y social de la violencia de género ha seguido un trascurso diverso y secuencial, dependiente del

contexto social e histórico en que se ha desarrollado. Este proceso ha supuesto un cambio de perspectiva en el análisis de sus causas, consecuencias y soluciones, derivando en reformas legislativas y acuerdos internacionales (Heise, 2011), que se abordan a continuación.

2.3.2 Legislación y directrices internacionales de violencia de género

Los organismos internacionales han ido reconociendo gradualmente la importancia y gravedad para la sociedad de la violencia contra las mujeres. Diferentes entidades públicas y privadas han desarrollado distintas acciones para prevenir y tratar este problema, destacando el papel desempeñado por el movimiento feminista que ha luchado por conseguir cambios en las legislaciones y tratados que permitan lograr la igualdad entre hombres y mujeres (Dobash y Dobash, 2011; Winstok, 2007).

Uno de los principales acontecimientos en el proceso de concienciación y sensibilización sobre la violencia contra la mujer, fue su definición en la “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Res. A.G. 48/104, ONU, 1994), que se convertiría en el marco de referencia para posteriores organismos e instituciones internacionales (Ferrer y Bosch, 2004).

En 1995 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su IV Conferencia Mundial, consideró la violencia de género como una

violación y menoscabo de los derechos humanos y libertades fundamentales, siendo un grave impedimento para conseguir la igualdad y la paz. Dicha violencia es definida como un manifiesto de las relaciones históricas de desigualdad de poder del hombre sobre la mujer y trata las posibles implicaciones derivadas de las conductas de maltrato en la mujer «las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral».

En la Tabla 5, se abordan las disposiciones de los tratados internacionales más relevantes (Ferrer y Bosch, 2004). En relación a dichos acuerdos internacionales referentes en materia de violencia contra la mujer y que han marcado las bases para las legislaciones actuales, encontramos tres hitos:

- 1) La aprobación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁶ en 1979. Donde más de 180 países abordaron cuestiones jurídicas y se constituyó la “carta de los derechos humanos de la mujer”. Los gobiernos adheridos a esta convención pactaron tomar

⁶ Para más información sobre la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ver <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

medidas preventivas y de protección y catalogaron la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja como una forma más de discriminación hacia la mujer.

- 2) En 1993 la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos⁷ de Viena, consiguió establecer la primera definición internacional de la violencia contra la mujer. De acuerdo con la Asamblea General de las Naciones Unidas establece la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Esta declaración es histórica debido a tres consideraciones principales: (1) sitúa la violencia contra las mujeres en el marco de los derechos humanos; (2) amplía el concepto de violencia de género, incluyendo no sólo a la agresión física en el ámbito familiar, si no también considera la agresión psicológica y sexual; y (3) considera el género un factor de riesgo para sufrir violencia (Bosch et al., 2007).
- 3) La Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de Beijing en 1995⁸, cuya declaración establece que para conseguir igualdad y paz en la sociedad es necesario erradicar la violencia contra la mujer, a su vez establece que los Estados deben ser los agentes responsables de desarrollar medidas para la eliminación de este

⁷ Para más información sobre la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos de 1993: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>

⁸ Para consultar íntegramente el informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujer de Beijing, 1995 ver <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

tipo de violencia. En relación a la erradicación de la violencia de género persigue tres objetivos: (1) implementar medidas consensuadas para su prevención y eliminación, (2) estudiar las causas y consecuencias de este tipo de violencia en las mujeres y en la sociedad, así como evaluar la eficacia de las medidas de prevención, y (3) eliminar la trata de mujeres, así como ofrecer atención y recursos a las que la padecen.

Tabla 5. Ejes cronológicos: hitos en la consideración de la violencia contra las mujeres por los diferentes organismos internacionales

1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos.
1954	Convenio sobre los Derechos Políticos de la Mujer.
1966	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, desde los que se prohíbe la discriminación por cuestión de género.
1975	Ciudad de México. I Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres. Proclamación como año Internacional de la Mujer.
1976	Tribunal Internacional de Delitos contra la Mujer; asisten 2.000 mujeres de 40 países que discuten sobre distintas formas de violencia de género y proponen medidas de actuación.
1979	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), instrumento internacional extenso sobre los derechos de la mujer, nombrada “carta de los derechos humanos de la mujer”, pero no aborda la violencia de género.
1980	Copenhague. II Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres. Subraya la no equivalencia de los derechos jurídicos y las posibilidades para ejercitar esos derechos de las mujeres. Consejo de Acción Europea para la Igualdad entre Hombres y Mujeres; señala que la violencia física, tanto sexual como en la pareja, debería ser legislada por los estados miembro.

-
- 1985 III Conferencia de Naciones Unidas sobre las Mujeres en Nairobi; se introduce el término empoderamiento.
Se funda la primera comisaría para mujeres en Sao Paulo.
- 1986 El Parlamento Europeo propugna una resolución sobre las agresiones a mujeres, en la que recomienda a sus estados miembro emprender medidas para afrontar el problema.
- 1987 Comisión Europea, publicación del “Informe Rubinstein” sobre el acoso sexual y en la que propone una definición del mismo.
- 1992 El Comité que vigila la ejecución de la CEDAW, adopta la Recomendación General 19 que declara la violencia por razón de género como forma de discriminación, e insta a los gobiernos a eliminarla.
Comisión Europea, recomendación 1992/131/CEE relativa a la protección de la mujer y el hombre en el trabajo y código de conducta sobre las medidas para combatir el acoso sexual.
- 1993 En Viena el II Congreso Mundial por los Derechos Humanos; reconoce la violencia contra las mujeres en la esfera privada como violación de los derechos humanos y que los derechos de las mujeres son derechos humanos.
La Asamblea General de las Naciones Unidas; aprueba la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, primer instrumento legal internacional de derechos humanos exclusivo sobre violencia de género, que la define y sirve de base a la mayoría de definiciones.
Se funda en México el colectivo de Hombres a favor de las Relaciones Igualitarias.
- 1994 ONU, Comisión de Derechos Humanos; se nombra la 1ª Relatora Especial sobre violencia contra las mujeres.
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres.
Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos. Se considera la violencia de género un obstáculo para la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- 1995 IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín; se adopta la denominada declaración de Pekín, que incluye
-

- entre los objetivos estratégicos de su plataforma de acción la eliminación de la violencia contra las mujeres, considerando que ello es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz. Aprobación de la Declaración de Beijing y la puesta en marcha de una Plataforma de Acción.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del programa de desarrollo y salud de la mujer se realizan y coordinan los trabajos sobre violencia contra las mujeres, inicialmente centrados en el maltrato a las mujeres y luego diversificados hacia otros ámbitos de conflicto.
- 1996 La Organización Mundial de la Salud (OMS); acuerda considerar la definición de violencia contra las mujeres adoptada por Naciones Unidas como un marco de referencia para las actividades de la OMS.
OMS, 49ª Asamblea Mundial de la Salud; se adopta la resolución 49.25 que constata el aumento notable de violencia de género; se reconocen sus graves consecuencias psicológicas y sociales para las mujeres y el desarrollo social; se declara prioridad de salud pública; se insta a sus estados miembro a evaluar el problema y a tomar medidas para prevenirlo y resolverlo.
OMS en Junio; establece un grupo especial sobre violencia y salud para coordinar actividades al respecto.
Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), comienza a administrar el Fondo Fiduciario en Apoyo de Acciones para Eliminar la Violencia contra la Mujer.
- 1997 Comisión Europea; se propone la adopción de diversas medidas por parte de los estados miembro.
- 1999 Comisión Europea; se desarrolla la “Campaña de Sensibilización ante la Violencia contra las Mujeres”.
- 2000 Asamblea General de las Naciones Unidas (Beijing +5). Revisión de la Declaración de Beijing y de la Plataforma de Acción.
- 2002 En Octubre la Comisión Europea, directiva 2002/73/CEE que, entre otras actuaciones, establece que el acoso por razones de género y el acoso sexual constituyen discriminación y deben prohibirse.
-

2005	Naciones Unidas. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (Beijing +10).
2008	En Junio La Resolución 1820 del Consejo de Seguridad de la ONU reconoce por primera vez la violencia sexual en los conflictos armados como un asunto de paz y seguridad internacional.
2010	En Julio la ONU crea ONU Mujeres, entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer; evaluación de los progresos derivados de la Plataforma de Acción de Beijing.

Fuente: Elaboración propia basada en Ferrer y Bosch (2004).

La Unión Europea se ha comprometido a luchar por la igualdad efectiva entre hombres y mujeres (Comisión Europea, 2016), para ello uno de los principales objetivos es la lucha contra la violencia de género, convirtiendo su eliminación en uno de las principales metas de los países que la integran. En lo que respecta a las medidas legislativas europeas, el estudio realizado por Calvet y Corcoy (2010) señala como tratados más relevantes los siguientes convenios y acuerdos:

- ✓ Convenio Europeo sobre indemnización a las víctimas de delitos violentos (Estrasburgo, 1983, ratificado por España en 2001).
- ✓ La Recomendación R(84)4 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la violencia familiar (1985).
- ✓ La Recomendación R(85)11 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la posición de la víctima en el marco del derecho y procedimiento penal (1985).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- ✓ La Recomendación R(87)21 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la asistencia y prevención a las víctimas (1987).
- ✓ Decisión del Consejo de la Unión Europea relativa al Estatuto de la víctima en el proceso penal (2001).
- ✓ La Recomendación R(2002)5 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la protección de la mujer contra la violencia.
- ✓ Directrices del Consejo de la Unión Europea sobre la indemnización a las víctimas de delitos.

A estos tratados se ha de sumar el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia a la mujer y la violencia en el ámbito doméstico. Este convenio, más conocido como Convenio de Estambul, fue ratificado por diez Estados miembro en 2014. Es el primer instrumento con capacidad jurídica que incluye una definición de violencia doméstica y violencia contra la mujer basada en el género, además es el primero que incluye medidas para el tratamiento integral de la violencia contra la mujer, estableciendo tolerancia cero al respecto (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Recientemente, el Parlamento Europeo, en su Resolución del 24 de noviembre de 2016, establece la adhesión de la Unión al Convenio de Estambul sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (2016/2966(RSP) ⁹.

⁹ Para más información sobre el Convenio de Estambul se puede consultar en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2016-0451+0+DOC+PDF+V0//ES>

2.3.3 Legislación directrices nacionales en violencia de género

En España, es en 1998 cuando se reconoce de forma explícita la violencia de género como un problema de estado (Fernández, Herrero, Buitrago, Ciurana, Chocron y García, 2003) y se elabora el primer Plan de acción contra la Violencia de Género. Este hecho muestra la concienciación y sensibilización social que atravesaba el país y que ha supuesto numerosas reformas penales y procesales que dieron lugar a la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Norma estatal que marca las medidas tomadas por las distintas comunidades autónomas y que ha permitido ampliar las políticas contra la violencia de género en todo el Estado (Cabrera y Carazo, 2008). Para que estas medidas se pudieran desarrollar ha sido necesario distintos avances en los derechos de las mujeres en España y el desarrollo de distintos Planes de Acción contra la Violencia Doméstica y de Género.

En nuestro país la Constitución Republicana de 1931 reconoció la igualdad jurídica entre mujeres y hombres, concretamente el artículo 25 del citado texto reconocía “ser fundamento de privilegio jurídico la naturaleza, la filiación y el sexo” y respecto a su participación política el artículo 36 disponía que “los ciudadanos de uno u otro sexo, mayores de veintitrés años, tendrían los mismos derechos electorales conforme determinen las leyes”, suponiendo para las mujeres la conquista del derecho de voto (Moraga, 2006). Hasta esta fecha, el ordenamiento

jurídico español otorgaba al hombre una posición de autoridad con respecto a los demás miembros del sistema familiar (Acale, 1999). Teniendo el derecho de decidir sobre las actividades que una mujer podía o no podía realizar, así como castigar físicamente si se consideraba. Las mujeres eran tuteladas por sus padres hasta que pasaban a estar bajo la supervisión del marido, una vez contraían matrimonio. Esta circunstancia suponía la necesidad de contar con el consentimiento del hombre que se consideraba a cargo de su cuidado y protección, para numerosas actividades y trámites de la vida cotidiana (viajar fuera del país, realizar trámites bancarios, etc.), otorgando el rol social de cuidadoras como único adecuado para el sexo femenino (Alberdi, 2005; Cho, 2012).

Los derechos adquiridos en 1931 sufrieron un grave retroceso durante la dictadura, y no es hasta la Transición a la democracia y la Constitución de 1978, cuando se producen de nuevo cambios en la legislación española. Reconociéndose formalmente la igualdad entre hombres y mujeres a través del artículo 14: *“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”*

A pesar de que la Constitución dictamina la no discriminación por sexo, esto no se traduce en una igualdad real para las mujeres. Esta situación se produce por la discriminación histórica de la mujer, como muy bien explica Asunción Ventura (1999): *“el sexo ha sido, y sigue siendo, un*

factor de relevancia social que tiene implicaciones jurídicas desfavorables para las mujeres. Históricamente las mujeres han sido relegadas en la sociedad y esta marginación ha alcanzado la categoría de norma. Aunque actualmente no sucede de la misma manera, el sexo femenino sigue siendo un factor relevante que aparentemente no se tiene en cuenta, pero en la práctica resulta determinante para el desarrollo de las relaciones sociales y por tanto de las relaciones jurídicas. El sexo es un factor importante que sitúa a todas las mujeres en una categoría jurídica inferior en relación al hombre, por el simple hecho de pertenecer a ese grupo” (p.159). Con el objetivo de paliar esta situación se han producido medidas para ayudar a conseguir una igualdad efectiva, con las consiguientes reformas legislativas que darían paso a la ley integral (Moraga, 2006) (ver Tabla 6).

Tabla 6. Algunas de las reformas penales anteriores a la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley/Artículo	Reformas realizadas
Artículo 425 del Código Penal de 1973	Se tipifica por primera vez la violencia habitual en el ámbito familiar como una agresión diferenciada del resto.
L.O. 3/89 de 21 de Julio	La violación se reconoce como delito contra la libertad sexual. Se considera delito el impago de pensiones tras la separación o divorcio.
L.O. 10/95 de 23 nov.	Endurecimiento de las penas y carácter proporcional a la gravedad de la agresión. Se introduce el art. 153 de Código Penal el delito de malos tratos habituales. Se comienza a considerar como agravante la relación conyugal u amorosa entre la víctima y el perpetrador de la agresión.
Ley Orgánica 11/1999, 30 abril	Tipifica la violencia psicológica. Prohibición de aproximación a la víctima y a familiares. Agravante a la circunstancia mixta de parentesco. El delito se extiende también en los casos en que no haya convivencia.
L.O. 14/99 de 9 de Junio	Reformas en el código penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal para incrementar y mejorar la protección a las víctimas.

Ley 38/2002	Incluye las amenazas como falta y delito.
L.O. 11/2003 de 29 de septiembre	La violencia en el ámbito doméstico es considerada un delito y por tanto puede suponer la pena privativa de libertad. Agravantes: presencia de menores, utilización de armas, que los malos tratos se produzcan en el domicilio común o de la víctima y el quebrantamiento de alguna de las medidas expuestas en el artículo 48 del código penal.

Fuente: Elaboración propia basada en Boira (2010), Larrauri (2010) y Conchell (2012).

Estas diferentes modificaciones legislativas dieron lugar a la posibilidad de aplicar la actual Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Una de las reformas legislativas clave fue la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de violencia doméstica, con el objetivo de unificar "los diferentes instrumentos de amparo y tutela a las víctimas". Representa el antecedente inmediato a la Ley Orgánica 1/2004, para afrontar la violencia de género de manera integral y pretende dar respuesta a las contradicciones que se daban entre las acciones dictadas, especialmente desde el ámbito civil y penal. Su sucesora propondría una intervención integral, ampliando el campo de acción y extendiéndolo al ámbito educativo, institucional y judicial (Subirana-Malaret, 2012).

Además de las diferentes reformas legislativas, la creación de Planes de Acción contra la violencia de género, fue decisiva para continuar generando una conciencia social que permitiera la aceptación de la legislación actual. En 1998 surge el primer *Plan de Acción Contra la Violencia Doméstica*, que comprendería los periodos del 98 al 2000. Dirigido por el Instituto de la Mujer en coordinación con los ministerios de Educación y Cultura, Sanidad y Consumo, Trabajo y Asuntos Sociales e Interior y los organismos de igualdad de algunas comunidades autónomas. Instauró 57 medidas agrupadas en seis áreas de actuación: sensibilización y prevención, legislación y práctica jurídica, recursos sociales y sanidad, educación y formación (Alberdi y Matas, 2002). En 2001 se implanta el segundo *Plan de Acción Contra la Violencia Doméstica* (2001-2004), desde el que se continúa trabajando en las medidas aplicadas en el primer plan de acción, especialmente en las áreas de prevención y educación. Este plan constituyó 58 medidas dirigidas a la prevención, legislación y práctica jurídica, a incrementar los recursos destinados a la asistencia a las víctimas y siguió favoreciendo la coordinación entre los distintos recursos de actuación. Una medida muy relevante llevada a cabo en el año 2002, fue la creación del Observatorio contra la Violencia Doméstica, que el 8 de Julio del año 2003 paso a denominarse también de Género. Este observatorio se constituyó por Convenio suscrito entre el Consejo General del Poder Judicial y los Ministerios de Justicia y de Trabajo y Asuntos Sociales, incorporándose posteriormente la Fiscalía General del Estado y las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia de Justicia. El cometido del Observatorio es dotar

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

de mayor efectividad las actuaciones de cada una de las Instituciones implicadas en la materia, mediante el análisis y propuesta de actuaciones en el tratamiento y eliminación de la violencia de género y doméstica.

*Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral
contra la Violencia de Género*

El 28 de diciembre de 2004 se aprobó por unanimidad en el Parlamento Español la Ley Orgánica 1/2004¹⁰ de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley integral es la primera ley a nivel Europeo que da una respuesta al problema de la violencia de género abarcando medidas sociales, preventivas, educativas, laborales, asistenciales, sanitarias y penales (Pérez y Bernabé, 2012; Sanmartín et al., 2010). Para la aplicación de dichas medidas es necesario el compromiso de la sociedad en su conjunto, así como la coordinación de las diferentes entidades públicas y sociales. La violencia contra la mujer es entendida como una manifestación de la desigualdad y la asimetría de poder entre hombres y mujeres. Incluye la violencia psicológica, así como las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones o privación de la libertad individual (Murillo, 2005).

¹⁰ Para más información sobre la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

La LO 1/2004 supone un incremento en la protección a las víctimas mediante la implementación de medidas tales como la creación de los Juzgados y fiscalías especializadas en materia de violencia de género, que ofrecen una intervención sobre el delito rápida y especializada; incremento de las fuerzas de seguridad que prestan atención a las víctimas; y el aumento de recursos para las víctimas con orden de protección: la teleasistencia y la pulsera telemática.

Dicha ley, en su exposición de motivos según se explica en la Guía Práctica editada por el Consejo General del Poder Judicial en 2005, considera que: “la violencia de género no es un problema que afecta al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”.

El objetivo fundamental de la ley es eliminar y disminuir la violencia que ha sufrido la mujer por parte de algunos hombres, especialmente de manos de sus parejas o exparejas. Esta violencia es producto de la discriminación histórica que ha sufrido la mujer, basada en relaciones de poder no igualitarias y de dominio sobre éstas. Según el artículo 9.2 de la Constitución Española los Poderes Públicos están obligados a eliminar todos aquellos obstáculos que impidan o dificulten los derechos fundamentales, entre ellos la igualdad entre hombre y mujeres, por tanto la ley pretende dar respuesta a las recomendaciones

internacionales que alertan de la discriminación que sufre la mujer por el hecho de serlo (Conchell, 2012).

La violencia de género es un problema que afecta a toda la sociedad, para cuya solución se precisa la aplicación de medidas transversales que incidan en multiplicidad de causas y efectos. La ley en sus 5 títulos recoge estas principales medidas: a) medidas de sensibilización, prevención y detección de la violencia de género en diferentes ámbitos; b) establecimiento de los derechos de las mujeres víctimas de violencia; c) establecimiento de la tutela institucional, a través de la creación de dos órganos, la delegación especial del gobierno contra la violencia sobre la mujer y el observatorio estatal de violencia contra la mujer; d) reconocimiento por primera vez de un tipo agravado para la violencia ejercida sobre la mujer, cónyuge o ex cónyuge, compañera o ex compañera; y e) garantizar el tratamiento adecuado y eficaz de la situación jurídica, familiar y social de las víctimas a través de la creación de una jurisdicción especial dentro del orden penal, para la violencia sobre la mujer (Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007).

Propone medidas de sensibilización, prevención y detección en ámbitos educativos, publicitarios y medios de comunicación, sanitarios, judiciales, laborales, económicos y de protección social. Destacan como medidas:

- **Ámbito educativo:** obligatoriedad de cursar la asignatura “Educación para la igualdad y contra la violencia de género”.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- **Ámbito de la publicidad y los medios de comunicación:** se prohíbe el uso del cuerpo e imagen de la mujer de forma discriminatoria o vejatoria, en caso de incurrir en esta recomendación se establecen sanciones.
- **Ámbito de la sanidad:** desarrollo de protocolos de detección precoz y actuación, también se determina la necesidad de formar y sensibilizar al personal sanitario.
- **Ámbito judicial:** creación de los juzgados de violencia contra la mujer, tanto de carácter penal, como civil; determina que el mismo juez o jueza adopte las medidas penales y civiles para mejorar la coordinación y criterio en las resoluciones judiciales; medidas para evitar la doble victimización de la mujer en el trascurso del proceso judicial; endurecimiento de las penas como el agravante por lesiones de dos a cinco años o la suspensión del régimen de visitas del agresor a los/as hijos/as si existe violencia familiar.
- **Ámbito laboral y de protección social:** reinserción laboral de la víctima, permiso de ausencias laborales y reducción de la jornada laboral (Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2007).

Una de las medidas a destacar en relación al tratamiento y prevención de la violencia en las relaciones de pareja que incluye la citada ley, es la obligación de los delincuentes de asistir a programas de reeducación. La Ley de Protección Integral establece para los condenados por un

delito de violencia de género con penas inferiores a dos años y que no concurren con la comisión de otro delito o la presencia de antecedentes penales, la asistencia a un programa de tratamiento como sustitución o suspensión de la pena privativa de libertad.

Tras la creación de la Ley de Protección Integral han sido necesarias modificaciones y adaptaciones para poder cumplir en mejor medida los objetivos establecidos en su texto. Destacando las siguientes modificaciones:

1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres¹¹, cuyo objetivo es luchar contra las discriminaciones por razón de sexo.
2. Ley Orgánica 8/2015 del 22 de Julio Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia¹². Establece en el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004 como objeto de la ley a los hijos e hijas de la víctima, y obliga al sistema judicial a determinar medidas también para ellos/as. También determina que se podrá suspender la patria potestad, la guarda y custodia de los y las menores dependientes, además podrá retirar el

¹¹ Para mayor información sobre la Ley Orgánica 3/2007 ver en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>

¹² Para mayor información sobre la Ley Orgánica 8/2015, Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia ver en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

régimen de visitas, las estancias o la comunicación del maltratador con los hijos y las hijas.

3. Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia¹³. Esta ley incluye cambios relacionados con la protección económica y social de los y las menores. Establece una nueva regulación en materia de pensiones en casos de delito doloso de homicidio, como por ejemplo en el caso de los menores huérfanos en el que se adecúa el pago de la pensión de viudedad suspendida y si esta se le hubiese reconocido a un condenado por delito de homicidio, se posibilita la revisión de oficio (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

Tras la entrada en vigor de la Ley, en el sistema penal concurren por tanto varios ámbitos de protección de las personas frente a la violencia:

- ✓ En primer lugar, la protección común derivada de la aplicación de los tipos ordinarios del Código Penal, sin especialidades procesales ni orgánicas.
- ✓ En segundo término, el ámbito de especial protección de los miembros de la familia frente a la violencia ejercida por otro miembro del núcleo familiar (violencia doméstica), que se mantiene tras la publicación y entrada en vigor de la Ley.

¹³ Para más información sobre la Ley 26/2015, Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia ver en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2015/07/29/pdfs/BOE-A-2015-8470.pdf>

- ✓ Y, por último, una protección especialmente reforzada de la mujer frente a la violencia que tenga lugar dentro de la pareja o ex pareja (violencia de género) (Moraga, 2006).

Datos tras 10 años de a aplicación de la Ley Integral 1/2004

En el siguiente apartado se va a realizar un pequeño análisis sobre la evolución de diferentes aspectos de la actividad de los órganos judiciales implicados en la violencia contra la mujer. La Estadística Judicial recabada por el Consejo General del Poder Judicial¹⁴ desde el año 2005 al 2015, nos ofrece una imagen de la aplicación de la Ley. Un caso de violencia de género puede verse manifestado en más de un mismo procedimiento judicial, demanda presentada en los juzgados o solicitud de orden de protección, ofreciendo información sobre el desarrollo de las medidas aplicadas durante estos diez años.

1. Juzgados de instrucción y de primera instancia e instrucción en funciones de guardia

Un total de 132.640 asuntos de violencia contra la mujer han sido atendidos en los juzgados de instrucción y de primera instancia. Tras la actuación en guardia de dichos juzgados, un total del 43% supusieron la imposición de una orden de protección, al 13.8% tras el estudio en el juzgado no les fue aplicada una orden de protección y el 43.2 %

¹⁴ Para más información consultar el boletín de información estadística nº 43: Ley de Protección Integral de noviembre de 2016
<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estudios-e-Infomes/Datos-de-Justicia/Datos-de-Justicia>

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

quedaron sin la aplicación de ningún tipo de medida. Para un detalle sobre la evolución anual durante los diez años ver Tabla 7.

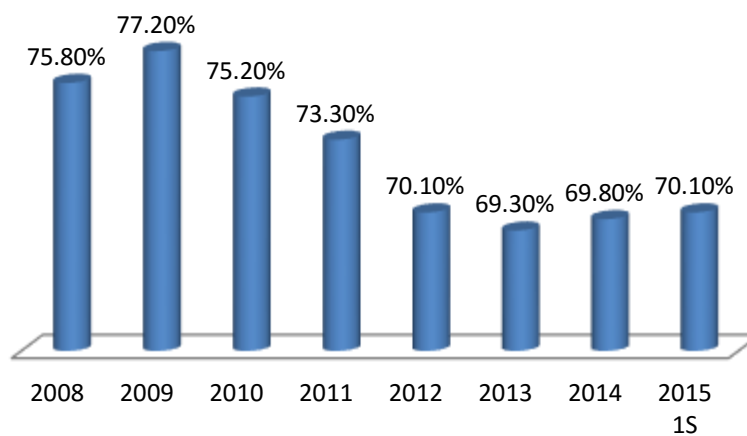
Tabla 7. Evolución de las Órdenes de Protección del periodo de 2006 a 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
2s											
Con O.P.	48,4%	46,2%	46,6%	42,2%	40,9%	41,3%	38,1%	39,9%	42,8%	42,2%	43%
Sin O.P.	14,2%	12,4%	12%	13,6%	15,2%	15,7%	14,7%	14,1%	13,2%	14%	13,8%
Sin Medidas.	37,3%	41,4%	41,5%	44,2%	43,9%	43%	47,2%	45,9%	43,9%	43,8%	43,2%

Elaboración propia basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

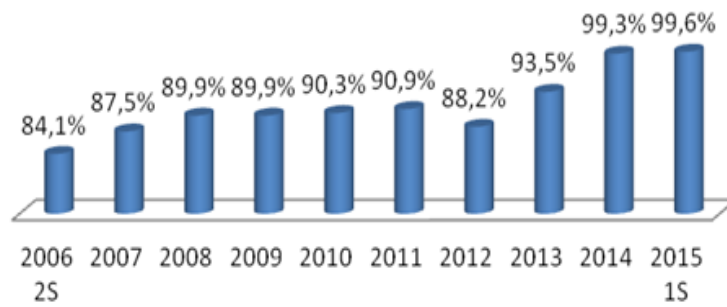
En cuanto a las solicitudes de órdenes de protección acordadas, se ha registrado que desde el año 2008 al primer trimestre de 2015 el porcentaje oscila en el 70%, siendo en el 2013 su valor más bajo (69.03%) y en 2009 el de mayor acuerdo (77.2%). (Ver Gráfica 4.)



Elaboración propia: basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

Gráfico 4. Porcentaje de órdenes acordadas en los juzgados de guardia.

En la siguiente Gráfica 5. puede observarse la evolución de los casos remitidos de los juzgados de guardia a los juzgados de violencia contra la mujer, encontrando un mayor número de casos remitidos en los últimos años.



Elaboración propia: basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

Gráfico 5. Porcentaje de asuntos remitidos a los juzgados de violencia contra la mujer.

2. Juzgados de violencia contra la mujer

En relación a los asuntos penales atendido en los juzgados de violencia contra la mujer en el periodo comprendido entre 2005 y 2015, se dictaminaron 192.804 sentencias, de las que 148.984 fueron condenatorias. En el caso de las sentencias condenatorias, en 107.264 casos el acusado mostró conformidad con la sentencia y el resto, 41.360, han correspondido a condenas en juicios de faltas (ver, Tabla 8)

Tabla 8. Asuntos penales atendidos en los juzgados contra la mujer.

	Ingresados Directamente	Procedimientos órganos o transformación	Otros por	Resueltos	Pendientes
Diligencias Urgentes	464.181	50.009		513.677	4.368
Sumario	2.790	98		2.825	1.876
Diligencias Previas	674.689	159.934		805.609	277.463
Procedimientos Abreviados	285.246	2.966		282.744	115.789
Juicios de faltas	93.929	3.820		96.314	15.375
Ley Orgánica %/95 Jurado	527	11		473	503

Fuente: Elaboración propia, basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

En estos diez años, se han dictado 273.034 sentencias, de ellas 61.409 condenatorias con conformidad, 79.973 condenatorias sin conformidad y 131.652 absolutorias. El porcentaje de condenatorias en los diez años ha sido del 51.8%, oscilando entre el 44% de Cataluña y Madrid y el 79.7% de Extremadura. Si comparamos el porcentaje de condenatorias en asuntos de violencia contra la mujer, con la de violencia doméstica y el resto de asuntos, observamos que el porcentaje de condenas en violencia contra la mujer es ligeramente inferior al de los asuntos de violencia doméstica, pero muy inferior al del resto de asuntos.

Como se ha comentado en apartados anteriores, los datos sobre la prevalencia de la violencia de género no son exactos debido al gran número de mujeres que sufren violencia y que por diversos factores no presentan denuncia. Los datos recogidos en torno a la procedencia de la denuncia (ver Tabla 9), indican que alrededor del 80% de los casos corresponden a atestados policiales. Los atestados policiales se han producido por denuncia de la víctima, de un familiar o por intervención directa de la policía. La cifra de un 80% de denuncias por atestados policiales choca con la media de un 10% de denuncias directas de las víctimas o familiares o 1.5% de denuncias de los servicios asistenciales. Esta situación corresponde con lo expresado en la literatura científica en relación a la falta de visibilización y tolerancia del entorno a la violencia de género (Gracia, 2002; Gracia y Lila 2015).

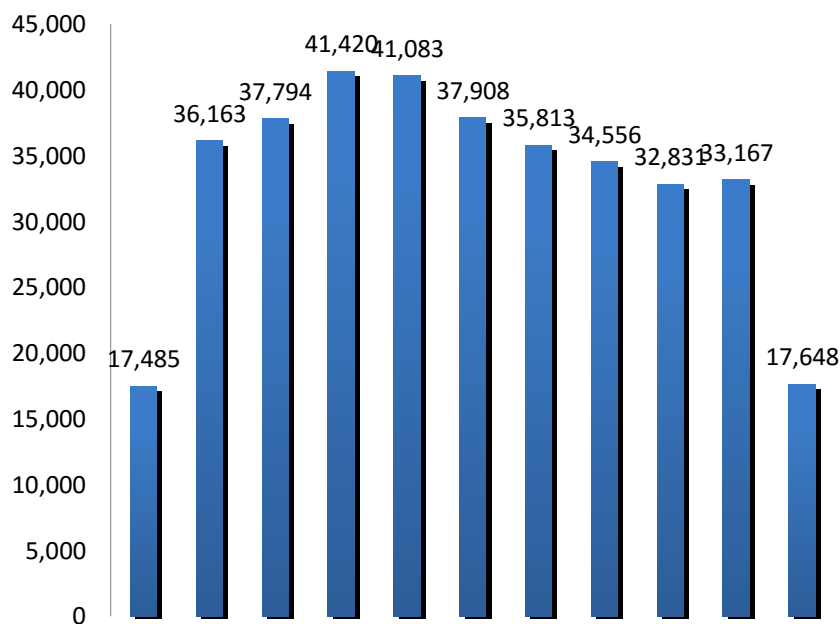
Tabla 9. Procedencia de las denuncias efectuadas en los juzgados de violencia contra la mujer en el periodo de 2007 al primer semestre de 2015.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 1S
Víctima o familiares	11,6%	10,2%	8,4%	8,7%	9,4%	8,5%	10,3%	8,2%	6,0%
Atestados policiales	77,3%	77,3%	78,6%	79,5%	77,9%	78,3%	76,3%	78,2%	80,5%
Parte lesiones	10,5%	11,6%	11,9%	10,9%	11,4%	11,5%	11,5%	11,9%	11,7%
Servicios asistenciales	0,6%	0,8%	1,2%	0,9%	1,3%	1,7%	1,9%	1,7%	1,8%

Elaboración propia basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

Según el Consejo del Poder Judicial (2016), la violencia contra la mujer es de mayor gravedad entre las mujeres extranjeras; las mujeres inmigrantes que han interpuesto una denuncia cuadruplica las cifras de las denuncias interpuestas por mujeres españolas.

En relación a las órdenes de protección interpuestas en los juzgados de violencia de género en el periodo comprendido entre el año 2005 y el primer periodo del año 2015, se han incoado 365.868 órdenes de protección, de las cuales han sido acordadas un 67.4% (246.542). En el número de órdenes iniciadas se muestra una tendencia al alza en los últimos años (ver Gráfico 6).



Elaboración propia basada en Datos del Consejo General del Poder Judicial (2016).

Gráfico 6. Órdenes de protección incoadas desde 2005 a 2015 en los juzgados de violencia contra la mujer.

3. Juzgados de lo penal

En relación a la evolución de los asuntos de violencia de género atendidos en los juzgados de lo penal, se han dictado 273.034 sentencias, de las que 62.409 fueron condenatorias con la conformidad del acusado, 79.973 fueron condenatorias en las que el acusado no declaró conformidad y 131.252 asuntos fueron absolutorios. El 51.8% de los casos en los que se presentó denuncia los agresores fueron condenados, destacando la comunidad autónoma de Extremadura con un 79.7% de sentencias condenatorias.

En las páginas anteriores hemos visto la importancia y la evolución del término violencia de género, su conceptualización como problema social hasta las últimas leyes vigentes, además de mostrar los datos que corroboran la elevada prevalencia en nuestra sociedad de la violencia de género. A continuación, vamos a presentar una de las múltiples formas de prevención de esta violencia: los programas de intervención con maltratadores.

3 La intervención con maltratadores

3.1 Orígenes de los programas de intervención con maltratadores

Los primeros programas de intervención con maltratadores surgieron en los Estados Unidos en 1977 como parte de la solución al problema de la violencia de género (Phillips, Kelly y Westmarland, 2013); más tarde aparecieron en Latinoamérica y España (Echeburúa, 2013). Feministas, personas defensoras de los derechos de las mujeres y profesionales tomaron conciencia de que la violencia se seguía perpetuando, algunas de las víctimas que recibían atención volvían con el maltratador y en aquellos casos en que la víctima lograba salir del contexto en el que había sufrido violencia, los agresores continuaban ese maltrato con nuevas o futuras parejas (Gondolf, 1987; Hamberger y Hastings, 1993). En los refugios para mujeres, los hombres recibían ayuda y orientación. De esta forma se comenzó a establecer contacto con aquellos maltratadores que deseaban terminar con las agresiones que perpetraban a sus parejas o exparejas (Bowen, 2011). Los programas en Estados Unidos también surgieron como una primera intervención por parte de los Juzgados Criminales y, en algunas jurisdicciones, por parte de los Juzgados Civiles o Familiares (Prince y Rosebaum, 2009). Para los y las profesionales de estos programas pioneros, identificar y tratar a los hombres que ejercían violencia de género, eran tan importante como identificar y tratar a las víctimas de dicha violencia (Gondolf, 1998). Apuntaban que, dado que el maltratador era el

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

causante del abuso, el miedo, el trauma, las secuelas y el peligro que sufren las mujeres maltratadas, trabajar con el agresor podría contribuir a incrementar la seguridad de las víctimas. Además, subrayaban que la atención a la víctima no evitaba nuevos episodios violentos del maltratador en futuras relaciones de pareja (Lila, Conchell y Catala-Miñana, 2016).

Como consecuencia de las nuevas legislaciones que condenaban la violencia contra la mujer, el número de hombres penados por este tipo de delito se incrementó, situación que supuso la necesidad de aumentar las medidas punitivas que dieran respuesta a estos delitos. La asistencia a los programas de intervención como medida sustitutiva de la pena privativa de prisión, supuso una buena alternativa para esta situación (Gondolf, 2010; Stuart, Temple y Moore, 2007).

En este periodo surgieron propuestas como EMERGE en Boston, RAVEN en St. Louis y The DULUTH Model (Domestic Abuse Intervention Project, DAIP; Gondolf, 1997b).

La experiencia norteamericana comenzó a ser imitada en otros países en la década siguiente, especialmente en Australia, los países escandinavos, Francia y Reino Unido. En países de habla hispana, el primero en contar con un programa específico para hombres maltratadores fue Argentina, donde Jorge Corsi, a partir de 1990, realizó una adaptación de los programas originalmente diseñados en un contexto anglosajón, para ser aplicados a

poblaciones latinas. A esta propuesta le siguieron países como México, Nicaragua y Costa Rica. En la actualidad, en todos estos países, la mayoría de las leyes que intentan dar una respuesta jurídica al problema de la violencia doméstica, incluyen el mandato judicial de tratamiento para los agresores (Lila, Conchell y Catalá-Miñana, 2016).

A continuación, se presenta un recorrido sobre los distintos modos de explicar la violencia en las relaciones de pareja y que orienta las propuestas de intervención con maltratadores.

3.2 Principales modelos de intervención con maltratadores

Existen diversas perspectivas teóricas en las que se fundamenta el diseño de los programas de intervención con maltratadores. Los modelos de tratamientos son variados y explican la causalidad de la violencia desde diferentes teorías. El origen del maltrato puede situarse en factores individuales (trastornos de personalidad, consumo abusivo de sustancias, desajuste psicológico, et.), factores interpersonales (problemas de comunicación, relaciones disfuncionales, etc.) o factores de carácter sociocultural (tolerancia del uso de la violencia, pobres legislaciones en materia de violencia de género, etc.) (Boira, 2010; Conchell, 2012).

Hamberger y Hastings (1993), analizando los programas de tratamientos aplicados a maltratadores, establecieron cinco tipos:

(1) *Modelo feminista*: este modelo ofrece una explicación sobre la violencia de género basada en la desigualdad de poder que establece el patriarcado, permitiendo el abuso y opresión de los hombres hacia las mujeres (Adams, 1988; Dobash y Dobash, 1979). La mayoría de los hombres maltratadores niegan, minimizan y externalizan la culpa de sus conductas abusivas en contextos legales o sociales donde el abuso puede ser sancionado, lo que les lleva a no admitir que dichos comportamientos son inaceptables y de esta forma conseguir eludir las consecuencias de sus actos (Heckert y Gondolf, 2000). El objetivo principal de este tipo de programas es reeducar a los maltratadores en la equidad de género. (2) *Modelo cognitivo-conductual*: considera la violencia de género como una conducta aprendida, por tanto el tratamiento está enfocado a reeducar a los maltratadores, trabajar en la modificación de creencias irracionales en torno al empleo de la violencia y ofrecer estrategias alternativas para la resolución de conflictos. (3) *Modelo de ventilación*: estima que la violencia se produce debido a la no expresión del enfado. Propone un tratamiento que suponga la expresión adecuada de las emociones negativas a través de técnicas de comunicación positivas. (4) *Modelo sistémico*: la violencia es considerada una forma de interacción disfuncional en la pareja. Considera el fenómeno de la violencia como un problema de pareja, sin connotaciones de género y desvinculado de las características del entorno social (Ferrer y Bosch-Fiol, 2005). (5) *Modelo de orientación interior*: los problemas del pasado, de manera no consciente motivan comportamientos violentos. Abordar las experiencias de vida y

las interacciones sociales ayudaría al maltratador a establecer relaciones de pareja positivas (Conchell, 2012; Subirana-Malaret, 2013).

Otro modelo explicativo de la agresión conyugal, es el enfoque basado en la liberación de la tensión de Leonor E. Walker. A través del diseño del ciclo de la violencia, esta autora explica el proceso mediante el cual se produce el maltrato a la mujer en las relaciones de pareja en tres fases (Walker, 1989): (1) *Fase de acumulación o de generación de la tensión*: Las agresiones son leves y los incidentes poco frecuentes. La mujer se sirve de estrategias para eludir la agresividad de su pareja, y el hombre interpreta esta actitud como una aceptación de su autoridad. Generalmente, las estrategias de la mujer no solucionan los episodios de agresión, y el temor y el ansia de evitarlos favorecen la aparición de trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, insomnio, etc.). (2) *Fase de la agresión o descarga de la tensión*: Es cuando se produce el incidente violento fruto de la pérdida de control de la situación que termina en un incidente agudo de agresión en forma de maltrato físico, psicológico o sexual. Los episodios de malos tratos se hacen constantes y las lesiones que ocasionan son visibles. La víctima carece de poder para superar el problema debido a un proceso de indefensión aprendida y al sometimiento continuo al que está expuesta. (3) *Fase de arrepentimiento del maltratador o la eufemísticamente denominada "luna de miel"*: Tras los episodios de malos tratos, el agresor siente miedo por la posibilidad de perder a la víctima y

comienza a comportarse de manera extremadamente cariñosa y amable, expresando así su arrepentimiento. El agresor es consciente de que ha ido demasiado lejos y trata de compensar a la víctima (le hace regalos, la trata con cariño, etc.). Este ciclo se repite en el tiempo y las agresiones aumentan conforme la situación de maltrato se va agravando (Lila, García y Lorenzo, 2010).

Wallace (1996) distinguió los siguientes 5 modelos explicativos sobre la ocurrencia de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: (1) *Hipótesis cultural*. La sociedad actual ostenta valores patriarcales que sustentan la violencia contra la mujer, y que justifican su uso como medio para mantener el orden social y familiar. (2) *Hipótesis estructural*: el maltrato hacia la mujer es resultado de las desigualdades sociales y de oportunidades, lo que desemboca en tensiones y agresividad. (3) *Hipótesis psicopatológica*: los agresores padecen desordenes de personalidad, enfermedades mentales, o presentan un consumo abusivo de alcohol o drogas. (4) *Hipótesis de la interacción*: la razón de la violencia contra la pareja se encuentra en los estilos de relación que se han establecido en la familia. El problema reside en las interacciones verbales, de comportamiento y emocionales entre los cónyuges (Ashworth, 1997). (5) *Perspectiva jurídica*: desde este planteamiento no se busca dar una explicación a la violencia, sino ofrecer respuestas para luchar contra ella, configurando medidas tanto para la protección a las víctimas como para el tratamiento de los agresores.

Una década después, Murphy y Eckhardt (2005) plantearon la siguiente clasificación de los programas de intervención con agresores: a) socioculturales, psicoeducativos y con una perspectiva de género, b) cognitivo-conductuales, c) psicodinámicos centrados en aspectos psicopatológicos o traumáticos relacionados con el apego y c) sistémicos, basados en las teorías relacionales (Lila, Conchell y Catalá-Miñana, 2016). Desde la proliferación de programas de intervención con maltratadores, dos han sido los modelos más utilizados para su tratamiento. El modelo que tradicionalmente se ha replicado en mayor medida ha sido el denominado Modelo Duluth, cuyo nombre proviene de un programa pionero que se puso en marcha en Duluth (Minnesota). Catalogado en la primera categoría (sociocultural y psicoeducativo), combina una orientación feminista, en el que se defiende que la violencia contra la mujer está respaldada por la sociedad mediante una estructura patriarcal donde el hombre domina a la mujer (Pence y Paymar, 1993); con una aproximación psicoeducativa, asumiendo que la causa primaria de la violencia contra la mujer es un aprendizaje machista cuya eliminación pasa por educar en igualdad a los maltratadores. En base a esta idea, los programas de intervención se han ido desarrollando centrándose en las actitudes hacia la violencia y en las creencias sexistas, así como en la asunción de responsabilidad (Arias, Arce y Vilariño, 2013; Lila, Conchell y Catalá-Miñana, 2016). El segundo modelo de tratamiento más utilizado es la terapia cognitivo-conductual. Las intervenciones basadas en este enfoque consideran otro tipo de factores

relacionados con la violencia contra la pareja, como la falta de regulación emocional, distorsiones cognitivas y la falta de habilidades sociales (Eckhardt et al., 2013). Este modelo propone entrenar a los maltratadores en el aprendizaje de habilidades sociales y el control de la ira (Babcock et al., 2004). Las distintas revisiones y metaanálisis han recogido una nueva categoría de tratamiento en la que se incluyen programas de intervención muy heterogéneos como los de Control de la Ira, los de Orientación Psicodinámica o el Mind Bridging. La categoría ha sido denominada como “Otros Tipos de Intervención” (Arias, Arce y Vilariño, 2013).

La mayoría de programas de intervención muestran una mezcla entre el modelo feminista y la terapia cognitivo-conductual, por lo que diferenciarlos se hace muy difícil (Babcock, Green y Robie, 2004; Eckhardt et al., 2013; Edleson, 2008; Millana, 2011; Pence y Paymar, 1993). El objetivo de estos programas, es principalmente que los hombres cesen en su abuso, para ello deben afrontar las consecuencias de su conducta y responsabilizarse de las agresiones perpetradas, además deben eliminar las racionalizaciones y justificaciones que utilizan para explicar su comportamiento. Para ello, incluyen componentes dirigidos a solucionar las necesidades de control de la ira y el estrés, así como a desarrollar habilidades de comunicación, otorgando importancia a las distorsiones cognitivas, actitudes y creencias (Babcock et al., 2004; Eckhardt et al., 2013).

A pesar de su uso extendido, los diferentes estudios en los que se revisa la efectividad de los programas de intervención con agresores, que abordaremos con mayor profundidad en el siguiente capítulo, han cuestionado el enfoque de género y el patriarcado como el principal y único elemento explicativo de la violencia de género (Lehmann y Simmons, 2009). Esta situación plantea la necesidad de explorar nuevas vías de tratamiento, surgiendo planteamientos que tengan en cuenta la heterogeneidad de esta población y que propongan enfoques más individualizados (Corvo, Dutton y Chen, 2008; Dutton, 2012; Hamel, 2014; Straus, 2011). De ello se han derivado nuevas propuestas en cuanto a orientación terapéutica y en cuanto a los factores que deben ser objeto de intervención (Carbajosa y Boira, 2013). Entre ellas se encuentra la necesidad de incrementar las estrategias de motivación y adherencia a la intervención que abordamos en el presente estudio.

Alguna de las cuestiones objeto de debate en relación con la intervención de carácter grupal con maltratadores, versa sobre el enfoque de tratamiento. El debate gira entorno a centrar la intervención en los factores de riesgo o sobre las fortalezas o factores de protección de los maltratadores (e.g., Bouman, Schene y Ruiter, 2009; Langlands, Ward y Gilchrist, 2009; Lila, Gracia y Murgui, 2013). Esto supondría orientar los programas desde un enfoque psicoterapéutico centrado en el cliente y de formato individual, frente a un tratamiento psicoeducativo, de formato grupal y con una estructura clara. Sin embargo, a pesar de la falta

de consenso, la modalidad de tratamiento más utilizada en España es de tipo educativa, con programas estructurados y aplicados de forma homogénea (Carbajosa y Boira, 2013; Price y Rosembaum, 2009).

Con la finalidad de ofrecer una respuesta a esta problemática, diversos autores y la OMS recomiendan aplicar el “modelo ecológico”. Este enfoque permite trabajar tanto los factores de riesgos como los de protección en diferentes niveles, posibilitando tratar aspectos individuales y factores socioculturales desde el mismo enfoque (OMS, 2010).

Desde este modelo se considera la violencia de pareja como resultado de la interacción de factores en distintos niveles, tomando como objeto de estudio la pareja y los elementos que le afectan como conjunto. Toma como objeto de estudio la interacción de ambos miembros, los comportamientos y características de cada uno de ellos, así como los factores contextuales y los procesos de la relación. Los factores de riesgo quedarían organizados en tres niveles: (1) características contextuales de ambos miembros de la pareja (edad, género, raza/etnia, vecindario, comunidad, contexto escolar), (2) características del desarrollo (relaciones familiares, desarrollo de psicopatología, cogniciones, influencia de pares), y (3) relación de pareja y los patrones de interacción (satisfacción de la relación, celos, estado de la relación, emocionalidad negativa) (Capaldi, Knoble, Shortt y Kim, 2012).

3.3 El modelo ecológico aplicado a la intervención con maltratadores

Actualmente, desde la perspectiva de la Salud Pública que explica la violencia contra la pareja, diferentes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la Asociación de Psicología Americana (APA), señalan que la violencia contra la pareja no es causada por la incidencia de un solo factor, sino que es resultado de múltiples causas y factores de riesgo que interactúan entre ellas: individuales, relacionales, comunitarios y sociales (Heise, 2011; OMS, 2010). Como hemos comentado anteriormente, existen diferentes teorías que explican la violencia contra la pareja, basándose en aspectos biológicos, psicológicos, culturales o en el concepto de igualdad de género. El modelo ecológico ofrece un modelo explicativo en el que se incluyen tanto los factores de riesgo y de protección de los distintos niveles, incluyendo en un mismo enfoque los factores individuales, así como los provenientes de modelos más sociológicos (Organización Mundial de la Salud, 2010). La presencia de factores de riesgo aumenta la probabilidad de que se produzca violencia, por lo que intervenir sobre ellos se traduce en una disminución de las agresiones a las mujeres. A su vez favorecer los factores de protección disminuye o amortigua el riesgo de ejercer violencia de género. Contar con modelos explicativos ayuda a comprender en mejor medida el fenómeno

del maltrato a la mujer en las relaciones de pareja, además de a diseñar programas más efectivos y que trabajen sobre dichos factores (OMS, 2010).

El *Modelo Ecológico*, considerado por la Organización Mundial de la Salud (2010) como aquel más favorable, fue aplicado por primera vez en el tratamiento de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, por el programa de Dutton (Bowen, 2011). Heise (2011) utiliza este modelo para explicar la violencia de pareja, emplea el razonamiento ecológico y plantea la violencia como el resultado de la interacción de varios factores posicionados en distintos niveles. Parte de que tanto mujeres como hombres, al formar una pareja sentimental, traen consigo características personales, tales como rasgos de personalidad, aspectos genéticos o experiencias de la infancia, factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo de sufrir o perpetrar violencia. A su vez el propio hecho de estar en pareja propicia ciertas dinámicas y elementos. Igualmente, el ambiente familiar o el barrio en el que se residen también influyen. Además, cada pareja se relaciona con otros contextos como el trabajo, redes sociales más amplias, comunidades religiosas o sistemas institucionales. Todo ello se da en un sistema cultural, político y económico, que delimita el resto de niveles (Heise, 2011). Por tanto, la violencia contra la pareja, desde este modelo explicativo, se da como resultado de múltiples interacciones entre los factores en los distintos niveles de análisis: individual, relacional, comunitario y cultural (ver Tabla 8), siendo muy importante la

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

interacción de dichos factores y no sólo la manifestación de cada uno de ellos de manera aislada (Heise, 1998). Por ejemplo, la estructura social desigual entre hombres y mujeres (nivel cultural), se manifiesta tanto en las comunidades (nivel comunitario) como en las relaciones (nivel interpersonal), además de estar vinculadas a otros factores de riesgo como ser testigo de violencia contra la pareja en la infancia o el abuso de alcohol por parte del agresor (nivel individual) (OMS, 2010).

Tabla 10. Descripción de los niveles del Modelo ecológico (OMS, 2010)

<i>Niveles del Modelo Ecológico</i>	<i>Descripción</i>
Individual	Factores biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales que modulan la forma de interactuar. Son las características personales, de historia de vida.
Interpersonal	Factores que tienen que ver con el contexto inmediato en el que se produce la violencia. Incluye el comportamiento y las experiencias del círculo más cercano de personas de la víctima o del agresor (familia, relaciones íntimas, etc.), así como los significados que el individuo da a esas interacciones.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Comunitario/Situacional	Se refiere al contexto en el que las relaciones se desarrollan, engloba tanto las estructuras formales como las informales: colegio, trabajo, vecindario, redes sociales e identidad de grupo. etc.
Cultural/Macrosocial	Creencias, valores y actitudes que impregnan la cultura e influyen sobre el resto de estructuras del sistema.

Elaboración propia basada en Lila, Conchell, Catala-Miñana (2016) y OMS (2010).

El modelo ecológico supone un avance en la comprensión de la violencia de género, propone una explicación del fenómeno de la violencia como un conjunto de situaciones y factores que favorecen o atenúan la probabilidad de convertirse en víctima o agresor. En palabras de Heise 2011:

Los factores operan en diferentes combinaciones de niveles para establecer la probabilidad de que el abuso ocurra. Un solo factor no es suficiente, o incluso necesario, para que la violencia de pareja ocurra. Probablemente son diferentes las constelaciones de factores y las vías que podrían converger para causar el abuso bajo diferentes circunstancias. Igualmente, el mismo conjunto de factores genéticos, historia personal y factores situacionales (tales como abuso en la infancia, tendencia hacia la impulsividad y consumo de

alcohol) podría ser suficiente para empujar a un hombre en particular hacia la violencia de pareja en un escenario socio-cultural y comunitario, pero no en otro. Uno podría imaginar que la respuesta del hombre a la provocación “percibida” podría ser completamente diferente basada sobre qué expectativas tenía con respecto a las relaciones de hombre/mujer, si sus amigos, vecinos y autoridades locales encontrarán su conducta “aceptable” o vergonzosa, y si su pareja tiene medios sociales y económicos que le permitan dejarle si se pasa de la línea. (p.23)

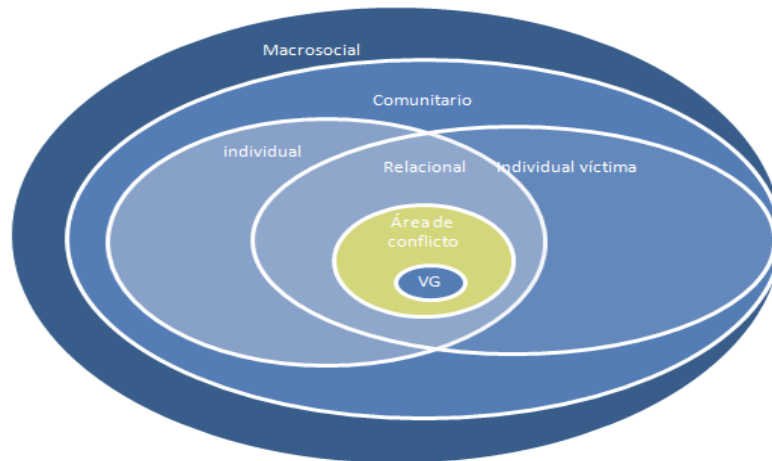
Un solo factor no puede explicar la violencia, la probabilidad de que un hombre se convierta en un maltratador o que una comunidad tenga una mayor tasa de violencia que otra, es fruto de los factores que interactúan en los diferentes niveles de la “ecología social”. La ecología social está conformada por los factores estructurales -como las creencias religiosas y la distribución del poder económico entre hombres y mujeres-, que definen la ideología y normas sobre la violencia y estructuran las opciones de las mujeres para salir de las relaciones de maltrato. Estos factores estructurales modelan las normas y valores que la familia, amigos y las instituciones sociales refuerzan como aceptables, influyendo en los distintos miembros de la pareja. La ecología también está compuesta por la idiosincrasia de los hombres y mujeres que forman una relación de pareja, sus historias de vida, los sucesos traumáticos que han vivido, sus

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

factores de personalidad, así como el contexto y las situaciones que se dan en su día a día, tanto de forma individual como cuando están en pareja (Gracia y Lila, 2015; Heise, 2011).

De la revisión y la actualización que realiza Heise del modelo en el año 2011, destaca la incorporación de lo que ella denomina área de conflicto (ver Gráfica 7), que refiere a factores que actúan como detonantes de la violencia dentro de la relación de pareja diferenciando entre desencadenantes situacionales, como infidelidades, que el hombre se encuentre bajo los efectos del alcohol, la división del trabajo, etc.; y desencadenantes patriarcales tales como la falta de satisfacción de las expectativas de roles de género, o las asignaciones de autonomía femenina, entre otros. En dicha actualización también investigó aquellos factores de riesgo que se relacionan en mayor medida con la ocurrencia de la violencia de género, que veremos a continuación.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional



Fuente: Heise (2011)

Gráfico 7. Modelo ecológico

Para abordar los factores de riesgo asociados a la violencia contra la pareja desde el modelo ecológico, se va a presentar los resultados encontrados en la revisión realizada por Vargas, Marco, Lila y Gracia (2014). Dicho trabajo, como fuentes principales de información, recurrió al informe para la Prevención de la Violencia Sexual y Violencia infligida por la pareja hacia las mujeres (OMS, 2010) y dos estudios que realizan una revisión sistemática de las principales publicaciones científicas recientes relacionadas con la violencia contra la pareja. Los factores de riesgo van a ser presentados tal y como recoge el citado trabajo, para el cual los autores han seguido la conceptualización del modelo original de Brofenbrenner (1979) y la nomenclatura de Belsky (1980) propuesta por Heise en 1998 y su actualización de 2011: (1) factores macrosociales/culturales (Tabla 11); (2) factores comunitarios (Tabla 12); (3) factores relacionales (Tabla

13); y factores individuales (Tabla 14). La mayoría de los factores se agrupan en los niveles individuales y relacionales, con un menor número en los niveles comunitarios y culturales, debido probablemente a la falta de investigación en estos ámbitos y no a la menor presencia de factores en estos niveles (OMS, 2010).

Tabla 11. Principal factores de riesgo macrosociales/culturales



Este diagrama muestra cuatro categorías de factores de riesgo macrosociales/culturales, cada una con una lista de puntos específicos. Las categorías y sus respectivos factores son:

Orden de género	<ul style="list-style-type: none">• Baja igualdad de género• Carencia de derechos• Derecho de familia discriminatorio• Dificultades para obtener el divorcio para la mujer
Culturales	<ul style="list-style-type: none">• Uso de la violencia como estrategia para resolver conflictos• Culturas con orientación colectiva versus individual• Énfasis en la pureza de la mujer y el honor familiar
Económicos	<ul style="list-style-type: none">• Nivel de desarrollo• Acceso de la mujer al empleo formal
Normas	<ul style="list-style-type: none">• Carencia de legislaciones específicas en violencia de género

Fuente: Basado en Vargas, Marco, Lila y Gracia (2014).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Tabla 12. Principales factores de riesgo comunitarios

Vecindario	<ul style="list-style-type: none">•Barrio o comunidad violenta•Aislamiento social•Alto desempleo y bajo nivel socioeconómico•Bajo capital social•Pobreza
Carencia de sanciones	<ul style="list-style-type: none">•Ausencia de sanciones legales o morales hacia la violencia•Falta de intervención de otros miembros de la comunidad
Normas	<ul style="list-style-type: none">•Aceptación del uso de la violencia física hacia la mujer•Tolerancia del castigo físico severo a los y las hijos/as•Derecho del hombre de controlar y disciplinar la conducta de la mujer•Concepto de masculinidad relacionado con la dominancia, la dureza y el honor•Estigmatización a las mujer divorciadas o solteras•Valor de la privacidad familiar

Fuente: Basado en Vargas, Marco, Lila y Gracia (2014).

Tabla 13. Principales factores de riesgo relacionales

Desencadenantes del conflicto	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo/infidelidad (parejas múltiples) • Distribución y control del dinero masculina • Falta de corresponsabilidad en las tareas domésticas • Estado de embriaguez del hombre • Desafío de la mujer a la autoridad masculina • Incumplimiento de las expectativas de roles de género • Reivindicación de la autonomía femenina • Insatisfacción conyugal • Dominancia masculina • Desigualdad en la toma de decisiones • Relación altamente conflictiva • Pobre comunicación de pareja • Disparidad de educación
-------------------------------	--

Fuente: Basado en Vargas, Marco, Lila y Gracia (2014).

Tabla 14. Principales factores de riesgo individuales

Victima	Agresor
<ul style="list-style-type: none"> • Temprana edad • Bajo nivel educativo • Ser separada o divorciada • Violencia en la infancia • Testigo de violencia de pareja • Víctima de maltrato infantil • Otros traumas infantiles • Depresión • Aceptación de la violencia • Tolerancia hacia la violencia • Bajo apoyo social • Antecedentes • Problemas psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educacional bajo • Juventud • Violencia en la infancia • Abuso sexual infantil • Ausencia o rechazo de los padres • Problemas psicológicos • Personalidad/conducta antisocial • Disfunción psicológica • Traumas infantiles • Problemas de apego • Aceptación de la violencia • Actitudes de diferencias de género • Abuso de alcohol • Antecedentes de violencia en relaciones de pareja anteriores • Conflicto de roles de género • Pares delincuentes

Fuente: Basado en Vargas, Marco, Lila y Gracia (2014).

En definitiva, considerar el contexto en el que se produce la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, es fundamental (Casado y García, 2006). Detectar los factores de riesgo y protectores en el entorno de las víctimas y agresores puede ayudar a la prevención y la intervención (Dahlberg y Krug, 2002). Por ello, estudiar dichos factores nos ayudará a diseñar estrategias que eliminen o disminuyan dichos riesgos (Catalá-Miñana, 2014; OMS, 2010), fundamental para la configuración de los contenidos de los programas de intervención con maltratadores.

3.4 Programas existentes de intervención con maltratadores

La implementación de los programas de intervención con hombres que ejercen la violencia contra la mujer en sus relaciones de pareja, comienza en América en los años 70, con el surgimiento de los primeros programas en Estados Unidos y Canadá (Geldschläger, 2012; Lila, 2013). Afloraron con el propósito de proteger a las víctimas de esta violencia desde los movimientos feministas y los servicios de apoyo a las víctimas. Uno de las primeras intervenciones propuestas fue la de Duluth. Tras estas primeras iniciativas en los años 80 se expandieron por

el resto del mundo, surgiendo en los 90 el primer programa en España (Boira, 2010).

3.4.1 Programas de intervención en Estados Unidos y Canadá

Como hemos señalado anteriormente, es a partir de los años 70 cuando aparecen los primeros programas para maltratadores y lo hacen en Estados Unidos. Surgen propuestas como EMERGE en Boston y RAVEN en St. Louis, que utilizaban la terapia de grupo de tipo educativo como metodología de tratamiento (Gondolf, 1997b) y el Modelo DULUTH en Minnesota, modelo de intervención aplicado a programas de numerosos países (Dobash y Dobash, 1992; Crowell y Burgess, 1996). Aunque el modelo teórico en el que se basaban era de género y educativo (Gondolf, 1995, 1997), con el tiempo fueron incluyendo técnicas terapéuticas de tipo conductual/cognitivo, además de técnicas para mejorar las habilidades sociales (Davis y Taylor, 1999).

EMERGE, es considerado el primer programa creado en EEUU con representantes de los movimientos feministas (Dutton y Corvo, 2006). Surgió en Boston en 1977, como la primera organización del mundo que ofrece una atención exclusiva a hombres maltratadores, ofreciendo un programa que les ayude a dejar de utilizar la violencia en sus relaciones de pareja (Adamas, 1988; Edleson y Tolman, 1992; Subirana-Malaret, 2013). Además fue el primero en introducir variables de carácter psicológico. Implantó las bases del enfoque de género; para poder

llegar a la raíz del problema se debía realizar una profunda revisión de las ideas sexistas y de los estereotipos de género que están en la base de las conductas de control y dominio (Corsi, 2005). Planteó que para poder llegar a la raíz del problema de la agresión hacia la mujer se debía adoptar una base conceptual profeminista. El modelo se ha replicado en 44 estados de EEUU y en 22 países del mundo. Consta de 48 sesiones, 8 de orientación individual y 40 de trabajo grupal. Los objetivos de trabajo que plantea son: la definición de violencia de género, los efectos de la violencia de género sobre la mujer (el abuso psicológico, económico y sexual) los efectos del maltrato sobre los y las hijos/as y las diferencias entre una comunicación abusiva y una comunicación respetuosa hacia la pareja.

A partir de aquí, en un período de pocos años surgen cientos de iniciativas similares en toda Norte América y la difusión de la experiencia diversifica los enfoques y las modalidades de intervención adoptadas (Creazzo, 2009). Desde entonces, los programas han ido incorporando técnicas terapéuticas de tipo conductual / cognitivo y de desarrollo de habilidades sociales pero, aunque el curriculum y la operativa de estos programas sea ampliamente variada, la mayoría de los programas tienen una aproximación de género y un enfoque cognitivo-conductual, implementado en un formato de grupo de 8-15 miembros (Price y Rosebaum, 2009), estructurado en 48 semanas, 8 de orientación individual y 40 de trabajo grupal.

Otro programa es *The AMEND Model* (Abusive Men Exploring New Directions) que surge en Denver en 1977 bajo los principios de la asunción de la responsabilidad. Considera esencial entender la violencia de género desde la necesidad que el hombre tiene de ejercer control y poder sobre la mujer. Su duración varía entre 36 semanas y 5 años y utiliza un enfoque integrado por distintos modelos teóricos. Se trabaja con grupo terapéutico y complementado con apoyo psicológico individual y trabajo con la pareja (Fariña, Arce y Buela, 2009). Considera esencial para poder comprender el problema de la violencia de género entender que esta violencia surge de la necesidad del hombre de ejercer el poder y el control sobre la mujer (Subirana-Malarete, 2013). Este modelo, desde el año 2002, ha ampliado su intervención a la violencia en parejas homosexuales.

El modelo de Duluth es resultado del *Domestic Abuse Intervention Project*. Se inició en 1981 a raíz de la coordinación de distintas entidades tanto públicas como privadas con el objetivo de proteger a las víctimas de violencia doméstica y ofrecer una oportunidad de cambio a los agresores (Lila, Herrero y Gracia, 2008). Este modelo supone la primera respuesta coordinada en EEUU, y sienta las bases para las acciones conjuntas desde las diferentes entidades comprometidas con la lucha contra la violencia de género. Una de sus premisas básicas es que la violencia es parte del conjunto de estrategias que algunos hombres utilizan para mantener el control sobre sus parejas (Medina, 2002). Los participantes que acuden a este

programa lo hacen como parte de su condena de libertad vigilada, por tanto su participación no es voluntaria, siendo expulsados del programa cuando se producen tres ausencias sin justificar. La duración del tratamiento es de 6 meses, con sesiones de una hora y media o dos a la semana (Dobash, Dobash, Cavanagh, Lewis, 2000). El modelo Duluth sigue una serie de principios: (1) *Adopción de una perspectiva feminista*; conseguir que los programas insistan en el carácter instrumental de la violencia, en su refuerzo por parte de las estructuras sociales y en el carácter aprendido de la misma. (2) *Enfoque cognitivo-conductual*. Este enfoque se basa fundamentalmente en la confrontación como modo de cambio de la forma de pensar del agresor. La base fundamental es ofrecer técnicas alternativas de comportamiento, permitiendo sustituir su comportamiento violento por otras conductas más adecuadas. Utilización de técnicas psicológicas tradicionales como resolución de conflictos, anticipación e interrupción de los procesos de ira, autocontrol y role-playing. (3) Los programas de intervención con maltratadores deben ser parte de una respuesta comunitaria coordinada.

Los programas de intervención en Canadá son contemporáneos a los surgidos en EEUU, basando su modelo de trabajo en los aspectos cognitivos. Destaca el trabajo científico desarrollado por Ross y colaboradores en el que revisaron numerosos programas de tratamiento y concluyeron que los programas que habían resultado ser más eficaces fueron aquellos que habían incluido componentes dirigidos a cambiar la forma de pensar de los delincuentes (Israel y Hong, 2006; Ross, 1987). Fruto de esta

investigación desarrollaron un programa multifacético denominado Reasoning and Rehabilitation (R & R), las adaptaciones posteriores de este programa han sido aplicadas en diferentes países, entre los que se incluye España (Redondo, 2008).

3.4.2 Programas de intervención de maltratadores en Europa

Poco después de surgir en los EEUU, los programas de tratamiento para hombres maltratadores comienzan a extenderse en Europa, desarrollándose inicialmente en Reino Unido y los Países Nórdicos. Destacan el programa RESPECT desarrollado en el Reino Unido (Ministerio del Interior, 2010); el programa CHANCE (Morran y Wilson, 2009) implantado en Escocia desde el año 1989 (Geldschläger et al., 2010; Lila, Herrero y Gracia, 2008; Lila, 2009); la adaptación en los países nórdicos del programa EMERGE mediante la organización "Alternativa contra la Violencia" de Oslo (ATV) (Råkil, Isdal y Askeland, 2009); y en nuestro país el programa desarrollado por Echeburúa y su equipo en España a finales de los 90 (Redondo, 2008).

Según Ruiz et al. (2010) los programas RESPECT y CHANCE se basan en la opinión de que la violencia de género es un problema con fuertes raíces culturales y educacionales, siendo preciso trabajar las creencias, conocimientos y conductas que sustentan relaciones de pareja desiguales. En la misma línea que el modelo

de Dutton, RESPECT ha sido criticado por su tradición en el enfoque de género (Dixon, Graham-Kevan y Archer, 2011).

El programa desarrollado en Oslo, *Alternativa contra la Violencia* (ATV), se basa en el programa EMERGE, adoptando un enfoque de género que aborda los aspectos de poder y control de la violencia masculina sobre las mujeres, la responsabilidad del hombre sobre su propia violencia y las actitudes de dominancia masculina (Adams, 1988; Gondolf y Russell, 1986). El método de tratamiento basado en el pro-feminismo pertenece a la tradición de los tratamientos psico-educativos anglosajones que representa la principal tendencia histórica en el desarrollo de este tipo de tratamientos para hombres, y subraya que la responsabilidad y la violencia se encuentran relacionadas con estrategias masculinas de poder y control (Råkil, Isdal y Askeland, 2009; Subirana-Malaret, 2012). A pesar de que en términos generales siguen las indicaciones y pautas del programa EMERGE de Boston, los métodos en los países nórdicos van más orientados al proceso, ahondando en mayor medida en las causas y dimensiones emocionales, así como en la experiencia familiar de la violencia durante la infancia (Råkil, Isdal y Askeland, 2009).

En todos los países, el movimiento político de las mujeres ha desarrollado un papel determinante en relación con la construcción social del problema de la violencia contra las mujeres y ha ayudado de manera determinante a que las víctimas de violencia de género dispongan de apoyo y atención integral.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

No obstante, existen países europeos en los que la intervención con maltratadores es muy reciente, son pocos los países que disponen de una larga trayectoria en el desarrollo de programas de tratamiento para hombres que utilizan la violencia en sus relaciones de pareja (Subirana-Malaret, 2012).

La Decisión n. 293/2000 / CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000 por la que se aprueba un programa de acción comunitario (programa Daphne) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida hacia los niños, los adolescentes y las mujeres (Diario Oficial L 34 de 02.09.2000), ha permitido la puesta en marcha de iniciativas específicas orientadas a la intervención con hombres maltratadores y ha marcado la ruta para una futura definición de directrices europeas sobre la intervención con hombres que ejercen violencia de género, así como el conocimiento del contexto europeo acerca de esta problemática. Esta iniciativa ha promovido la participación de organizaciones privadas sin ánimo de lucro, autoridades e instituciones públicas (autoridades locales competentes, departamentos universitarios y centros de investigación) de todos los países que componen la Unión Europea. El programa Daphne propone proyectos coordinados entre diferentes países cuyo objetivo sea la prevención de la violencia y ayuda a las víctimas, especialmente con respecto a la violencia contra las mujeres y los niños y niñas.

3.4.3 Programas de intervención de maltratadores en España

En España, no es hasta la década de los 90 cuando surgen los primeros programas de intervención con maltratadores (Geldschläger et al., 2010; Mederos, 2002). En el año 1995 el Código Penal permitió la posibilidad de imponer como medida sustitutiva de la pena privativa de prisión, la obligación de realizar un programa formativo. Con esta medida el sistema penal español se aproximaba al sistema de la *Probation* anglosajona (Cid, 2009).

La primera iniciativa en relación al tratamiento de maltratadores se inició en el País Vasco en 1995 con el programa *Hombres que Ejercen Violencia en la Pareja* (HEVPA). A este programa se sumaron diferentes propuestas autonómicas aisladas que ofrecían tratamiento a hombres que acudían voluntariamente en busca de ayuda para resolver sus problemas de agresión en sus relaciones de pareja (Boira, 2010; Carbajosa y Boira, 2013). La primera experiencia en el ámbito penitenciario se llevó a cabo entre los años 2001 y 2002, con un programa piloto de hombres condenados por un delito de violencia de género que acudían de forma voluntaria mientras cumplían su condena en prisión. Tras esta experiencia los programas de tratamiento para maltratadores de carácter voluntario se extendieron por el país (Carbajosa y Boira, 2013). A raíz de la proliferación de programas de tratamiento, en el año 2005 se publicó el *Programa de*

tratamiento en prisión para agresores en el ámbito familiar, de índole estatal (Expósito y Ruiz, 2010). En lo que respecta al ámbito de investigación, en esta primera etapa surgen también las primeras investigaciones en las que se comienza a estudiar el perfil y características sociodemográficas que presentan los agresores en comunidad y en el interior de prisiones (Boira, 2008). No obstante, no es hasta la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género cuando se produce un incremento importante de este tipo de programas. Esta vez los programas de intervención son para hombres penados por violencia de género que permanecen en libertad debido a una suspensión o sustitución de la condena (Boira, Carbajosa y Lila, 2014; Lila, 2013; Lila, Conchell y Catalá-Miñana, 2016). Una de las medidas de la Ley Orgánica 1/2004, es el endurecimiento de las penas por delitos de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, lo que se traduce en un aumento considerable del número de penados que deben recibir tratamiento. Otra de las imposiciones de la ley, es la obligatoriedad de acudir a un programa de reeducación, entre otros requisitos, si el juez dictamina una medida alternativa a la pena privativa de prisión (Boira, 2010; Carbajosa y Boira, 2013). Estas circunstancias hacen que aflore una mayor necesidad de disponer de programas que permitan el cumplimiento de la ley. Diversas instituciones de carácter público y privado, en colaboración con Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, comienzan a diseñar e implementar programas de intervención con maltratadores en nuestro país. En España existe

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

gran variedad de programas, coexistiendo tres tipos de formato: a) programas de intervención para hombres que voluntariamente deciden buscar ayuda, b) hombres condenados por un delito de violencia de género que deben cumplir su medida en prisión y, c) hombres cuya condena puede ser sustituida o suspendida a cambio de realizar un programa de reeducación (entre otras medidas) (Boira, 2010; Boira, Carbajosa y Lila, 2014; Cortil, 2017; Ruiz et al., 2010; Geldschläger, 2011).

*Programas de intervención para hombres de acuden de
forma voluntaria*

Este tipo de programas, como se ha mencionado anteriormente, fueron los primeros que se desarrollaron en nuestro territorio, partiendo de experiencias comunitarias, preventivas y desvinculadas del sistema penitenciario. Cortil (2017), destaca 16 programas de este tipo en España (ver Tabla 15).

Tabla 15. Programas de tratamiento voluntarios en medio abierto

Hombres que Ejercen Violencia en la Pareja (HEVPA), Echeburúa y Corral (País Vasco, 1998)
Servicio de Atención Psicológica para hombres maltratadores (SAHM), (Gerona, 98-99) ¹⁵
Programa de asistencia y rehabilitación para hombres, ARHOM (Barcelona, Fundación AGI, 98-99) ¹⁶
Programa de Tratamiento para Maltratadores (La Rioja, 98-99)
Servicio ESPACIO (Aragón, 98-99)

¹⁵ Para más información consultar Fundación IRES:
<http://fundacioires.org/es/>

¹⁶ Para más información consultar Fundación AGI: <http://fundacioires.org/es/>

Programa de atención psicológica para agresores (Álava/Vizcaya, Fundación ZUTITU, 98-99)¹⁷

Abramos el Círculo (Galicia, 2001)

Programa GANDHI (Asociación AHIGE, 2001)¹⁸

Programa terapéutico para personas que desean dejar de ser violentas (Bilbao, Asociación AMIKEKO, 2002)

Programa de igualdad y prevención de la VG en la familia (Madrid, Asociación AMIKEKO, 2002)¹⁹

Programa VITRUBIO (Castilla- La Mancha, 2005)²⁰

Programa FENIX (Castilla y León, 2005)²¹

Programa ORQUIDEA (León, Asociación PROYECTO HOMBRE, 2005)²²

Programa de Intervención Psico-Socio-Educativa con Hombres que han ejercido Malos Tratos dentro del Ámbito Familiar, PIHMA (Valencia, 2005)

Servicio de Atención a Hombres para la promoción de relaciones no violentas: SAH (Barcelona, 2005)²³

Programa de Atención a Hombres (Barcelona, Asociación CONEXUS, 2011)²⁴

Elaboración propia basada en Cortil (2017).

¹⁷ Para ampliar la información consultar Fundación Zutitu:

<http://zutitu.com/es/home.aspx>

¹⁸ Consultar <http://www.hombresigualitarios.ahige.org/?p=707>

¹⁹ <http://www.amikeco.es/programa.php>

²⁰ <http://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/publicaciones/descargas/memoria2005.pdf>

²¹ <http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1173962232740/ / />

²²

http://www.proyectohombreleon.org/PROYECTO_HOMBRE_LEON/PROGRAMAS.html

²³ <http://ajuntament.barcelona.cat/dones/es/canal/serveis-datencio-homes-sah>

²⁴ <http://www.conexus.cat/>

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Hombres que Ejercen Violencia en la Pareja (Echeburúa y de Corral, 1998), es la primera propuesta de trabajo en este ámbito. Estos autores diseñaron un programa de tratamiento dirigido a víctimas y agresores basado en su experiencia clínica en el ámbito de la intervención en violencia de pareja. Utiliza una metodología cognitivo-conductual de quince sesiones individuales y aborda las siguientes variables relacionadas con la violencia en las relaciones de pareja: ira, ansiedad, estrés, celos patológicos, consumo de sustancias, roles de género que sustentan la desigualdad, técnicas de resolución de conflictos, pautas de comunicación, autoestima, violencia sexual y afrontamiento de conflictos, entre otras (Boira, 2010; Cortil, 2017).

Programas de tratamiento en Centros Penitenciarios

Según el artículo 42 de la LO 1/2004 los penados por violencia de género que se encuentran en prisión pueden acceder de forma voluntaria a programas de tratamiento. A pesar de la voluntariedad de la asistencia a dichos programas, la participación supone beneficios para los condenados, como mejoras penitenciarias o ventajas a la hora de solicitar permisos. Los datos oficiales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (en adelante SGIP), en julio de 2015 indican que la población de reclusos por delitos y faltas vinculados con la violencia de género en las prisiones españolas supone un total de 4.183 penados (Sordí, 2016). La SGIP ha sido la entidad encargada de promover los programas de intervención en esta

materia, planteando tratamientos de carácter grupal y con una duración anual, siguiendo las recomendaciones internacionales.

La evolución de los programas de Tratamiento en Centros Penitenciarios se estructura en tres etapas: 1ª) 2001-2002: Programa Piloto; 2ª) 2004-2010: Programa de Tratamiento en Prisión para Agresores en el Ámbito Familiar; 3ª) 2010-Actualidad: Violencia de Género: Programa de Intervención para Agresores-PRIA.

1ª) Programa Piloto. Como se ha mencionado anteriormente, entre los años 2001 y 2002, se desarrolló una de las primeras propuestas basada en el programa de Echeburúa y Corral (1998), que atendió a 61 condenados por delitos de violencia de género en 8 prisiones españolas.

2ª) Tras esta experiencia piloto, en el año 2004 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias realizó una revisión dando origen, un año después, al Programa de Tratamiento de Prisión para Agresores en el Ámbito Familiar. Este programa se implementó en 18 centros penitenciarios y trató a un total de 162 internos condenados por violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Se diferencia de su predecesor en el incremento de sesiones, doblando el número de sesiones hasta un total de 44, así como aborda en mayor medida aspectos emocionales. Mantiene como enfoque

metodológico la perspectiva cognitivo conductual, el tratamiento grupal y el número de penados por grupo (entre 10 y 15).

3ª) Debido al incremento de penados por delitos de violencia de género, el aumento de recurso y medios para la ejecución de estas medidas, así como la necesidad de mejorar la efectividad de los programas de tratamiento (Boira, 2010), en el año 2010 se publica el PRIA (Violencia de Género: Programa de Intervención con Agresores). Dicho programa tiene como objetivo “la extinción de cualquier tipo de violencia dirigida hacia la pareja, así como la modificación de todo tipo de actitudes y creencias de tipo sexista” (SGIP, 2010, p. 7). Se aplica en más de 40 centros penitenciarios y consta de un Anexo titulado *El Delito de la Violencia de Género y los Penados Extranjeros*, publicado en 2011, en el que se abordan de forma más específica cuestiones culturales para población extranjera (Carbajosa, Lila, Negrodo y Pérez, 2011). El PRIA propone un tratamiento de tipo educativo basado en una intervención cognitivo-conductual basado en un enfoque de género. Al igual que sus predecesores utiliza un formato grupal, con una media de 12 participantes. La temporalidad de las sesiones se concreta en una sesión semanal de dos horas de duración a lo largo de 25 encuentros. Consta de 3 fases: evaluación previa al tratamiento, tratamiento y seguimiento; divididas en once módulos temáticos (ver

Tabla 16). Como elementos diferenciales destaca la combinación de aspectos clínicos con la perspectiva de género; el tratamiento de la motivación inicial de los agresores; y el examen de las diferentes conductas que integran la violencia de género (como, por ejemplo, la violencia psicológica y la instrumentalización de los hijos/as) (Cortil, 2017; Sordí, 2016).

Tabla 16. Módulos de intervención Programa PRIA.

Presentación y motivación
Identificación y expresión de emociones
Distorsiones cognitivas y creencias irracionales
Asunción de responsabilidad y mecanismos de defensa
Empatía con la víctima
Violencia física y control de la ira
Agresión y coerción sexual en la pareja
Violencia psicológica
Abuso e instrumentalización de los hijos
Género y violencia de género
Prevención de recaídas

Elaboración propia basada en Cortil (2017).

Programas en medio abierto

Tal y como su nombre indica, estos programas se desarrollan fuera de la institución penitenciaria, suponiendo una sustitución o suspensión de la pena privativa de libertad para aquellos hombres que han sido condenados a una pena de prisión inferior a dos años

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

y cuyo delito no concurre con otros. La ejecución de estas medidas es responsabilidad de los Servicios de Gestión de Penas y Medidas Alternativas, y su aplicación se lleva a cabo desde los Servicios Sociales de los Centros de Inserción Social, así como desde diferentes entidades públicas y/o privadas (universidades, asociaciones, colegios de psicólogos o administraciones públicas) con las que ha establecido convenio de colaboración.

Aunque actualmente todos los programas que surgieron en nuestro país no se encuentran en funcionamiento, proliferaron distintos planteamientos de trabajo de los que destacan los siguientes programas (Millana, 2011; Lila, Conchell, Catalá-Miñana, 2016):

- Programa Galicia para la reeducación de maltratadores de género (Arce y Fariña, 2010).²⁵
- Programa terapéutico para maltratadores familiares en Navarra (Echauri, Martínez y Azcárate, 2010).²⁶
- Programa Contexto (Lila, García y Lorenzo, 2010).²⁷

²⁵ Se puede consultar en:

http://www.usc.es/export9/sites/webinstitucional/gl/servizos/uforense/descargas/2009_Intervencixn_con_penados_xArce_y_Farixax_2009x.pdf

²⁶ Para ampliar la información consultar:

http://www.gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/gobernanza/servicio_social_de_justicia_2010.pdf

²⁷ Consultar en: <http://www.uv.es/contexto>

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- Programa de Intervención Psicosocial para la Prevención y el Tratamiento de la Violencia de Género (Ruiz y Expósito, 2008).²⁸
- Programa de intervención psicosocial para maltratadores (Quinteros y Carbajosa, 2008).
- Programa para el tratamiento psicológico de maltratadores (Graña, Muñoz, Redondo y González, 2008).
- Programa de Tratamiento Psicológico voluntario-Servicio Espacio (Boira, López de Hoyo, Tomás y Gaspar, 2013).
- Programa Marco de Intervención en Violencia Doméstica (Martínez y Pérez, 2009).
- Programa de Intervención para Agresores de Violencia de Género en Medidas Alternativas (PRIA-MA) (Negredo, 2015)

El Programa que actualmente se implementa en mayor medida en todo el territorio español es el PRIA-MA, por tanto merece ser destacado especialmente. Este Programa es aplicado desde la propia Institución Penitenciaria, así como a través de las diferentes entidades colaboradoras con las que establece convenio. Actualmente existe convenio con alrededor de cuarenta recursos. Debido al incremento de penados por violencia de

²⁸ Para más información: <http://www.redalyc.org/pdf/3150/315024785009.pdf>

género que deben cumplir su medida en un régimen de medio abierto, fue necesario diseñar un programa para tal efecto. El Programa PRIA-MA, supone una actualización del programa anterior PRIA, el cuál surgió en base a la adaptación del *Programa de tratamiento en prisión para agresores en el ámbito familiar*, que tal y como su nombre indica, estaba destinado a su uso dentro de prisión (Ruiz et al., 2010). La nueva propuesta de tratamiento que plantea el PRIA-MA, a parte de la revisión metodológica y de contenido, incluye la herramienta de trabajo diseñada por Marisol Lila y su equipo de investigación de la Universidad de Valencia, el Plan Motivacional Individualizado (PMI), que formula la aplicación de estrategias motivacionales y de alianza terapéutica. El tratamiento tiene una duración de 10 meses a través de 4 sesiones individuales y 33 sesiones grupales, de grupos de tratamiento conformados por entre 12 y 15 participantes. Las variables que se trabajan para favorecer el cambio terapéutico son variables relacionadas con la motivación al cambio, la identificación y expresión de emociones, la asunción de responsabilidad, la empatía, el control de la ira, la instrumentalización de los hijos, cuestiones de género y la prevención de recaídas (Negredo, 2015). Utiliza un lenguaje menos culpabilizador y más positivo. Esta característica novedosa se puede entrever en el nombre de los módulos de tratamiento que componen el programa (ver Tabla 17). Los resultados obtenidos hasta la fecha muestran resultados positivos y prometedores al aplicar la intervención (Pérez, Giménez-Salinas y de Juan, 2013).

Tabla 17. Unidades de la fase de intervención Programa PRIA-MA.

Inteligencia emocional y fomento de la autoestima
Pensamiento y bienestar
Género y nuevas masculinidades
Habilidades sociales, autocontrol y gestión de la ira
Empatía
Cuando sentimos miedo de perder a alguien
Los antídotos de la violencia psicológica: confianza, tolerancia, respeto y libertad en las relaciones humanas
Las dos caras de una misma moneda: construir una relación de pareja sana y afrontar la ruptura de manera saludable
Pensando en los menores
Afrontando el futuro

Elaboración propia: basado en Negredo, 2015

Como ocurre en el resto de países, existe una gran variedad de modelos teóricos en los que se fundamentan los programas en nuestro país. Estos modelos podrían catalogarse en función de las variables que abordan: intrapersonales, interpersonales, socioculturales o aquellos que tratan la relación entre todas ellas a través de una visión ecológica. Algunos de ellos se basan específicamente en la perspectiva de género (Expósito y Ruiz, 2010), el modelo ecológico (Lila et al., 2010), el modelo multimodal y multinivel (Arce y Fariña, 2010), el modelo transteórico del cambio (Quinteros y Carbajosa, 2008) o el

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

modelo cognitivo-conductual (Graña, Muñoz, Redondo y González, 2008).

Mediante la promoción del cambio de conductas del agresor, pretenden proteger a las víctimas, evitar la victimización de los hijos e hijas, así como prevenir la transmisión intergeneracional de la violencia de género (Bennett y Williams, 2001; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y de Corral, 2009). Para ello se abordan diferentes áreas terapéuticas, entre las que Martínez y Perez, (2009) destacan: 1) reestructuración de distorsiones cognitivas; 2) asunción de responsabilidad; 3) control emocional; 4) expresión emocional y empatía; 5) desarrollo de habilidades sociales y de comunicación; y 6) prevención de la reincidencia. La estructura de estos programas suele contener 3 fases diferenciadas en evaluación, intervención y seguimiento, la duración de dichas fases dependerá del programa planteado, así como una aplicación grupal o individual, existiendo un fuerte predominio de intervenciones de carácter grupal que incluyen algunas intervenciones individualizadas en momentos puntuales (Millana, 2011).

Existen diversas dificultades para los y las profesionales que trabajan con maltratadores en nuestro país. La obligatoriedad de acudir al tratamiento como medida sustitutiva de la pena privativa de libertad, se traduce normalmente en un rechazo a la intervención, mostrando una actitud hostil, así como una alta deseabilidad social. Además, existe una falta de conciencia sobre

el problema, una baja asunción de responsabilidad sobre la conducta violenta ejercida y una escasa motivación para el cambio. Es importante destacar también que los hombres que acuden a estos programas de tratamiento suelen presentar problemas asociados como bajo ajuste psicosocial, sintomatología depresiva, falta de apoyo social o factores estresantes que incrementan la dificultad del tratamiento terapéutico (Boira, Carbajos y Lila, 2014; Lila, Cochell y Catalá-Miñana, 2016).

La gran heterogeneidad en las principales características de los programas de tratamiento de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, hace necesario que los programas cumplan con los estándares de calidad internacionales. Incrementar y mejorar la coordinación con el sistema judicial y los cuerpos de seguridad del estado; establecer seguimientos de más de doce meses para poder prevenir la reincidencia en la conducta violenta y evaluar en mejor medida el impacto del tratamiento a lo largo del tiempo; o garantizar la formación de los profesionales encargados de dirigir estos tratamientos, son algunos de los indicadores internacionales de buenas prácticas que deben ser considerados (Geldschläger, 2011).

En la actualidad, los expertos en el ámbito preocupados por mejorar la eficacia de la intervención con hombres agresores contra la pareja, apuntan que hay que insistir en cuestiones como la motivación, la alianza terapéutica, las habilidades del terapeuta

o el contexto de la intervención (Boira, del Castillo, Carbajosa y Marcuello, 2013; Carbajosa y Boira, 2013; Carbajosa, Boira y Tomás-Aragonés, 2013; Lila, Gracia y Murgui, 2013; Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013a). Boira, Carbajosa y Lila (2014) compilan algunas de las propuestas más destacadas para favorecer intervenciones más eficaces. De una parte, los estudios recomiendan establecer un equilibrio entre las necesidades específicas del agresor para fomentar el cambio terapéutico y garantizar la seguridad de las víctimas disminuyendo los factores de riesgo que propician la violencia. De otra parte, la capacidad del terapeuta para genera un vínculo terapéutico positivo que favorezca la cohesión grupal, la capacidad de expresarse de manera asertiva, así como la habilidad de gestionar y controlar las propias emociones, son factores que predicen un mayor éxito en la intervención. También es necesario generar un proceso motivacional previo a la intervención para mejorar la actitud del usuario hacia el tratamiento. Finalmente, proponen la necesidad de superar la dificultad de desempeñar dos roles: el de facilitador del cambio de conducta del penado y el de agente encargado de que se cumpla el mandato judicial, en primera instancia para garantizar la seguridad de la víctima (Boira, Carbajosa y Lila, 2014). En conclusión, diversos autores destacan que en España los esfuerzos han de ir dirigidos hacia la adaptación de los programas a características diferenciales; incluir elementos que influyan en la motivación y la adherencia al tratamiento; y a englobar a los programas de intervención con agresores como una estrategia integral de actuación contra la violencia de género

(Carbajosa y Boira, 2013; Lila, Chonchell y Catalá Miñana, 2016).

3.5 El Programa Contexto

El Programa Contexto (Programa de Investigación, Formación, Intervención y Prevención de la violencia de género a través del trabajo con el agresor), nace con el propósito de trabajar para eliminar la violencia de género mediante la creación de un programa de atención psicosocial para hombres maltratadores (Lila et al., 2010).

A raíz de la aprobación de la *Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* en España, los hombres condenados por violencia de género deben acudir a un “programa específico de reeducación y tratamiento psicológico”, como una de las condiciones para obtener la suspensión de la pena privativa de libertad. Esta circunstancia puso de manifiesto la necesidad de crear recursos que ayudaran al cumplimiento de la ley, así como quedó de manifiesto la escasez de programa de tratamiento en la provincia de Valencia que trabajasen con hombres violentos en sus relaciones de pareja. Consciente de esta situación y de la importancia de trabajar con el maltratador para luchar contra la violencia de género, Marisol Lila, miembro del equipo de investigación *Vio-strategy* (Advanced research strategies in family and gender violence) del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, estableció una

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

estrecha colaboración con la Dirección del Centro de Inserción Social de Picassent (Valencia), los Servicios Sociales Penitenciarios de Valencia, que posibilitó la creación del programa Contexto. A esta cooperación se uniría de manera formal en el año 2009, la Asociación PSIMA (Profesionales Sociales en la Intervención del Maltrato). El trabajo en conjunto de estas cuatro entidades persigue tres objetivos principales:

- (1) Generar *investigación* que aporte un mayor conocimiento en el tratamiento y prevención de la violencia en las relaciones de pareja.
- (2) Crear un espacio de *formación* especializada en la intervención con maltratadores.
- (3) Diseñar y desarrollar un *recurso de intervención* para hombres que ejercen o han ejercido violencia de género basado en la evidencia científica (Lila et al., 2010).

Así fue como en el año 2006 se puso en funcionamiento el Programa Contexto, conformando el diseño de la intervención, la posterior incorporación de los participantes derivados desde instituciones penitenciarias al proceso de intervención, realizando formación previa de los profesionales a cargo de la intervención y ejecutando la primera recogida de datos para iniciar las investigaciones en intervención con maltratadores.

En el año 2009, los profesionales que desarrollaban su trabajo en el Programa Contexto decidieron fundar la Asociación PSIMA,

con el objetivo de incrementar los recursos económicos y humanos con los que contaba, así como crear una entidad que ayudara con la gestión del personal voluntario.

Para poder llevar a cabo los tres objetivos anteriormente mencionados, Contexto cuenta con tres líneas de actuación que son interdependientes, se complementan entre sí y son necesarias para poder desarrollar un programa de calidad: la investigación, la formación y la intervención. Esta característica, como hemos mencionado anteriormente, lo hace único en nuestro país.

3.5.1 La investigación en el Programa Contexto

Uno de las características que más enriquecen al Programa Contexto es su vinculación con el ámbito académico. La posibilidad de generar conocimiento científico en intervención con maltratadores y clarificar las numerosas cuestiones que aún se encuentran sin una respuesta en esta área de investigación, fue una de las principales motivaciones que llevaron a Marisol Lila a crear un programa desde la Universidad de Valencia (Lila et al., 2010). De acuerdo con las reivindicaciones de numerosos autores sobre la falta de conocimiento científico en materia de intervención con maltratadores, el Programa Contexto pretende aportar indicaciones precisas sobre qué estrategias son más eficaces en este tipo de intervenciones. Algunas de las cuestiones que se encuentran sin respuesta y que el equipo de investigación

se plantea en relación a las estrategias y metodología más efectiva para abordar el tratamiento de los maltratadores, son: ¿las intervenciones con maltratadores son eficaces?, ¿reducen realmente la reincidencia en el comportamiento violento de los agresores?, ¿existen unos enfoques teóricos, métodos o elementos de intervención que garanticen una mayor efectividad?, en el caso de que sean efectivos, ¿qué estrategias son las que producen el cambio?, ¿es necesario adecuar los programas a las diferentes problemáticas que presentan los maltratadores?, ¿se debe ajustar la intervención dependiendo de las diferencias culturales?

Evidentemente, el primer gran reto es la evaluación rigurosa de la eficacia de los programas de intervención con maltratadores. Saber si estos programas son efectivos es una cuestión importante por distintas razones (Arias, Arce, Vilariño, 2013; Babcock, 2004, 2016; Bennett y Williams, 2001; Eckhardt et al., 2013; Lila, 2013). Por una parte, cada vez más hombres son remitidos desde el sistema judicial a tales programas de intervención, sugiriendo ciertos niveles de confianza social en la efectividad de estos programas. La pregunta que debemos hacernos es si tal confianza está realmente justificada; si la futura inversión pública o el esfuerzo de numerosos profesionales se ven justificados realmente por la efectividad y los resultados obtenidos en tales programas. En segundo lugar, son muchas las mujeres víctimas de malos tratos que siguen manteniendo algún tipo de relación con su agresor. El hecho de que estos cumplan con su participación en el programa puede suponer una esperanza para

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

estas mujeres de que su pareja va a cambiar. Si tal cambio no se produce, si la efectividad de estos programas no se garantiza de alguna manera, este hecho puede implicar un importante riesgo para estas mujeres. En tercer lugar, los profesionales que trabajan en este tipo de programas quieren saber, no sólo si estos funcionan o no; también quieren saber por qué, qué tipo de participantes se verán más beneficiados de esta intervención y qué elementos y variables del programa son los más importantes y juegan un papel más relevante en el proceso de cambio.

Con la finalidad de responder a algunas de estas cuestiones, desde el equipo del Programa Contexto se han iniciado diversas líneas de investigación, algunas de ellas en colaboración con otros equipos de investigación nacionales e internacionales. Entre estas líneas, destacan: (a) la evaluación de la eficacia del Programa Contexto; (b) el análisis de la atribución de responsabilidad de los maltratadores; (c) el estudio de variables contextuales, culturales y de ajuste social que influyen en la violencia de género; (d) la relación entre consumo de alcohol y violencia; (e) las actitudes de tolerancia hacia la violencia de género; (f) Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia del Plan Motivacional Individualizado; (g) Estudios del uso de análogos para evaluar las actitudes implícitas hacia la violencia de género; (h) Estudio de variables psicofisiológicas que influyen en la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja; (i) Influencia de los profesionales, la alianza terapéutica y el clima grupal en el éxito de la intervención (línea de investigación que aborda el presente

estudio); (j) Evaluación del riesgo de reincidencia de hombres condenados por violencia de género.

3.5.2 El Programa Contexto como espacio de formación

La mayoría de estándares o guías de buenas prácticas para la intervención con maltratadores señalan como requisito para los profesionales que realizan la intervención en este tipo de programas, que tengan formación especializada en violencia de género (Babcock, 2016). El segundo objetivo general del Programa Contexto es la formación de profesionales especializados en la intervención específica con hombres maltratadores. Teniendo en cuenta el creciente número de hombres que ejercen violencia contra la pareja así como el incremento de penados por violencia de género que deben participar por mandato judicial en este tipo de programas y, en vista de la carencia de opciones de formación teórico-práctica rigurosa y de calidad en este ámbito de intervención en la Comunidad Valenciana, se consideró prioritario conceder una especial importancia a la formación y generar un espacio para la misma en el Programa Contexto.

Así pues, a todas las personas que participan en el Programa se les asigna un supervisor o supervisora (persona formada en violencia de género y que cuenta con amplia experiencia en coordinación de grupos de intervención), que facilita su

integración en el equipo de trabajo y le asesora en todo momento. Además, los primeros meses pasan por un periodo de “colaboración” durante el cual asisten como observadores/as a las distintas actividades que se desarrollan en el programa (entrevistas, evaluaciones grupales, grupos de intervención, reuniones de asesoramiento para el manejo de las sesiones y seguimiento del progreso de los participantes, etc.), con el fin de facilitar el aprendizaje progresivo de la dinámica y funcionamiento del mismo. Como complemento de formación, trimestralmente se imparten seminarios monográficos directamente vinculados con la evaluación, estrategias de intervención o contenidos teóricos relevantes en el ámbito de la violencia de género. Hasta el momento actual son más de 240 los y las estudiantes, recién graduados/as, alumnos y alumnas de master y profesionales que se han formado en el programa (principalmente de psicología, aunque también de criminología, trabajo social, educación social, derecho...). Además de estas actividades de formación que se desarrollan en el día a día del programa, los responsables del mismo participan regularmente en diversos masters, doctorados y cursos de extensión universitaria, en los que se tratan aspectos generales relacionados con los programas de intervención con maltratadores y se exponen los resultados de intervención e investigación del Programa Contexto. En concreto, los integrantes del equipo han participado en numerosos cursos de extensión y cursos de postgrado en diversas Universidades españolas y han diseñado y participado como profesorado en 1 Master, 1 Diploma y un Certificado que

trataban específicamente la violencia de género y la intervención con maltratadores.

3.5.3 El Programa Contexto como recurso de intervención

El programa de intervención tiene como objetivo primordial la intervención psicosocial con hombres que han ejercido o están ejerciendo violencia de género, para promover el cambio de conductas y actitudes violentas hacia la mujer y prevenir la ocurrencia de nuevas situaciones de violencia, así como la generación de nuevas víctimas (mujer e hijos/as).

Partiendo de una orientación social y comunitaria el enfoque teórico en el que se fundamenta la intervención es el *Modelo Ecológico* (Bronfenbrenner, 1979; Heise, 2011), acercamiento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (Dahlberg y Krug, 2002) y por el WWP (*Work with perpetrators of Domestic Violence in Europe, 2006-2008*; Geldschläger et al. 2010). Desde este acercamiento, la intervención con maltratadores se dirige a trabajar los factores de riesgo y protección que se dan en los distintos niveles de análisis: personal, interpersonal, contextual y social. El Programa Contexto debe su nombre a la concepción de la violencia de género como un problema social que para ser eliminado requiere, entre otras medidas, el trabajo con el entorno de los maltratadores. La tolerancia y falta de respuesta a los comportamientos abusivos de las personas que se relacionan con

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

el agresor ayuda al mantenimiento de la violencia hacia la mujer (Gracia y Lila, 2015). Teniendo en cuenta esta premisa, la intervención no sólo se centra en trabajar las características individuales de los participantes, sino también su entorno social, sus redes de apoyo. Hasta la fecha ningún programa en España ha introducido esta variable en su metodología de trabajo.

El programa está estructurado en tres fases (ver Gráfica 8) que se definen debido al momento en que se producen y las actividades fundamentales que se desarrollan: Fase de Evaluación y Motivación, Intervención y Seguimiento.



Elaboración propia

Gráfico 8. Estructura Programa Contexto.

Fase de Evaluación y Motivación

Tiene una duración aproximada de 2 meses y comienza con la recepción de los participantes derivados desde los diferentes recursos colaboradores (Servicios Sociales Penitenciarios,

Servicios Sociales de Base, centros de detección y tratamiento de conductas adictivas, policía local grupo GAMA, policía nacional, centros de día, despachos de abogados y psicólogos/as, entidades sin ánimo de lucro que detectan conductas de maltrato en sus usuarios, etc.) o de aquellos que han acudido a recibir tratamiento por su propia iniciativa, y finaliza con la entrada del participante, si presenta las condiciones óptimas para aprovechar el tratamiento (ver criterios de exclusión en Gráfica 9; Lila et al., 2010).

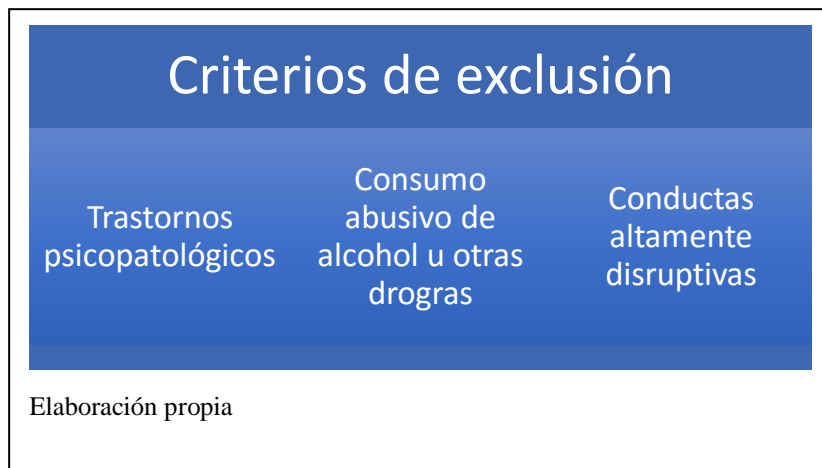


Gráfico 9. Criterios de no admisión del Programa Contexto

A pesar de que la evaluación da nombre a la primera fase del Programa Contexto, no significa que se dé únicamente esta actividad en la parte inicial, sino que está presente durante toda la duración del mismo. La evaluación rigurosa de los progresos de los participantes durante el programa, así como la efectividad del

tratamiento aplicado, es vital en la implementación del programa (Boira, Carbajosa y Lila, 2014; Babcock, 2016; ver Gráfico 9).

Tabla 18. Evaluación en el Programa Contexto

Evaluación Inicial

Objetivo: Obtener información cuantitativa y cualitativa, mediante la aplicación de pruebas psicométricas y con la observación directa y supervisión de cada caso, para obtener índices del nivel de

gravedad de los factores de riesgo para la reincidencia, aportando indicadores objetivos de cambio previo al tratamiento.

Con toda esta información se pretende verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos para poder acceder al programa, motivar y vincular al participante al proceso de intervención, diseñar unas metas de cambio que supongan el cese de la violencia, obtener el compromiso y la cumplimentación del contrato de intervención y determinar una valoración diagnóstica y de riesgo de reincidencia.

Evaluación Intermedia

Objetivo: Esta nueva medida de las variables relevantes en la intervención permite: la evaluación del programa y la posibilidad de rediseñar las intervenciones específicas de los participantes en sus planes de cambio terapéutico en el caso de que los resultados no sean lo óptimos que se esperan, lo que supone una evolución constante del Programa.

Evaluación Final

Objetivo: Se realiza un análisis en profundidad de los cambios producidos en los usuarios, tras su participación en el programa de intervención: (1) Valorar la consecución de los cambios producidos en los participantes tras la intervención. (2) Suministrar la información recopilada sobre el progreso del participante al recurso de derivación. (3) Realizar una valoración completa e integral que incluya el riesgo de reincidencia de los participantes. (4) Recopilar información para la evaluación del programa

Evaluación Seguimiento

Objetivo: Evaluar el mantenimiento de los cambios generados tras la aplicación del tratamiento a lo largo del tiempo en las variables relacionadas con la violencia. Finalmente, en esta fase se obtendrá una de las medidas objetivas con las que cuenta el programa; la extracción de los datos sobre la reincidencia informada de los participantes (accediendo periódicamente a la base de datos policial VIOGEN).

Elaboración propia basada en Lila et al. (2010).

Tras el pase de pruebas inicial, comenzará el diseño del Plan Motivacional Individualizado (PMI en adelante). Dicho plan consiste en la realización de una serie de entrevistas motivacionales en las que se proporciona al participante información y argumentos que favorezcan una actitud menos defensiva, así como en la definición de objetivos de mejora personal y situacional individualizados, de cara a la obtención de una mayor implicación y motivación para el cambio. Estas entrevistas tienen el objetivo de motivar al cambio, incrementar

la adherencia, reducir sus resistencias y aumentar su asunción de responsabilidad con respecto al delito cometido, así como promover una adecuada alianza terapéutica. Este plan se explicará con detalle en el próximo capítulo del presente trabajo.

La *Fase de Intervención* tiene una duración aproximada de 9 meses (30-35 sesiones dependiendo del ritmo de trabajo del grupo). Esta fase está estructurada en siete módulos con sus correspondientes actividades (ver Tabla 19). La intervención es grupal (10-12 personas), siendo dirigido el grupo por dos profesionales formados expresamente en violencia de género, que a la vez tienen asignado un supervisor o supervisora. Periódicamente se tratan algunos aspectos de forma individualizada (principalmente, el grado de consecución de los objetivos establecidos al inicio de la intervención). Además, se ha elaborado un manual de intervención (Lila, García y Lorenzo, 2010) que guía a los y las coordinadores/as de grupo, gracias al desarrollo pormenorizado de cada actividad que debe desarrollarse en los distintos módulos y un manual en el que se describe el Plan Motivacional Individualizado, que guía las entrevistas motivacionales y el seguimiento de los objetivos individuales (García y Lila, 2013). En las sesiones grupales se trabaja semanalmente en el reconocimiento y minimización de todos aquellos factores de riesgo presentes en los participantes, así como se trata de potenciar los factores protectores. Se abordan cuestiones tales como el control de la ira, la resolución de conflictos o habilidades sociales y de comunicación (elementos

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

de trabajo habituales en los programas cognitivo/conductuales), se incorporan elementos de discusión en torno a las actitudes y valores que posibilitan la ocurrencia de la conducta violenta (elementos más típicos de programas que contemplan la perspectiva de género). Además, como elemento innovador de este programa, y de acuerdo con la perspectiva ecológica, se desarrollan actividades que implican a la red social del participante, ya que esta puede ser determinante en el abandono de la conducta violenta (Lila, García y Lorenzo, 2010).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Tabla 19. Módulos y actividades del Programa Contexto

MÓDULOS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
1. Toma de Contacto	1. Establecer una relación adecuada entre participantes y coordinadoras del grupo (enfaticar el respeto mutuo entre los participantes y las coordinadoras) 2. Crear un clima de confianza en el grupo 3. Clarificar grupalmente los objetivos del programa 4. Presentación de los participantes y de su situación 5. Establecer las normas de funcionamiento y el contrato de participación grupal	1.1. Presentación 1.2. Rueda de experiencias
2. Violencia contra la mujer	1. Clarificación de conceptos básicos	2.1. Concepto de violencia

en las relaciones íntimas. Principios básicos	relacionados con la violencia en la pareja. 2. Presentar los distintos tipos de violencia en las relaciones de pareja y el ciclo de la violencia. 3. Análisis de los distintos factores protectores y riesgo. 4. Trabajar la asunción de responsabilidad. 5. Facilitar el reconocimiento de los mecanismos de defensa utilizados para negar la propia responsabilidad ante los hechos por los que han sido condenados.	2.2. Mito y realidad 2.3. Tipología de la violencia 2.4. El ciclo de la violencia 2.5. Culpable no, responsable si 2.6. Hechos probados y mecanismos de defensa
3. Estrategias de cambio:	1. Promover actitudes de responsabilidad y	3.1. Equilibrio 3.2. La rueda

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Variables individuales	rechazo de la violencia	de	la	3.3. Tabú 3.4. Los hechos y los sentimientos 3.5. La ira 3.6. El amor 3.7. Los celos 3.8. Técnicas de control de la ira 3.9. Relajación 3.10. ABC 3.11. Criterios de racionalidad 3.12. Distorsiones cognitivas 3.13. Solución de problemas
4. Estrategias de cambio: Variables interpersonales	1. Analizar las relaciones de pareja y desmontar los mitos sobre el amor romántico. 2. Conocer los problemas de comunicación en las relaciones de pareja y aprender pautas y	que favorezcan la reducción de actitudes y comportamientos violentos	que favorezcan la reducción de actitudes y comportamientos violentos	4.1. ¿Cómo es tu relación de pareja? 4.2. No creas todo lo que te dicen 4.3. El problema es la comunicación 4.4. Conflictos de pareja 4.5. Estilos parentales

	habilidades en la resolución de esos conflictos.	4.6. Consecuencias de la violencia en los hijos/as
	3. Enseñar pautas educativas basadas en un estilo parental democrático y concienciar acerca del impacto de la violencia de género sobre los menores.	
5. Estrategias de cambio:	1. Incluir la variable contexto como elemento protector.	5.1. Redes de apoyo social
Variables situacionales	2. Introducir el concepto de apoyo social y reforzar las redes sociales del participante.	5.2. Grupos de ayuda mutua
	Potenciar la creación de grupos de ayuda mutua en el Programa Contexto.	5.3. Recursos sociales
	3. Informar de los recursos	5.4. Contexto laboral

	comunitarios existentes.	
	4. Proporcionar herramientas de afrentamiento del estrés en el Contexto laboral.	
6. Estrategias de cambio: Variables socio- culturales	1.Sensibilizar a los participantes con el proceso de discriminación histórica que vive la mujer. 2. Mostrar las consecuencias negativas para los hombres del modelo de masculinidad hegemónica. 3. Promover actitudes igualitarias en los participantes.	6.1. Roles de género 6.2. Codomesticidad y Corresponsabilidad 6.3. Salud y sexualidad masculina 6.4. El machismo a través de las culturas 6.5. El sexismo y los medios de comunicación
7. Fin de la intervención y prevención de recaídas	1. Afianzar los cambios comportamentales de	7.1. Revisión de estrategias y prevención de recaídas

los participantes y prevenir recaídas.	7.2. Evaluación final
2. Evaluar a los participantes y adherirlos a la fase de seguimiento.	7.3. Despedida y cierre
3. Crear un clima positivo de finalización e insistir en la idea de recurrir al Programa si lo necesitan.	

La última fase del Programa es la *Fase de Seguimiento*. Los resultados de numerosos estudios sugieren la necesidad de establecer un seguimiento intensivo y prolongado de los casos (Boira, Carbajosa, y Lila, 2014; Babcock, 2016). De lo que se trata en esta fase, fundamentalmente, es de ofrecer ayuda y consejo adicional a los participantes tras la finalización de la intervención con el fin de prevenir la reincidencia en la conducta violenta, así como evaluar los cambios a lo largo del tiempo en las variables relacionadas con el uso de la violencia. Igualmente, este contacto más prolongado permite realizar evaluaciones más rigurosas de la efectividad del programa. Este seguimiento se realiza cada tres meses vía telefónica y cada seis meses de forma presencial, durante un periodo de 18 meses.

La aplicación del Programa Contexto ha supuesto el trabajo con más de 700 hombres condenados por violencia de género, permitiendo realizar múltiples estudios sobre variables relacionadas con la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja y la eficacia de la intervención aplicada: (1) Cambios en los agresores tras la intervención. Las valoraciones de riesgo realizadas por los y las profesionales que dirigen la intervención muestran un claro descenso del riesgo de volver a ejercer violencia en los participantes del programa. Además, los agresores presentan mejoras en el ajuste psicológico, cambios en actitudes hacia la violencia y las mujeres, una menor externalización de la violencia ejercida, así como un aumento del apoyo percibido por parte de los sistemas informales y mayor participación en su comunidad (Conchell, Lila y Catalá, 2012; Catalá-Miñana, Lila, Conchell, Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2013; Lila, Gracia y Murgui, 2013; Conchell, Lila y Gracia, 2013; Lila, Oliver, Catalá-Miñana y Conchell, 2014). Además se han realizado importantes aportaciones sobre los indicadores de éxito en la evaluación de los programas, demostrando que trabajar la impulsividad, la ansiedad y el apoyo íntimo se relaciona con mayor éxito en el tratamiento (Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013); (2) Se han detectado ciertas características del proceso de los penados que se relacionan con la reincidencia en su conducta violenta, aportando información que ayuda a proteger en mayor medida a las víctimas y evitar nuevos episodios de maltrato (Lila, Conchell, Catalá-Miñana, 2016); (3) Se ha mostrado que el alcohol se relaciona con múltiples factores relacionados con la

violencia- factores biológicos, psicológicos, actitudinales y variables contextuales- entre otros (Catalá-Miñana, Lila y Oliver, 2013; Romero-Martínez, Lila, Catalá-Miñana, Williams y Moya-Albiol, 2013). Además, el abuso de alcohol al inicio de la intervención se relaciona con mayores tasas de abandono del tratamiento; no obstante si se recibe el tratamiento completo el consumo de alcohol se reduce y la intervención tiene el mismo efecto que para aquellos participantes que no han presentado problemas de consumo de alcohol (Catalá-Miñana, Lila, Conchell, Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2013; Lila, Gracia y Catalá-Miñana, en prensa); (4) Se obtienen resultados que indican que las atribuciones de responsabilidad que realizan los agresores no son marcadas por los rasgos de personalidad que presentan previamente y que menores niveles de autoestima suponen mayores niveles de minimización (Lila, Gracia, y Herrero, 2012); (5) Las comparaciones entre agresores tratados en España e Inglaterra ha revelado que las diferencias culturales suponen causas diferentes a la hora de ejercer abuso sobre la pareja o expareja (Catalá-Miñana, Walker, Bowen y Lila, 2014).

**4 Eficacia de la
intervención con
maltratadores la
importancia de la alianza
terapéutica**

4.1 La eficacia de la intervención con maltratadores

Como vimos en el capítulo anterior, son muchas las perspectivas teóricas en las que se fundamentan los programas de intervención con maltratadores. Así como son diversos los ámbitos en los que se aplican; sistema penal, medio abierto, sistema comunitario, etc. Es por ello que concurren una gran variabilidad de propuestas de intervención, no existiendo un consenso sobre qué estrategias y formato ofrece mejores resultados (Boira et al., 2014).

La alta prevalencia de casos de violencia de género, las directrices internacionales sobre la necesidad de dar respuesta a este grave problema y el surgimiento de legislaciones que imponen medidas judiciales a aquellos hombres que ejercen violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, ha supuesto que sean numerosas las propuestas de intervención para dar respuesta a este problema. En los últimos 30 años, los programas de intervención que tratan al agresor como una de las medidas para combatir la violencia de género han ido aumentando y progresando y, por tanto, también la necesidad de que estos sean evaluados y su eficacia demostrada (Carbajosa y Boria, 2013; Corvo, Dutton y Chen, 2008). No obstante, desde su surgimiento han sido duramente criticados, así como puesto en entredicho la pertinencia de estas intervenciones. Las razones por las que realizar una intervención con maltratadores son varias. En primer lugar, muchas mujeres siguen

manteniendo una relación con el maltratador, incluso llegando a convivir nuevamente. Dicha convivencia supone un grave peligro de que el maltrato continúe, o en caso de haber cesado, reinicie. Además, la probabilidad de que ese maltrato se extienda a otros miembros de la familia es elevada (Echeburúa, 2013). En segundo lugar, son cada vez más numerosas las sentencias que condenan a los agresores a recibir tratamiento. Y en última instancia, los profesionales que trabajan con los agresores necesitan conocer cuáles son las estrategias que mejor ayudan al cambio de comportamiento de los agresores, qué participantes se ven más beneficiados del tratamiento y si su metodología de trabajo es adecuada (Bennett y Williams, 2001).

4.1.1 Dificultades en la evaluación de la eficacia de los programas de intervención con maltratadores

Las principales dificultades con las que se ha encontrado la intervención con agresores en relación a poder conocer cuál es el beneficio de su aplicación son diversas (Arango et al., 2014; Arias, Arce y Vilariño, 2013; Babcock et al., 2004; Babcock et al., 2016; Cattanero y Goodman, 2005; Dunford, 2000; Eckhardt et al., 2013; Gondolf, 2012):

- Variabilidad entorno a los diferentes modelos de intervención, así como a los contextos en que los programa son aplicados. Esta cuestión ha sido abordada ampliamente en el segundo capítulo del presente trabajo.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- Las altas tasas de abandono que presentan los participantes en los programas de intervención. La falta de asunción de responsabilidad sobre el delito cometido, así como la obligatoriedad de acudir a los programas de tratamiento por mandato judicial, son una de las principales razones por las que los participantes abandonan los tratamientos.
- Dificultad en conocer cuál es la reincidencia real de los participantes que reciben tratamiento. Los indicadores que actualmente ofrecen datos sobre la reincidencia en el comportamiento de los agresores parten principalmente de dos fuentes: la información proporcionada por la víctima y los registros oficiales. En el caso de la información facilitada por la víctima, no todos los programas y las legislaciones permiten o pueden tener acceso a esta información. Por tanto, en numerosas ocasiones esta cifra no es conocida por los evaluadores de los programas. En el caso de los registros oficiales, estos datos son en la mayoría de los casos recogidos por los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, encargados de proteger a las víctimas y por el sistema judicial, que registrarían los nuevos episodios y denuncias de violencia de género.
- Características de la muestra que dificultan la evaluación de las intervenciones realizadas: alta deseabilidad social y negación o minimización de la violencia ejercida, entre otras.

- Dificultades metodológicas y falta de estudios experimentales. La mayoría de los programas utilizan diseños pre-post sin controles adecuados, existiendo una importante carencia de estudios experimentales con grupos control y de asignación aleatoria.

4.1.2 Revisiones sistemáticas y estudios meta-analíticos

Las revisiones y meta-análisis que se han realizado hasta la fecha, indican que la evidencia de la eficacia de los tratamientos es limitada (Aldarondo, 2002; Babcock et al., 2004; Dunford, 2000; Eckhardt et al., 2006; Feder y Wilson, 2005; Feder et al., 2008; Gondolf, 2002; Hamberger y Hastings, 1993; Sartin, Hansen y Huss, 2006; Smedslund, Dalsbø, Steiro, Winsvold y Clench-Aas, 2007; Wathen y MacMillan, 2003).

Con el objetivo de conocer cuál es la efectividad de los programas de intervención y las conclusiones y resultados disponibles en la investigación al respecto, diferentes autores han realizado revisiones de estudios y meta-análisis de los que los resultados obtenidos han sido diversos (Arango, Morton, Gennari, Kiplesund y Ellsberg, 2014; Arias, Arce y Vilariño, 2013; Babcock et al., 2004; Cattaneo y Goodman, 2005; Davis y Taylor, 1999; Eckhardt et al., 2013; Feder y Wilson, 2005; Murphy y Ting, 2010).

Revisiones Meta-analíticas

Los principales meta-análisis que recogen la evaluación experimental sobre la eficacia de los programas de intervención con maltratadores en la actualidad, han encontrado un tamaño del efecto pequeño. Por tanto, indican unos resultados limitados, incrementado la controversia sobre qué programas son más adecuados (Babcock, Green y Robie, 2004; Carbajosa y Boira, 2013; Feder y Wilson, 2005; Murphy y Ting, 2010; Sartin, Hansen y Huss, 2006; Saunders, 2008).

Los meta-análisis, a través de la medida “el tamaño del efecto” (*d*), miden la magnitud del efecto que es debido al tratamiento mediante el cálculo de una medida compartida que no se ve influenciada por el tamaño de la muestra. Se considera “grande” un tamaño del efecto de 0.80, “mediano” 0.50 y un tamaño del efecto “pequeño” a partir de valores inferiores a 0.20 (Cohen, 1988). Para el cálculo del tamaño del efecto en la intervención con maltratadores se utilizan distintas dimensiones utilizadas como mediadoras. Como medida base se utiliza la tasa de reincidencia en la conducta violenta (que normalmente incluye sólo valores de violencia física), para posteriormente analizar si hay diferencias en la reincidencia según las variables moderadoras. Como variables moderadoras encontramos: a) información sobre la reincidencia aportada por el informe de la pareja o los datos en registros oficiales, b) tipo de diseño del estudio (experimental o cuasi-experimental), el tipo de tratamiento (cognitivo-conductual, modelo de Duluth y otro tipo

de modelos de intervención), la duración de la intervención, las tasas de abandono de la intervención y el periodo de seguimiento (Babcock et al., 2004).

En el meta-análisis realizado por Babcock et al. (2004) encontraron tamaños del efecto pequeños, que no llegaron a superar el 0.30. También encontraron diferencias significativas en la reincidencia, en las variables moderadoras, en el tipo de diseño de estudio empleado, el tipo de tratamiento, así como la información sobre la reincidencia. Los resultados de estos análisis les hicieron concluir que los programas de intervención se relacionaban con la reincidencia de los maltratadores en su conducta violenta, no obstante visibilizaron que existen una gran escasez de estudios sobre la eficacia de los programas de intervención y que una gran mayoría de los estudios disponibles sobre estos programas tienen carencias metodológicas. Por tanto, las conclusiones que se pueden extraer de su revisión no pueden ser concluyentes (Babcock et al., 2004).

Feder y Wilson (2005) llevaron a cabo otro meta-análisis con resultados similares. Los tamaños del efecto fueron muy pequeños, llegando a encontrar efectos negativos tras la aplicación de algunos programas. El tipo de diseño aplicado tampoco se relacionó con diferencias significativas en cuanto a la reincidencia de los maltratadores. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de evaluar los programas, para conocer no sólo si estos reducen la reincidencia, si no cuáles son las

características que pueden hacer que estos programas produzcan resultados contrarios a los esperados. A pesar de estos datos tan poco positivos, estos autores encontraron un tamaño del efecto positivo en aquellos hombres que finalizaban la intervención en comparación con aquellos que la abandonaban prematuramente.

Uno de los últimos meta-análisis realizados fue el elaborado por Arias et al. (2013) en el que no se encontraron nuevamente diferencias significativas debidas al tipo de tratamiento ni a al periodo de seguimiento aplicado en los estudios revisados. Sí encontraron un tamaño del efecto significativo en relación a aquellos programas que tenían una duración mayor frente los de corta duración, así como efectos positivos en aquellos programas que incluían en su intervención medidas para adaptarse a las necesidades de los agresores. En consecuencia, plantean la necesidad de seguir estudiando los efectos de la modalidad de tratamiento para conocer aquella metodología que facilita o entorpece sus efectos, destacando aspectos como la adherencia al tratamiento (Arce, Fariña, Carballal y Novo, 2009), el ajuste psicológico (Lila, Gracia y Murgui, 2013) o la motivación para el cambio (Eckhardt et al., 2013).

Estudios y Revisiones sistemáticas

Los diferentes estudios y revisiones sistemáticas estimaron que los resultados extraídos presentaban limitaciones y no eran clarificadores, debido en gran medida a las limitaciones metodológicas que presentaban los programas de intervención

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

con maltratadores. Uno de los principales resultados que encontraron fue que la tasa de reincidencia era menor en aquellos participantes que recibían el tratamiento completo, frente a aquellos que no acaban o no pasaban por un programa de intervención (Arango et al., 2014; Cattanero y Goodman, 2005; Eckhardt et al., 2013) y encontraron que la metodología más utilizada por dichos programas es la cognitivo conductual (Eckhardt et al., 2013). Dentro de las principales recomendaciones que estos estudios aportaron tras la revisión de los programas internacionales se encuentran: estudiar y generar estrategias que ayuden a disminuir las tasas de abandono de los programas y la importancia de realizar un seguimiento prolongado a los participantes (Arango et al., 2014; Cattanero y Goodman, 2005; Eckhardt et al., 2013).

Uno de los últimos estudios sobre los programas en Europa realizado por Hamilton, Koehler y Losel (2012) registraron la información de 54 programas para maltratadores en 19 países sobre el diseño, la administración, la organización, implementación e infraestructura de los programas. Los resultados que obtuvieron en relación al tratamiento indicaba que el enfoque más comúnmente utilizado fue el cognitivo conductual (en un 70%), seguido del enfoque feminista (en un 50%) y en última instancia el enfoque psicodinámico (31%). Además, en el 54% de los casos se aplicaba una combinación de diferentes enfoques. Entre los inconvenientes del estudio los autores plantean que podría existir un sesgo de deseabilidad social debido

a que los profesionales encuestados tenían un conocimiento cercano de los programas, y en muchos casos participaron en su desarrollo. Por lo que las diversas experiencias profesionales podrían haber provocado incoherencia en la información. También encontraron que los programas pocas veces tienen limitada la aplicación del programa a determinados perfiles, por ejemplo según el tipo de abuso, la edad o el nivel de motivación para finalizar el tratamiento. Los autores proponen dos posibles explicaciones a esta situación, la primera es que los programas son diseñados para que una gran variedad de maltratadores se ajusten a ellos, o que dichos programas no tienen criterios claros para saber a quién excluir o quiénes serían los maltratadores que no se adecuan al tratamiento. En cuanto al contexto en que los programas eran aplicados se observó que en mayor medida eran desarrollados en espacios comunitarios frente a un menor número aplicado en las instalaciones de justicia penal. Otro de los importantes hallazgos que concuerdan con las investigaciones previas al respecto es la falta de procesos de evaluación. Por ejemplo, fue poco frecuente la recopilación de datos del proceso, la asistencia y finalización. Estos resultados mantienen las dificultades metodológicas en la evaluación de efectividad de los programas. Además, hay una carencia en la evaluación de los programas que se transfieren de un país a otro. Esta situación puede presentar tres potenciales problemas: 1) el contexto cultural podría requerir que al programa se le realizaran determinadas modificaciones; 2) si un programa no es adaptado al nuevo contexto, podría mantener elementos culturalmente irrelevantes e

inefectivos; 3) podría haber problemas en llevar a cabo el programa a escala, especialmente sin la participación de los desarrolladores. Por lo tanto, los autores hacen hincapié en la necesidad de evaluar los programas que son transferidos a otros contextos.

En la revisión sistemática realizada por Akoensi, Koehler, Lösel y Humphreys (2012) se revisaron 10446 artículos, de los que 12 estudios evaluaban la efectividad de los programas de manera sistemática. Las conclusiones que dicha revisión extrajo abordaron las diferentes cuestiones que se plantean entorno a la eficacia de los programas: (1) diseño de evaluación: solo un estudio de los doce tenía grupo control, aunque igualmente se cuestiona la equivalencia de los grupos en este estudio; (2) tipo de programa: todos los programas de los estudios tienen un enfoque mixto cognitivo-conductual, educacional y feminista. La mayoría incluía terapia grupal, la duración más frecuente de los programas fue de 20 semanas; (3) representatividad de las muestras: las muestras provenían de una variedad de fuentes (voluntarios, referidos por juzgados). Esta heterogeneidad hace cuestionar la generalización de los resultados; (4) características del maltratador: ninguno de los estudios especifica la adaptación del programa a las características específicas de los participantes. (5) abandono: en la mayoría de los estudios se observaron altas tasas de abandono; (6) medidas de resultado: uno de las cuestiones es la forma en cómo se mide que un programa es efectivo. Por ejemplo, no hay acuerdo en cuáles de las fuentes son

más fiables (informe de la policía, informe de la víctima, informe de los agresores). Por lo que se recomienda contar con más de una fuente; (7) duración del seguimiento: de los estudios ninguno tenía un seguimiento mayor de 12 meses.

Cannon, Hamel, Butell y Ferreira, (2016) realizaron un estudio en el que preguntaron a los directores de distintos programas de intervención con maltratadores en EEUU y Canadá, obteniendo respuesta de 231 programas. El objetivo del estudio era caracterizar los programas de intervención (la filosofía del programa, estructura, contenido, servicio, características de los usuarios, enfoque, estándares de tratamiento, etc.). Las conclusiones que de dicho estudio extrajeron fueron: (1) el formato grupal es la modalidad de tratamiento más predominante; (2) actualmente el enfoque feminista cuenta con menos apoyo. Los resultados sugieren que ha habido una tendencia hacia la práctica basada en la evidencia; (3) los facilitadores con menor nivel de estudios atribuían al patriarcado mayor causalidad de la violencia contra la pareja en comparación con los de mayor nivel de estudios. Además, el uso del poder y control sería exclusivamente del hombre, no de la mujer. Esto producía, según su criterio, que los facilitadores no interviniesen sobre la violencia de carácter situacional. Atribuir solo al patriarcado la causa de la violencia contra la pareja deja fuera otras poblaciones como por ejemplo la LGTB; (4) acuerdo sobre los efectos negativos de la violencia en los menores víctima de violencia de género; (5) necesidad de generar mayor evidencia científica sobre qué es lo

que funciona y sobre cuáles son los estándares de calidad en la intervención con maltratadores.

4.1.3 Indicadores para mejorar los programas de intervención con maltratadores

Con respecto a la efectividad del tratamiento, ni los análisis previos ni los metanálisis y revisiones más recientes (Arias et al., 2013; Eckhardt et al., 2013) producen evidencia convincente de los programas de tratamiento. Los grupos cuasi-experimentales tiene más probabilidades de mostrar cambios, pero a medida que aumenta el rigor metodológico de un estudio, disminuye la probabilidad de obtener efectos significativos. Sin embargo, dado que el consenso parece ser que hay efectos positivos, pero no significativos (Arias et al., 2013), se argumenta que la cuestión no es saber si los programas funcionan, sino bajo qué condiciones funcionan y para quién (Babcock et al., 2016).

Los distintos procesos de revisión de los programas han influido en el desarrollo de enfoques teóricos y prácticos diversos y en la necesidad de atender a factores diferenciales de los agresores a la hora de diseñar las intervenciones (Eckhardt, Murphy, Black y Suhr, 2006). Algunos de los asuntos que destacan las principales revisiones son: a) el estudio de las tipologías, b) los tratamientos adicionales para problemas de adicciones, c) la atención a colectivos específicos, d) los aspectos motivacionales y e) el análisis de factores externos al contenido del programa,

relacionados con el proceso terapéutico o vinculados a los sistemas de coordinación comunitaria en los que se aplican (Aldarondo, 2010; Carbajosa y Boria, 2013; Edleson, 2008; Gondolf, 2012; Murphy y Ting, 2010; Saunders, 2008). Todas estas áreas son, en la actualidad, fuentes de interés y objeto de investigación en el ámbito internacional.

Una de las medidas para paliar el rechazo o el abandono de la intervención es aplicar técnicas motivacionales que fomenten el interés del participante por la intervención, así como que incrementen la conciencia sobre la gravedad de sus acciones y la responsabilidad en su cambio (Babcock et al., 2004). Implementar estrategias de motivación hacia el cambio de actitudes en las fases previas de la intervención ayudaría a disminuir los abandonos prematuros que se producen (Echeburúa, 2013). Diversos autores señalan que el uso de la entrevista motivacional, la alianza terapéutica y las técnicas de retención proactivas son estrategias que permiten aumentar la motivación hacia el cambio de los maltratadores (Babcock et al., 2004; Brown y O'Leary, 2000; Kistenmacher y Weiss, 2008; Murphy y Eckhardt, 2005; Musser y Murphy, 2009; Musser, Semiatin, Taft y Murphy, 2008; Taft y Murphy, 2007; Walker, Neighbors, Mbilinyi, O'Rourke, Zegree, Roffman y Edleson, 2010).

La adaptación de los programas a las características de los maltratadores también se ha señalado como una buena forma de favorecer los resultados de estos tratamientos. Propuestas como

trabajar los factores de riesgo asociados con la violencia mediante la introducción de sesiones que traten de forma específica temas como son el consumo de alcohol, la diversidad cultural, la presencia de problemas mentales o el aislamiento social, son consideraciones sobre las que se debe profundizar (Bowen, 2011; Gondolf, 2012; Murphy y Ting, 2010). Así como trabajar el ajuste psicológico de los agresores (Lila, Gracia y Murgui, 2013). Para atender esta diversidad, combinar tratamientos con metodología grupal y sesiones individuales es considerado una forma de mejorar la atención específica y trabajar los factores de riesgo que presentan los agresores (Babcock et al., 2016; Echeburúa y Corral, 2009; Echeburúa, 2013).

Igualmente, proporcionar herramientas para los y las terapeutas que les ayuden en el mejor manejo de la intervención (Boira, del Castillo, Carbajosa y Marcuello, 2013), así como ofrecer formación complementaria y especializada a los profesionales favorece el mejor manejo de las intervenciones y por tanto su efectividad (Babcock, 2016; Quinteros, 2010).

Para finalizar y, como un importante aspecto a destacar, la necesidad de mejorar los sistemas de evaluación de los programas (Babcock et al., 2004), desarrollar investigaciones teóricas y metodológicas efectivas que permitan conocer qué funciona y qué no funciona en la intervención con maltratadores (Babcock et al., 2004; Babcock et al., 2016; Corvo, Dutton y Chen, 2008; Eckhardt et al., 2006).

Las futuras investigaciones podrían esclarecer cuestiones sobre las que hasta la fecha no existe la suficiente evidencia para poder concluir qué opciones son más efectivas. No existen pruebas suficientes en cuanto al número de participantes y terapeutas que ofrece mejores resultados, la experiencia clínica sugiere que la cohesión grupal y una fuerte alianza entre el cliente y el facilitador, tan importante para la retención grupal y menores niveles de violencia post-tratamiento, pueden no ser posibles con grupos grandes. En cuanto al formato de grupo y el contenido de los programas, también es necesario seguir realizando investigaciones que ofrezcan resultados concluyentes, no obstante existe consenso sobre la necesidad de abordar los factores de riesgo asociados a la violencia de género como contenidos fundamentales de los programas (Babcock et al., 2016).

4.2 La alianza terapéutica como herramienta para incrementar la eficacia de la intervención con maltratadores

Como se indica en el apartado anterior, son numerosas las cuestiones que aún se deben estudiar para incrementar la eficacia de los programas de intervención con maltratadores (Babcock et al., 2016). Diversos autores han llegado al consenso con respecto

a la importancia de trabajar la motivación como una buena estrategia para incrementar la eficacia de los tratamientos (Babcock et al., 2004; Brown y O'Leary, 2000; Kistenmacher y Weiss, 2008; Murphy y Eckhardt, 2005; Musser y Murphy, 2009; Musser, Semiatin, Taft y Murphy, 2008; Taft y Murphy, 2007; Walker, Neighbors, Mbilinyi, O'Rourke, Zegree, Roffman y Edleson, 2010).

4.2.1 Motivación al cambio en intervención con maltratadores

En el área de la intervención con hombres condenados por la violencia de género, diferentes autores se han centrado en estudiar la asociación entre la alianza terapéutica y los resultados de la intervención (Brown y O'Leary, 2000; Semiatin, Murphy, y Elliott, 2013; Taft y Murphy, 2012, Taft, Murphy, King, Musser y DeDeyn, 2003; Taft, Murphy, Musser y Remington, 2004). Dichos resultados han explorado los cambios que se producen en el participante a causa de su participación en el programa (cambios en actitudes, estrategias de afrontamiento y conductas), y aquellos que se reflejan en las medidas de reincidencia (Velonis, Cheff, Finn, Davloor, y O'Campo, 2016). En estudios previos con agresores, la alianza terapéutica se ha asociado tanto con los cambios producidos por la intervención, como con las medidas de reincidencia. Con respecto a los resultados derivados del tratamiento, Semiatin et al. (2013) encontró una asociación significativa entre los comportamientos proterapéuticos y la

alianza terapéutica. Además, la alianza terapéutica se ha asociado a la motivación para cambiar (Taft et al., 2004). Con respecto a los resultados finales, la alianza terapéutica se ha asociado negativamente con el riesgo de reincidencia (Semiatin et al., 2013), la violencia física después de la intervención (Taft et al., 2003; Walling et al., 2003), aunque no se han encontrado asociaciones entre la alianza terapéutica y la dosis de intervención (Taft et al., 2003).

La motivación del participante, ha sido considerada de suma importancia en todos los tipos de intervención. Diversos meta-análisis han indicado que la alianza terapéutica es uno de los mejores predictores de cambios durante el tratamiento en la psicoterapia (Del Re, Flükiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012; Horvath, Flükiger, Del Re y Symonds, 2011; Martin, Garske y Davis, 2000). Por tanto, cuando se trabaja en contextos coercitivos, donde no existe voluntariedad a la intervención o baja conciencia sobre la responsabilidad en el uso de la violencia, la promoción de la motivación al cambio es considerada de vital importancia. Varios autores han propuesto el uso del Modelo Transteórico (TTM) de cambio (Prochaska & DiClemente, 1986) como medio para generar motivación en los agresores (Alexander y Morris, 2008; Brodeur, Rondeau, Brochu, Lindsay y Phelps, 2008; Eckhardt et al., 2004, 2008; Levesque, Gelles, y Velicer, 2000; Murphy y Baxter, 1997; Scott, 2004; Scott y Wolfe, 2003). Otros han recomendado la aplicación de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2002), para incentivar el interés

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

y reducir la resistencia (Kistenmacher y Weiss, 2008; Musser, Semiatin, Taft y Murphy, 2008). La adaptación de las habilidades, técnicas y objetivos del terapeuta a las fases de cambio puede resultar ser una estrategia de tratamiento más adecuada y efectiva. Los diversos análisis sobre la eficacia de los programas de intervención se han traducido en la propuesta de diversos autores que han señalado la importancia de diseñar un sistema individualizado. Mediante este sistema se favorecería la adaptación a las características del delincuente como un método para promover una alianza fuerte, aumentar la motivación y reducir las posibilidades de incumplimiento o de abandono de la rehabilitación (Boira, López, Tomás-Aragonés y Gaspar, 2013; Langlands, Ward y Gilchrist, 2009).

Modelo Transteórico de Cambio

El cambio de conductas con población resistente es un proceso continuo y fluctuante. El modelo Transteórico integra diferentes elementos en su formulación: estadios, procesos y niveles de cambio. Se describen cinco *estadios motivacionales* en el cambio de comportamientos: *Pre-contemplación* (etapa en la que no existe consciencia de que se tiene un problema, se niega, y no se tiene intención alguna de cambiar), *Contemplación* (momento en el que aparecen planteamientos acerca de la existencia del problema y empieza a tomar fuerza la necesidad de realizar alguna modificación en su vida, aunque aún no se toma ninguna decisión ni se emprende ninguna acción), *Preparación* (cuando

ya se ha decidido realizar alguna acción y se comienzan a dar algunos pasos concretos), *Acción* (además de que se llevan a cabo acciones dirigidas a la solución del problema, se empiezan a conseguir logros al respecto) y *Mantenimiento* (cuando la persona afianza estos avances previos, logra una mínima permanencia temporal de las modificaciones producidas y, además, utiliza estrategias para prevenir las recaídas; DiClemente, 1993; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983).

Los procesos de cambio son, según Eckhardt (2007), actividades iniciadas o experimentadas por un individuo que modifican el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. A raíz de los procesos, se pueden destacar una serie de tareas para motivar el cambio y avanzar en los estadios motivacionales. Los terapeutas deben promover que los participantes experimenten estos procesos (cognitivos y conductuales) para facilitar el avance. Cada estadio de cambio se asocia con una mayor probabilidad de ocurrencia de unos procesos y menor de otros. Por lo general, en los primeros estadios tienen lugar de forma más asidua las tareas experienciales, y en el resto de estadios (acción y mantenimiento) las conductuales.

Existen cinco niveles de cambio (síntoma-situación, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos sistémico-familiares y conflictos intrapersonales). Se organizan de forma jerárquica; los cambios en uno de los niveles afectan a

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

los otros, y el éxito terapéutico se incrementa cuando las intervenciones abarcan todas las áreas. Los niveles aluden a aquello que es necesario cambiar para abandonar la conducta problemática (Eckhardt, 2007).

La Alianza Terapéutica

La Alianza Terapéutica sirve para definir la relación que se establece entre cliente y terapeuta en el contexto de la intervención psicológica. La calidad de la relación terapéutica ha sido considerada como un aspecto fundamental para la efectividad de los tratamientos (Del Re, et al., 2012; Horvath, et al., 2011; Martin, Garske y Davis, 2000) y ha sido definida como los sentimientos y actitudes que cada uno de los participantes (terapeuta y cliente) tiene hacia el otro y la manera en que éstos son expresados. La alianza terapéutica es un aspecto fundamental en la terapia y en el proceso de cambio en sí mismo, contribuyendo de forma muy positiva en gran diversidad de tipos de terapia. El papel mediador de la alianza en el proceso terapéutico es tal, que en algunos casos explica entre el 25% y el 30% de la mejoría del cliente. La sensación de seguridad y confianza que genera un buen vínculo terapéutico incrementa la posibilidad de cambio y se relaciona con espacios en los que los clientes se sienten más cómodos, se incrementa la participación y son capaces de confiar en el terapeuta, propagándose esta confianza al resto de miembros en el caso del trabajo grupal. La

alianza también es fundamental para los procesos de cambio en delincuentes (García y Lila, 2013).

La generación de una buena Alianza Terapéutica, según Bordin (1979) contiene tres características fundamentales en la relación entre el profesional y el cliente: *compartir los objetivos* de la intervención (la importancia del consenso entre terapeuta y cliente en relación a los beneficios del proceso terapéutico), estar de *acuerdo en las tareas* a realizar durante el proceso (que ambos perciban que éstas son adecuadas, en el sentido de utilidad, y asequibles en términos de su probabilidad de realización o dificultad) y la *calidad del vínculo* establecido entre ambos (confianza mutua, comprensión, dedicación y trato adecuado).

En relación a los resultados obtenidos en los diferentes meta-análisis sobre la eficacia de los programas de intervención con maltratadores, como anteriormente se ha comentado, se evidencian muchas limitaciones y un pobre tamaño del efecto (Babcock, Green y Robie, 2004; Davis y Taylor, 1999; Feder y Wilson, 2005). Estas dificultades se han atribuido a diversas situaciones, entre las que se encuentra las características de la muestra (Babcock et al., 2004). Los maltratadores se caracterizan por presentar una alta deseabilidad social (Eckhardt et al., 2013; Lila, 2013), negar o minimizar las acciones violentas por los que han sido condenado (Heckert y Gondolf, 2000; Lila, 2013), además de asistir en etapa precontemplativa, con escasa o nula motivación (Alexander y Morris, 2008; Kistenmacher y Weiss, 2008; Scott y Wolfe, 2003; Scott, 2004; Stuart, 2005; Hester et

al., 2006). Dentro de las propuestas que diversos autores han planteado para mejorar la eficacia de los programas, destaca la alianza terapéutica como habilidad para incrementar la motivación de los usuarios, aumentar la adherencia al tratamiento y promover la participación activa en las estrategias de cambio. Favorecer la construcción de una buena alianza terapéutica entre terapeuta y los maltratadores aumenta la percepción de los participantes de que el profesional está involucrado en su progreso, lo que incrementa su motivación para finalizar la intervención, así como participar de forma más activa en las sesiones de tratamiento. De esta manera las tasas de abandono se ven reducidas y por tanto también la reincidencia (Babcock et al, 2004). En este sentido, como han señalado Eckhardt et al. (2006) en su revisión, es probable que los maltratadores, al igual que otras poblaciones en tratamiento, respondan de forma positiva a la empatía reflexiva y el apoyo de los terapeutas.

La motivación al cambio implica que los agresores son conscientes de que los inconvenientes de seguir maltratando son mayores que las ventajas. Todo ello se produce tras realizar una profunda reflexión, llegando a ser capaz de reconocer que existe un problema, que ha dañado a otras personas y que necesita ayuda para cambiar los procesos cognitivos y emocionales que favorecen la aparición de esa conducta agresiva. El modelo transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente, 1992), ofrece una perspectiva que ayuda a conocer cómo se conforman esas resistencias. Según Levesque y Castle (2006), la resistencia se

puede presentar de ocho maneras distintas durante la intervención con maltratadores: culpar al sistema judicial, culpar a la pareja, problemas con la alianza terapéutica, justificación social, desesperanza, aislamiento social, reactancia psicológica (rebeldía y conducta desafiante) y reactancia pasiva (lo que comúnmente se denomina “calentar la silla”). La resistencia (concretamente la reactancia pasiva, la culpabilización al sistema judicial y problemas con la alianza) supera a la conducta pro-terapéutica en el inicio del tratamiento, mientras que sucede lo contrario al final de éste.

Semiatin, Murphy y Elliot (2013) consideran que la terapia de grupo es el tratamiento más aplicado a las intervenciones grupales y que bien gestionado favorece la conducta proterapéutica. Los beneficios de una buena gestión del grupo serían generar un espacio que puede servir como medio para suministrar información, experiencias personales, apoyo social y emocional, mientras que también puede facilitar el cambio de actitudes o valores hacia una conducta negativa (los compañeros pueden reforzar el acto violento de otro compañero y la no asunción de su responsabilidad), si las estrategias motivacionales no son bien aplicadas. La conducta pro-terapéutica, hace referencia a la asunción de responsabilidad por parte del agresor, al comportamiento del agresor en el grupo de intervención (facilitando la asunción de responsabilidad y el cambio de los demás) y a la valoración del grupo y de la intervención que haga en general. La asunción de responsabilidad es uno de los aspectos

más importantes a trabajar en la intervención con maltratadores, ya que forma parte de los criterios a tener en cuenta para evaluar la efectividad del tratamiento (Lila, Herrero y Gracia, 2008; Lila, Herrero y Gracia, 2012). Es especialmente importante tratar la conducta pro-terapéutica dado que los hombres penados por violencia de género suelen negar su responsabilidad y suelen utilizar estrategias de atribución externas (culpar a la pareja, minimizar la gravedad de su conducta agresiva, alegar que ha sido en defensa propia, que es todo mentira o directamente negar que los hechos hayan sucedido; Lila et al., 2008; Lila et al., 2012).

Al igual que el funcionamiento interpersonal de los clientes influye en la alianza terapéutica, parece evidente la importancia del estilo del terapeuta para entender cómo va desarrollándose la relación y cómo se va estableciendo la alianza entre ambos (Corbella y Botella, 2013). Por ello, la creación y el mantenimiento de la alianza, así como la reparación de las rupturas de la misma, requiere de un amplio repertorio de habilidades y un alto nivel de competencia del terapeuta (Kozar y Day, 2012).

Se ha contrastado que la adherencia terapéutica predice un mejor resultado en una variedad de modalidades de tratamiento, suponiendo un importante ahorro económico para el estado (Ortiz y Ortiz, 2007). En el caso de la intervención con agresores, esta cuestión es de suma importancia, dado que las críticas sobre su efectividad también han cuestionado la financiación de dichos tratamientos (Larrauri, 2010). La adherencia aplicada a la

intervención con maltratadores es entendida como el deseo de continuar el tratamiento, asistir a las sesiones y realizar las tareas designadas (Redondo, 2008; Subirana-Malaret, 2013). La adherencia al tratamiento está íntimamente relacionada con la motivación; entendiéndose que la asistencia en sí misma a las sesiones terapéuticas o psicoeducativas no es una variable de adherencia determinante, sino que también debe contemplar el grado de implicación y la motivación para el cambio (Quinteros y Carbajosa, 2008). Este dato es especialmente representativo en los casos de los programas formativos de carácter obligatorio, en que los participantes pueden asistir y no participar activamente en el programa (Larrauri, 2010; Subirana-Malaret, 2013).

4.2.2 Consideraciones en el establecimiento de la Alianza Terapéutica en la intervención con maltratadores.

Contexto en que se desarrolla la intervención

En relación al ambiente y circunstancias en las que se da la intervención, factores como la obligatoriedad del tratamiento o el contexto institucional desde donde se implementan los programas, condicionan los objetivos de la intervención, las actitudes de los participantes y, por tanto, la necesidad de desarrollar habilidades específicas por parte del terapeuta (Boira et al., 2014). Como se ha comentado anteriormente, existe evidencia de que la alianza es una parte importante de la terapia

y del mismo proceso de cambio (Ross, Polaschek y Ward, 2008), pudiendo resultar fundamental para evitar abandonos e influir en la reducción futura del comportamiento violento (Brown y O'Leary, 2000; Taft y Murphy, 2007; Taft, Murphy, Musser y Remington, 2004). La dificultad para crear una adecuada alianza de trabajo se ha relacionado con actitudes negativas por parte del cliente, tales como resistencia, desgana, hostilidad y dominancia (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1988; Kiesler y Watkins, 1989; Muran, Segal, Samstag y Crawford, 1994). En la creación de una óptima alianza terapéutica no sólo influye el funcionamiento interpersonal de los agresores, sino que el estilo del terapeuta va a influir de manera fundamental en el desarrollo de la relación entre ambos y en el establecimiento de la alianza (Corbella y Botella, 2013).

Las condiciones iniciales que se dan en las intervenciones en un contexto coercitivo son muy diferentes a las que se producen en otros entornos terapéuticos donde existe una motivación intrínseca que ayuda a establecer una relación de colaboración y confidencialidad con el terapeuta (Ross et al., 2008). En el caso de las intervenciones que suponen una obligatoriedad y en las que el profesional está vinculado con el sistema penal se dificulta notablemente la adherencia y la participación del penado en la intervención (Miller y Rollnick, 2002; Ross et al., 2008). Es vital para el terapeuta establecer una alianza terapéutica con el participante que evite el rechazo al tratamiento y le ayude a eliminar las actitudes negativas hacia la víctima y el uso de la

violencia (Marshall y Bruton 2010; Taft et al., 2004). Es en este contexto en el que las reglas y los límites están predeterminados y en el que el sujeto se encuentra bajo amenaza de cárcel si no cumple, en el que el terapeuta debe esforzarse por crear condiciones que fomenten la motivación y disminuyan las resistencias al cambio. La alianza terapéutica juega un papel clave en el tratamiento psicológico, aunque se considera que actúan en paralelo a las técnicas de tratamiento específicas (Green, 2006).

Es necesario mantener una actitud empática al mismo tiempo en que se definen los límites al inicio de la intervención. Esta actitud de comprensión y apoyo ayuda a limar la inevitable identificación de los terapeutas como parte del sistema coercitivo (Boira et al., 2014). Un primer objetivo sería, por tanto, transmitir al maltratador la posibilidad de compaginar el contexto coercitivo con el establecimiento de una relación de ayuda que le aporte beneficios y mejore su situación personal (Sonkin y Dutton, 2003). Por su parte, el terapeuta tiene que reconocer este contexto coercitivo y, aunque sea difícil, evitar tomar el resentimiento o la hostilidad de los penados como algo personal; hacer un esfuerzo genuino por comprender la desconfianza que los penados muestran hacia los profesionales y mostrar empatía hacia sus sentimientos, ayudará a cultivar la alianza (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). La habilidad para entender y conectar con la experiencia del paciente resulta un componente fundamental para la construcción de la alianza (Ackerman y Hilsenroth, 2003). Así, la empatía y la calidez del terapeuta son

cualidades que gran parte de las investigaciones señalan como relevantes, aunque no suficientes, para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999). En definitiva, las estrategias del terapeuta deben centrarse, en primer lugar, en conectar con el proceso emocional que vive el agresor habitualmente asociado con sentimientos de rabia, impotencia, vergüenza y miedo por la pérdida de la pareja y de los hijos (Boira et al., 2014). El impacto emocional provocado por la pérdida de la pareja y, en algunos casos, de los hijos, genera confusión en el agresor, sobretodo en un contexto judicial que a menudo desconoce (Boira et al., 2014). Por ello, las estrategias del terapeuta también deben orientarse a ofrecer información útil para el penado tratando de solventar las dudas sobre el proceso penal y evitando activar sus mecanismos de defensa (Miller y Rollnick, 1999). Si el penado percibe que el terapeuta es competente, es decir, cree que el terapeuta puede ayudarle para avanzar en el proceso terapéutico, su motivación y la posibilidad de establecer una adecuada alianza terapéutica aumentará (Taft y Murphy, 2007). Es por ello, que la atención genuina, la posibilidad para los hombres de expresar dentro del grupo sus sentimientos y la labor de contención e información del terapeuta ayuda a generar un vínculo de confianza (Boira et al., 2014).

*Características de los hombres penados por violencia de género
que dificultan la Alianza Terapéutica*

Además de los factores específicos del contexto, existen una serie de dificultades y desafíos que el profesional debe afrontar y que tienen que ver con las características y la personalidad de los maltratadores. Uno de los principales obstáculos es la baja motivación con la que el sujeto acude al programa, así como su falta de motivación interna para resolver el problema (Kistenmacher y Weiss, 2008; Lila, Gracia y Murgui, 2013; Taft et al., 2004), la conciencia de problema y las actitudes hacia la terapia y el terapeuta por parte del penado resultan claves para la eficacia de los programas de tratamiento (Boira et al., 2014). Se evidencia la necesidad de trabajar la motivación hacia el cambio al inicio y durante todo el proceso de intervención (Eckhardt, Babcock y Homack 2004; Taft et al., 2004).

Los penados suelen acudir al programa con una baja motivación inicial, como consecuencia, en parte, de la obligación judicial de realizarlo, evitando así el ingreso en prisión (Taft et al., 2004). En otras palabras, los agresores llegan al tratamiento por presiones externas, y no impulsados por una motivación interna, que generalmente se asocia con el éxito del tratamiento (Kistenmacher y Weis, 2008). Así, Daniels y Murphy (1997) señalan que la limitada eficacia de los programas puede relacionarse con el fracaso de los mismos para abordar la falta de motivación. Siguiendo el Modelo Transteórico del Cambio

(McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska y DiClemente, 1983), el cambio no ocurre como un evento discreto sino como una secuencia de pasos. Por tanto, los estadios de cambio por los que pasan la mayoría de los individuos antes de cambiar su comportamiento son claves para la psicoterapia. En este sentido, se ha mostrado que los individuos que se sitúan en estadios de cambio avanzados obtienen mayores beneficios del tratamiento (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Velicer, 2000). Sin embargo, los contenidos del tratamiento pueden no coincidir con la predisposición al cambio del cliente (Musser y Murphy, 2009). Por todo ello, el objetivo inicial de la terapia es crear en los participantes una motivación genuina para el cambio de conducta. El terapeuta debe implicar activamente al agresor en el proceso terapéutico, para así aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento (Echeburúa, 2013).

Otra problema que encontramos en el trabajo con los penados por violencia de género es su dificultad para reconocer los hechos por los que han sido condenados, aceptar las consecuencias negativas que ha tenido para las víctimas (Carbajosa, Boira y Tomás-Aragonés, 2013). Los usuarios no suelen asumir la responsabilidad de sus acciones, niegan o minimizan la gravedad del problema y culpan al sistema judicial y/o a la víctima de su situación penal (Levesque, Velicer, Castillo y Greene, 2008; Lila, Gracia y Herrero, 2012). En general, la percepción que los penados tienen de su comportamiento está caracterizada por la

ausencia de conciencia del problema, comprendiendo la situación de una forma distorsionada y presentando déficits en la capacidad empática para ponerse en el lugar de la mujer (Romero-Martínez, Lila, Catalá-Miñana, Williams y Moya-Albiol, 2013). Por ello, la negación de la violencia o la minimización de su gravedad está presente de forma significativa en los maltratadores (Lila, Gracia y Herrero 2012; Lila, Herrero y Gracia, 2008). Los agresores presentan su comportamiento violento (tanto en el caso del daño psicológico como en el caso de la agresión física o sexual) como algo accidental, utilizando para ello mecanismos de negación, minimización y externalización de la responsabilidad que dificultan la conciencia y mantienen el comportamiento (Lila et al., 2012). Encontramos resistencias a la intervención y en muchas ocasiones un deseo de boicotear la intervención debido a la percepción de injusticia de su situación. A ésta situación se suma un rechazo hacia el coordinador por considerarle responsable de su situación penal al ver la vinculación de la intervención que recibe con el sistema legal que le ha procesado (Quinteros y Carbajosa, 2008). Muy frecuentemente el maltratador pretende manipular al terapeuta así como dirigir la intervención, y cuando percibe los límites que se establecen puede dirigir sus expresiones de agresión y sentimientos de rabia e impotencia hacia el profesional (Taft y Murphy, 2007).

Otra característica que el terapeuta debe tener presente es el alto nivel de deseabilidad social que generalmente presentan los maltratadores. Suelen negar la violencia ejercida por miedo a sentirse juzgados o por las consecuencias que esto les pueda

conllevar (Eckhardt, Holtzworth-Munroe, Norlander, Sibley y Cahill, 2008; Lila et al., 2012; Marshall y Serran, 2004; Sartin, Hansen y Huss, 2006; Saunders, 1992).

Finalmente, otra de las dificultades en referencia a las características de los agresores tiene que ver con la presencia de otros problemas que dificultan el tratamiento (e.g., cuando hay abuso de drogas, trastornos de personalidad, etc.). En estos supuestos el profesional debe saber reconocer estas situaciones y derivar al penado a otro recurso si fuera necesario (Geldschläger et al., 2010).

Este conjunto de mecanismos de defensa desarrollados por los agresores unido a la falta de motivación, se ven traducidos en una resistencia inicial al tratamiento o rechazo de la terapia (Boira et al. 2014; Levesque, Velicer, Castle y Greene, 2008). De hecho, Cadsky, Hanson, Crawford y Lalonde (1996) muestran que aquellos agresores que admiten la perpetración de la violencia e informan problemas con la misma tienen una menor probabilidad de abandono de la intervención. Igualmente, aquellos que niegan tener problemas con la violencia y desconfían de los terapeutas se benefician en menor medida de la intervención en relación con aquellos más predispuestos a participar en el tratamiento (Scott y Wolfe, 2003). Así, el aumento de la conciencia sobre el daño cometido y el cambio del sistema de creencias se convierten en elementos críticos de la intervención (Boira et al., 2014).

Características y factores relacionados con el terapeuta

Uno de los aspectos en el que los diferentes autores coinciden es en la necesidad de crear una adecuada alianza terapéutica. Partiendo de ésta premisa, el profesional se encuentra con una serie de dificultades en el caso de éste tipo de intervención, como son la obligatoriedad de la asistencia a la intervención, la vinculación del terapeuta con el sistema legal y el incumplimiento de la confidencialidad que conlleva en algunos supuestos, por lo que las habilidades del profesional son muy importantes.

Las dificultades que se mencionan pueden limitar el éxito de la intervención. Como hemos mencionado previamente, la dualidad del papel del profesional como persona que acompaña y posibilita el proceso de cambio con el agresor y a su vez como responsable de informar al sistema judicial sobre sus progresos y sobre el cumplimiento de la sentencia puede representar un conflicto en la toma de decisiones y en la construcción del vínculo con el participante. De hecho, en numerosas ocasiones el terapeuta deberá tomar decisiones que conllevan consecuencias negativas para el penado (Ross et al., 2008).

Otra de las circunstancias que se producen en el trabajo con éste colectivo es el desgaste emocional que se puede producir y que puede desencadenar sentimientos de ira, frustración, impotencia y estrés. Trabajar con las resistencias a asumir la responsabilidad de los hechos por los que se le acusa, la hostilidad y crispación que se da en el ambiente, la falta de percepción del progreso del penado o los constantes retrocesos en su conducta supone un

deterioro emocional para el profesional (Bahner y Berkel, 2007; Levesque et al., 2008). Las medidas que se tomen para prevenir esta situación así como la manera de afrontarlas cuando se producen es vital para garantizar una intervención adecuada. Esta situación de desgaste puede conllevar la pérdida de objetividad y sentido crítico repercutiendo negativamente en la intervención (Iliffe y Steed, 2000).

Finalmente otra de las dificultades que la literatura resalta es la relacionada con la perspectiva personal del terapeuta. La posible identificación del terapeuta varón con el agresor puede conllevar actitudes que justifiquen o minimicen las agresiones perpetradas, mientras que la terapeuta mujer puede experimentar sentimientos de hostilidad y rechazo hacia el agresor si se identifica con la víctima (Eisikovits y Bailey, 2011; Morran, 2008).

En cuanto a las competencias, habilidades, técnicas y estrategias que el profesional debe utilizar en la intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja, los estudios destacan la creación de una buena alianza terapéutica (Ackerman et al., 2001; Bernard et al., 2008; Frank y Frank, 1991; Horvath y Bedi, 2002; Messer y Wampold, 2002), la empatía, el consenso/colaboración, la generación de una adecuada cohesión grupal y la capacidad de identificar la etapa del proceso y la voluntad de cambio que presenta el agresor en los diferentes momentos de la intervención (Carbajosa et al., 2012; Steering Committe, 2002).

4.3 El Plan Motivacional Individualizado: una herramienta basada en la alianza terapéutica

Una de las cuestiones referentes a la intervención que hemos tratado en el apartado anterior hace referencia a los principales retos a los que deben enfrentarse los y las profesionales que trabajan con población condenada. Lograr unas condiciones terapéuticas al inicio de la intervención que favorezcan la reducción de sus resistencias y su rechazo a la misma, es una tarea muy difícil en el caso del tratamiento de hombres condenados por violencia de género (Lila, 2013). Conseguir la adherencia al tratamiento es una condición necesaria para que la intervención sea posible y, en su caso, efectiva. Lamentablemente, esto no es una tarea fácil debido a la elevada resistencia a la intervención y la ausencia total o parcial de reconocimiento del problema, que se presupone con población inmersa en un contexto punitivo (Babcock et al., 2004; Quinteros y Carbajosa, 2008). La baja motivación de las personas que acuden a los programas de intervención por orden judicial puede tener como resultado que éstas completen el tiempo de programa sin cambios actitudinales y comportamentales significativos (Danis, 2003). La investigación apunta a que, para incrementar la eficacia de las intervenciones con delincuentes, se hace necesario fomentar la motivación al cambio (Barbaree y Marshall, 2008; Harkins y Beech, 2007; Hollin y Palmer, 2006; Tierne y McCabe, 2002) y

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

utilizar aproximaciones positivas a la intervención, basadas en las fortalezas de los participantes (Whitehead, Ward y Collie, 2007). En este mismo sentido, algunos autores proponen la inclusión de pre-programas motivacionales que reduzcan la resistencia inicial (Musser y Murphy, 2009), o la consideración de la motivación como el objetivo inicial del propio tratamiento (Redondo, 2008). Además, cada vez son más las voces que señalan la necesidad de tener en cuenta factores relacionados con los procesos de intervención, tales como el papel que desempeña el terapeuta, la alianza terapéutica, un buen clima grupal, o las características del contexto donde se produce la intervención (Carbajosa, Boira y Tomás-Aragonés, 2013).

Para facilitar la adherencia a la intervención, la generación de una alianza terapéutica adecuada y promover la motivación al cambio en población resistente, Lila, García, Pedrón y Terreros (2015a,b, 2016) proponen el Plan Motivacional Individualizado (PMI) como herramienta a utilizar junto con programas terapéuticos específicos con un diseño de intervención grupal. Este plan está diseñado para ser implementado con cada uno de los participantes del grupo de intervención en el que se esté aplicando. Y estará presente a lo largo de toda la intervención, aunque tiene su inicio y fundamentación en la Fase inicial de Valoración y Motivación. A continuación, se describe cada uno de los elementos y las fases que componen el PMI, así como las estrategias y herramientas para su implementación.

4.3.1 El Plan Motivacional Individualizado

El Plan Motivacional Individualizado (PMI) se basa en algunas nociones y modelos teóricos que se han ido destacando en la investigación realizada con población resistente al cambio, y que en gran medida hemos abordado en los anteriores epígrafes. En concreto, con el PMI se busca la adherencia voluntaria del participante a los objetivos de intervención a través del uso de estrategias de *Alianza Terapéutica* (Elvis y Green, 2008), de técnicas motivacionales apoyadas en el *Modelo Transteórico de Cambio* (MTC, Prochaska y DiClemente, 1992), y del enfoque de trabajo basado en el *Good Lives Model* (GLM, Ward y Gannon, 2006; Ward y Stewart, 2003).

- La Alianza Terapéutica: sirve para definir la relación que se establece entre paciente y terapeuta en el contexto de la intervención psicológica (Elvis y Green, 2008). Abordada en el apartado anterior.
- El Modelot Trasterórico de Cambio (MTC): este modelo ofrece un marco explicativo del proceso de cambio que atraviesan las personas para realizar cambios en una conducta problemática. Distingue diversas fases, en las que la motivación y el rol activo del sujeto es concebido como el principal actor de cambio del comportamiento (Prochaska y DiClemente, 2005).
- Good Lives Model (GLM): este planteamiento teórico considera que todas las personas quieren satisfacer sus

objetivos vitales, esta motivación ayuda a favorecer la consecución de cambios comportamentales y a limitar el riesgo de reincidencia de los maltratadores (Ward y Brown, 2004).

Estructura del Plan Motivacional Individualizado

El PMI se desarrolla a lo largo de todo el programa Contexto e implica unas actitudes y estrategias que caracterizan todo el proceso de intervención (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al., 2015c; Lila et al., 2016).

A continuación se indica cómo se implementa el PMI dentro de la estructura del Programa Contexto.

Fase de Valoración y Motivación

Uno de los momentos clave es el inicio de la intervención; toda la Fase de Valoración y Motivación se destina a realizar el diseño del PMI con cada uno de los participantes mediante las entrevistas motivacionales y a sentar las bases de la intervención tanto a nivel individual como grupal (ver Gráfica 10). El proceso de entrevistas iniciales en el PMI se compone de tres sesiones que pretenden garantizar la vinculación del participante al programa. Los objetivos generales de las tres entrevistas motivacionales son: (1) Establecer las bases para una vinculación adecuada entre el terapeuta y el participante; (2) Exponer al participante las

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

funciones que va a desempeñar el terapeuta a lo largo de la intervención; (3) Explicar los principales objetivos del programa y las ventajas (legales y personales) que supone la asistencia e implicación en el mismo; (4) Ayudar al participante a iniciar el proceso de toma de conciencia del problema; (5) Favorecer e iniciar el proceso de motivación para el cambio del participante y, (6) Consensuar los objetivos personalizados de cambio y establecer el PMI.

El proceso de entrevistas motivacionales concluye con la elaboración del PMI. Las coordinadoras, con el fin de recoger las características de los maltratadores, antes de iniciar la intervención harán una valoración del PMI de cada integrante del grupo y, en aquellos que se considere oportuno, se propondrán nuevas formulaciones de objetivos. Esta Fase también incluye una sesión grupal destinada a generar un clima de trabajo adecuado y favorable al cambio, así como a exponer los objetivos de trabajo que cada participante se ha planteado en el diseño de su PMI.

Fase de Intervención grupal

A lo largo de toda la intervención en grupo, las coordinadoras deben continuar utilizando las estrategias motivacionales que habrán entrenado y desarrollado en las entrevistas y en las primeras sesiones grupales, a la vez que deben ir reforzando la consecución de los objetivos de cada uno de los integrantes del

grupo. Las intervenciones de las coordinadoras deben estar claramente dirigidas a potenciar la alianza de trabajo y la motivación al cambio.

El otro pilar fundamental que guiará la conducción de las actividades de los módulos de intervención será tener presentes los objetivos consensuados con el participante durante la 3ª sesión de entrevista individual inicial. La alusión a estos objetivos y su relación con el contenido de la actividad ha de ser tarea frecuente durante la presentación y cierre de las actividades. Puesto que se quiere que los contenidos del programa sean relevantes para la consecución de los objetivos del PMI, los participantes han de tener muy claro cómo el contenido de la actividad le ayuda a conseguir sus objetivos.

A mitad de la intervención, las coordinadoras deben programar una sesión individual con cada participante en la que se proceda a revisar la consecución de los objetivos, los logros alcanzados, los problemas con los que se haya encontrado el participante, así como a redefinir objetivos en aquellos casos en los que se considere necesario. Las sesiones de valoración individual del PMI tienen una duración de 30 a 45 minutos aproximadamente. Para asegurar que el funcionamiento del grupo sea sincrónico, se agrupan las entrevistas en un plazo de tiempo breve. En estas entrevistas individuales la conversación versará básicamente acerca de los indicadores de logro inmediatos y las actuaciones que debe llevar a cabo el participante para proseguir con el plan.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

En esta sesión se señalarán qué contenidos del programa, actuales o futuros, pueden ser de utilidad al participante. Es importante reforzar y señalar cómo cada contenido del programa ayuda al participante en el logro de sus objetivos. En aquellos casos en los que las coordinadoras lo consideren necesario, o en los que el participante lo demande, se pueden realizar sesiones individuales extra para solucionar los problemas que se vayan encontrando los participantes en el desarrollo de sus metas de cambio.

Además, en una sesión a mitad de programa y del módulo final se realiza una revisión grupal de los objetivos de trabajo de cada participante. En la revisión grupal que se desarrolla a mitad de programa, entre otras cosas, se invita a los usuarios a reforzar los logros y se les piden sugerencias que faciliten el cambio y la consecución de los objetivos del participante. En el módulo final, fundamentalmente, se comparte la visión de los participantes acerca de la evolución y cambios realizados a lo largo del proceso de intervención por todos los integrantes del grupo.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

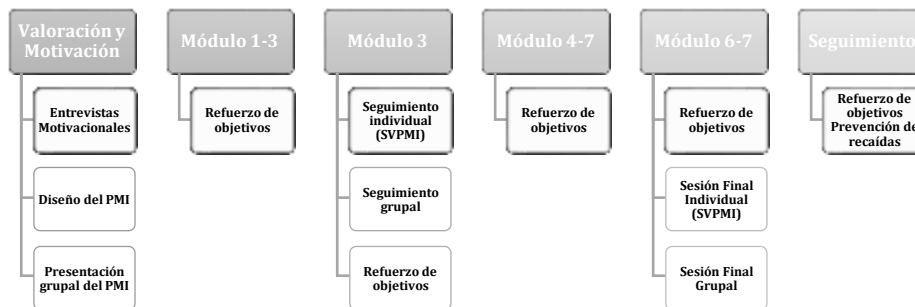


Gráfico 10. Estructura del Plan Motivacional Individualizado durante la intervención

Fase de Seguimiento

Por último, en la Fase de seguimiento que se realiza durante un periodo de 18 meses una vez finalizada la intervención, en los encuentros con el participante se revisa la consecución de su PMI y el mantenimiento de los logros alcanzados en el programa.

4.3.2 Bases de la entrevista motivacional y del diseño del PMI

La mayoría de personas penadas acuden a los programas que se implementan desde el sistema penitenciario con una actitud inicial defensiva y de rechazo a la intervención causadas por la obligatoriedad de la pena, su escasa asunción de responsabilidad y motivación al cambio y la sensación de estar incluidas en un

programa de intervención que perciben como intrusivo, coercitivo y en contradicción con sus propios intereses. Es importante vencer estos problemas mediante la vinculación de los sujetos al tratamiento en las fases previas el mismo (Echeburúa, Corral, Moltalvo y Amor, 2004; Lila et al., 2008). A través del aumento de la motivación hacia el cambio de actitudes y conductas, su colaboración en el establecimiento de objetivos y el logro de una buena alianza de trabajo, es posible minimizar las resistencias al programa y fortalecer la vinculación voluntaria a los objetivos de la intervención.

Las entrevistas individuales en la fase de evaluación y motivación constituyen el punto de partida del proceso de intervención y sienta las bases del proceso de cambio de actitudes del participante. La forma en que se realiza el trabajo en las fases previas a la intervención es un importante factor predictor del éxito. Por ello, es imprescindible que durante esta fase las coordinadoras creen un clima de confianza y colaboración.

La entrevista motivacional tiene como objetivo general reducir las resistencias iniciales del participante y lograr la vinculación voluntaria al proceso de intervención. Para la consecución de este objetivo es preciso:

- 1) Implantar un marco estable y vinculante de trabajo a través de la construcción de un plan de intervención en colaboración con el

participante, que integre sus metas personales con la reducción y gestión del riesgo de reincidencia.

2) Construir una relación de confianza y sinceridad en la que el participante no se sienta confrontado ni prejuizado.

3) Aumentar la toma de conciencia y la motivación al cambio.

4) Explorar la situación individual a partir de las entrevistas iniciales y los instrumentos de evaluación para la construcción de hipótesis y estrategias de intervención personalizadas.

5) Crear una alianza de trabajo con el participante para ampliar la vinculación voluntaria y la adherencia al programa de intervención.

a. Creación de la alianza terapéutica

La creación de la alianza terapéutica es un factor clave en el éxito de la intervención (Corbella y Botella, 2003) y su construcción condicionará y sentará las bases del proceso de cambio de actitudes del participante. Una alianza de trabajo óptima con el participante puede lograr que acuda a las sesiones, perciba interesante su contenido y ponga en práctica nuevos aprendizajes. Por el contrario, si las coordinadoras no son sensible a este concepto, aumentará la probabilidad de que los participantes abandonen el grupo, rechacen a las profesionales o muestren una

actitud negativa y hostil a la intervención. Para crear una alianza adecuada las coordinadoras deben tener en cuenta las siguientes dimensiones:

Vinculación al proceso de intervención. Si el participante percibe los contenidos del programa como ajenos, mantendrá una actitud pasiva que mermará su participación. Para conseguir esta vinculación es necesario que las tareas y metas que implica la intervención tengan sentido para el participante, sean construidas con él y se perciban como una ventaja y oportunidad de mejora. Las coordinadoras deben hacerle partícipe de la intervención, eliminando las ambigüedades del funcionamiento del programa, pidiendo activamente la definición de objetivos, captando su atención a través de la proposición de metas en consonancia con su plan de vida y reforzando cualquier mejora que se observe en el penado. La construcción de objetivos conjuntos se definirá en la tercera entrevista motivacional. Antes, las/os profesionales deben analizar el contenido de las respuestas a los cuestionarios, los hechos probados que aparecen en la sentencia y las respuestas del participante durante la entrevista de recogida de información para tener una visión clara de su situación y poder construir un plan de trabajo conjunto atrayente. Cuando alguno de los participantes exprese abiertamente que la intervención no funciona o se muestre indiferente, las coordinadoras deberán explorar ese malestar, trabajar la motivación, cambiar la estrategia y crear una nueva alianza de trabajo. La confrontación

directa aludiendo al compromiso y la obligatoriedad de la pena sólo se ha de utilizar si todos los demás intentos han fracasado.

Confianza en el proceso de intervención. El contexto de obligatoriedad que rodea la intervención y su vinculación al sistema judicial, crea en los participantes recelos y desconfianza. Este clima emocional negativo dificulta la creación de un ambiente de seguridad en el que iniciar el proceso de cambio. Es importante que el terapeuta sea consciente de la posibilidad de que exista esta actitud inicial y cuente con las herramientas necesarias para minimizarla. Los intentos de intervención serán inútiles si las coordinadoras no logran crear una relación de confianza con el participante. Si el participante confía en el proceso de intervención, se mostrará seguro, abierto a nuevos aprendizajes, flexible, se expresará abiertamente en el grupo y tendrá la expectativa de que su participación en el programa le supondrá consecuencias positivas (Carbajosa, Boira, Tomás-Aragones, 2013; García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al 2015c).

Los participantes perciben la intervención, a priori, como un castigo y, a menudo, al profesional como enemigo. Los recelos se sustentan en el miedo a que se viole su privacidad o a que aquello que cuenten en sesión sea utilizado en su contra. Para la creación de la confianza en el proceso de intervención, las coordinadoras deben proporcionar a los participantes una explicación detallada de todos los aspectos del Programa, contenido de las sesiones y entrevistas e informes a terceras partes. Durante esta explicación,

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

las coordinadoras animan a los participantes a hablar acerca de los celos y reticencias que pueden tener, enfatizando en todo momento que el objetivo principal es apoyarles y ayudarles. Las coordinadoras no deben ignorar este malestar y abordarlo, si fuera necesario, a través de sesiones individuales.

Confidencialidad, confianza y límites. El mandato judicial y el carácter penal son aspectos característicos de la intervención desarrollada en el programa. Esta particularidad no debe ocultarse al participante pero es muy posible que le disguste. Para mitigar este malestar, las coordinadoras no deben esquivar el tema. Las coordinadoras, con tono amable y comprensivo, pero firme y seguro, deben ser transparentes con los términos de la intervención y la relación que van a establecer, mencionando su compromiso con Instituciones Penitenciarias y el sistema judicial. Por otro lado, también señalarán su compromiso para actuar ante cualquier situación que implique una reincidencia y la necesidad de cumplir con las normas de funcionamiento grupales.

Manejo de la hostilidad. Es habitual que durante el proceso de intervención y, en especial, en los primeros momentos del programa, los participantes expresen hostilidad y quejas acerca de lo que les ha sucedido. Ante la culpabilización a los jueces, a la policía y al programa de intervención como parte de un sistema que creen injusto, es importante que las coordinadoras exploren la raíz de esta queja y entiendan la situación de estrés que está viviendo el participante. Las coordinadoras deben ser receptivas

a estas quejas y el participante debe sentirse comprendido y respetado. La reformulación de esta queja a través de la comprensión de la historia personal del penado y la definición del problema real ha de enfocarse como una demanda de ayuda que debe ser respondida profesionalmente. las coordinadoras deben ser receptivas a las quejas y preocupaciones del participante; su reformulación es decisiva en el proceso de intervención.

Las respuestas de las profesionales irán enfocadas a: (a) Centrar la atención en lo positivo de la participación en el programa; (b) La posibilidad de mejora con el logro de metas pactadas entre las partes; (c) La oposición a la idea del todo o nada; (d) El reenfoque del conflicto en sesiones individuales; (e) Su responsabilidad en la mejora de su momento vital; (f) La inutilidad del posicionamiento estático y pasivo en la queja constante y (g) En muchos casos, ignorar para no amplificar.

Relación personal. La intervención con algunos tipos de delincuentes (violadores, maltratadores, etc.) puede poner a prueba la capacidad del profesional de mostrar empatía. Sin embargo, es responsabilidad de las y los profesionales estar posicionado claramente contra este tipo de conductas y, a la par, comprender y establecer un vínculo emocional con el participante (Carbajosa, Boira, Tomás-Aragones, 2013; García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al 2015c). Si la labor del profesional se transmite con preocupación y respeto, se aumenta la posibilidad de crear una buena alianza y, con ello, la

probabilidad de éxito en la intervención. Los elementos de la relación que tienen que ver con el éxito en la intervención y que son imprescindibles para crear la base de una buena relación personal son: (a) El respeto mutuo; (b) La claridad de los límites; (c) La percepción clara de proporcionar ayuda; (d) El refuerzo; (e) La disponibilidad, receptividad y comprensión en la expresión de sentimientos; (f) La utilización del sentido del humor, y (g) Correcto manejo de las atribuciones de culpabilidad.

Los participantes tenderán a sentirse atraídos por terapeutas que hablan de manera genuina de su propia experiencia personal, siempre y cuando ésta sirva a los objetivos de la sesión y se utilice como modelado y que adapten el lenguaje al nivel cultural, social y madurativo del participante. Las conductas que se dirigen a lograr una mayor conexión emocional, en general, suelen ser correspondidas por el interlocutor. La creación de una espiral recíproca y potencial de intercambios emocionales positivos es básica para lograr un mínimo enganche en el proceso de intervención. Si los y las profesionales muestran comportamientos para acercarse emocionalmente a un participante, éste tenderá a corresponderle y los demás se fijarán en este comportamiento, que servirá como revulsivo a los integrantes menos motivados y como reforzador para los que están más cómodos en el programa (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al 2015c).

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Cuando la cordialidad, el desempeño y la receptividad del participante son respondidas con la autenticidad, calidez, aceptación, incondicionalidad y empatía del profesional, se aumenta el nivel de intimidad y el grado de directividad posible. De igual manera, si existe una buena relación, los errores se toleran con mayor facilidad y se aumenta el grado de aceptación de nuevos aprendizajes.

Por otro lado, las coordinadoras que empleen un lenguaje demasiado técnico, desprecien, prejuzguen o sean hostiles con los participantes, que sean autoritarias y controladoras o se muestren frías o irritables, tienen muchas posibilidades de no lograr nada en el proceso de intervención y aumentar exponencialmente el sentimiento de malestar en el grupo. Los indicadores de poca conexión son claros: evitar el contacto ocular, negarse a hablar, responder de forma hostil, llamar incompetentes o cuestionar el valor de la ayuda, etc. Ante este tipo de conductas las coordinadoras deben analizar qué puede estar pasando y, si es posible, consultar con un/a profesional experto/a para cambiar este estado lo antes posible. El PMI ofrece un completo dossier en el que se han recogido una serie de habilidades de entrevista que ayudan a conseguir establecer una adecuada alianza terapéutica, así como incrementar la motivación de los participantes (consultar Anexo 1). Las coordinadoras deben dominarlo como paso previo al entrenamiento en el establecimiento de una correcta alianza terapéutica.

b. Actitudes iniciales ante la intervención

¿Qué sentido tiene comenzar un proceso de cambio a través de una intervención terapéutica si la persona no lo desea? ¿Podemos esperar algún cambio de alguien que en principio no quiere cambiar nada? La intervención con personas condenadas, pierde eficacia por la escasa motivación y actitudes iniciales de los participantes. Es preciso que las y los profesionales conozcan cuáles pueden ser las actitudes iniciales que presentan los participantes; de esta manera podrán afrontarlas y lograr una buena alianza terapéutica. El rechazo a la intervención puede estar reflejando un conflicto interno a raíz de la denuncia y el impacto de la medida penal, una situación de conflicto con su pareja o problemas con su familia, su barrio, su proyecto de vida, etc. Ante este panorama es frecuente la hostilidad hacia el/la psicólogo/a, pero este/a debe ser capaz de mantener la calma para manejar el conflicto convenientemente y no alimentarlo. Las coordinadoras tienen que adaptarse a cada participante y comprender su situación para crear una alianza terapéutica que permita una actitud más colaborativa. En la Tabla 20 se señalan algunas indicaciones útiles para afrontar los problemas de relación.

Tabla 20. Indicaciones para los problemas de relación

-
- ✓ Acepta posturas iniciales y sé comprensivo con las actitudes negativas: Recuerda que acuden obligados. No te frustres y muestra claramente y de manera visible que tu propósito es serles de ayuda.
-

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

-
- ✓ No aumentes la presión en los participantes: Ante una persona que se siente obligada a venir al programa, no hay que forzar el avance. El compromiso sobre objetivos no ha de ser vivido como una imposición.

 - ✓ Si la situación es muy hostil y poco colaborativa, busca interacciones positivas sobre aspectos en los que se pueda conversar e intentar el acercamiento.

 - ✓ Transmite en el tono de conversación interés real por su situación y disposición a ayudar, pero sé firme con las obligaciones que tiene el participante en relación a las normas de funcionamiento grupales.

 - ✓ Ante los participantes poco motivados y desconfiados, es importante aumentar la conexión emocional, aplicar técnicas motivacionales y revisar objetivos y metas personales en sesiones individuales.

 - ✓ Atiende a la diversidad madurativa y cultural de los participantes, no intentes imponer una visión determinada del mundo, muestra respeto e interés por su situación y favorece su reflexión. Pero debe estar claro que existen unos límites y normas de funcionamiento que se deben cumplir y que la utilización de la conducta delictiva no es admisible.

Fuente: elaboración propia basada en García y Lila, 2013

c. La motivación para el cambio

El conjunto de técnicas que contempla el *Modelo Trasterórico de Cambio* y el *Good Lives Model* se aplican de forma trasversal al PMI, aunque tienen especial relevancia en las sesiones dos y tres

de la entrevista motivacional, dado que son imprescindibles para favorecer la toma de conciencia, el aumento de la intención de cambio y el establecimiento de metas conjuntas (se adjunta Anexo 1) para su mejor consulta). La toma de conciencia y la motivación al cambio de los participantes se inician con la entrevista motivacional, pero el proceso de cambio ha de ser reforzado durante toda la intervención en base a la aplicación de las técnicas basadas en el MTC y del GLM.

Es probable que la mayoría de los participantes del programa, al inicio de la intervención, consideren el cambio innecesario, lo que les situaría en el estadio *Precontemplativo*, definido por la negación del comportamiento delictivo, la nula asunción de responsabilidad y la minimización de la gravedad de los hechos por los que han sido condenados. Las coordinadoras deben ser consciente de esta situación y fomentar durante todo el programa acciones que promuevan el paso a los siguientes estadios de cambio a través de las técnicas de entrevista terapéutica y no de la mera exposición de contenidos de carácter psicoeducativo.

Es vital hacer progresar en los estadios a aquellos participantes que presentan una mayor resistencia ante la intervención (*Estadio Precontemplativo*). El primer paso para salvar esa oposición precisa promover el avance hacia el estadio *Contemplativo*, donde se reconoce que en el pasado su comportamiento les ha traído problemas. Situados en esa etapa de cambio, los participantes pueden pasar al siguiente estadio; la preparación al cambio. En él

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

mantienen una actitud positiva hacia la posibilidad del cambio y piensan en qué y cómo cambiar, aunque el compromiso todavía no sea muy firme. En los siguientes estadios (*Preparación, Acción y Mantenimiento*), existe un compromiso firme con el cambio y se ejecutan acciones para lograrlo. Las coordinadoras deben reforzar esta decisión y proporcionar la ayuda necesaria para que lo consigan. El proceso de cambio es fluctuante y depende de la experiencia del participante y del trabajo que se realice en el grupo. Las coordinadoras deben tener presente en todo momento una idea aproximada del nivel de motivación del participante, para diseñar la estrategia adecuada que potencie el avance en la intervención.

Desde el MTC se indican una serie de procesos para motivar el cambio y avanzar en los estadios motivacionales. Durante la intervención las coordinadoras deben asegurarse que los participantes experimenten estos procesos cognitivos para promover el avance en los estadios motivacionales (ver Tabla 21 y 22).

Tabla 21. Procesos para motivar el cambio: Tareas experienciales

✓ Toma de conciencia: Definida por el incremento de la reflexión acerca del problema, sus consecuencias y la responsabilidad del participante en su solución.
✓ Autoevaluación: Las intervenciones del terapeuta deben explorar los sentimientos y pensamientos del participante en relación al problema; Cómo se siente y piensa acerca de sí

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

<p>mismo en relación al delito, qué consecuencias ha tenido en su familia y en su contexto inmediato y qué valoración hace acerca del delito.</p>
<p>✓ Consuelo emocional: El terapeuta debe buscar que el participante sienta alivio con la expresión libre y sincera de sus emociones. Para ello proporcionará un ambiente de escucha activa, calidez y comprensión.</p>
<p>✓ Auto-liberación: El terapeuta utilizará sus intervenciones para mostrar escenarios alternativos de comportamiento que impliquen un compromiso de mejora, solución de su problemática y logro de sus objetivos.</p>
<p>✓ Reevaluación del entorno: A través de los mensajes orientados a la toma de conciencia, el terapeuta debe promover una reevaluación de su situación personal que contenga una reflexión de cómo el comportamiento delictivo le está afectando a él y a su entorno.</p>

Fuente: elaboración propia basada en Eckhart, (2007); García y Lila (2013).

Tabla 22. Procesos para motivar el cambio: Tareas conductuales

<p>✓ Refuerzo del proceso de cambio: El terapeuta amplificará cualquier mensaje del participante que contenga una mínima intención de cambio, responsabilidad en el delito o reflexión acerca de las</p>
<p>✓</p>
<p>✓ consecuencias negativas que ha tenido el comportamiento delictivo.</p>
<p>✓ Relación de ayuda: El terapeuta debe mantener el clima de colaboración iniciado en la primera entrevista motivacional e</p>

intentará ampliar la red de ayuda del participante a personas de confianza que puedan proporcionarle apoyo social.

✓ **Contracondicionamiento y control de estímulos:** En la entrevista motivacional y durante todo el proceso de intervención, el terapeuta debe fomentar la sustitución del comportamiento delictivo por otros comportamientos alternativos e incompatibles con el mismo.

✓ **Liberación social:** Como consecuencia de los nuevos aprendizajes en el programa de intervención y la reflexión sobre alternativas conductuales no problemáticas, los participantes pueden experimentar la liberación que proporciona contar con un repertorio conductual más amplio que les haga afrontar las situaciones, solucionar sus problemas y alcanzar sus objetivos sin la necesidad de utilizar un comportamiento delictivo.

Fuente: elaboración propia basada en Eckhart, (2007); García y Lila (2013).

d. Utilización del *Good Lives Model* (GLM) en la intervención del Programa Contexto

El GLM proporciona un marco general en el que integrar el PMI a través de la búsqueda de los bienes primarios o motivadores principales de los participantes. A través del logro de estos objetivos, se estructura la intervención a largo plazo, mientras se fomenta el cambio de actitudes y se proporcionan estrategias que reduzcan los factores de riesgo de reincidencia.

El GLM potencia el alcance de los contenidos y la motivación para la aplicación de las estrategias que se trabajan en las sesiones de intervención al asociarlos con el logro de los bienes primarios del participante. Para ello es imprescindible que las coordinadoras expliquen y los participantes entiendan, cómo la consecución de los bienes secundarios (habilidades, recursos, conocimiento, etc.) favorece la satisfacción de los bienes primarios. Es importante fomentar este tipo de explicaciones en el cierre de la segunda entrevista motivacional, en la tercera entrevista motivacional, las sesiones de intervención grupal y en las sesiones de valoración del plan de trabajo (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al 2015c).

Fases de la intervención GLM

Fase 1. La primera fase del GLM se inicia con la evaluación de los factores de riesgo y la problemática general, obtenida a partir del análisis de la primera entrevista motivacional, los datos de los cuestionarios aplicados y la documentación judicial. Continúa en el bloque de preguntas de toma de conciencia del problema, el cual pretende identificar los factores que han precipitado la situación actual del participante para iniciar la reflexión acerca de cuáles serían sus bienes primarios y cómo estos no son posibles a partir de sus bienes secundarios. La primera fase concluye con la exploración del concepto de vida satisfactoria que tiene el participante para identificar los bienes primarios predominantes. Esta exploración se realiza principalmente en el bloque de

preguntas de motivación al cambio y específicamente con la *pregunta milagro*. La pregunta milagro consiste en construir una visión posible de la solución al problema. Esta técnica de la terapia centrada en soluciones resulta útil porque introduce la posibilidad de imaginar un futuro hipotético en el que el problema se ha resuelto con éxito. El hecho de construir una visión de la solución, ayuda a las personas a creer que es posible alcanzarla, motiva a los participantes hacia su consecución y, al utilizar gramaticalmente el futuro, se influye en la concepción de que la solución se hará realidad. La estructura clásica de la pregunta milagro es la siguiente: *"Te voy a hacer una pregunta un poco extraña... que requiere algo de imaginación por tu parte. Supón que llegas a casa esta noche y te vas a dormir. Mientras estás durmiendo, ocurre un milagro. El milagro es que los problemas que te trajeron aquí se han resuelto. Como tú estabas durmiendo, no sabes que el milagro ha pasado y que todo se ha solucionado pero, claro, cuando te despiertes por la mañana notarás cosas diferentes que te harán sentir que el problema se ha solucionado. ¿Cómo te darías cuenta de ese cambio?, ¿Qué será diferente?...".* Las coordinadoras deben promover que el participante sea prudente, realista y prolífico en la exposición de sus metas y, sobre todo, que las metas que exprese se relacionen con su propio bienestar y no con etiquetas moralistas fruto de la deseabilidad social.

Fase 2. En esta fase las coordinadoras deben elicitar la toma de conciencia y la reflexión en torno a la contradicción que supone conseguir los bienes primarios si continúa con los modelos de

relación, actitudes y conductas actuales. La utilización de fórmulas dirigidas a resolver ambivalencias, a motivar escenarios alternativos y a elicitir las consecuencias negativas de la conducta violenta puede ayudar al terapeuta en la realización con éxito de esta fase. Potenciar la consciencia de múltiples necesidades facilita la generación de objetivos, la posibilidad de que alguno de ellos se consiga y, con ello, la generalización del cambio a otras áreas.

Fase 3. En la fase 3 el participante debe ser consciente de las estrategias que utiliza para la consecución de bienes primarios, del patrón de comportamiento que impide el logro de sus objetivos, de la contradicción y conflicto que supone la consecución de los bienes primarios a partir del uso de este tipo de estrategias y de los condicionantes internos y externos que tiene que superar para lograr sus metas principales. El correcto desarrollo de los bloques de toma de conciencia y motivación al cambio tienen como consecuencia la resolución de esta fase, que culmina en el cierre de la entrevista donde se establece el acuerdo en la definición del problema y la visión general de la labor a realizar para el logro de los bienes primarios.

Fase 4. La fase 4 se desarrolla en la tercera entrevista motivacional y tiene como objetivo principal la realización detallada del plan de cambio. Para ello es importante que los objetivos planteados sean relevantes para el participante, específicos, realistas, cuantificables, escalonados y fraccionados

en el tiempo. Los objetivos irán asociados a estrategias de cambio que tendrán en cuenta los contenidos del programa de intervención.

Fase 5. El objetivo de esta fase es controlar el progreso del plan de cambio a través de la supervisión regular, la valoración de la implementación y adquisición de habilidades y la relevancia y consecución de las metas planteadas. Los procesos contenidos en esta fase se llevan a cabo de manera directa en las sesiones periódicas de valoración del plan de cambio, pero su valoración tiene que estar presente de forma indirecta en cada encuentro con el participante.

La organización en fases del proceso de intervención desde el GLM, tiene como finalidad ofrecer una guía de los diferentes aspectos que han de ser tratados en la intervención para que ésta sea eficaz. Las fases tienen un carácter secuencial y acumulativo y no deben interpretarse como una sucesión de pasos rígida. La denominación de fases debe entenderse como una serie de “estratos” que se acumulan y solapan en el transcurso de la intervención. Estos estratos tienen un carácter dinámico y han de estar sometidos a la evaluación constantemente de tal manera que, si las coordinadoras se encuentran sumergidas en la fase 4, desarrollo del plan de trabajo, no deben descuidar las tareas de otras fases como la toma de conciencia de la fase 2 o la creación de una correcta alianza de trabajo.

¿Cómo debe actuar las y los profesionales para aumentar la motivación?

Las coordinadoras deben facilitar que el participante verbalice su ambivalencia en relación al cambio comportamental e identificar las discrepancias que existan entre su funcionamiento diario y la búsqueda de bienes primarios. Para identificar esta ambivalencia, las coordinadoras han de estar atentas a las incongruencias que aparezcan en el discurso del participante. Estas quedarán representadas, por ejemplo, por la incompatibilidad entre la conducta delictiva y sus deseos de conseguir intimidad, un correcto desempeño parental, un afrontamiento eficaz de situaciones adversas, la consecución de una identidad positiva, o el reconocimiento y afecto por parte del grupo de iguales. Si el participante es capaz de contemplarse a sí mismo de forma clara y consciente, estará dando los primeros pasos para el cambio.

La motivación hacia el cambio debe partir de los participantes y no imponerse. Por lo tanto, la coacción, la confrontación, el enfrentamiento agresivo, el uso de contingencias, la persuasión directa o dar consejos no son métodos efectivos para resolver la ambivalencia. Es tentador intentar “ayudar” convenciendo de la urgencia del problema, de la necesidad del cambio o expresando lo que “debe” hacer, pero tales tácticas, por lo general, aumentan la resistencia y reducen la probabilidad de éxito en la intervención. El empleo de estas estrategias puede llevar a la discusión y a la negación del participante que, posiblemente, adoptará una posición defensiva y de autoafirmación de su libertad personal.

Cuando no se reconoce la existencia de ningún problema o cuando el participante piensa que el problema es la asistencia al programa, el trabajo debe ir orientado a fortalecer la alianza y al empleo de técnicas motivacionales. De igual manera, el/la profesional debe preguntarse, ¿Qué piensa el participante de lo que yo creo que es el problema?, ¿Cuándo para él puede ser un problema lo que yo creo que es un problema?, ¿Cuándo deja de serlo?...

Es esencial, bajo el marco de referencia de la alianza terapéutica, las técnicas motivacionales y el GLM, no descalificar frontalmente esta posición negativista del participante para intentar imponer la visión que las coordinadoras tienen de su problemática. No existe una posición unívoca, objetiva y medida del problema, pero debemos intentar llegar a un acuerdo con el participante para definirlo y poder seguir avanzando. La predisposición al cambio no es un rasgo estático en el participante; fluctúa dependiendo del estadio en el que se encuentre y de la interacción que establezca el terapeuta. Por tanto, debemos potenciar las verbalizaciones de automotivación del participante. Expresiones de reconocimiento del problema, de preocupación por las consecuencias de su conducta, de deseo e intención de cambio o de autoeficacia en el afrontamiento de su situación tienen que ser reforzadas por las terapeutas.

Los participantes pueden esperar ser recibidos con hostilidad y rechazo como respuesta a la conducta por la que han sido

condenados. Para neutralizar esta impresión inicial, las coordinadoras deben proporcionar un ambiente cálido, empático y de conexión emocional que promueva la expresión abierta y sincera de su historia personal. Mediante la escucha activa de su historia y la información extraída en la primera entrevista, las coordinadoras pueden comprender el marco de referencia del participante y el contexto en el que está inmerso. Conectar emocionalmente con él es indispensable para lograr vincularlo a la intervención y que colabore en la proposición de los objetivos de intervención (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al 2015c).

Las coordinadoras deben conectar emocionalmente con el participante pero teniendo cuidado de que no distorsione el mensaje y entienda que la aceptación no neutraliza o minimiza las implicaciones de su conducta delictiva. Por lo tanto, la comprensión de su situación personal debe estar vinculada al rechazo a cualquier tipo de comportamiento delictivo proponiendo, mediante un lenguaje centrado en soluciones, alternativas de comportamiento incompatibles con el mismo.

Para favorecer una comunicación fluida las coordinadoras deben intercalar paráfrasis, resúmenes o comentarios empáticos y humorísticos. La conversación debe promover la expresión abierta de pensamientos y el desarrollo extendido de los mensajes para fomentar la conexión emocional y la reflexión sobre aquello que se cuenta.

Es poco realista pretender una toma de conciencia completa del participante en la que exprese un arrepentimiento máximo, no justifique sus acciones y reconozca la total gravedad de su comportamiento. De hecho, probablemente sea suficiente con que tanto el participante como las coordinadoras puedan disponer de algunos indicadores claros de las consecuencias negativas que ha tenido su comportamiento y de escenarios alternativos y atractivos donde se produzca un cambio de comportamiento que lleve a la consecución de sus metas primarias. Con estos logros se puede abrir la puerta a la intervención grupal desde una nueva perspectiva de predisposición al cambio.

El trabajo de la entrevista motivacional no está dirigido a “evaluar” y a obtener información para el/la profesional, sino a generar información útil para el participante. Las coordinadoras deben ayudar al participante a identificar su valores y metas intrínsecas y a que reevalúe su historia personal para estimular la motivación a un cambio de comportamientos que le suponga un beneficio.

En la Gráfica 11 se presenta la estructura de las tres sesiones de entrevista motivacional que tienen lugar en la fase de valoración y motivación y que se describe pormenorizadamente en las siguientes páginas.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

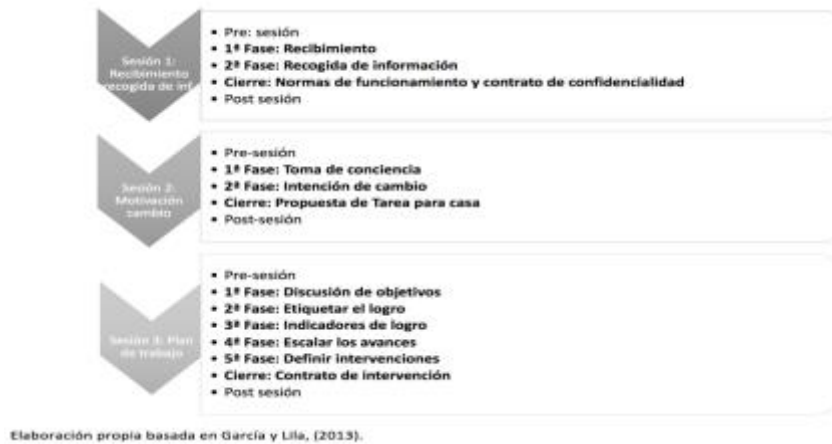


Gráfico 11. Estructura del PMI en la fase de evaluación y motivación

4.3.3 Entrevistas motivacionales en fase de valoración y motivación.

a. Sesión de Entrevista Motivacional 1

Los primeros momentos de la sesión inicial suelen ser fundamentales. Todos los procesos de intervención comienzan con el recibimiento y ajuste de los y las profesionales al participante. Si éstos/as no son capaces de sintonizar y establecer una buena relación, corren el riesgo de que el resto de la intervención no tenga ninguna resonancia o sea vista como algo totalmente externo. Con cada participante este proceso será diferente y las coordinadoras deben mostrar la suficiente flexibilidad cognitiva y empatía para poder conectar con él. La empatía supone situarse en la posición del otro para llegar a

valorarlo y crear un contexto de confianza delimitada por la normativa de funcionamiento y los objetivos de la intervención. La flexibilidad supone tener una perspectiva amplia sobre los valores y maneras de entender la realidad, no desde la distancia sino a través del contacto directo (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al. 2015c). Por lo tanto, la meta de la primera entrevista no será solucionar ningún problema, sino lograr una mínima vinculación con el participante y obtener la suficiente información para la elaboración de una estrategia de trabajo inicial así como toda aquella información que el terapeuta considere relevante para la intervención (fundamentalmente, información relativa a los factores de riesgo).

Objetivos de la primera entrevista:

- 1) Recibir adecuadamente al participante, explicar las características del contexto de intervención, proporcionar seguridad y facilitar su adaptación.
- 2) Resolver las ambivalencias y dudas que manifieste respecto a su situación judicial.
- 3) Ajustarse al participante creando un ambiente de escucha y confianza que facilite la comunicación y la expresión de problemas y dificultades.
- 4) Obtener información sobre la situación personal del participante y su problemática para la valoración del riesgo y la estrategia de intervención.
- 5) Presentar las normas de funcionamiento grupal.

b. Sesión de Entrevista Motivacional 2

La segunda sesión de la entrevista motivacional se estructura en dos fases: la toma de conciencia del problema y la potenciación de la intención de cambio.

Toma de conciencia: Los contenidos del bloque de toma de conciencia del problema están encaminados a propiciar la reflexión del participante en relación a la denuncia y al uso de la violencia en las relaciones de pareja. Con ello se intenta favorecer la reevaluación de su situación y la clarificación de las consecuencias que la agresión ha tenido en su vida para establecer un marco común de comprensión del problema y de establecimiento de metas.

Intención de cambio: fomentar la toma de conciencia del problema que lleve a la elección de alternativas de comportamiento satisfactorias y a un compromiso de mejora con el proceso de intervención. Las coordinadoras deben conseguir estos objetivos a través de un proceso de reflexión que aumente la predisposición al cambio, haciéndoles partícipes y responsables de este proceso y de su necesidad.

Los objetivos de la segunda entrevista motivacional son los siguientes:

- 1) Fomentar la toma de conciencia del problema que supone el uso de la violencia a partir de la reflexión sobre sus consecuencias.

- 2) Potenciar la intención de cambio del participante a través de la presentación de escenarios alternativos de mejora que permitan el logro de bienes primarios.
- 3) Conseguir indicadores mínimos que sean aceptados por el participante y ayuden al terapeuta en el diseño del mapa del proceso de cambio a desarrollar en la tercera entrevista.

c. Sesión de Entrevista 3

La elaboración del Plan de Cambio con el participante se desarrolla en la tercera entrevista motivacional que tiene como objetivo el planteamiento y definición de las metas de trabajo que permiten alcanzar los bienes primarios del participante y limitar el riesgo de reincidencia. Para la elaboración del plan de trabajo, los coordinadores se ayudarán de la tarea para casa, los contenidos de la guía de trabajo, de los bienes primarios expuestos en las fases previas de entrevista.

Los mensajes de las coordinadoras deben fomentar la visualización de un escenario de cambio aceptable para el participante, centrado en un lenguaje basado en soluciones, la proyección al futuro y las técnicas de entrevista motivacionales y de alianza terapéutica.

Además de los bienes primarios que el participante haya expuesto explícita o implícitamente en las fases previas de entrevista, se ha de establecer claramente como objetivo básico, claro e inmediato

a conseguir en el plan de cambio, la abstención de cualquier comportamiento violento. Entendiendo como comportamiento violento, el menoscabo físico, emocional, verbal, económico, sexual o social hacia cualquier persona y especialmente a la pareja. La metodología de trabajo se basa en la identificación de las necesidades establecidas en las fases previas de la entrevista y en la colaboración con el participante para consensuar los cambios e indicadores de logros necesarios. La propuesta de metas no debe percibirse como una imposición, sino que es imprescindible que el plan de cambio sea aceptado por el participante como requisito para poder contribuir a su proceso de cambio. La formulación de objetivos con el participante sigue un proceso secuencial y acumulativo que permite el establecimiento de un plan de trabajo claro, preciso y alcanzable (Kiresuk, 1994).

La tercera entrevista motivacional persigue el siguiente objetivo: Planteamiento y definición de las metas de trabajo que permiten alcanzar los bienes primarios y limitar el riesgo de reincidencia.

4.3.4 Sesiones grupales

a. Sesión grupal de presentación del PMI

Durante esta sesión se pretende compartir los objetivos individuales del PMI con el grupo de intervención, con el propósito de generar un buen clima grupal, así como promover el

establecimiento de conductas proterapéuticas y de motivación al cambio²⁹.

Objetivos:

- Presentación del Programa, metodología y objetivos
- Clima de trabajo y cohesión grupal
- Que los miembros del grupo conozcan la situación actual de sus compañeros, las metas de trabajo y los motivos
- Reflexionar sobre la necesidad de cambio y sobre las consecuencias positivas derivadas de ello
- Continuar favoreciendo la relación de ayuda terapeuta-participante y fomentar la ayuda mutua

b. Sesión grupal de revisión del PMI

Como ya se indicó en el último apartado de la Fase de Valoración y Motivación, a lo largo de toda la intervención las coordinadoras han de seguir atentas a mantener la alianza terapéutica con los participantes, así como a sus fases y procesos de cambio y a la consecución de sus objetivos individuales. En el transcurso de las sesiones las coordinadoras intentarán promover la reflexión del participante a través de la formulación de preguntas en base a los objetivos propuestos para cada sesión. Igualmente, guiarán la conducción de las actividades de los módulos de intervención

²⁹ Para conocer el desarrollo de la sesión grupal de presentación del PMI, consultar Anexo III .

teniendo en mente los objetivos consensuados con el participante durante la 3ª entrevista motivacional. La alusión a estos objetivos y su relación con el contenido de la actividad ha de ser tarea frecuente durante la presentación y cierre de las actividades.

Durante ésta actividad se pretende reforzar la motivación y persistencia del participante en su proceso de cambio, dotar de relevancia al contenido del plan motivacional individualizado y afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones previas. Mediante la exposición en grupo de los avances realizados y la constatación y amplificación de éstos por parte del resto de compañeros y de las profesionales, se incrementa la percepción de valía y logro del participante. La metodología del ejercicio consistirá principalmente en la búsqueda de excepciones para marcarlas, elicitárlas y ampliarlas. En la medida en que el trabajo con un participante sea dinámico y la duración de la sesión lo permita, se utilizará también el escalamiento y la proyección al futuro. Cada intervención del participante debe estar centrada en la consecución de objetivos para que nos permita la participación equilibrada de todos los miembros del grupo. La actividad sigue el esquema de la sesión individual de valoración del PMI realizada a lo largo del Módulo intermedio, pero con un tiempo reducido dedicado a cada participante y con la ventaja de la utilización del formato grupal, la potenciación de la interacción entre participantes y el debate abierto como herramientas para el refuerzo de la sensación de valía, la motivación al cambio o el sentimiento de compartir el propósito dentro del grupo. Para

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

ayudar a la reflexión del participante se le instará a responder a cuestiones referentes a su proceso de cambio y se alentará a compartir con los compañeros de grupo, (ver gráfico 12). especial relevancia para el desarrollo del ejercicio es la utilización de la información de la sesión de valoración individual con el participante en la que se constata y marca el avance en el plan motivacional individualizado y de la información recogida en la guía de trabajo sobre las actitudes, pensamientos y conductas mostradas durante las sesiones de intervención.

Documento de Trabajo. Compartiendo mis logros

Tienes delante de ti la valoración sobre tu plan de cambio que realizamos en la sesión de valoración individual. Me gustaría que compartieras con el resto de compañeros cómo es tu progreso y todos los avances que has logrado. Para ello te puedes apoyar en las respuestas a las siguientes preguntas:

¿En qué momento te encuentras ahora con respecto a tu meta?

¿Qué has hecho, pensado o sentido que te ha ayudado a llegar a este punto?

¿Qué ha mejorado desde que comenzaste en el programa?

¿Cómo afectan estos avances a tu entorno (familia, pareja, amigos, trabajo, etc.)?

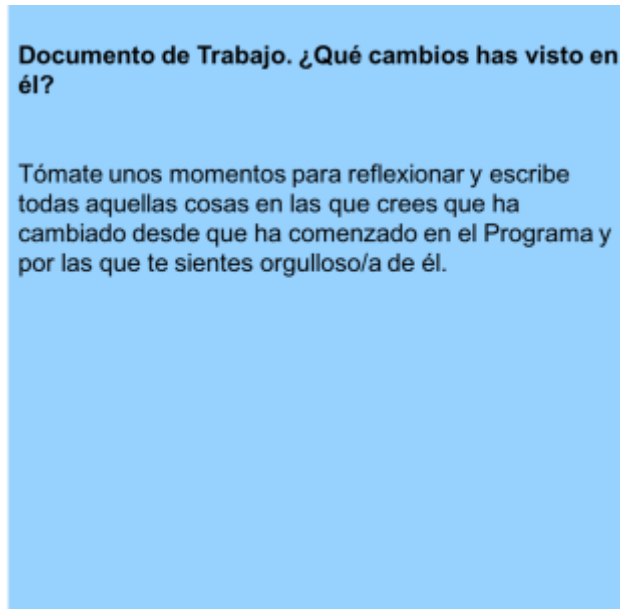
¿En qué crees que te han ayudado tus compañeros para lograr estas mejoras?

¿Qué dificultades te has encontrado?

Gráfica 12. Documento de trabajo del participante en la sesión de revisión grupal del PMI.

**c. Sesión grupal de revisión de objetivos alcanzados durante
la intervención**

Esta sesión pretende que el participante pueda hacer un balance sobre lo aprendido durante la intervención, pueda valorar los cambios alcanzados, así como tomar conciencia de aquellas cuestiones que debe seguir trabajando. Según el modelo explicativo de la violencia que guía la construcción y desarrollo de la intervención propuesta, la violencia en las relaciones de pareja se considera un problema social, sustentado en gran medida por la tolerancia del entorno (Gracia, 2002, 2004; Gracia y Herrero, 2006). Por ello el Programa Contexto vincula al participante a entornos menos indulgentes con el maltrato mediante la figura del acompañante. Siguiendo esta premisa, para incrementar la motivación sobre los cambios adquiridos al final de la intervención se aconseja instar a los participantes a conocer la valoración de sus cambios adquiridos por su persona de referencia (ver Gráfica 13).



Gráfica 13. Documento de trabajo para el acompañante

Objetivos sesión grupal de revisión de objetivos alcanzados:

- Fomentar la reflexión de los participantes sobre los logros alcanzados durante el transcurso de la intervención.
- Revisar la consecución del plan de cambio e identificar las carencias y mejoras.
- Incrementar la percepción de valía.
- Aumentar el apoyo social (percibido y recibido).

4.3.5 Sesión individual en la fase de intervención grupal: Valoración del PMI

La sesión de valoración del Plan Motivacional Individualizado (PMI) constituye la herramienta de las y los profesionales para la constatación del avance del participante en la consecución de las metas de su plan de cambio. A través de la entrevista individual de valoración, a realizar de manera paralela a las sesiones grupales durante el módulo intermedio de intervención, se pretende reforzar la motivación y persistencia del participante en su proceso de cambio, dotar de relevancia al contenido del PMI y afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones grupales asociándolos a sus necesidades personales. Por otro lado, la sesión de entrevista de valoración del PMI puede brindar la oportunidad de afianzar las alianzas con el participante, a través de un encuentro personal, donde de manera libre y sincera pueda expresar su visión del funcionamiento del grupo. El estilo de las profesionales en la sesión de valoración sigue las directrices motivacionales y de alianza del PMI (motivación al cambio, refuerzo del proceso de cambio, proyección al futuro, atribución de control, etc.) basadas en una postura de colaboración con los usuarios, que evita la confrontación y busca el acuerdo y la participación, huyendo de la coerción y la directividad. La interacción con el participante se basa en la conversación acerca de las soluciones y la consecución de metas y no en el análisis y la anamnesis del problema.

La interacción entre coordinadoras y participante durante la entrevista de valoración se basará en las ocasiones donde no aparece el problema, los momentos en los que es capaz de afrontar la situación, los recursos disponibles y en los aspectos relacionados con un futuro en el que consiga sus objetivos y no esté presente el problema. En definitiva, la conversación entre profesionales y participante se centrará en las soluciones y no en los problemas, en el análisis de qué está funcionando y qué está consiguiendo desde el inicio de la intervención. En los módulos de intervención se pretende que el participante reduzca al máximo los factores de riesgo, poniendo el foco en el problema y en el aumento de sus herramientas de afrontamiento. En la sesión de valoración, en cambio, el problema pasará a un segundo plano y las excepciones al problema serán el eje central de la sesión.

En la tercera entrevista motivacional se plantearon los objetivos a conseguir y se identificaron las metas e indicadores del plan motivacional; en la sesión de valoración se marcarán y amplificarán las ocasiones en las que el participante consigue acercarse al objetivo, fomentando la sensación de control y responsabilidad por los cambios conseguidos. Para ello, las coordinadoras iniciarán las sesiones preguntando qué ha mejorado desde el último encuentro. A partir de ese momento, su tarea será ampliar de forma deliberada cualquier mejoría, por pequeña que sea, que surja a partir de las actuaciones propuestas y realizadas por el participante en el plan de trabajo o de aquellas

que se hayan dado naturalmente y por propia iniciativa del participante.

4.3.6 Algunas cuestiones previas a la fase de Intervención Grupal: El plan motivacional a lo largo del programa

A lo largo de toda la intervención las coordinadoras deben sostener la actitud entrenada en la fase de evaluación y motivación al cambio. Han de seguir atentas a mantener la alianza terapéutica con los participantes, así como a sus fases y procesos de cambio y a la consecución de sus objetivos individuales. Durante el programa las coordinadoras intentarán promover la reflexión del participante a través de la formulación de preguntas en base a los objetivos propuestos para cada sesión. Estas preguntas constituyen la herramienta motivacional básica de trabajo para la consecución del plan motivacional. Las intervenciones de las profesionales deben ajustarse a las bases teóricas de la entrevista motivacional y la alianza terapéutica (García y Lila, 2013; Lila et al., 2015a; Lila et al., 2015b; Lila et al. 2015c). Algunas de las orientaciones básicas que ayudan a conducir el grupo manteniendo las premisas del plan motivacional son: (1) Prevalencia de preguntas abiertas (>70%); (2) Porcentaje de intervenciones motivacionales (toma de conciencia, motivación al cambio, refuerzo, etc.) (>90%); (3)

Tiempo hablado por el participante (>50%); (4) Porcentaje de intervenciones no motivacionales (<10%).

El otro pilar fundamental que guiará la conducción de las actividades de los módulos de intervención será los objetivos consensuados con el participante durante la 3ª entrevista motivacional. La alusión a estos objetivos y su relación con el contenido de la actividad ha de ser tarea frecuente durante la presentación y cierre de las actividades. Puesto que se pretende que los contenidos del programa sean relevantes para la consecución de los objetivos del Plan de Cambio, los participantes han de tener muy claro cómo el contenido de la actividad le ayuda a conseguir sus objetivos.

Además, las coordinadoras deben estar atentas a cualquier manifestación del participante en relación a la presencia de conductas que supongan un avance en la consecución de su meta, que se centren en las soluciones a sus problemas y que favorezcan cualquier actitud, pensamiento o conducta que sean incompatibles con el uso del comportamiento delictivo. Es aconsejable que se anoten en la guía de trabajo todas estas situaciones para poder devolvérselas al participante durante las sesiones de valoración individual y grupal del plan motivacional.

De igual manera, durante la realización de los ejercicios, la alusión a los objetivos de cambio debe ser frecuente para que el participante no los olvide, sea consciente de su avance y se le

pueda reforzar cuando realice una tarea directamente relacionada con alguno de sus objetivos de cambio.

4.3.7 El PMI al finalizar la intervención

Al finalizar la intervención profesional, el penado se reúne nuevamente con el fin de revisar y valorar el plan de cambio que establecieron en las etapas iniciales de la intervención. Este es un momento clave para dar encaje a los conocimientos afianzados, para evaluar los logros adquiridos y para evidenciar los aspectos a seguir trabajando. Se incidirá en aquellas situaciones en las que sí se han alcanzado los objetivos, centrando la atención del participante en cualquier indicio relativo a la consecución de las metas y desviando la atención del problema o las dificultades. Se abordarán aquellas situaciones en las que el participante ha conseguido afrontar situaciones difíciles, se explicitarán los recursos que ha sido capaz de poner en marcha para salir exitoso y plantearemos aquellas estrategias que debe seguir trabajando para que en el futuro no vuelva a presentarse el problema que le trajo al programa.

Se debe indagar sobre las posibles dificultades que hayan surgido desde que finalizó la intervención, ya que pueden existir participantes que hayan experimentado un retroceso en su plan de cambio. En estas circunstancias se explorarán las dificultades y situaciones que han propiciado la recaída y se buscarán y

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

amplificarán las excepciones (así acotamos el retroceso, reducimos la posible ansiedad generada e incrementamos la motivación). Una vez ubicados los factores de riesgo se retomarán las estrategias de toma de conciencia y motivación al cambio y se añadirá al plan aquellas actuaciones que permitan superar estas dificultades y que ayudan a su consecución. Es importante resaltar en este punto que cuando se produce un retroceso no se parte de cero. Aquellas herramientas que se han aprendido y aplicado, ahora serán más fáciles de volver a poner en marcha. De esta forma incrementamos la motivación y reducimos la sensación de fracaso.

En la medida de lo posible es interesante que se plantee al participante la posibilidad de acudir a las y los profesionales ante la existencia de dificultades o posibles reincidencias. También sería interesante vincular a los usuarios a un recurso que ayude a reducir la presencia de factores de riesgo e incrementar los factores protectores para apoyar, potenciar y consolidar los cambios obtenidos (asociaciones, unidades de tratamiento de las conductas adictivas, entidades públicas, etc.). La entrevista concluirá elogiando al participante por los logros alcanzados y resaltando su capacidad de mejora y progreso en el futuro.

5 Estudio empírico

5.1 Justificación

La violencia contra la mujer en las relaciones de pareja tiene una elevada prevalencia en todo el mundo, por lo que actualmente se considera un problema social de suma importancia (Winstok y Eisikovits, 2011). Este trabajo intenta realizar una aportación que permita mejorar las propuestas de intervención en este ámbito.

Una de las principales medidas que se ha puesto en marcha para la erradicación de la violencia de género es la intervención con los agresores (Carbajosa y Boira, 2013). Es necesario conocer cuáles son las actuaciones que faciliten el cambio de comportamiento de los agresores y que suponga el cese de sus agresiones (Eckhardt et al., 2006; Lila, 2013; Scott, 2004). No obstante, los datos sobre la efectividad de estas intervenciones son limitados y se ha generado controversia sobre su utilidad (Babcock, Green y Robie, 2004; Carbajosa y Boira, 2013; Feder y Wilson, 2005; Murphy y Ting, 2010; Sartin, Hansen y Huss, 2006; Saunders, 2008). En este sentido, es necesario realizar investigaciones que ayuden a mejorar las propuestas de intervención con maltratadores.

Existen diversos motivos que alientan a seguir trabajando en la rehabilitación de los agresores. Las razones primordiales son proteger a las víctimas que siguen en contacto con los maltratadores, prevenir futuras agresiones, proteger a posibles

futuras víctimas, evitar las consecuencias que ésta violencia supone para los y las menores, romper el ciclo de transmisión de la violencia intergeneracional y ofrecer una alternativa de conducta a los agresores que les ayude a construir relaciones personales libres de violencia (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y de Corral, 2009; Lila 2013). Intervenir y cambiar las actitudes y conducta de estos hombres es absolutamente necesario si se pretende erradicar la violencia que sufren miles de mujeres (Arce y Fariña, 2010; Expósito y Ruiz, 2010; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009; Lila, 2013).

En nuestro país, a raíz de las medidas impuestas por la ley LO/2004, se ha producido un incremento en el número de condenas por violencia de género y, por tanto, un aumento del número de hombres derivados a programas de intervención con maltratadores. Por ello, se hace necesario demostrar la efectividad de los tratamientos, garantizando la capacidad de eliminar la conducta violenta (Lila 2013). Son cada vez más las investigaciones que tienen como objetivo adaptar las estrategias que han demostrado ser efectivas con otro tipo de poblaciones resistentes al cambio a la intervención con maltratadores, para abrir nuevos caminos que supongan un incremento en su eficacia.

Algunos estudios ponen de manifiesto la relación positiva entre la alianza terapéutica y una reducción del comportamiento agresivo (Brown y O'Leary, 2000; Murphy y Maiuro, 2008; Taft, Murphy, King Musser y DeDeyn, 2003). La Alianza Terapéutica es considerada como una variable importante en la construcción de la relación que se establece entre los profesionales a cargo de

la intervención y los participantes (Corbella y Botella, 2003; Freud, 1912; Rogers, 1957, 1966). La calidad de la relación terapéutica ha sido considerada como un aspecto fundamental para la efectividad de los tratamientos (Corbella y Botella, 2003; Lambert, 1992). Además, es necesario ahondar sobre las formas y patrones de comportamiento en las intervenciones de carácter grupal que pueden favorecer o impedir el cese del comportamiento violento (Semiatin, Murphy y Elliot, 2013). A diferencia de la intervención individual, el grupo puede provocar procesos terapéuticos, como el apoyo mutuo y la provisión de ayuda, que promuevan el cambio (Yalom, 2005). Sin embargo, los mensajes negativos o contra-terapéuticos que se den en el grupo pueden reforzar y mantener las actitudes y comportamientos violentos, impidiendo el cambio (Murphy y Meis, 2008).

En el caso de los agresores en las relaciones de pareja, tal y como señalan Carbajosa et al. (2013), los escasos trabajos que han tenido en cuenta las estrategias motivacionales subrayan la importancia de estas variables en la intervención, así como la necesidad de que se profundice en los mecanismos que afectan la relación existente entre el participante y el terapeuta (Boira, Del Castillo, Carbajosa y Marcuello, 2013; Taft y Murphy, 2007).

Con el fin de ofrecer respuestas ante el papel mediador de las estrategias motivacionales en la intervención con maltratadores y mejorar la efectividad de los programas, surge el presente trabajo.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general

Estudiar, mediante la codificación observacional, si el uso de estrategias motivacionales promueve la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica en hombres condenados por violencia de género. Asimismo, se pretende analizar si la promoción de estas variables influye en factores relevantes para reducir la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja.

5.2.2 Objetivos específicos

1. Comprobar si existe relación entre la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica.
2. Analizar si la aplicación de estrategias motivacionales favorece la alianza terapéutica y la conducta terapéutica.
3. Evaluar la relación de la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica y las actitudes sexistas.
4. Analizar la relación entre la alianza terapéutica y la manifestación de conductas proterapéuticas con la atribución de responsabilidad del comportamiento violento que realizan los maltratadores.
5. Estudiar si el fomento de la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas se corresponden con un menor

riesgo de reincidencia en la conducta violenta contra la pareja.

6. Explorar si la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas influyen en la reducción del uso de la violencia física y psicológica.

5.2.3 Muestra

La muestra está formada por 101 hombres penados por violencia contra su pareja o ex pareja remitidos al Programa Contexto (Programa de investigación, formación, intervención y prevención de la violencia de género a través del trabajo con el agresor; implementado en medio abierto, desarrollado en la Universitat de València; ver Lila, Catalá, Conchell, García, Lorenzo, Pedrón y Terreros, 2010; Lila, García y Lorenzo, 2010; Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013) por mandato judicial. A todos ellos, el juez les ha suspendido la pena privativa de libertad a condición de participar en el programa de intervención. Para que se pueda hacer efectiva la suspensión de condena se deben cumplir las siguientes condiciones: 1) que la pena impuesta sea menor a dos años de prisión, 2) no poseer antecedentes penales, ni delinquir durante el tiempo de la suspensión, 3) cumplir la orden de alejamiento impuesta hacia la víctima y, 4) asistir al programa de reeducación.

Para la participación en el Programa Contexto es necesario que los asistentes no presenten trastornos de personalidad o

psicopatologías graves; no tengan una grave adicción a las drogas y/o alcohol; y no manifiesten conductas agresivas que puedan poner en riesgo la integridad física de los miembros del grupo (tanto de los y las profesionales, como del resto de participantes). El requerimiento de estas condiciones es una medida impuesta para garantizar que los participantes presentan las condiciones óptimas que les permita asimilar los contenidos tratados en las sesiones de intervención psicosocial.

Los participantes del estudio fueron asignados de forma aleatoria a dos condiciones experimentales; 51 hombres fueron asignados al grupo No PMI y 50 al grupo PMI. La condición de grupo control (No PMI) se corresponde con la implementación de un programa estándar en intervención con maltratadores. Mientras que en la aplicación experimental (PMI) se implementa además de la metodología y contenidos habituales en la intervención con maltratadores, técnicas motivacionales. Tal y como se ha desarrollado en el capítulo 3 del presente estudio, mediante el PMI se trabaja la adherencia a la intervención y la motivación al cambio de conductas y actitudes en población resistente al cambio.

El grupo No PMI mostró una media de edad de 41.86 años ($DT = 11.02$), mientras que el grupo PMI mostró una media de 39.69 años ($DT = 12.09$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la media ($t = .95$; $p = .35$).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

En relación a la nacionalidad, en el grupo No PMI, el 70.59% eran españoles, el 15.69% provenía de Latinoamérica, el 7.84% provenía de países europeos (excepto España) y el 5.88% provenía de África. En el grupo PMI, el 70% eran españoles, el 12% eran latinoamericanos, el 12% provenían de países europeos (excepto España) y el 6% de África (ver Gráfico 14). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos en grupos en relación a la nacionalidad ($\chi^2 = .69$; $p = .88$).

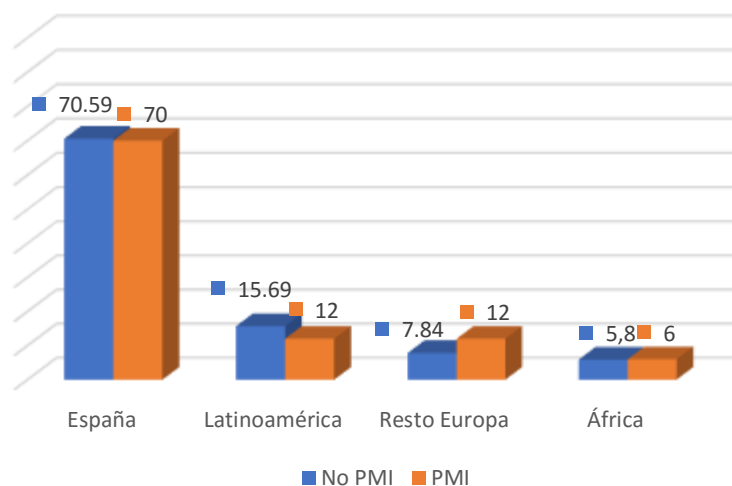


Gráfico 14. Nacionalidad en los grupos No PMI y PMI

En cuanto al nivel de estudios, en el grupo No PMI, el 7.84% no tenía estudios, el 54.90% contaba con estudios primarios, el 33.33% contaba con estudios secundarios y el 3.92% tenía estudios universitarios. Por otro lado, en el grupo PMI no se observaron participantes sin estudios, el 52% contaba con estudios primarios, el 42% con estudios secundarios y el 6% con

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

estudios universitarios (ver Gráfico 15). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación al nivel de estudios ($\chi^2 = 4.69$; $p = .20$).

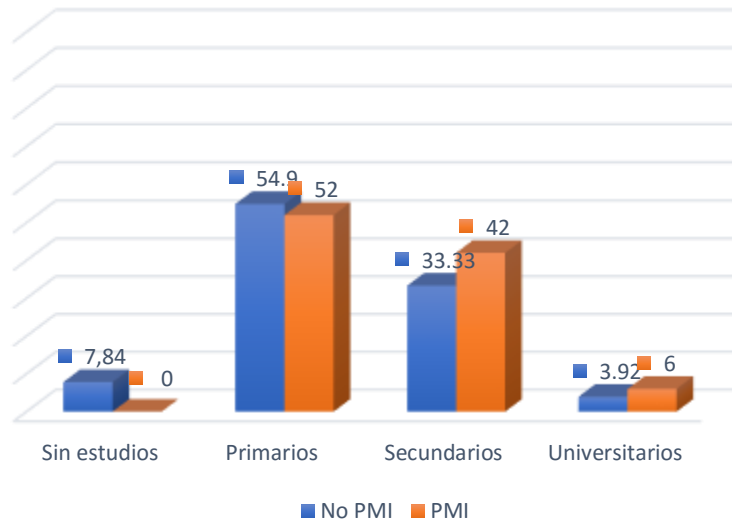


Gráfico 15. Nivel de estudios en los grupos No PMI y PMI.

En relación al estado civil, en el grupo No PMI, el 28% estaba casado o en pareja, el 38% estaba soltero y el 34% separado o divorciado. En el grupo PMI, el 24% estaba casado o en pareja, el 34% soltero y el 42% separado o divorciado (ver Gráfico 16). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 5.84$; $p = .12$).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

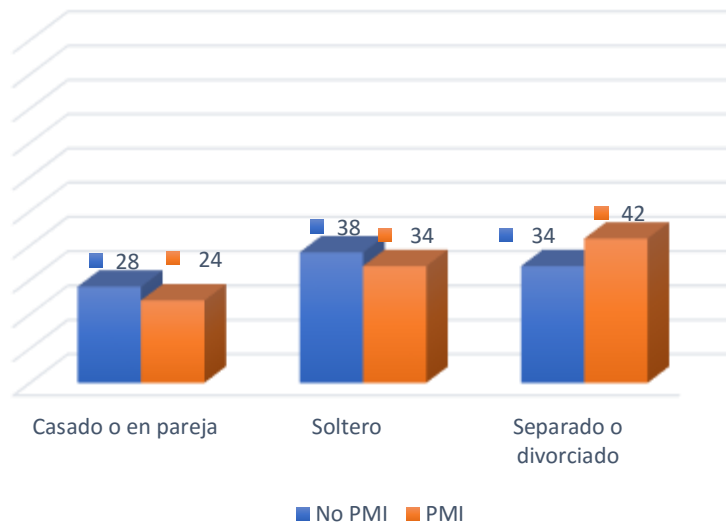


Gráfico 16. Estado civil en los grupos No PMI y PMI

Con respecto a la situación socioeconómica que presentaban los participantes del presente estudio, en el grupo No PMI la media de ingresos económicos anuales se encontraba entre 3.600 y 6.000 euros y el 41% se encontraba en situación de desempleo. En el grupo PMI, la media de ingresos económicos anuales se encontraba entre 6.000 y 12.000 euros y mostraban una tasa de desempleo del 52%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el nivel socioeconómico ($t = -1.72$; $p = .09$) ni en la tasa de desempleo ($\chi^2 = 1.19$; $p = .28$).

Por último, en cuanto a la información sobre la violencia infringida recogida en los hechos probados de los penados (ver Gráfico 17), en el 75% del grupo No PMI constaba que el usuario fue penado por el uso de violencia física y en el grupo PMI el 71.43%. No se encontraron diferencias estadísticamente

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

significativas entre grupos ($\chi^2 = .16$; $p = .69$). El tiempo de condena impuesta por el juez fue de 7.47 meses de media ($DT = 3.53$) para el grupo No PMI y 11.50 meses de media ($DT = 8.38$) para el grupo PMI. En este caso se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($t = -3.14$; $p < .01$). En el grupo PMI constaban más meses de condena que en el grupo No PMI.

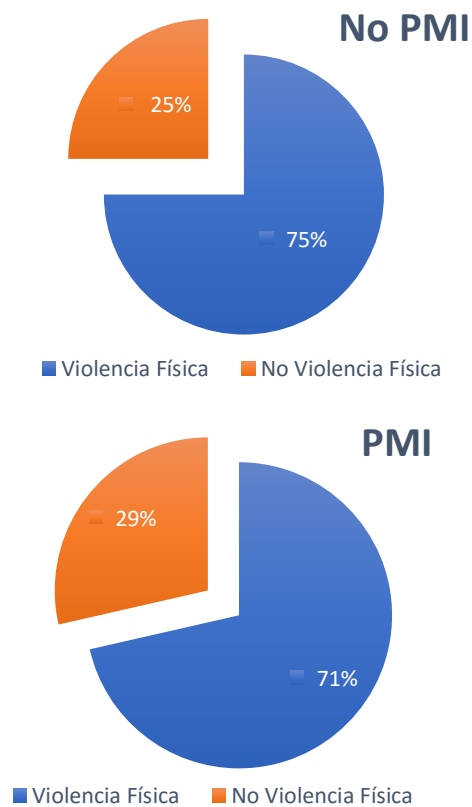


Gráfico 17. Violencia ejercida según los hechos probados de los participantes

5.2.4 Procedimiento

El presente trabajo ha sido desarrollado en la Universitat de València y ha sido posible gracias al convenio de colaboración establecido entre dicha entidad, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio del Interior) y la Asociación PSIMA. El convenio permite el acceso a la muestra, el diseño y evaluación de las estrategias de intervención, los espacios para el desarrollo de la investigación, así como la aplicación del Programa Contexto.

El estudio cumple con las normas éticas de la Declaración de Helsinki. Los participantes fueron informados acerca de la naturaleza y propósito de la investigación, por lo que accedieron de forma voluntaria a ceder sus datos para su posterior análisis, tanto la información recogida de manera escrita como en formato audiovisual. Además, la custodia y recolección de la información cumple con la normativa de protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), bajo la cual se garantiza el anonimato y el uso exclusivo de los datos para el cometido autorizado.

La información codificada y extraída para el presente estudio, proviene del análisis de la información recogida en relación a *variables relacionadas con la violencia de género y a estrategias motivacionales*, en una muestra de hombres condenados por violencia de género que acuden al Programa Contexto.

*Recolección de datos sobre Alianza Terapéutica y Conducta
Proterapéutica.*

Para poder extraer esta información fue necesario realizar una búsqueda en la literatura científica con el objetivo de encontrar un instrumento de codificación que permitiera evaluar las variables de Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica. Al no existir un instrumento adaptado a lengua española, así como ningún cuestionario que se utilizara para evaluar sesiones de intervención grupal con maltratadores con metodología observacional, se procedió a realizar una traducción y adaptación de los instrumentos que habían resultado ser más eficaces. Se seleccionaron el *Observational Coding of Protherapeutic Group Behavior* (Semiatin et al., 2013) y el *Working Alliance Inventory Shortened Observer-rated version* (WAI-O-S; Tichenor & Hill, 1989). Además fue necesario la creación de un manual de codificación que ayudara a la óptima recolección de los datos por parte de las evaluadoras externas y una hoja de registro de las conductas.

Las evaluadoras externas eran 7 alumnas de máster de la Universitat de València que fueron formadas y entrenadas en la codificación y análisis del manejo del instrumento de medida y la detección de conductas de alianza terapéutica y conducta proterapéutica. La formación tuvo una duración de 16 horas teórico-prácticas, repartidas en 5 sesiones. En estas sesiones de entrenamiento, a la que acudían las observadoras y el personal

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

investigador encargado de la formación, se delimitaron los criterios definatorios de cada uno de los ítems a evaluar y se realizaron varios visionados comunes hasta que se alcanzó un nivel de coincidencia elevado (nivel de coincidencia ± 1). Posteriormente, cada observadora procedió a visionar las sesiones correspondientes a cada uno de los grupos de intervención del Programa Contexto que les fueron asignados para evaluar, cada cinco minutos, la alianza terapéutica y la conducta pro-terapéutica de cada uno de los participantes. Por tanto, se evaluaron estas variables al inicio, a mitad y al final de la intervención.

Para el análisis observacional se utiliza un sistema de codificación basado en: a) una escala de 7 puntos para evaluar las verbalizaciones de los participantes relacionados con la alianza terapéutica y b) una escala de 5 puntos para evaluar las verbalizaciones de los participantes relacionados con sus conductas proterapéuticas, durante intervalos de 5 minutos. Cada participante recibió una puntuación media en alianza y conducta proterapéutica basadas en las tasas de los diferentes intervalos.

Se grabaron un total de 30 sesiones de intervención del Programa Contexto para este estudio, correspondientes a sesiones al inicio, mitad y final de la intervención en dos condiciones experimentales (PMI/No PMI).

*Recolección de datos en relación a variables relacionadas con la
violencia de género*

Las variables atribución de responsabilidad; sexismo hostil y benevolente; violencia física y psicológica fueron recogidas en dos tiempos, al inicio y al final del tratamiento. Con el fin de conseguir mayor objetividad estas pruebas fueron administradas por el personal investigador para evitar que los participantes respondieran de forma deseable o para agradar a sus terapeutas. La valoración de riesgo de reincidencia también fue evaluada al principio y al final de la intervención, no obstante esta prueba fue aplicada por las psicólogas responsables del programa de intervención. Para realizar esta valoración las coordinadoras han de basarse en la información recogida en el protocolo de evaluación del programa contexto, así como en la información de las entrevistas y sesiones de trabajo con los participantes.

El proceso de recolección de la muestra permitió extraer información relativa a: los y las terapeutas y las características, conductas y actitudes de los usuarios.

1) En relación a los y las terapeutas se ha extraído información sobre las estrategias de alianza terapéutica que establecen con los participantes del programa para conseguir cambios en su conducta y actitudes a lo largo de la intervención. Se ha utilizado un sistema de contabilización de conductas mediante observación externa de 7 observadores/as expertos/as. Posteriormente, se ha

calculado el índice kappa para comprobar la concordancia entre observadores/as.

2) Sobre los participantes se ha analizado, también mediante codificación observacional, la alianza terapéutica que establecen con las coordinadoras, así como las conductas proterapéuticas que manifiestan durante la intervención; además se ha obtenido información sobre variables relacionadas con la violencia de género a través del autoinforme en las sesiones de evaluación del protocolo que sigue el Programa Contexto.

Aplicación del tratamiento

Para poder evaluar de forma fiable el efecto de la aplicación de estrategias motivacionales en la intervención con maltratadores se realizó un ensayo clínico aleatorizado con dos condiciones experimentales: a) grupo control y b) grupo experimental.

- a) Grupo Control (No PMI). La condición de tratamiento para el grupo control consiste en la aplicación del modelo estándar de intervención con maltratadores. Las intervenciones basadas en el acercamiento estándar utilizan un formato grupal y tratan de conseguir que los hombres asuman las consecuencias de sus actos y se responsabilicen de los abusos cometidos. Este acercamiento combina el entrenamiento en habilidades conductuales (déficits interpersonales, manejo de la ira) y cognitivas (percepciones y creencias acerca de sí mismos, interpretaciones y expectativas) y cuestiones relacionadas

con el género como la igualdad, la sexualidad, el control y el poder.

- b) Grupo Experimental (PMI). La condición de tratamiento para el grupo experimental consiste en la aplicación de un modelo estándar modificado. A esta condición se le incluyen cinco sesiones individuales que permiten la construcción y revisión de un Plan Motivacional Individualizado (PMI), que será transversal a toda la intervención. Las estrategias que se utilizan para organizar el PMI son: (1) Entrevista Motivacional. Con estas entrevistas se pretende reducir la hostilidad inicial hacia el tratamiento, resolver la ambivalencia, facilitar la verbalización de la motivación para el cambio, e incrementar la receptividad al proceso de intervención grupal mediante técnicas como la reflexión empática, afirmación de la autonomía, manejo de la resistencia y ajuste al estadio motivacional de cambio. (2) Alianza terapéutica. Se trata, a partir de una relación positiva coordinador-participante, de llegar a un acuerdo en las metas del tratamiento, así como sobre las tareas y estrategias necesarias para alcanzar esas metas. (3) Técnicas de retención. Estas técnicas pueden incrementar la percepción de los maltratadores de que el personal del programa está preocupado por su progreso y que trata de mejorar su bienestar, lo que puede incrementar su motivación para completar y participar activamente en el programa, reduciendo las tasas de abandono y de

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

reincidencia. Tales técnicas consistirían en llamadas telefónicas recordatorias, llamadas telefónicas en el caso de una ausencia e interesándose por los motivos de la misma, manifestaciones de apoyo y refuerzo al finalizar las sesiones o al asistir a las mismas, etc.

Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a cada una de las condiciones experimentales formando 5 grupos con la condición No PMI y 5 grupos PMI. En ambas condiciones los participantes recibieron un total de 32 sesiones de intervención grupal y tuvieron la misma composición de número de penados (10 a 12). Las estrategias de enseñanza y aprendizaje, el entrenamiento en técnicas y las tareas entre sesiones fueron las mismas para los 10 grupos de intervención.

El último punto a destacar del procedimiento del presente trabajo fue la formación de los profesionales encargados de desarrollar el programa de intervención Contexto. La coordinación de los grupos de intervención era desarrollada por licenciados/as y graduados/as que han recibieron una formación de carácter general (30 horas) en violencia de género e intervención con maltratadores por parte del equipo de dirección del Programa Contexto. Además, estos profesionales contaban, al menos, con seis meses de experiencia práctica en intervención con maltratadores. Se realizó una asignación aleatoria de las y los profesionales a cada una de las condiciones experimentales, tras lo cual aquellas personas que fueron seleccionadas para el grupo

experimental recibieron una formación específica en la aplicación del PMI.

5.2.5 Instrumentos

Datos sociodemográficos. Se recogieron datos sobre la edad, país de procedencia, nivel de estudios (1 = sin estudios, 2 = primarios, 3 = secundarios y 4 = universitarios), estado civil (1 = casado o en pareja, 2 = sin pareja (soltero, separado, divorciado, viudo) y nivel de ingresos (en rangos desde 1 = menos de 1.800 euros, hasta 12 = más de 120.000 euros).

Características del delito. La información en relación a las características del delito es recabada en base a los datos contenidos en los hechos probados de los participantes. Incluyendo información sobre la presencia de violencia física en el delito probado (1 = violencia física y 2 = no violencia física). Otra fuente de información sobre las características del delito es la facilitada por el servicio de gestión de penas y medidas alternativas de Valencia en relación a la duración de la condena impuesta por el juez.

Observational Coding of Protherapeutic Group Behavior (Semiatin et al., 2013). Este instrumento de medida ha sido traducido de manera íntegra al castellano para el presente estudio. Evalúa las conductas proterapéuticas que se dan en el grupo a través de las observación y valoración de las verbalizaciones que

hacen los participantes durante las sesiones de intervención. Las tres conductas pro-terapéuticas que han sido codificadas mediante la observación han sido: la Negación/ Reconocimiento de la conducta/ Responsabilidad, el Comportamiento o Rol del participante y la Valoración del grupo. (A) Negación / reconocimiento de conducta / responsabilidad: verbalizaciones de los participantes relacionadas directamente con el reconocimiento o la negación de la responsabilidad en el comportamiento violento, la aceptación de las consecuencias y la necesidad de un cambio personal para evitar cometer actos abusivos en el futuro. (B) Comportamiento o rol del cliente: comportamientos interpersonales que se dan en el grupo y que son relevantes para el cambio. Se distinguen cuatro tipos de roles comportamentales a partir de dos dimensiones; Confrontación vs confirmación y progreso positivo vs. progreso negativo. La *confrontación positiva* incluye las verbalizaciones que cuestionan la negación del abuso de otro compañero, la atribución externa de la responsabilidad, la minimización de las consecuencias de la conducta violenta o la negación del deseo o necesidad de cambiar. La *confirmación positiva* hace referencia a las verbalizaciones de acuerdo con la aceptación de responsabilidad de otro compañero, así como de la aprobación de sus iniciativas de cambio mediante intentos directos o indirectos de afirmar estos puntos de vista. La *confrontación negativa* engloba los intentos de los participantes por cambiar la aceptación de responsabilidad y el deseo de cambio del compañero, sugiriendo que otros factores externos (la pareja, el sistema legal, etc.) influyeron en el acto violento y

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

descalificando su punto de vista. Por último, la *confirmación negativa* incluye las verbalizaciones que apoyan y refuerzan la negación de responsabilidad de otro compañero, defendiendo que la pareja o el sistema son culpables y que ellos son los que han de cambiar. (C) Valor del grupo: verbalizaciones de los participantes que tienen que ver con la valoración del grupo y el programa de tratamiento en general. Los observadores respondieron en una escala de tipo Likert de 5 puntos que varió de 1 (evidencia concluyente en contra) a 4 (evidencia concluyente a favor). Mayores puntuaciones indican mayor aceptación de responsabilidad del comportamiento abusivo, mayores confrontaciones y confirmaciones positivas de algún participante a otro y mayores comentarios positivos sobre la utilidad de la intervención y sobre el grupo terapéutico en sí. Una puntuación de 3 indica ambivalencia o ausencia de indicadores que permiten evaluarlo y puntuaciones de 1-2 indican justo lo contrario que las de 4-5. Para calcular la fiabilidad interjueces del instrumento, se correlacionaron las puntuaciones obtenidas por las observadoras, obteniendo una buena fiabilidad ($.82 < r < .96$; $p < .01$).

Working Alliance Inventory Shortened Observer-rated version (WAI-O-S; Tichenor & Hill, 1989). La WAI-O-S, que es la versión abreviada y observacional del WAI, ha sido traducida al español de manera específica para el desarrollo de esta investigación. Este instrumento consta de 12 ítems y fue desarrollado para evaluar, a través de la observación, los tres componentes del modelo conceptual de la alianza terapéutica

desarrollado por Bordin (1979): (A) Acuerdo con las metas de intervención (escala compuesta por 4 ítems, e.g., “*El participante y el/la coordinador/a han establecido una buena comprensión de los cambios que podrían ser buenos para el participante*”); (B) Acuerdo con las tareas a desarrollar durante la intervención (escala compuesta por 4 ítems, e.g., “*Hay acuerdo sobre la utilidad de la actividad actual en la intervención, es decir, el participante está valorando nuevas formas de ver su problema*”); y (C) Vínculo cálido y de confianza entre el terapeuta y el cliente (escala compuesta por 4 ítems, e.g., “*El participante siente confianza en la habilidad del coordinador/a para ayudarlo*”). De los 12 ítems, los ítems 4 y 10 están invertidos para evitar la aquiescencia del observador, es decir, la tendencia a responder afirmativamente con independencia del contenido del ítem. El rango de respuesta oscila entre 1 (evidencia concluyente en contra) y 7 (evidencia concluyente a favor), siendo 4 el término medio, que indica que no existe evidencia o que existe la misma evidencia respecto a la presencia o a la ausencia de lo que se está midiendo. Investigaciones previas han mostrado buenas propiedades psicométricas del instrumento. Se ha mostrado que el WAI-O-S posee una alta consistencia interna, un alto grado de acuerdo interjueces y correlaciones con otras medidas de la alianza terapéutica (Tichenor y Hill, 1989). En nuestro caso la consistencia interna de la escala en los diferentes momentos de la intervención ofrece resultados satisfactorios ($\alpha_s > .98$). Así mismo, los resultados obtenidos muestran, en general, una elevada correlación entre las observadoras en alianza terapéutica

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

(.74 < r < .85; p < .01), indicando una buena fiabilidad interjueces.

Escala de Atribución de Responsabilidad en Violencia de Pareja (IPVRAS) (Lila, Oliver, Catalá-Miñana, Galiana y Gracia, 2014). Escala autoinformada que pretende evaluar las atribuciones de culpabilidad que el penado realiza sobre la violencia ejercida a través de 12 ítems. Formada por tres dimensiones, con 4 ítems cada una, que evalúa los posibles orígenes de causalidad que el participante otorga a su conducta delictiva: (a) Atribución de responsabilidad a la víctima (e.g., “La conducta y forma de tratarme de mi pareja son los principales responsables de que me encuentre en esta situación”), (b) Atribución de responsabilidad al sistema legal (e.g., “Un sistema legal injusto (leyes, jueces, etc.) es el responsable de que me encuentre en esta situación) y Atribución de responsabilidad al contexto personal del maltratador (e.g., “Mis celos son la causa de que me encuentre en esta situación”). El rango de respuestas es de 1 punto a 5 puntos (1 = *totalmente en desacuerdo*; 5 = *totalmente de acuerdo*). El alfa de Cronbach para la Atribución de responsabilidad a la víctima fue en Tiempo 1 de .71 y en Tiempo 3 de .71.; para la Atribución de responsabilidad al sistema legal fue de .75 en Tiempo 1 y de .71 en Tiempo 3; y para la Atribución de responsabilidad al contexto personal fue de .53 en Tiempo 1 y de .54 en Tiempo 3.

Valoración de riesgo de reincidencia. Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp y Hart, 2000; adaptación española de Andrés-Pueyo y López, 2005). Protocolo clínico actuarial con 20 ítems aplicado por los y las profesionales responsables de implementar el programa de intervención, antes de comenzar el tratamiento grupal y al finalizar la intervención. Mide la presencia de factores de riesgo vinculados a la probabilidad de ejercer nuevamente violencia contra la pareja o expareja, así como la posibilidad de ejercer violencia contra otras personas. La S.A.R.A. sigue el procedimiento de los métodos de juicio mixto, clínico-actuariales, para la valoración del riesgo basándose en el chequeo de 20 factores de riesgo de violencia contra la pareja. Los y las evaluadores/as deben decidir sobre la presencia y/o ausencia de los factores de riesgo, así como considerar si entre estos factores hay alguno especialmente crítico o relevante, que por sí mismo pueda ser predictor de la reincidencia en el comportamiento violento del agresor. La valoración tiene un valor predictivo de entre 3 y 6 meses. Los factores de riesgo se agrupan en cinco áreas: (1) *Historial delictivo*, se refiere tanto a la historia de violencia (hacia la pareja u otras personas) propiamente dicha, como al incumplimiento de las sentencias o medidas dictaminadas por un tribunal u otras instancias jurisdiccionales; (2) *Ajuste psicosocial*, incluye desajustes psicosociales asociados con la violencia tales como “problemas recientes en las relaciones de pareja” y “problemas recientes de empleo y trabajo”, así como haber sido “víctima y/o testigo de violencia familiar en la infancia y/o adolescencia”, el

“consumo/abuso reciente de drogas”, las “ideas/intentos de suicidio y/o homicidio recientes” y la presencia de algún trastorno mental o de personalidad; (3) *Historia de violencia de pareja*, incluye ítems relacionados con la violencia anterior sobre la pareja (“violencia física anterior”, “violencia sexual y/o ataque de celos en el pasado”, el “uso de armas y/o amenazas de muerte creíbles”, el “incremento reciente en la frecuencia o gravedad de las agresiones”) y con las conductas o actitudes que acompañan a la conducta agresiva (“violaciones e incumplimientos anteriores de las órdenes de alejamiento”, la “minimización extrema o negación de la violencia anterior sobre la pareja” y las “actitudes que justifican o disculpan la violencia contra la pareja”); (4) *Delito/agresión actual*, comprende ítems similares en cuanto a su contenido a los que aparecen en la sección anterior, pero que hacen referencia exclusiva a la agresión más reciente o la que ha motivado la valoración; y (5) *Otras consideraciones*, donde el evaluador anota aquellas estimaciones presentes en el caso del participante evaluado que comportan un alto riesgo de violencia de pareja, pero que son mucho más infrecuentes que las que se incluyen en el protocolo (e.g., “historia de comportamientos de acoso y persecución, antecedentes de conductas de tortura, sadismo sexual o de mutilación de las parejas sexuales”) (Andrés-Pueyo, López y Álvarez, 2008). Para la valoración final del riesgo de violencia, no existe una norma o regla, sino que es estimada por el/la evaluador/a teniendo en cuenta los factores de riesgo evaluados, así como la presencia de ítems críticos. Dicha valoración final se resume en tres niveles: bajo, moderado y alto

(Andrés-Pueyo y López, 2005). En el presente estudio, los análisis se han realizado tomando la valoración final realizada por las evaluadoras.

Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI; Glick y Fiske, 1996; adaptación española de Expósito, Moya y Glick, 1998). Cuestionario compuesto por 22 ítems con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Esta escala evalúa el sexismo ambivalente, definido como una ideología compuesta de actitudes y conductas que promueven la discriminación hacia la mujer, en dos factores: sexismo hostil y sexismo benevolente. En el sexismo hostil, las actitudes discriminatorias están basadas en la supuesta inferioridad de las mujeres o la diferencia de las mujeres como grupo, utilizando un tono negativo más explícito (e. g., “Existen muchas mujeres que para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de estos”). Las ideas que articulan este tipo de sexismo son: el paternalismo dominador, la diferenciación de género competitiva y la hostilidad heterosexual. El segundo factor se define como un conjunto de actitudes hacia la mujer estereotipadas, que las encasilla en ciertos roles de género, no obstante estas actitudes sexistas quedan enmascaradas por el uso de un tono positivo afectivo, que tiende a suscitar en el perceptor conductas consideradas prosociales o de búsqueda de intimidad (e. g., “Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres”). Las

ideas que conforman este tipo de sexismo son: el paternalismo protector, la diferenciación de género complementaria y la dependencia diádica. El alfa de Cronbach para la escala de sexismo hostil en T1 fue de .88 y en tiempo 3 de .94. Para la escala de sexismo benevolente el alfa de Cronbach fue de .79 en Tiempo 1 y de .86 en tiempo 3. Mayor puntuación indica más presencia de actitudes sexistas.

Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996; Adaptación española de Loinaz, 2009). Es un auto-informe que evalúa la forma en que el participante ha resuelto los conflictos con su pareja a lo largo del último año. Está compuesto por 78 ítems en los que se describen diferentes situaciones o conductas que se pueden producir en un conflicto de pareja. El participante debe indicar la frecuencia con que cada una de ellas tuvo lugar en el último año; en caso de que la relación de pareja hubiera finalizado con anterioridad al último año, el cuestionario mide si las estrategias propuestas fueron utilizadas, pero no su asiduidad. Además, este instrumento de medida indaga también sobre la forma de resolver los conflictos de la pareja (víctima), preguntando al participante sobre la frecuencia en que ella utilizó las estrategias (e.g., “le expliqué las razones de un desacuerdo a mi pareja”; “mi pareja me explicó sus razones en un desacuerdo”). El alfa de Cronbach para el factor violencia física ha sido de .92 en Tiempo 1 y de .85 en Tiempo 3. Para el factor violencia psicológica en Tiempo 1 el alfa fue de .84 y en tiempo 3 de .83. Se puntuó a través de una escala tipo Likert que tiene un rango de 0 (*Nunca ha ocurrido*) a 6 (*Más de 20 veces*

*el año pasado); no obstante, hay un nivel más el 7 que significa
Nunca el año pasado, pero si ha ocurrido antes.*

5.2.6 Resultados

Análisis descriptivos de las variables

En primer lugar, en la Tabla 23 se muestran las medias y desviaciones típicas de todas las variables utilizadas en el estudio y recogidas al inicio de la intervención (Tiempo 1). En relación a las Conductas Proterapéuticas, tanto en el grupo PMI como en el No PMI la variable que recibe mayor puntuación en Tiempo 1 es Valoración del Grupo y la que se califica como de menor presencia es la Responsabilidad. En cuanto a la Alianza Terapéutica, en ambos grupos se observa que la variable que muestra mayor puntuación es la relacionada con la Tarea y la que menos la relacionada con el Objetivo.

Por otro lado, en la Tabla 1 también se observan las variables recogidas en relación al uso de la violencia en Tiempo 1. En cuanto al sexismo, se observa tanto en el grupo PMI como en el No PMI que las puntuaciones en Sexismo benevolente tienden a ser más elevadas que en Sexismo hostil. En relación a la Atribución de responsabilidad, en el grupo No PMI se observa una puntuación más elevada en Atribución de la responsabilidad a la víctima, sin embargo, en el grupo PMI, la tendencia a puntuar de forma más elevada se encuentra en Atribución de la responsabilidad al sistema legal. En ambos grupos, la puntuación más baja se encuentra en Atribución de la responsabilidad al

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

contexto personal. En el Riesgo de reincidencia, en ambos grupos, la tendencia es a puntuar como riesgo moderado (bajo = 0; moderado = 1; alto = 2). Por último, en relación al uso de la violencia, las puntuaciones más elevadas en ambos grupos se sitúan en la variable Violencia psicológica, en contraste con la Violencia física.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Tabla 23. Descriptivos de todas las variables de estudio en Tiempo 1

	No PMI		PMI	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
CP ^a	2.66	.83	2.87	.60
Responsabilidad				
CP ^a	2.67	.83	2.88	.60
Comportamiento				
CP ^a Grupo	2.71	.81	2.88	.59
AT ^b Objetivo	3.49	.20	3.50	.07
AT ^b Tarea	3.66	1.14	3.93	.83
AT ^b Vínculo	3.63	1.10	3.85	.80
Sexismo	3.24	1.01	2.94	1.09
benevolente				
Sexismo hostil	2.72	1.27	2.57	1.09
AR ^c Legal	13.16	4.61	12.86	4.48
AR ^c Personal	7.63	3.57	7.96	3.77
AR ^c Víctima	13.43	4.41	12.68	4.75
Riesgo de	.98	.75	.68	.65
reincidencia				
Violencia física	2.42	5.76	2.88	7.39
Violencia	15.84	24.85	9.62	16.04
Psicológica				

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica; ^c Atribución de la responsabilidad

En la Tabla 24 se puede observar las medias y desviaciones típicas de las variables del estudio medidas a mitad de la

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

intervención psicosocial (Tiempo 2). En este caso se recogió información solamente sobre la Conducta Proterapéutica y la Alianza Terapéutica. En relación a la Conducta Proterapéutica, se observa que tanto en el grupo PMI como en el grupo No PMI, la puntuación más elevada se obtiene en la variable Comportamiento, sin embargo, las puntuaciones dentro de cada grupo son prácticamente idénticas. Respecto a la Alianza Terapéutica, se observan las puntuaciones más elevadas en la variable Tarea y las más bajas en la variable Objetivo.

Tabla 24. Descriptivos de las variables de Alianza terapéutica y Conducta proterapéutica en Tiempo 2

	No PMI		PMI	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
CP ^a	2.77	.82	3.00	.03
Responsabilidad				
CP ^a	2.78	.82	3.05	.16
Comportamiento				
CP ^a Grupo	2.77	.82	3.01	.04
AT ^b Objetivo	3.53	.09	3.51	.03
AT ^b Tarea	3.85	1.10	4.11	.19
AT ^b Vínculo	3.74	1.11	4.05	.09

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

La Tabla 25, muestra las medias y desviaciones típicas de los valores de las variables objeto de estudio al finalizar la intervención (Tiempo 3). En Tiempo 3 se recogieron de nuevo

datos relacionados con la Conducta Proterapéutica, la Alianza Terapéutica y el uso de la violencia.

En relación a la Conducta Proterapéutica, en el grupo No PMI se observa que las puntuaciones más elevadas corresponden con las variables Responsabilidad y Valoración del grupo de manera prácticamente idéntica. En el grupo PMI, la puntuación más elevada se observa en la variable Valoración del grupo y las variables Responsabilidad y Comportamiento puntúan de manera prácticamente igual (ver Tabla 25).

Respecto a la Alianza Terapéutica, en el grupo No PMI la puntuación más elevada la obtiene la variable Objetivo, sin embargo, en el grupo PMI, las puntuaciones más elevadas se encuentran en las variables Tarea y Vínculo de manera prácticamente igual (ver Tabla 25).

En cuanto a las variables relacionadas con el uso de la violencia, se observa que en sexismo, la variable con mayor puntuación es la relacionada con el Sexismo benevolente para el grupo No PMI y la relacionada con el Sexismo hostil para el grupo PMI. Sin embargo, incluso la puntuación más elevada en sexismo en el grupo PMI es más baja que la puntuación más reducida en sexismo en el grupo No PMI; Respecto a la Atribución de responsabilidad, en el grupo No PMI se observa una puntuación más elevada en Atribución de la responsabilidad a la víctima, sin embargo, en el grupo PMI, la tendencia a puntuar de forma más elevada se encuentra en Atribución de la responsabilidad al sistema legal, tal y como ocurría en el Tiempo 1. De nuevo, en ambos grupos, la puntuación más baja se encuentra en Atribución

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

de la responsabilidad al contexto personal. Por otro lado el Riesgo de reincidencia en ambos grupos tiende a ser bajo (bajo = 0; moderado = 1; alto = 2). Por último, en ambos grupos se observa que las puntuaciones más elevadas se obtienen en Violencia psicológica y las más bajas en Violencia física (ver Tabla 25).

Tabla 25. Descriptivos de todas las variables de estudio en Tiempo 3

	No PMI		PMI	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
CP ^a	2.20	1.39	2.82	.72
Responsabilidad				
CP ^a	2.18	1.38	2.84	.73
Comportamiento				
CP ^a Grupo	2.21	1.39	2.93	.76
AT ^b Objetivo	3.54	.16	3.53	.08
AT ^b Tarea	3.01	1.90	3.90	1.01
AT ^b Vínculo	2.99	1.89	3.89	1.01
Sexismo	2.54	1.09	2.09	1.21
benevolente				
Sexismo hostil	2.17	1.19	2.13	1.24
AR ^c Legal	10.62	3.97	12.19	3.58
AR ^c Personal	8.15	3.38	7.67	3.33
AR ^c Víctima	10.77	4.29	12.02	4.06
Riesgo de	.44	.62	.23	.48
reincidencia				
Violencia física	6.84	27.09	2.08	5.88

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Violencia	9.76	21.34	5.27	9.15
Psicológica				

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica; ^c Atribución de la responsabilidad

Relación entre las variables

En las Tablas 26 y 27 se observa las correlaciones de las variables de Alianza terapéutica (Tarea, Objetivo y Vínculo) y Conducta proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) con las variables relacionadas con la violencia contra la pareja (Sexismo benevolente y hostil, Atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal y a la víctima, Riesgo de reincidencia, y Violencia física y psicológica) en Tiempo 1 (Tabla 26) y en Tiempo 3 (Tabla 27).

Tal y como muestra la Tabla 26, en Tiempo 1 no se correlacionan las variables de Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica con ninguna de las variables relacionadas con la violencia de pareja. Sin embargo, encontramos correlaciones entre las variables relacionadas con la Conducta Proterapéutica y la Alianza terapéutica por un lado y entre algunas variables relacionadas con el uso de la violencia por otro. De esta manera, la Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad se correlaciona de manera positiva con la Conducta proterapéutica vinculada al Comportamiento ($r = .99; p < .001$) y Valoración del grupo ($r = .98; p < .001$) y con Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea ($r = .99; p < .001$) y con el Vínculo ($r = .98; p <$

.001). La Conducta proterapéutica vinculada al Comportamiento se relaciona de manera positiva con la Conducta proterapéutica de Valoración de grupo ($r = .98; p < .001$) y con la Alianza Terapéutica relacionada con el Objetivo ($r = .20; p < .05$), la Tarea ($r = .99; p < .001$) y con el Vínculo ($r = .99; p < .001$). A su vez, la Conducta proterapéutica relacionada con la Valoración del Grupo, se relaciona de manera positiva también con la Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea ($r = .99; p < .001$) y con el Vínculo ($r = .99; p < .001$). Por otro lado, la Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea se correlaciona de manera positiva con la Alianza Terapéutica de Objetivo ($r = .23; p < .05$) y de Vínculo ($r = .99; p < .001$).

En cuanto a las variables que tienen que ver con el uso de la violencia, encontramos que el Sexismo hostil correlaciona de manera positiva con el Sexismo benevolente ($r = .35; p < .001$), y con la Atribución de Responsabilidad al Sistema legal ($r = .41; p < .001$) y a la Víctima ($r = .40; p < .001$). Por su parte, la Atribución de la responsabilidad al Sistema legal y a la Víctima también correlacionan de manera positiva entre sí ($r = .45; p < .001$). Por último, la Violencia física correlaciona positivamente con la Violencia psicológica ($r = .55; p < .001$)(ver Tabla 26)

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Tabla 26. Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio al inicio de la intervención (T1)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. CP ^a Responsabilidad	1	.99***	.98***	.19	.99***	.98***	-.03	-.01	-.15	-	-.09	.07	.08	.07
2. CP ^a Comportamiento		1	.98***	.20*	.99***	.99***	-.01	-.02	-.13	.04	-.08	-.07	.07	.06
3. CP ^a Grupo			1	.07	.99***	.99***	-.02	<.01	-.11	.03	-.05	-.05	.07	.05
4. AT ^b Objetivo				1	.23*	.16	.09	-.08	-.10	.11	-.08	<.01	-	.06
5. AT ^b Tarea					1	.99***	-.03	-.03	-.12	.04	-.07	-.09	.05	.05
6. AT ^b Vínculo						1	-.01	<.01	-.12	.04	-.06	-.06	.05	.05
7. Sexismo benevolente							1	.35***	.13	.12	.09	-.01	.11	.03
8. Sexismo Hostil								1	.41***	.09	.40***	.03	.17	.04
9. AR ^c . Legal									1	-	.45***	.09	-	-.13
10. AR ^c . Personal										1	<.01	.14	.11	.15
11. AR ^c . Víctima											1	.10	-	-.06
12. Riesgo de reincidencia												1	.07	-.02
13. Violencia Psicológica													1	.55***
14. Violencia Física														1

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica; ^c Atribución de la responsabilidad; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

En la Tabla 27, se observa que, al finalizar la intervención, existen relaciones entre la Conducta Proterapéutica, la alianza Terapéutica y las variables relacionadas con el uso de la violencia. Por una parte, se observa que la Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad se relaciona de manera positiva con la Conducta Proterapéutica vinculada al Comportamiento ($r = .99; p < .001$), a la Valoración del grupo ($r = .99; p < .001$) y a la Alianza terapéutica relacionada con la Tarea ($r = .99; p < .001$) y el Vínculo ($r = .99; p < .001$). La Conducta Proterapéutica vinculada al Comportamiento, también se relaciona directamente con la Conducta Proterapéutica vinculada a la Valoración del Grupo ($r = .99; p < .001$) y con la Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea ($r = .99; p < .001$) y con el Vínculo ($r = .99; p < .001$). La Conducta Proterapéutica vinculada a la Valoración del grupo de relacionada positivamente con la Alianza terapéutica relacionada con la Tarea ($r = .99; p < .001$) y con el Vínculo ($r = .99; p < .001$). Estas dos últimas, también correlacionan entre sí de manera positiva ($r = .99; p < .001$) (ver Tabla 27).

Por otra parte, respecto a las variables vinculadas al uso de la violencia que se relacionan entre sí, se observa que el Sexismo benevolente correlaciona de manera positiva con el Sexismo hostil ($r = .62; p < .001$) y con la Atribución de la responsabilidad a la Víctima ($r = .28; p < .01$). A su vez, el Sexismo hostil se relaciona de manera directa con la Atribución de la responsabilidad al Sistema legal ($r = .40; p < .001$), a la Víctima ($r = .55; p < .001$) y con el uso de la Violencia física ($r = .24; p < .05$). La Atribución de la responsabilidad al Sistema legal

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

correlaciona positivamente con la atribución a la Víctima ($r = .56$; $p < .001$). La Atribución de la responsabilidad al Contexto personal se relaciona directamente con el uso de la Violencia tanto física ($r = .24$; $p < .05$) como psicológica ($r = .23$; $p < .05$). Por último, el uso de la Violencia física se correlaciona de manera positiva con el Riesgo de reincidencia ($r = .21$; $p < .05$) y con el uso de la Violencia Psicológica ($r = .60$; $p < .001$)(ver Tabla 27). Finalmente, encontramos que el Sexismo benevolente se reduce al aumentar la Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad ($r = -.23$; $p < .05$), Comportamiento ($r = -.23$; $p < .05$) y Valoración del grupo ($r = -.25$; $p < .05$), y al aumentar la Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea ($r = -.24$; $p < .05$) y con el Vínculo ($r = -.24$; $p < .05$). El Riesgo de reincidencia se reduce al aumentar la Alianza Terapéutica relacionada con el Objetivo ($r = -.25$; $p < .05$). Por último, el uso de la Violencia psicológica se ve reducido si aumenta la Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad ($r = -.22$; $p < .05$), al Comportamiento ($r = -.22$; $p < .05$) y a la Valoración del grupo ($r = -.22$; $p < .05$) y si aumenta la Alianza Terapéutica relacionada con la Tarea ($r = -.22$; $p < .01$) y con el Vínculo ($r = -.22$; $p < .05$) (ver Tabla 27).

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

Tabla 27. Correlaciones de Pearson entre las variables de estudio al finalizar la intervención (T3)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
CP ^a	1	.99***	.99***	.19	.99***	.99***	-.23*	-.10	-.09	.05	-.14	.06	-.22*	-.17
Responsabilidad														
CP ^a		1	.99***	.18	.99***	.99***	-.23*	-.10	-.09	.05	-.14	.06	-.22*	-.17
Comportamiento														
CP ^a Grupo			1	.11	.99***	.99***	-.025*	.11	-.09	.04	-.15	.08	-.22*	-.17
AT ^b Objetivo				1	.16	.16	.15	.05	.06	-.07	.14	-.23*	-.17	-.06
AT ^b Tarea					1	.99***	-.24*	-.13	-.10	.05	-.16	.09	-.22**	-.17
AT ^b Vínculo						1	-.24*	-.12	-.10	.05	-.16	.08	-.22*	-.17
7. Sexismo benevolente							1	.62***	.10	.13	.28**	-.021	.09	.18
8. Sexismo Hostil								1	.40***	.18	.55***	-.07	-.011	.24*
9. AR ^c . Legal									1	-.17	.56***	-.05	-.20	-.09
10. AR ^c . Personal										1	-.06	.12	.23*	.24*
11. AR ^c . Víctima											1	-.06	-.08	.10
12. Riesgo de reincidencia												1	.04	.21*
13. Violencia Psicológica													1	.60***
14. Violencia Física														1

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica; ^c Atribución de la responsabilidad; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

*Diferencias en la conducta pro-terapéutica y alianza
terapéutica tras la aplicación de estrategias motivacionales*

Para comprobar si las estrategias motivacionales aplicadas favorecen la calidad de la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica, y con el fin de evitar el error tipo I, se utilizó un MANOVA (Análisis multivariante de la varianza) por cada momento en el que se recolectaron datos: al inicio de la intervención (T1), en la fase intermedia (T2) y al finalizar la intervención (T3). De esta manera, se incluyó como variables dependientes en el primer MANOVA las variables de Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) y las de Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) recogidas en T1. Se introdujo la variable Plan Motivacional (Sí/no) como variable independiente. Se repitió el mismo proceso para las variables recogidas en T2 y para las recogidas en T3.

Los resultados univariantes obtenidos en cada una de los MANOVAs se muestran en las Tablas 6, 7 y 8. En el MANOVA realizado con variables de Tiempo 1 se observa que no existe un efecto multivariante (Lambda de Wilks = .93; $F = 1.26$; $p = .28$) y que no existen diferencias en ninguna de las variables entre aplicar estrategias motivacionales y no aplicarlas (ver Tabla 28 y Figura 18 y 19).

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Tabla 28. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 1 como variables dependientes

	<i>M(DT)</i> No PMI	<i>M(DT)</i> PMI	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta ²
CP ^a	2.66(.83)	2.87(.60)	2.29	.13	.02
Responsabilidad					
CP ^a	2.67(.83)	2.88(.60)	2.13	.15	.02
Comportamiento					
CP ^a Grupo	2.71(.81)	2.88(.59)	1.45	.23	.01
AT ^b Objetivo	3.49(.20)	3.50(.07)	.08	.78	<.01
AT ^b Tarea	3.66(1.14)	3.93(.83)	1.75	.19	.02
AT ^b Vínculo	3.63(1.10)	3.85(.80)	1.28	.26	.01

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

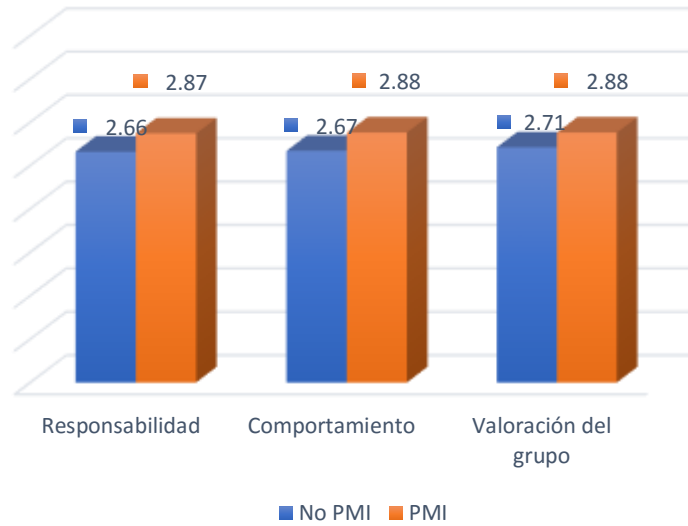


Gráfico 18. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 1

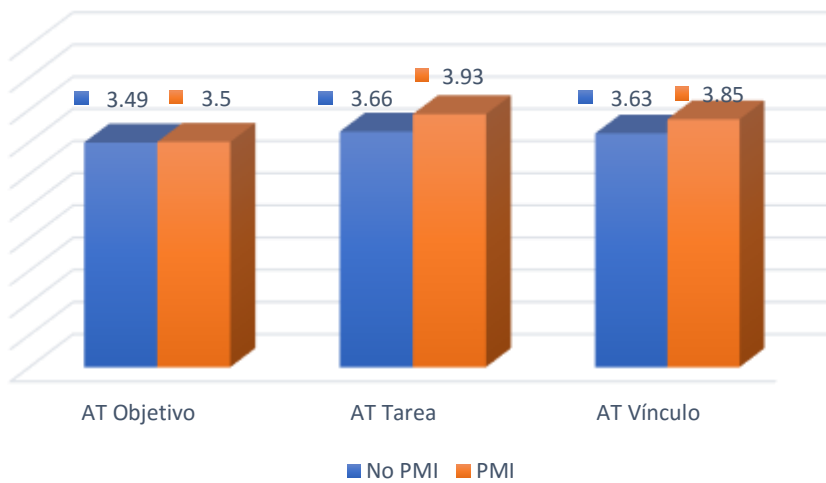


Gráfico 19. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 1

El MANOVA realizado con las variables en la fase intermedia de la intervención (T2), indica un efecto multivariante marginalmente significativo (Lambda de Wilks = .89; $F = 1.86$; $p = .09$). En los contrastes univariantes se observan diferencias entre Plan Motivacional (Sí/No) en Conducta Proterapéutica vinculada al Comportamiento y a la Valoración del grupo, mostrando puntuaciones más elevadas en el grupo con Plan Motivacional. Las variables Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad y Alianza terapéutica de Vínculo mostraron diferencias marginalmente significativas, también obteniendo puntuaciones más altas en el grupo de Plan Motivacional. Sin embargo, la Alianza Terapéutica de Tarea y la Alianza Terapéutica de Objetivo, no mostraron diferencias significativas entre grupos (ver Tabla 29 y Gráfico 20 y 21).

Tabla 29. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 2 como variables dependientes

	<i>M(DT)</i> No PMI	<i>M(DT)</i> PMI	<i>F</i>	<i>p</i>	Eta ²
CP ^a	2.77(.82)	3.00(.03)	3.81	.05	.04
Responsabilidad					
CP ^a	2.78(.82)	3.05(.16)	5.01	.03	.05
Comportamiento					
CP ^a Grupo	2.77(.82)	3.01(.04)	4.45	.04	.04
AT ^b Objetivo	3.53(.09)	3.51(.03)	2.02	.16	.02
AT ^b Tarea	3.85(1.10)	4.11(.19)	2.74	.10	.03
AT ^b Vínculo	3.74(1.11)	4.05(.09)	3.87	.05	.04

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

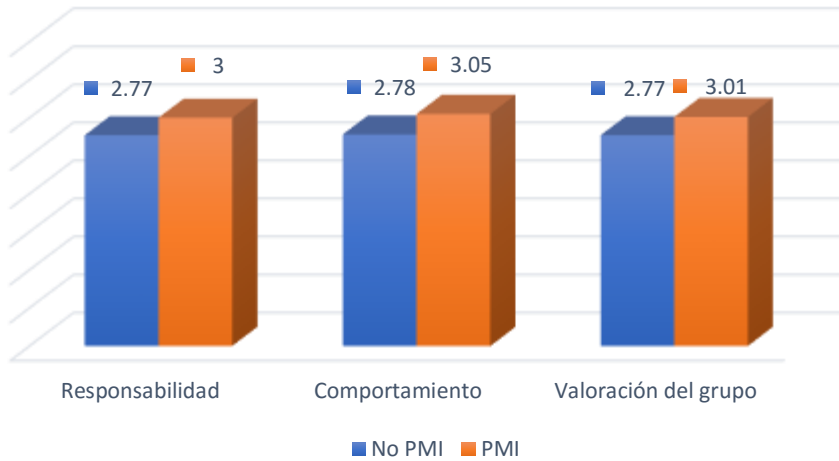


Gráfico 20. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del Grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 2

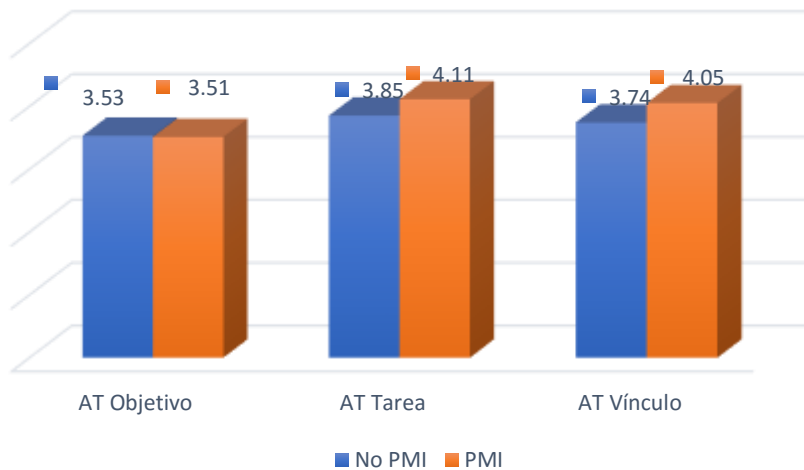


Gráfico 21. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 2

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

En relación al final de la intervención (T3), el MANOVA muestra un efecto multivariado significativo (Lambda de Wilks = .78; $F = 4.48$; $p < .001$; $\text{Eta}^2 = .22$). Los contrastes a nivel univariado muestran que existen diferencias en Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad, al Comportamiento y a la Valoración del grupo y en Alianza terapéutica de Tarea y Alianza terapéutica de Vínculo. Todas las puntuaciones fueron más elevadas en el grupo Plan Motivacional. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre grupos en la Alianza Terapéutica de Objetivo (ver Tabla 30 y Gráficas 22 y 23).

Tabla 30. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica en Tiempo 3 como variables dependientes

	<i>M(DT)</i> No PMI	<i>M(DT)</i> PMI	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
CP ^a Responsabilidad	2.20(1.39)	2.82(.72)	7.93	.006	.08
CP ^a Comportamiento	2.18(1.38)	2.84(.73)	8.94	.004	.08
CP ^a Grupo	2.21(1.39)	2.93(.76)	10.30	.002	.10
AT ^b Objetivo	3.54(.16)	3.53(.08)	.08	.78	< .01
AT ^b Tarea	3.01(1.90)	3.90(1.01)	8.45	.005	.08
AT ^b Vínculo	2.99(1.89)	3.89(1.01)	8.95	.004	.08

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional



Gráfico 22. Puntuaciones en Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del grupo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 3

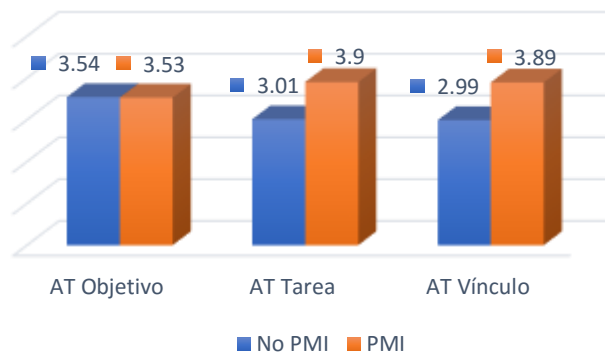


Gráfico 23. Puntuaciones en Alianza Terapéutica (Objetivo, Tarea y Vínculo) de los grupos PMI y No PMI en Tiempo 3

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

*Relación de la conducta pro-terapéutica y la alianza
terapéutica con variables relacionadas con la violencia
contra la pareja al final de la intervención*

Como paso previo a la comprobación de la relación entre la Conducta proterapéutica y la Alianza terapéutica con variables relacionadas con la violencia contra la pareja, se comprobó si existían diferencias entre ambos grupos en las variables dependientes antes de comenzar la intervención. Para ello se realizó un MANOVA con las variables Sexismo hostil y benevolente; Atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal y a la víctima; Riesgo de reincidencia; Violencia física y violencia psicológica como variables dependientes. Se utilizó un MANOVA con el objetivo de evitar el error Tipo I. La prueba mostró que no existía un efecto multivariante (Lambda de Wilks = .89; $F = 1.40$; $p = .21$). Las pruebas univariantes mostraron que no existían diferencias entre ambos grupos en ninguna de las variables, excepto en Riesgo de reincidencia (ver Tabla 31). En todo caso, en las regresiones posteriores se introdujo esta variable como variable control para evitar las posibles influencias en el resultado final.

Tabla 31. MANOVA con PMI/No PMI como variable independiente y variables relacionadas con la violencia de pareja en T1 como variables dependientes

	<i>M(DT)</i>	<i>M(DT)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Eta</i> ²
	No PMI	PMI			
Sexismo benevolente	3.24(1.01)	2.94(1.09)	1.85	.18	.02
Sexismo hostil	2.72(1.27)	2.57(1.09)	.29	.60	<.01
AR ^a . Legal	13.16(4.61)	12.86(4.48)	.22	.64	<.01
AR ^a . Personal	7.63(3.57)	7.96(3.77)	.23	.63	<.01
AR ^a . Víctima	13.43(4.41)	12.68(4.75)	.72	.40	<.01
Riesgo de reincidencia	.98(.75)	.68(.65)	.51	.03	.05
Violencia física	2.42(5.76)	2.88(7.39)	.15	.70	<.01
Violencia Psicológica	15.84(24.84)	9.62(16.04)	2.09	.15	.02

^a Atribución de la responsabilidad

Para observar la relación de la conducta proterapéutica y la alianza terapéutica con las variables relacionadas con la violencia de pareja se llevaron a cabo múltiples regresiones lineales. En concreto, se llevó a cabo una por cada variable relacionada con la conducta proterapéutica y la alianza terapéutica (6) y por cada variable relacionada con la violencia de pareja (8): actitudes sexistas (Sexismo hostil y benevolente), Atribución de la responsabilidad (al sistema legal, al contexto personal o a la víctima), Riesgo de reincidencia y Violencia física y psicológica. En total, se realizaron 48 regresiones lineales. Se utilizaron como variables independientes, la Conducta Proterapéutica

(Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del grupo) y Alianza Terapéutica (Tarea, Vínculo y Objetivo), al final de la intervención (T3). Como variables dependientes, se utilizaron las variables relacionadas con la violencia al final de la intervención (T3): Sexismo hostil, Sexismo benevolente, Atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal, a la víctima, Riesgo de reincidencia, Violencia física y Violencia psicológica. En cada una de las regresiones se introdujo como variable control la variable relacionada con la violencia en T1 que estaba siendo analizada en T3 en ese momento. De esta manera, en la primera regresión lineal, se introdujo como variable independiente la variable Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad al final de la intervención (T3) y como variable control la puntuación en Sexismo hostil al inicio de la intervención (T1). Como variable dependiente, se introdujo la variable Sexismo hostil al finalizar la intervención (T3). Se replicó el mismo procedimiento con el resto de variables.

Sexismo hostil y benevolente

La Tabla 32 muestra las regresiones lineales con las variables Sexismo benevolente y Sexismo hostil como variables dependientes. La regresiones realizadas muestran que la variable Sexismo benevolente se relaciona con los tres tipos de Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del grupo) y con la Alianza Terapéutica de Tarea y Vínculo, explicando entre el 4% y el 5% de la variable en cada caso. Todas las relaciones son negativas, de

manera que cuando aumenta la puntuación de las variables independientes, el Sexismo benevolente se reduce. Sin embargo, los datos obtenidos no muestran relación de ninguna de las variables de Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica con el Sexismo hostil.

Tabla 32. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica como variables independientes y sexismo benevolente y sexismo hostil como variables dependientes.

	B	Erro r típ.	t	Sig.	R² corre gida
Sexismo benevolente					
CP ^a Responsabilidad	-.19	.09	-2.22	.029	.04
CP ^a Comportamiento	-.19	.09	-2.28	.025	.04
CP ^a Grupo	-.20	.08	-2.37	.020	.05
AT ^b Objetivo	.53	.70	.76	.44	<.01
AT ^b Tarea	-.14	.06	-2.30	.024	.05
AT ^b Vínculo	-.14	.06	-2.27	.026	.04
Sexismo hostil					
CP ^a Responsabilidad	-.12	.09	-1.33	.19	<.01
CP ^a Comportamiento	-.12	.09	-1.32	.19	<.01
CP ^a Grupo	-.12	.09	-1.38	.17	<.01
AT ^b Objetivo	-.22	.75	-.30	.77	<.01
AT ^b Tarea	-.10	.07	-1.50	.14	<.01
AT ^b Vínculo	-.10	.08	-1.56	.12	<.01

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

Atribución de responsabilidad

La Tabla 33 muestra los resultados obtenidos tras realizar las regresiones lineales con las variables Atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal y a la víctima como variables dependientes. Los datos no mostraron relaciones estadísticamente significativas, indicando que no se detecta una influencia de la

Conducta Proterapéutica y la Alianza Terapéutica en la Atribución de responsabilidad al finalizar la intervención.

Tabla 33. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza terapéutica como variables independientes y atribución de la responsabilidad al sistema legal, al contexto personal y a la víctima como variables dependientes.

	B	Erro r típ.	t	Sig.	R² corregida
AR^a. Sistema legal					
CP ^b Responsabilidad	-.34	.35	-.96	.34	<.01
CP ^b Comportamiento	-1.32	.35	-.90	.37	<.01
CP ^b Grupo	-.28	.35	-.81	.42	<.01
AT ^c Objetivo	-1.61	2.92	-.56	.58	<.01
AT ^c Tarea	-.26	.26	-1.02	.31	<.01
AT ^c Vínculo	-.25	.26	-.97	.34	<.01
AR^a. Contexto Personal					
CP ^b Responsabilidad	-.25	.28	-.92	.36	<.01
CP ^b Comportamiento	-.25	.28	-.89	.38	<.01
CP ^b Grupo	-.27	.27	-1.00	.32	<.01
AT ^c Objetivo	-1.40	2.17	-.64	.52	<.01
AT ^c Tarea	-.16	.20	-.82	.42	<.01
AT ^c Vínculo	-.18	.20	-.90	.37	<.01
AR^a. Víctima					
CP ^b Responsabilidad	-.53	.35	-1.50	.14	.01
CP ^b Comportamiento	-.50	.35	-1.43	.16	<.01
CP ^b Grupo	-.53	.34	-1.53	.13	.01
AT ^c Objetivo	2.12	2.85	.74	.46	<.01
AT ^c Tarea	-.41	.26	-1.62	.11	.01
AT ^c Vínculo	-.42	.26	-1.64	.10	.01

^aAtribución de la responsabilidad; ^b Alianza Terapéutica; ^c Conducta Proterapéutica

Valoración de riesgo de reincidencia

La Tabla 34 muestra los resultados de las regresiones lineales realizadas con la valoración del Riesgo de reincidencia como variable dependiente. En este caso, se ha observado una relación en Alianza Terapéutica de objetivo y la valoración de Riesgo de reincidencia, explicando un 4.30% de la variable dependiente. La relación negativa nos muestra que altas puntuaciones en Alianza Terapéutica de objetivo se relacionan con una reducción del riesgo de reincidencia.

Tabla 34. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica como variables independientes y valoración del riesgo de reincidencia como variable dependiente

	B	Error típ.	t	Sig.	R² corregida
CP ^a	.02	.06	.31	.76	<.01
Responsabilidad					
CP ^a	.02	.06	.36	.72	<.01
Comportamiento					
CP ^a Grupo	.03	.08	1.39	.61	<.01
AT ^b Objetivo	-1.27	.45	-2.82	.006	.04
AT ^b Tarea	.03	.04	.62	.53	<.01
AT ^b Vínculo	.02	.04	.57	.57	<.01

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

Violencia física y violencia psicológica

Finalmente, la Tabla 35 muestra los resultados de las regresiones lineales realizadas con las variables Violencia física y Violencia psicológica como variables dependientes. Los resultados muestran que existe una relación negativa significativa entre la puntuación en

Violencia física al finalizar la intervención (T3) y los tres tipos de Conducta Proterapéutica (Responsabilidad, Comportamiento y Valoración del grupo) y la Alianza Terapéutica de Tarea y Vínculo. De este modo, el aumento en las variables independientes se relaciona con una disminución de la Violencia física ejercida contra la pareja, explicando el 4% de la variable. En cuanto a la Violencia psicológica, los datos muestran una relación negativa estadísticamente significativa con la Conducta Proterapéutica vinculada a la Responsabilidad y al Comportamiento, y la Alianza Terapéutica de Tarea y Vínculo, de manera que el aumento en la puntuación de estas variables implica una reducción de la violencia psicológica contra la pareja, explicando el 3% de la variable.

Tabla 35. Regresiones lineales con Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica como variables independientes y violencia física y violencia psicológica como variables dependientes.

	B	Error típ.	t	Sig.	R² corregida
Violencia Física					
CP ^a Responsabilidad	-3.97	2.01	-1.97	.05	.04
CP ^a Comportamiento	-3.97	2.01	-1.97	.05	.04
CP ^a Grupo	-3.86	1.97	-1.97	.05	.04
AT ^b Objetivo	-8.71	14.87	-.57	.56	<.01
AT ^b Tarea	-2.92	1.45	-2.01	.047	.04
AT ^b Vínculo	-2.91	1.46	-2.00	.049	.04
Violencia Psicológica					
CP ^a Responsabilidad	-3.86	1.91	-2.02	.04	.03
CP ^a Comportamiento	-3.89	1.92	-2.03	.04	.03
CP ^a Grupo	-3.56	1.87	-1.90	.06	.02
AT ^b Objetivo	-23.05	14.09	-1.64	.11	.02
AT ^b Tarea	-2.80	1.38	-2.02	.046	.03
AT ^b Vínculo	-2.72	1.39	-1.95	.05	.03

^a Conducta Proterapéutica; ^b Alianza Terapéutica

6 Conclusiones

6.1 Conclusiones

Las investigaciones al respecto de los beneficios de incluir estrategias motivacionales y de adherencia a la intervención con maltratadores son escasos. El estudio de las ventajas que proporciona fomentar la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica en este tipo de intervenciones deben explorarse en mayor profundidad (Carbajosa y Boria, 2013; Eckhardt; 2013). Las diferentes revisiones sistemáticas y meta-análisis que estudian las medidas a implementar para incrementar la eficacia de los tratamientos de hombres violentos con su pareja, indican que incluir estrategias motivacionales, de alianza de trabajo y técnicas que ayuden a aumentar la asunción de responsabilidad del delito cometido supondrían una disminución del riesgo de reincidencia y cambios actitudinales en los maltratadores (Babcock et al., 2004; Brown y O’Leary, 2000; Eckhardt, 2013; Murphy y Eckhardt, 2005; Musser y Murphy, 2009; Musser, et al., 2008; Taft y Murphy, 2007; Walker, et al., 2010). Además trabajar la motivación al cambio se relaciona con mayor adherencia a la intervención lo que conlleva menor abandono del tratamiento y menor riesgo de reincidencia (Arce, et al., 2009; Eckhardt et al., 2013).

La aplicación de estrategias motivacionales y de ajuste a las características de los participantes conllevan costes tanto económicos como de recursos humanos, por tanto es necesario conocer si estos esfuerzos repercuten en una mejora en la intervención con maltratadores (Ortiz y Ortiz, 2007). Por otra parte, conocer que

estrategias funcionan y dotan de mayor calidad este tipo de intervenciones es fundamental (Babcock et al.,) ofrecer herramientas fiables y contrastadas representa una gran ayuda para los y las profesionales que se dedican a esta materia (Boira et al., 2013).

El objetivo general del presente trabajo ha sido estudiar, mediante la codificación observacional, si el uso de estrategias motivacionales promueve la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica en hombres condenados por violencia de género. Asimismo, se pretendía analizar si la promoción de estas variables influye en factores relevantes para reducir la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Para cumplir con este objetivo se han seguido seis objetivos específicos: (1) Comprobar si existe relación entre la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica. (2) Analizar si la aplicación de estrategias motivacionales favorece la alianza terapéutica y la conducta terapéutica. (3) Evaluar la relación de la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica y las actitudes sexistas. (4) Analizar la relación entre la alianza terapéutica y la manifestación de conductas proterapéuticas con la atribución de responsabilidad del comportamiento violento que realizan los maltratadores. (5) Estudiar si el fomento de la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas se corresponden con un menor riesgo de reincidencia en la conducta violenta contra la pareja. (6) Explorar si la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas influyen en la reducción del uso de la violencia física y psicológica.

6.1.1 Características de la muestra

El primer paso a seguir antes de examinar los datos del presente trabajo, fue estudiar las características que los participantes presentaban cuando acudieron al programa en primera instancia. Dado que los hombres condenados por violencia de género que recibieron tratamiento en el Programa Contexto fueron asignados a dos condiciones experimentales, se realizó una comparativa sobre los datos sociodemográficos de los integrantes de ambos grupos con el objeto de conocer si eran equiparables. Los resultados indican que no se encuentran diferencias significativas entre los participantes de ambos grupos, como puede inferirse a partir de los análisis de contraste realizados entre las condiciones experimentales.

En relación a la edad de los participantes, encontramos que la media de los dos grupos se encuentra en torno a los 40 años, no encontrando diferencias generacionales (Fernández-Montalvo et al., 2011). En cuanto al país de procedencia en ambos grupos la gran mayoría de participantes eran españoles, seguido de entre el 10% y 15% de latinoamericanos, un grupo menos numeroso de maltratadores provenientes de países europeos y en ambos grupos el menor número de participantes procedían de países del Este. Como ocurre en otros estudios de este ámbito en el territorio español, el mayor porcentaje de hombres condenados por violencia de género del presente estudio contaban con estudios primarios o secundarios, encontrando muy pocos participantes con estudios superiores o sin ningún tipo de formación (Fernández-Montalvo et al., 2011). La mayoría de los participantes, en

el momento en el que se realizó la recogida de información, estaban separados o divorciados y en menor número tenían pareja o estaban casados. Aproximadamente la mitad de los participantes del estudio se encontraban en una situación de desempleo y con un nivel socioeconómico bajo.

En relación a la violencia infringida que se expone en los hechos probados, durante el proceso judicial de los participantes, en su gran mayoría (entre 71% y 75%) habían cometido violencia física.

A pesar de que los participantes fueron asignados de forma aleatoria a las dos condiciones experimentales, en relación al tiempo de condena impuesta por el juez se han mostrado diferencias significativas entre los participantes de ambos grupos. En el grupo PMI la media de meses de condena es mayor que en el grupo NoPMI.

6.1.2 Datos descriptivos y correlaciones entre variables

En relación a los resultados, en primer lugar se realizó un análisis exploratorio de las variables utilizadas para llevar a cabo la investigación. Para ello se obtuvieron las medias y desviaciones típicas desglosadas por condición experimental y por cada fase de recogida de información; y se correlacionaron todas las variables entre sí al inicio y al final de la intervención. Los datos descriptivos respecto a la Conducta Proterapéutica nos muestran que los resultados intragrupo en los tres tiempos son prácticamente idénticos. Las correlaciones positivas posteriores entre las tres variables, tanto en Tiempo 1 como en Tiempo

3 nos confirman que los tres tipos de conducta proterapéutica están relacionados y van acompañados, de manera coherente, en la misma dirección.

En relación a la Alianza Terapéutica, se observa que tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 2, la Alianza Terapéutica de Objetivo tiende a ser menor en ambas condiciones experimentales que en los otros dos tipos de alianza. Sin embargo en Tiempo 3, mientras que la Alianza Terapéutica de Objetivo se mantiene en ambos grupos, la Alianza Terapéutica de Tarea y Vínculo son menores en el grupo control. Las correlaciones entre las variables nos indican que la Alianza Terapéutica de Tarea y Vínculo se relacionan de manera positiva tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 3, que la Alianza de Vínculo y Objetivo no se correlacionan entre sí en ninguno de los tiempos, y que la Alianza Terapéutica de Tarea y Objetivo se relacionan en Tiempo 1 (aunque con menor fuerza) pero no en Tiempo 3. Estos resultados nos indican que mientras que la Alianza de Tarea y de Vínculo se relacionan y van en la misma dirección de manera coherente, la Alianza Terapéutica de Objetivo podría evolucionar de manera diferente, por lo que se tendrían que tener en cuenta otros factores.

Las correlaciones observadas entre Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica nos muestran tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 3 que todas las variables se relacionan entre sí, excepto Alianza de Objetivo que en Tiempo 1 se relaciona (aunque con menor fuerza) con Conducta Proterapéutica vinculada al comportamiento y en Tiempo 3 no se relaciona con ninguna variable de Conducta Proterapéutica. Estos resultados vuelven a confirmar que la Alianza Terapéutica de Objetivo

evoluciona de manera diferente a las demás pero que el resto de variables de Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica evolucionan acompañadas en la misma dirección y en el sentido esperado.

En cuanto a las variables relacionadas con el uso de la violencia, los resultados muestran que en ambos grupos el sexismo benevolente es más elevado que el sexismo hostil al inicio de la intervención; y tras el tratamiento, en el grupo experimental, ambos tipos de sexismo se igualan a la baja, mientras que en el grupo control, el sexismo benevolente se mantiene más elevado que el hostil. El hecho de que al inicio de la intervención los participantes puntúen de manera más elevada en sexismo benevolente se puede relacionar con que el sexismo hostil es una forma de machismo más explícita y clara, por lo que a los usuarios les es más fácil indicar aquello que es más deseable socialmente. Sin embargo, el sexismo benevolente es un tipo de sexismo más implícito por la connotación positiva que conlleva y no está tan penalizado socialmente. También puede ser muestra de cómo van evolucionando las actitudes sexistas, disminuyendo aquellas más explícitas y hostiles y evolucionando a otras formas de sexismo más implícitas y más difíciles de detectar, aunque estas observaciones deberían corroborarse en posteriores estudios. En las correlaciones observamos que ambos tipos de sexismo se correlacionan positivamente tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 3, lo que es coherente y va en consonancia con la literatura científica (Expósito et al., 1998).

En cuanto a la Asunción de responsabilidad, se observa que tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 3 la puntuación en Atribución de responsabilidad el contexto personal tiende a ser menor en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, las puntuaciones en Atribución de la responsabilidad al sistema legal y la víctima se asemejan en ambos grupos y en ambos tiempos. En el mismo sentido, las correlaciones entre estas variables y tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 2 indican que la Atribución de la responsabilidad al sistema legal y a la víctima están relacionadas entre sí de manera positiva, pero ninguna de ellas se relaciona con la Atribución al contexto personal. Este resultado podría significar que la externalización de la culpa, bien hacia el sistema legal, bien hacia la víctima, es muy probable que ocurra de manera simultánea. Sin embargo, en la Atribución al contexto personal pueden influir factores que podría confundirse entre la atribución real a uno mismo de los hechos ocurridos, o la atribución externa a su situación personal, como el consumo excesivo de alcohol (Catalá-Miñana, Lila, Conchell, Romero-Martínez y Moya-Albiol, 2013).

En relación al riesgo de reincidencia, los resultados muestran que al inicio de la intervención, los usuarios parten, según las valoraciones realizadas por las terapeutas, de un riesgo considerado moderado en ambas condiciones experimentales. Sin embargo, tras la intervención, las terapeutas consideran que los participantes tienden a contar con un riesgo de reincidencia bajo. Este hecho podría significar que el tratamiento consigue reducir el riesgo de reincidencia, tal y como muestran estudios previos utilizando el mismo programa de

intervención (Lila, Gracia y Catalá-Miñana, 2017). Resultados similares encontraron Feder y Wilson (2005), los penados que completaron el programa de intervención, reincidieron en menor medida que aquellos que abandonaron el tratamiento en las fases iniciales. Sin embargo, este dato habría que corroborarlo en futuros estudios.

Por otro lado, respecto al uso de la violencia, se puede observar que tanto al inicio como al final de la intervención es mayor el uso de la violencia psicológica que el de violencia física en ambas condiciones experimentales. Además, ambas variables correlacionan de manera positiva entre sí tanto en Tiempo 1 como en Tiempo 3. Estos resultados coinciden con los datos de prevalencia de la violencia de género en España, en la que se muestra que existe mayor incidencia de violencia psicológica frente a la física y que están íntimamente relacionadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Por último, en cuanto a las correlaciones realizadas entre variables vinculadas a la Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica por un lado y las variables relacionadas con el uso de la violencia por otro, los resultados indican que no existen variables relacionadas entre estos dos bloques antes de empezar la intervención. Este resultado concuerda con lo esperado en esta fase de la intervención, ya que prácticamente no existe interacción entre este tipo de variables. Este resultado va en el sentido esperado, dado que los maltratadores suelen mostrar al inicio de la intervención resistencia al tratamiento y negación de la responsabilidad sobre el delito cometido, por tanto, independientemente de la puntuación en Alianza Terapéutica y

Conducta Proterapéutica, estas variables no se relacionan al inicio de la intervención con las variables vinculadas con la violencia. Los maltratadores se caracterizan por presentar una alta deseabilidad social (Eckhardt et al., 2013; Lila, 2013), negar o minimizar las acciones violentas por los que han sido condenado (Heckert y Gondolf, 2000; Lila, 2013), además de asistir a los tratamientos en etapa precontemplativa, con escasa o nula motivación (Alexander y Morris, 2008; Kistenmacher y Weiss, 2008; Scott y Wolfe, 2003; Scott, 2004; Stuart, 2005; Hester et al., 2006). Este resultado podría interpretarse como un indicador de que la motivación se va construyendo con el tiempo, tal y como apuntan Prochaka y DiClemente (2005). Sin embargo, tras finalizar la intervención y haber trabajado la Conducta Proterapéutica y la Alianza Terapéutica entre terapeutas y usuarios, los resultados indican una relación entre la Conducta Proterapéutica y la Alianza terapéutica (excepto la Alianza de Objetivo) y menor Sexismo benevolente y del uso de la Violencia psicológica. Este resultado nos indica que trabajar y fomentar de manera adecuada la Conducta Proterapéutica y la Alianza Terapéutica podría relacionarse con conseguir una disminución del Sexismo benevolente y la Violencia psicológica tras el tratamiento. Sin embargo, se trata de un análisis exploratorio en el que se profundiza a la luz de resultados posteriores en este mismo estudio. Por otro lado, la Alianza Terapéutica de Objetivo no se relaciona con el Sexismo benevolente y la violencia Psicológica, sin embargo, sí que se relaciona con la reducción del Riesgo de reincidencia. Este hecho podría interpretarse en el sentido de que cuando se obtiene con los participantes una buena Alianza

vinculada al objetivo de intervención, las terapeutas lo relacionan con un menor riesgo de reincidencia. Este resultado es coherente en el sentido de que los objetivos que se marcan en la intervención siempre están vinculados, de una manera más directa o indirecta, a la reducción de la violencia. Por tanto, en el momento en que el objetivo de intervención relacionado con la reducción de la violencia es compartido, consensuado y asumido por parte del usuario será más fácil reducir el riesgo de reincidencia, tal y como indican que sucede Ward y Stewards, (2003) Sin embargo, tal y como se ha comentado, se trata de un análisis exploratorio, en el que se profundizará en posteriores resultados.

Finalmente, cabe destacar que no se ha observado relación de la Conducta Proterapéutica y la Alianza Terapéutica con el resto de variables vinculadas al uso de la violencia, por lo que a la hora de realizar mejoras en las estrategias de intervención, habría que tener en cuenta cómo crear relaciones entre estas variables.

6.1.3 Diferencias en conducta pro-terapéutica y alianza terapéutica tras la aplicación de estrategias motivacionales

En relación al segundo objetivo del estudio, *analizar si la aplicación de estrategias motivacionales favorece la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica*, no se encuentran diferencias entre las variables objeto de estudio al inicio de la intervención. Puesto que las estrategias motivacionales en los grupos de la condición experimental

PMI comienzan a aplicarse antes de la intervención, en la fase de evaluación y motivación, la ausencia de diferencias puede ser debida a que el efecto de estas estrategias se manifieste con el tiempo. Otra posible justificación de la falta de diferencias esperadas, puede ser debido a las variables mediadoras del funcionamiento en grupo. Las fases iniciales de la Alianza Terapéutica se construyen mediante entrevistas de carácter individual, en las que profesional y participante cimientan la relación terapéutica. Tras esta primera etapa comienza la intervención de carácter grupal, donde el clima y el funcionamiento de grupo podrían influir en el comportamiento de estas variables. Las intervenciones de carácter grupal pueden favorecer o entorpecer el cambio de actitudes y el correspondiente cese de la violencia (Semiantin, et al., 2013), a su vez el grupo puede promover procesos terapéuticos de apoyo mutuo e intención de cambio (Yalom, 2005), por tanto en futuras investigaciones estudiar la relación existente entre Alianza Terapéutica y Clima Grupal ayudaría a desvelar cómo funcionan estas dos variables y el modo en que se influyen. Evaluar la alianza terapéutica y la conducta terapéutica durante la fase de evaluación y motivación del PMI donde se realizan entrevistas motivacionales de carácter individual, ayudaría a esclarecer este resultado.

Con el trascurso del tratamiento comienza a manifestarse diferencias significativas entre las variables, tal y como muestran los resultados de los análisis efectuados a mitad de intervención. El progreso de la motivación en el tiempo, muestra el proceso de cambio que necesita las

personas para alcanzar la motivación que precisan para poder realizar cambios actitudinales (Prochaska y DiClemente, 2005). El grupo sobre el que se han aplicado estrategias motivacionales (PMI), presenta mayores puntuaciones en conducta proterapéutica de comportamiento y de grupo. Además esta evaluación en la etapa intermedia muestra diferencias marginalmente significativas en conducta proterapéutica de grupo y en alianza terapéutica de grupo. Este resultado parece mostrar que el efecto de las estrategias motivacionales se observa con el paso del tiempo. En cambio, en la alianza terapéutica de objetivo y de tarea, no se encontraron diferencias significativas. Tanto los objetivos de la intervención que persigue el Programa Contexto, como las actividades que en él se plantean, independientemente de las estrategias motivacionales aplicadas en las dos condiciones experimentales, son las mismas. Por tanto, el hecho de que no existan diferencias, podría ser explicado porque en ambas situaciones los participantes tienen claro cuáles son los objetivos y las tareas que se desarrollan durante el tratamiento. No obstante, aunque las actividades en ambas condiciones son las mismas, el PMI con el propósito de adecuar la intervención a las características individuales que presentan los maltratadores, plantea para cada uno de los participantes unas acciones específicas que les ayuden a cambiar su comportamiento violento, tal y como apuntan algunas de las recomendaciones internacionales para incrementar la eficacia de los tratamientos (Babcock et al., 2004). Por tanto, se esperaban obtener diferencias significativas con el grupo No PMI. Este resultado puede deberse, como se ha mencionado anteriormente, a que la alianza terapéutica se muestre con el tiempo. Conforme los efectos

positivos de su interacción con el profesional y las estrategias de intervención aprendidas durante la intervención se visibilicen, la alianza terapéutica de tarea y objetivo se incrementarían. Los cambios actitudinales que persigue la intervención con maltratadores es un proceso que necesita tiempo. Otra de las situaciones que sería interesante estudiar para profundizar en este resultado, es evaluar la influencia de los contenidos trabajados durante las sesiones en que se han evaluado las sesiones de intervención, o comparar con los resultados de estudios o programas que presenten otros contenidos.

Los resultados obtenidos al finalizar la intervención muestran diferencias muy significativas en todas las variables de conducta proterapéutica (responsabilidad, comportamiento y valor del grupo), así como en las variables de alianza terapéutica tarea y vínculo. Estas diferencias permiten deducir que la aplicación de estrategias motivacionales se relaciona con mayor alianza terapéutica de tarea y vínculo, así como mayores conductas proterapéutica (responsabilidad, comportamiento y valor del grupo). Que, al finalizar la intervención, las diferencias entre grupos en relación al acuerdo entre participante y terapeuta sobre la idoneidad y beneficios de las tareas realizadas durante el tratamiento, sean significativas, puede ser explicado también debido a que se están aplicando mayor número de estrategias motivacionales. El PMI plantea el empleo de técnicas motivacionales de manera transversal al tratamiento, por tanto, no sólo los beneficios de las estrategias motivacionales se observan con el paso del tiempo, sino

que a más técnicas empleadas, mayores conductas de alianza y conducta proterapéutica observadas.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos concluir que las estrategias incluidas en el Plan Motivacional Individualizado aplicado a la intervención con maltratadores favorecen la calidad del vínculo entre participante y terapeuta, incrementan el acuerdo con respecto a las tareas a realizar durante el tratamiento, potencian la responsabilidad y la necesidad de cambio sobre el comportamiento abusivo de los agresores, promueven conductas de apoyo y reflexión entre los integrantes del grupo de intervención e incrementan la valoración que hace el participante del grupo y el tratamiento. El vínculo sólido entre participante y terapeuta, así como los acuerdos en las tareas a desempeñar durante la intervención se relacionan con la creación de procesos terapéuticos de apoyo mutuo entre los miembros del grupo, ofreciendo un espacio de seguridad y apoyo donde los participantes pueden alentarse a realizar cambios en sus conductas problema (Yalom, 2005), contrarrestando los efectos negativos que se pueden derivar de una intervención grupal que entorpezca el cambio de actitudes (Semianti, 2013). Futuras investigaciones en las que se evalúe el clima grupal, así como el liderazgo y habilidades del/a profesional proporcionarían más datos aclaratorios sobre la relación entre estas variables. A demás estudios previos han planteado que la relación entre el participante y el terapeuta puede no sólo modificar su procesamiento cognitivo, sino también su conducta y estado de ánimo (Brown y O' Leary, 2000).

Al final de la intervención, la alianza terapéutica de objetivo no ha mostrado diferencias significativas. Esta circunstancia hace necesario que en posteriores estudios se evalúe la influencia del clima y el funcionamiento de grupo, así como los contenidos de los programas de tratamiento sobre la alianza de objetivo. Además, es necesario conocer si el instrumento de evaluación aplicado es adecuado para evaluar esta variable en un tratamiento de carácter grupal. Pudiera ser que los objetivos no se muestren durante las sesiones o que el instrumento no permita valorarlos. Poder evaluar las estrategias motivacionales durante las entrevistas individuales (tanto al principio como en las fases intermedias) ayudaría a conocer si el instrumento aplicado en el presente estudio, *Working Alliance Inventory Shortened Observer-rated version (WAI-O-S)* es adecuado para evaluar la alianza objetivo en un tratamiento grupal.

En relación al tercer objetivo que se plantea este estudio (*evaluar la relación de la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica y las actitudes sexistas*), encontramos que a más conductas proterapéuticas (responsabilidad, comportamiento y valoración del grupo) y más alianza terapéutica de tarea y vínculo, los participantes presentan menor sexismo benévolo al finalizar la intervención. Fomentar la reflexión sobre sus creencias en un espacio de apoyo y seguridad, ligado a la percepción del profesional como una figura de apoyo y comprensión, ayuda a que los participantes cambien sus actitudes paternalistas. En el estudio realizado por Carbajosa (2012) indica que la capacidad del profesional de crear un clima de ayuda, comprensión ante las

emociones que el participante experimenta en el transcurso de la intervención (rabia, vergüenza, miedo, frustración, etc.) y apoyo favorece el cambio de conductas y actitudes del participante e incrementa la percepción de la utilidad del tratamiento. Tal y como se apuntaba al inicio de esta discusión, el sexismo hostil no se ve influenciado por la aplicación de técnicas motivacionales.

El analizar la relación entre la alianza terapéutica y la manifestación de conductas proterapéuticas con la atribución de responsabilidad del comportamiento violento que realizan los maltratadores, era el cuarto objetivo específico del presente estudio. Se observó que la atribución de responsabilidad en el comportamiento que realizan los hombres condenados por violencia de género, no se relaciona con la alianza terapéutica y la conducta proterapéutica. Será necesario en futuras investigaciones trabajar con mayor profundidad la Alianza Terapéutica y la Conducta Proterapéutica con el objetivo de que la asunción de responsabilidad de los maltratadores se vea más beneficiada. No obstante cabría estudiar también la aplicación de un instrumento de medida que recoja la atribución de responsabilidad que hacen los maltratadores respecto a los cambios realizados en relación a su conducta violenta con el transcurso de la intervención. Es decir, sería interesante diseñar un instrumento de evaluación de la atribución de la responsabilidad que hacen los maltratadores de su conducta abusiva que explore situaciones de maltrato ampliando a otras que no tengan por qué ser las actuaciones probadas en el delito por el que han sido condenados. Este instrumento se perseguiría el objetivo de reflejar la

percepción del proceso de cambio de los penados en sus conductas de malos tratos. La Escala de Atribución de Responsabilidad en Violencia de Pareja (IPVRAS) (Lila, Oliver, Catalá-Miñana, Galiana y Gracia, 2014), evalúa la atribución de responsabilidad que el participante realiza en relación al delito cometido y que motiva su inclusión en un grupo de intervención. La conducta delictiva está ligada a un rechazo por parte de la sociedad y los maltratadores presentan una alta deseabilidad, por lo que esta circunstancia puede estar relacionada con que la conducta proterapéutica observada por las evaluadoras externas no se relacione con la asunción de responsabilidad manifestada en el auto-informe.

En relación al quinto objetivo específico, estudiar si el fomento de la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas se corresponden con un menor riesgo de reincidencia en la conducta violenta contra la pareja, encontramos que, cuando participante y terapeuta muestran acuerdo con respecto a los objetivos y metas de cambio que se deben trabajar durante la intervención, el riesgo de reincidencia de violencia contra la pareja es menor. Por tanto, trabajar las resistencias a la intervención y el establecimiento conjunto de objetivos de intervención a alcanzar durante el tratamiento se vincula con un menor riesgo de ejercer violencia. Estos resultados apoyan las recomendaciones internacionales que apuntan al beneficio de considerar las características personales de los maltratadores en el diseño del tratamiento que van a recibir (Babcock, 2005; Boria, et al., 2014; Lila et al., 2013), como una manera efectiva de facilitar un cambio en su comportamiento abusivo. En

anteriores estudios se encontró que la alianza terapéutica se relacionaba negativamente con el riesgo de reincidencia y el uso de la violencia física tras recibir el tratamiento (Semiatin et al.,; Taft et al., 2003) Sin embargo, este indicador de reincidencia corresponde a la valoración que realiza el profesional encargado del tratamiento, por lo que sería interesante en futuras investigaciones medir la reincidencia registrada por los organismos oficiales (agentes encargados de proteger a las víctimas o el sistema judicial) o mediante el informe que puedan facilitar los recursos que trabajan con las víctimas, para poder contrastar la predicción de los profesionales con la reincidencia real informada. A pesar de esta limitación, la Valoración de riesgo de reincidencia. Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA; Kropp y Hart, 2000; adaptación española de Andrés-Pueyo y López, 2005), es un instrumento con una buena fiabilidad y, por tanto, es considerado un buen instrumento de medida de la predicción de la reincidencia de los maltratadores en su conducta violenta (Andrés-Pueyo, López y Álvarez, 2008). Además, la valoración realizada por los profesionales ha mostrado ser un buen predictor de la violencia.

Por último, en relación al sexto objetivo específico, explorar si la alianza terapéutica y las conductas terapéuticas influyen en la reducción del uso de la violencia física y psicológica, encontramos que la aplicación de estrategias motivacionales se relaciona con menor violencia física y psicológica perpetrada por los maltratadores. Incrementar la adherencia a la intervención, trabajar la relación participante-terapeuta, fomentar las conductas de apoyo y reflexión en

el grupo, supone reducir la violencia física y psicológica sobre la víctima. La Alianza Terapéutica se había asociado de forma negativa con la violencia física en anteriores estudios (Taft et al., 2003; Walling et al., 2003). Si este resultado se corroborara en posteriores análisis, querría decir que el fomento de la Alianza Terapéutica y las Conductas Proterapéuticas es un elemento clave a la hora de reducir la violencia de género sobre las mujeres. Ambos tipos de violencia, especialmente la violencia psicológica, prevalecen como las agresiones sufridas en mayor grado por las mujeres en una relación de maltrato (OMS, 2013; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015). El cese de la conducta violenta es el principal objetivo de la intervención con maltratadores, por lo que las aportaciones de este resultado suponen un muy importante aporte en el diseño de los programas de intervención con maltratadores. Incluir estrategias motivacionales en el tratamiento de los agresores de pareja, repercute de forma directa en el cese de la violencia.

Esta tesis apoya la idea de que aplicar técnicas de Alianza Terapéutica y Conducta Proterapéutica se vincula con mejoras en la intervención con hombres maltratadores como ya apuntaban los estudios y recomendaciones internacionales (Arias et al., 2013; Babcock, 2004, 2016; Corbella & Botella, 2003; Edckart, 2013; Lila 2013). La construcción de una buena Alianza Terapéutica entre participante y profesionales aumenta la percepción del penado de que el profesional está implicado en su proceso de cambio, lo que incrementa su motivación e implicación en el tratamiento (Babcock, 2004). Esta

situación favorece un clima grupal de trabajo y participación donde los penados pueden confrontarse de forma positiva con el deseo de cambiar sus actitudes y conductas violentas. Estas estrategias motivacionales tienen grandes repercusiones en variables muy importantes relacionadas con la violencia en las relaciones de pareja como son el sexismo, la valoración del riesgo de reincidencia, así como la violencia física y psicológica.

El presente trabajo también ha corroborado la pertinencia de aplicar estrategias que tengan en cuenta las características personales de los agresores, así como la importancia de establecer de forma conjunta los objetivos y actuaciones sobre los que deben cambiar, basadas en la toma de conciencia y reflexión. Estos resultados suponen un apunte importante en relación a la importancia de que, en las intervenciones con agresores, los y las profesionales desarrollen estrategias que ayuden a fomentar un vínculo terapéutico basado en la toma de conciencia y la reflexión y alejado del uso de técnicas coercitivas y directivas.

El objetivo final de la intervención con agresores es la protección a las víctimas de violencia de género (mujeres e hijos/as). Por tanto, incrementar la efectividad de los tratamientos repercute de forma muy positiva y directa en el cese de la violencia de las que son objeto miles de mujeres en el mundo. El interés fundamental de esta tesis es el de aportar conocimiento con una base científica que ayude a mejorar las herramientas en la lucha contra la violencia de género.

7 Referencias

- Acale, M. (1999). El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Acale, M. (2006). *La discriminación hacia la mujer por razón de género en el código penal*. Madrid: Reus.
- Adams, D. (1988). Treatment models for men who batter: A profeminist analysis. En K. Yllo y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 176-199). Newbury Park, CA: Sage. *Aggression and Violent Behavior*, vol. 16, pp. 277-278.
- Akoensi, T. D., Koehler, J. A., Lösel, F. y Humphreys, D. (2012). Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part II: a systematic review of the state of evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, XX, 1-20.
- Alberdi, I. (2005). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En *Violencia: Tolerancia Cero* (pp. 10-87). Barcelona: Fundación La Caixa
- Alberdi, I. y Matas, N.(2002) La Violencia Doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. *Fundación La Caixa. Barcelona.*

- Aldarondo, E. (2010). Understanding the contribution of common interventions with men who batter to the reduction of re-assaults. *Juvenile and Family Court Journal*, 61, 87-101
- Aldarondo, E., Kaufman, G. y Jasinski, J. L. (2002). A risk marker analysis of wife assault in latino families. *Violence Against Women*, 8(4), 429-454.
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Eds.), *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección* (pp. 21-56). Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia.*approach*. Newbury Park: Sage Publications.
- Arango, D., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M. y Ellsberg, M. (2014). *Interventions to reduce or prevent violence against women and girls: a systematic review of reviews*. Washington, DC: Women's Voice, Agency and Participation Research Series, World Bank. Recuperado desde <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/Arango%20et%20al%202014.%20Interventions%20to>

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

[%20Prevent%20or%20Reduce%20VAWG%20-%20A%20Systematic%20Review%20of%20Reviews.pdf](#)

- Arce, R., Fariña, F., Carballal, A., y Novo, M. (2009). Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema*, 21(2), 241-47.
- Arce, R., y Fariña, F. (2010). Diseño e implementación del Programa Galicia de Reeducción de Maltratadores: Una respuesta psicosocial a una necesidad social y penitenciaria. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 153-166.
- Arias, E., Arce, R. y Vilariño, M. (2013). Batterer intervention programmes: a meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial Intervention*, 22, 153-160.
- Ashworth, A. (1997). Re-thinking domestic violence: Where next in family court welfare practice?. *Probation Journal*, 44(3), 139-143.
- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterer's treatment work? A metanalytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

- Babcock, J., Buttell, F., Cannon, C., Cantos, A., Hamel, J., Lehmann, P., Salano, I. (2016). Domestic violence perpetrator programs: A proposal for evidence-based standards in the United States. *Partner Abuse*, 7(4).
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American psychologist*, 35(4), 320.
- Bennett, L. W. y Williams, O. (2001). *Controversies and recent studies of batterer intervention program effectiveness*. Harrisburg, PA: National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Recuperado desde <http://www.vawnet.org>
- Boira, S. (2008). Una caracterización sociodemográfica de los hombres que ejercen violencia en la pareja (HEVPA). *Acciones e Investigaciones Sociales*, 25, 145-170.
- Boira, S. (2010). *Hombres maltratadores, historias de violencias masculinas*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Boira, S. y Jimeno, A. (2011). Víctimas y agresores: un análisis comparado. *Aequalitas: Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*, 28, 52-59.

- Boira, S., Carbajosa, P. y Lila, M. (2014). Principales retos en el tratamiento grupal de los hombres condenados por un delito de violencia de género. *Clínica Contemporánea*, 5, 3-15.
- Boira, S., del Castillo, M. F., Carbajosa, P. y Marcuello, C. (2013). Context of treatment and therapeutic alliance: critical factors in court-mandated batterer intervention programs. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-13.
- Boira, S., López del Hoyo, Y., Tomás-Aragonés, L., y Gaspar, A. R. (2013). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *anales de psicología*, 29(1), 19-28.
- Boira, S., López, Y., Tomás-Aragonés, L. y Gaspar, A. R. (2013). Evaluación cualitativa de un programa de intervención psicológica con hombres violentos dentro de la pareja. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 28, 135-156.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bosch, E., Ferrer, V. A., García, E., Ramis, M. C., Mas, M. C., Navarro, C., y Torrens, G. (2007). Del mito del amor romántico a la

- Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional*
- violencia contra las mujeres en la pareja. *Universidad de las islas Baleares. Ministerio de Igualdad.*
- Bouman, y. H. A., Schene, A. H. y ruitter, C. (2009). *Subjective well-being and recidivism in forensic psychiatric outpatients.* International Journal of Forensic Mental Health, 8, 225-234.
- Bowen, E. (2011). *The rehabilitation of partner-violent men.* Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development.* Cambridge: Harvard University Press.
- Brown, P. D., y K. D. O'Leary (2000). Therapeutic Alliance: Predicting Continuance and Success in Group Treatment for Spouse Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Cabrera, R. y Carazo, M.J. (2008). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género.* Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of Intimate Partner Violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.

- Cannon, C., Hamel, J., Butell, F. y Ferreira, R. J. (2016). Domestic violence perpetrator programs around the world. *Partner Abuse*, 27, 226- 276.
- Cantos, A.L., Neidig, P.H. y O`Leary, K.D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9, 113-124.
- Capaldi, D., Knoble, N., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(2), 231-280.
- Carbajosa, P. y Boira, S. (2013). Estado actual y retos futuros de los programas para hombres condenados por violencia de género en España. *Psychosocial Intervention*, 22, 145-152.
- Carbajosa, P., Boira, S., y Tomás-Aragonés, L. (2013). Difficulties, skills and therapy strategies in interventions with court-ordered batterers in Spain. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 118-124.
- Casado, E. y A. A. García (2006), «Violencia de género: dinámicas identitarias y de reconocimiento». En F.I. GARCÍA y C. ROMERO (eds.), (2006), *El doble filo de la navaja: violencia y representación*, Madrid: Trotta, pp. 89-106.

- Catalá-Miñana, A., Lila, M. S. y Oliver, A. (2013). Consumo de Alcohol en hombres penados contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*, 25, 1, 19-28.
- Catalá-Miñana, A., Lila, M., Conchell, R., Romero-Martínez, A. y Moya-Albiol, A. (2013). ¿Se benefician los programas de intervención que no tratan específicamente el consumo de alcohol en los maltratadores? *Psychosocial Intervention*, 22(2), 135-143.
- Catalá-Miñana, A., Lila, M., Conchell, R., Romero-Martínez, A. y Moya-Albiol L. (2013). ¿Se benefician de los programas de intervención que no tratan específicamente el consumo de alcohol los maltratadores con problemas de consumo abusivo?. *Psychosocial Intervention*. 2013, 22, 135-143.
- Catalá-Miñana, A., Walker, K., Bowen, E., y Lila, M. (2014). Cultural differences in personality and aggressive behavior in intimate partner violence offenders: A comparison of English and Spanish offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 2652-2669.

Cattaneo, L. B. y Goodman, L. A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: A cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6, 141–175.

Cid, J. (2009). *La elección del castigo*. Barcelona: Bosch.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Conchel, R (2012). La intervención en medio abierto con hombres penados por violencia contra la mujer: un análisis pre-post de los indicadores de eficacia del programa contexto. Tesis doctoral: Universitat de Valencia.

Conchell, R., Lila, M. y Catalá-Miñana, A. (2012). Cambios psicosociales en un programa de intervención con hombres penados por violencia contra la mujer. *Revista de Psicología*, 21, 159-186.

Conchell, R., Lila, M. y Gracia, E. (2013). *Intervención en medio abierto. Hombres penados por violencia de pareja*. Saarbrücken (Alemania): Publicia.

Consejo General del Poder Judicial (2016). Informe 10 años de la Ley de Violencia de Género. Recuperado en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia->

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Premios-y-Congresos/VI-Congreso-sobre-Violencia-Domestica-y-de-Genero--Madrid--3-y-4-noviembre-de-2016

- Corbella, S. y Botella, L. (2013). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología, 19*, 205-221.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente. *Unpublished Doctoral Thesis, Universitat Ramon Llull, Barcelona, Spain.[Links]*.
- Corsi, J. (2005). Modelos de intervención con hombres que ejercen la violencia en la pareja. *Feminismo: revista del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad de Alicante, 6*, 135-146.
- Cortil, M. J. (2017). *La violencia de género en el centro del debate: la dimensión masculina*. Tesis Doctoral: Universidad de Huelva.
- Corvo K., Dutton D. y Chen W. (2008) Toward Evidence Based Practice with Domestic Violence Perpetrators, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 16*(2), 111-130.
- Creazzo, G. (2009). Desarrollar estrategias de intervención para hombres que utilizan violencia contra las mujeres en las relaciones íntimas. En: Creazzo G. I Bianchi L. (eds.) *El*

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

desarrollo de estrategias de trabajo con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de Europa del Sur. ¿Porqué y cómo? pp18-49.

Crowell, N. A. y Burgess, A. W. (1996). Understanding violence against women. National Academy Press: Washington, DC.

Cho, H. (2012). Racial differences in the prevalence of intimate partner violence against women and associated factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(2), 344-363.

Dahlberg, L. L. y Krug, E. G. (2002). Violence: A Global Public Health Problem. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (eds.), *World Report on Violence and Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Daly, M., y Wilson, M. (1988). Evolutionary social psychology and family homicide.

Daniels, J. W., y Murphy, C. M. (1997). Stages and processes of change in batterers' treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(1), 123-145.

Davis, R. C. y Taylor, B. G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women and Criminal Justice*, 10, 69-93.

Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., y Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology*, 32, 642-649.

Delegación de Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia*. Recuperado desde http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/fr/laDelegacionInforma/pdfs/DGVG_INFORMA_LEYES_INFANCIA.pdf

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., García-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., Lim, S., Bacchus, L. J., Engell, R. E., Rosenfeld, L., Pallitto, C., Vos, T., Abrahams, C. y Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340 (6140), 1527-1528.

Dixon, L., Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2011). Perpetrator programmes for partner

Dixon, L., Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2011). Perpetrator programmes for partner violence: Are they based on ideology or evidence? *Legal and Criminological Psychology*. DOI:10.1111/j.2044-8333.2011.02029.x

Dobash, R. P. y Dobash, R. E. (1979). *Violence against wives*. The Free Press: New York.

Dobash, R. P., Dobash, R. E., Cavanagh, K. y Lewis, R. (2000). *Changing violent men*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dobash, R.E y Dobash, R.P. (2011). What Were They Thinking? Men Who Murder an Intimate Partner. *Violence Against Women* 17, (1) 111–134.

Dodash, R. E., and Dobash, R.P. (Eds.), *Penal Theory and Practice: Tradition and Innovation in Criminal Justice*. Manchester: Manchester University Press, 216- 227.

Dunford, F. (2000). The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 468-476.

Dutton, D. G. (2012), «The case against the role of gender in intimate partner violence». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 17, pp. 99-104.

Dutton, D. y Corvo, K. (2006). Transforming a flawed policy: a call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 457-483.

Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196-231.

Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D., y Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121, 369-381.

Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D., y Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121, 369-381.

Echauri, J. A., Fernández-Montalvo, J., Martínez, M. A. y Azkarate, J. M. (2013). Effectiveness of a treatment programme for immigrants who committed gender-based violence against their partner. *Psicothema*, 25, 49-54.

Echauri, J. A., Martínez, M. A. y Azcárate, J. M. (2010). Programas de maltratadores en Navarra: tipos de tratamiento y resultados terapéuticos. En F. Expósito, M. C. Herrera, G. Buena-Casal, M. Novo y F. Fariña. (Eds.). *Psicología jurídica: ámbitos de*

- Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional aplicación* (pp. 29-42). Santiago de Compostela: Consellería de Presidencia, Xustiza e Administracións Públicas.
- Echeburúa, E. (2013). Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial*
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6, 27-36.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. i Sauca, D. (1990). Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer. Vitoria: Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 9(2).

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196-231.
- Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D., y Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121, 369-381.
- Edleson, J. (2008). *Promising practices with men who batterer*. Informe remitido al King County Domestic Violence Council, University of Minnesota, MN. Seattle.
- Edleson, J.L. y Tolman, R. M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological*
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
- Emakunde (2003). *Violencia contra las mujeres*. Instituto de la Mujer y Gobierno Autónomo Vasco.

European Institute for Gender Equality (EIGE) (2015). *Gender Equality Index 2015. Measuring gender equality in the European Union 2005-2012*. Recuperado desde European Institute for Gender Equality website: <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0215616enn.pdf>

European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. Publications Office of the European Union, Luxembourg*. Recuperado desde European Union Agency for Fundamental Rights website: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeducción de Maltratadores: Una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.

Fariña, F., Arce, R. y Buela-Casal, G. (2009). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Feder, L., Wilson, D. B., y Austin, S. (2008). Court-mandated interventions for individuals convicted of domestic violence. *Campbell Systematic Reviews*, 12, 1-46.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

- Feder, L., y Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 239-262.
- Fernandez, M.C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., Garcia, J. *et al.* (2003). *Violencia Domestica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ferrer, V. (2010). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. *Anales de psicología*, 22(2), 251.
- Ferrer, V. A. y Bosch, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En E. E. Barberá y I. Martínez Benlloch (2004). *Psicología y Género*. Pearson- Prentice Hall: Madrid.
- Fleck-Henderson, A., Jensen, S., Emory, W. y Savage, J. (2004). *Domestic violence. Training program. Simmons school of social work*. Massachusetts NASW Committee on Domestic Violence and Sexual Assault.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Classics in Psychoanalytic Techniques*.

García, A. y Lila, M. (2013). *Avances en la intervención con hombres condenados por violencia de género: El Plan Motivacional Individualizado*. Valencia: C.S.V.

Geldschäger, H. (2011). Programas de intervención con HVG: panorámica de la situación en España y Europa (ponencia). En el *Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad (CIME)*. Asociación Homes Igualitaris- AHIGE Cataluña, Barcelona.

Geldschläger, H. (2012), Programas de atención con hombres que ejercen violencia de género: panorámica de la situación en España y Europa. En M. MENJÍVAR. (Eds.), (2012), *¿Hacia masculinidades tráfugas? Políticas públicas y experiencias de trabajo sobre masculinidad en Iberoamérica* (pp. 97-109). San José, CR: FÑACS.

Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A. J., Dully, C. et al. (2010). Programas europeos de intervención para hombres que ejercen violencia de género: panorámica y criterios de calidad. *Intervención psicosocial*, 19, 181-190.

Gondolf, E. (1985). *Men Who Batter: An Integrated Approach to Stopping Wife Abuse*. Learning Publications.

- Gondolf, E. (1997b). Batterer programs: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- Gondolf, E. W. (1987). Evaluating programs for men who batter: problems and prospects. *Journal of Family Violence* 2(1), 95-108.
- Gondolf, E. W. (1995). Alcohol abuse, wife assault, and power needs. *Social Service Review*, 69(2), 274-284.
- Gondolf, E. W. (1997). Expanding batterer program evaluation. En G. K. Kantor y J. L. Jasinski (Eds.), *Out of the darkness: Contemporary research perspectives on family violence*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Gondolf, E. W. (1998). *Assesing woman battering in mental health services*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Gondolf, E. W. (2002). *Batterer intervention systems: Issues, outcomes, and recommendations*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Gondolf, E. W. (2005). *Culturally-focused batterer counseling for african-american men*. Informe Final remitido al Violence and Victimization Research Division.
- Gondolf, E. W. (2010). The contributions of Ellen Pence to batterer programming. *Violence Against Women*, 16(9), 992-1006.

- Gondolf, E. W. (2012). *The future of batterer programs: reassessing evidence-based practice*. Boston: Northeastern University Press.
- Gondolf, E. y Russell, D. (1986). The Case Against Anger Control Treatment for Batterers. *Response*, 9, 2-5.
- Gracia, E. (2002). *Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (2002). Visibilidad y tolerancia social de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 11(2), 202-211.
- Gracia, E. (2004). Unreported cases of domestic violence against women: Towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 536-537.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006b). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Gracia, E. y Lila, M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Revista Médica de Chile*, 136, 394-400.

- Gracia, E. y Lila, M. (2015). Attitudes towards violence against women in the EU. Luxembourg: Publication Office of the European Union.
- Graña, J., Muñoz, M., Redondo, N. y González, M. (2008). *Programa para el tratamiento psicológico de maltratadores*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Guggisberg, M. (2010), *Women, violence and comorbidity*. Saarbrücken, Germany: Lambert Academic Publishing.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. (1993). Court-mandated treatment of men who assault their partner. En Z. Hilton (Ed.), *Legal responses to wife assault: current trends and evaluation* (pp. 188-229). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Hamel, J. (2010). Do we want to be a politically correct, or do we want to reduce partner violence in our communities? *Partner Abuse, 1*, 82-91.
- Hamel, J. (2014). *Gender-inclusive treatment of intimate partner abuse: Evidence-based approaches (2nd ed.)*. New York, NY: Springer Publishing.
- Hamilton, L., Koehler, J. A. y Lösel, F. A. (2012). Domestic violence perpetrator programs in Europe, part I: a survey of current

- Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*
- practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, XX(X), 1-17.
- Hanson, B. (2002). Interventions for batterers. Program approaches, program tensions. En A. R. Roberts (ed.), *Handbook of domestic violence intervention strategies*. Oxford: Oxford University Press.
- Hanson, B. (2002). Interventions for batterers. Program approaches, program tensions.
- Hanson, B. (2002). Interventions for batterers. Program approaches, program tensions. En A. R. Roberts (ed.), *Handbook of domestic violence intervention strategies*. Oxford: Oxford University Press.
- Heckert, D. A. y Gondolf, E. W. (2000). Assessing assault self-reports by batterer program participants and their partners. *Journal of Family Violence*, 15(2), 181-197.
- Heckert, D. A., y Gondolf E. W. (2000). Assessing Assault Self-Reports by Batterer Program Participants and Their Partners. *Journal of Family Violence*, 15, 181-197.
- Heise, L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290.

- Heise, L. (2011). *What works to prevent partner violence?: An evidence overview*. London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Hester, M., Westmarland, N., Gangoli, G., Wilkinson, M., O'Kelly, C., Kent, A. I Diamond, A. (2006) Domestic Violence Perpetrators: Identifying Needs to Inform Early Intervention. Bristol: University of Bristol in association with the Northern Rock Foundation and the HomeOffice.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Horvath, A. O., y Bedi, R. P. (2002). The alliance J. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37–70).
- Kistenmacher, B. R., y Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. *Violence and victims*, 23(5), 558-570.
- Lambert, M. J., y Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J. C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: Therapist*

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

contributions and responsiveness (17-32). New York: Oxford
University Press.

Langlands, r. l., t. ward, y e. gilchrist (2009), «Applying the Good Lives
Model to male perpetrators of domestic violence». *Behaviour
Change*, vol. 26, pp. 113-129.

Larrauri, E. (2010). Los programas formativos como medida penal
alternativa en los casos de violencia de género ocasional.
Revista Española de Investigación Criminológica, 1, 1-26.

Lehmann, P. y C. A. Simmons (2009), Strengths-based batterer
intervention: A new paradigm in ending family violence. New
York: Springer Publishing

Levens, B., y Dutton, D. (1977). Domestic crisis intervention: Citizens'
requests for service and the Vancouver Police Department
response. *Canadian Police College Journal*, 1(1), 1984-11.

Levesque, A., Velicer, W., Castle, P. y Greene, N. (2008). Resistance
among domestic violence offenders: measurement development
and initial validation. *Violence Against Women* 14(2), 158-184.

Levesque, D. A., Gelles, R. J., y Velicer, W. F. (2000). Development
and validation of a stages of change measure for men in batterer
treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 175-199.

Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre). *Boletín Oficial del Estado*, n° 313, 2004, 29 de diciembre.

Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre). *Boletín Oficial del Estado*, n° 313, 2004, 29 de diciembre.

Lila, M. (2010). Editorial: investigación e intervención en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. *Psychosocial Intervention*, 19, 105-108.

Lila, M. (2013). La intervención con hombres condenados por violencia de pareja contra la mujer en España: Investigación y avances en intervención. *Psychosocial Intervention*, 22, 81-85.

Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la Mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 167-179.

Lila, M., Conchell, R., y Catalá-Miñana, A. (2016). Los programas de intervención con maltratadores como medida alternativa: Una herramienta de prevención de la violencia de género. En Cañete, M. A. (Coord.), *Algunas formas de violencia: mujer, conflicto y*

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional género (pp. 217-242). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Lila, M., García, A. y Lorenzo, M. V. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Publicaciones de la Universitat de València.

Lila, M., García, A., Pedrón, V. y Terreros, E. (2015a). Fase de evaluación y motivación. En O. Herrero, O. y L. Negredo (eds.), *Fuera de la red. Programa de intervención frente a la delincuencia sexual con menores en la red*. Madrid: Ministerio del Interior.

Lila, M., García, A., Pedrón, V. y Terreros, E. (2015b). Fase de evaluación y motivación. En L. Negredo (ed.), *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas. PRIA-MA*. Madrid: Ministerio del Interior.

Lila, M., García, A., Pedrón, V. y Terreros, E. (2016). Fase de evaluación y motivación. En L. Negredo (ed.), *Programa Encuentro. Programa de intervención frente a la violencia familiar en medidas alternativas*. Madrid: Ministerio del Interior.

- Lila, M., Gracia, E. y Herrero, J. (2012). Asunción de responsabilidad en hombres maltratadores: Influencia de la autoestima, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*, 99-108.
- Lila, M., Gracia, E. y Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: the role of social support and stressful life events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 5*, 147-153.
- Lila, M., Herrero, J. y Gracia, E. (2008). Evaluating attribution of responsibility and minimization by male batterers: Implications for batterer programs. *The Open Criminology Journal, 1*, 4-11.
- Lila, M., Oliver, A., Catalá-Miñana, A. y Conchell, R. (2014). Recidivism risk reduction assessment in batterer intervention programs: a key indicator for program efficacy evaluation. *Psychosocial Intervention, 23*, 217-223.
- Lila, M., Oliver, A., Galiana, L., y Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: The Contexto Programme. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 5*, 73-95.

Lila, M., Pedrón, V., Terreros, E. y García, A. (2016). Promoviendo la adherencia: El Plan Motivacional Individualizado en medidas penales alternativas. Ponencia invitada. IX Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Madrid (ESPAÑA).

Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 68, 438-50.

Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Andueza, P., Marrero, R. J., Caballeira, M., y López, M. (2002). Diferencias de género en estrés crónico. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 20, 79-91.

McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and simple profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.

Mederos, F. (2002). Changing our vision of intervention-the evolution of programs for physically abusive men. En E. Aldarondo i F. Mederos (Eds.). *Men who batter: Intervention and prevention*

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional strategies in a diverse society (pp. 1-1-1-26). New York: Civic Research Institute.

Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer: Investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanc.

Menéndez, S., Pérez, J. y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22, 41-53.

Millana, L. (2011). Intervention programs for spanish inmate aggressors convicted of domestic violence. *The Open Criminology Journal*, 4, 91-101.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2015*. Recuperado de: <http://www.publicacionesoficiales.boe.es>

Ministerio del Interior (2010). *El Delincuente de género en prisión. Estudio de las características personales y criminológicas y la intervención en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaria General Técnica

- Moraga García, M. D. L. Á. (2006). La igualdad entre hombres y mujeres en la Constitución española de 1978. *Feminismo/s*, n° 8 (dic. 2006); pp. 53-69.
- Morran, D. y Wilson, M. (2009). The CHANGE Project. Confronting Domestic Violence: An Innovative Criminal Justice Response in Scotland. In, Duff, A., Marshall, S..
- Murillo, S. (2005). Violencia de género: de los planes de actuación a la Ley Orgánica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 227-229.
- Murphy, C. M. y Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the abusive partner: an individualized cognitive behavioural approach*. New York: Guilford.
- Murphy, C. M. y Ting, L. A. (2010). Interventions for perpetrators of intimate partner violence: a review of efficacy research and recent trends. *Partner Abuse*, 1(1), 26-44.
- Murphy, C. M., y Maiuro, R. D. (2008). Understanding and facilitating the change process in perpetrators and victims of intimate partner violence: Summary and commentary. *Violence and victims*, 23(4), 525-536.

- Murphy, C. M., y Meis, L. A. (2008). Individual treatment of intimate partner violence perpetrators. *Violence and victims*, 23(2), 173-186.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T., y Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pregroup intervention for partner-violent men. *Violence and Victims*, 23(5), 539-557.
- Musser, P. H., y Murphy, C. M. (2009). Motivational interviewing with perpetrators of intimate partner abuse. *Journal of clinical psychology*, 65(11), 1218-1231.
- Negredo, L. (2015), *Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas. PRIA-MA*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Neighbors, C., Walker, D. D., Mbilinyi, L. F., O'Rourke, A., Edleson, J. L., Zegree, J., y Roffman, R. A. (2010). Normative misperceptions of abuse among perpetrators of intimate partner violence. *Violence against women*, 16(4), 370-386.
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2007). *Informe anual del Observatorio Estatal de violencia sobre la Mujer*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/docs/Libro_21_VII_Informe.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y plataforma para la acción*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Organización Mundial de la Salud (1998), *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (20 de junio de 2013). Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions'. New clinical and policy guidelines launched to guide health sector response. [Media Centre. News release].

Recuperado desde

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence-against-women-20130620/en/>

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre violencia y salud*. Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*.

Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Organización Mundial de la Salud (2013a). *Hoja informativa: cómo comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja.* Recuperado desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2013b). *Hoja informativa: cómo comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Panorama General.* Recuperado desde http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23944&lang=es

Organización Mundial de la Salud (2013c). *Hoja informativa: cómo comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidios.* Recuperado desde http://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_femicidio.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013d). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence of non-partner sexual violence.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado desde

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

Organización Mundial de la Salud (2014). *Global status report on violence prevention*. Geneva: Swizerland. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pence, E. y Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer.

Pérez, F. y Bernabé, B. (2012). Las Denuncias Falsas en Casos de Violencia de Género: ¿Mito o Realidad?. *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 37-46. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos

Pérez, M., Giménez-Salinas, A. y de Juan, M. (2013). Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention*, 22, 105-114.

Phillips, R., Kelly, L. y Westmarland, N. (2013). *Domestic violence perpetrator programmes: an historical overview*. London and

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Durham: London Metropolitan University and Durham
University.

Price, B. y Rosenbaum, A. (2009). Batterer intervention programs: a
report from the field. *Violence and Victims*, 24(6), 757-770.

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the
modification of problem behaviors. En M. Hersen, R.M. Eisler
y P.M. Miller (Eds.). *Progress in behavior modification*.
Newbury Park. California: Sage.

Quinteros, A. (2010). Tratamiento psicológico a hombres que ejercen
la violencia de género: criterios básicos para elaborar un
protocolo de intervención. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 129-
139.

Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008). *Hombres Maltratadores*.
Tratamiento psicológico de agresores. Madrid: Acebo, Grupo
5.

Rakil, M., Isdal, P. y Askeland, I. R. (2009). El tratamiento de los
hombres que usan la violencia contra sus compañeras como
medida contra la violencia hacia la pareja íntima. En: Creazzo
G. I Bianchi L. (eds.) *El desarrollo de estrategias de trabajo*

Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de Europa del Sur. ¿Porqué y cómo? pp. 50-107. Sota el recolzament de: Programa Daphne II - Comision Europea en el marco del proyecto “Developping strategies with men using violence in intimate relationships”.

Rakil, M., Isdal, P. y Askeland, I. R. (2009). El tratamiento de los hombres que usan la violencia contra sus companeras como medida contra la violencia hacia la pareja intima. En: Creazzo G. I Bianchi L. (eds.) *El desarrollo de estrategias de trabajo con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de Europa del Sur. ¿Porqué y cómo? pp. 50-107. Sota el recolzament de: Programa Daphne II - Comision Europea en el marco del proyecto “Developping strategies with men using violence in intimate relationships”.*

Redondo, S. (2008). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista Española de Investigación Criminológica*, 6, 1-53.

Redondo, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C. R. (1966). Psicoterapia centrada en el cliente : práctica, implicaciones y teoría. Buenos Aires: Paidós.

Romero-Martínez, A., Lila, M., Catalá-Miñana, A., Williams, R. K. y Moya-Albiol, L. (2013). The contribution of childhood parental rejection and early androgen exposure to impairments in socio-cognitive skills in intimate partner violence perpetrators with high alcohol consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 3753-3770.

Ross, E. C., Polaschek, D. L., y Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.

Ruiz, S. y Expósito, F. (2008). Intervención con hombres en suspensión condicional de condena por violencia de género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 81-89.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

Ruiz, S., Negrodo, N., Ruiz, A., Garcia-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (Eds.) (2010). *Violencia de género: programa de intervención con agresores (PRIA)*. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaria General Técnica. Recuperado de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Doc_Penitenc_7_Violencia_de_gxnero_Acc.pdf

Sanmartín, J., Iborra, I., García Esteve, y. y Martínez Sánchez, P. (2010). *III Informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro reina Sofía Para el Estudio de la Violencia.

Sartin, R.M., Hansen, D.J., y Huss, M.T. (2006). Domestic violence treatment response and recidivism: A review and implications for the study of family violence. *Aggression & Violent Behavior*, 11, 425-440.

Sarto, S. B., y Aragonés, L. T. (2011). Características psicológicas y motivación para el cambio en hombres condenados por violencia contra la pareja. *International Journal of Psychological Research*, 4(2), 48-56.

- Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program descriptions and research. *Violence and Victims*, 23, 156-172.
- Scott, K. L. (2004). Predictors of change among male batterers: Application of theories and review of empirical findings. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5, 260–284.
- Semiatin, J., Murphy, C., y Elliot, J. (2013). Observed behavior during group treatment for partner-violent men: Acceptance of responsibility and promotion of change. *Psychology of Violence*, 3, 126–139.
- Smedslund, G., Dalsbo, T., Steiro, A., Winsvold, A., y Clench-Aas, J. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3, Article No. CD006048).
- Sordi, B. (2016). Programas para agresores de violencia de género en prisión: ¿De qué evidencia disponemos? *Revista Española de Investigación Criminológica*. 6, 13-23.
- Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C. y García-Moreno, C. (2013). *The global prevalence of*

- Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con maltratadores: un análisis observacional*
- intimate partner homicide: a systematic review. Lancet*, 382, 859-865.
- Straus, M. A. (2011), «Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: empirical evidence and implications for prevention and treatment». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 16, pp. 279-288.
- Straus, M. A. (2011), «Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: empirical evidence and implications for prevention and treatment». *Aggression and Violent Behavior*, vol. 16, pp. 279-288.
- Stuart, G., Temple, J. y Moore, T. (2007). Improving batterer intervention programs through theory-based research. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 298(5), 560-562.
- Subirana-Malaret, M. (2012). *Motivació pel canvi i adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella*. Tesis Doctoral: Universitat de Barcelona.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King D. W., Musser, P. H., y Dedeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *J Consult
Clin Psychol*, 71, 812-20.

Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser P. H., y Remington N. A. (2004)

Personality, interpersonal, and motivational predictors of the
working alliance in group cognitive-behavioral therapy for
partner violent men. *J Consult Clin Psychol*, 72, 349-54.

Taft, C. T., y Murphy, C. M. (2007). The working alliance in

intervention for partner violence perpetrators: Recent research
and theory. *Journal of Family Violence*, 22(1), 11-18.

Tichenor, V., y Hill, C.E. (1989). A comparison of six measures of

working alliance. *Psychotherapy*, 26, 195–199.

Vargas, V., Marco, M., Lila, M. y Gracia, E. (2014). Violencia contra

la pareja: Factores de riesgo y estrategias de prevención. En A.
Vázquez, V. Vargas, M. Marco, M. Lila, E. Gracia. *Agresión,
género y promoción de la igualdad* (pp. 25-57). Valencia: Alfa
Delta Digital. ISBN 978-84-9075-090-2.

Velonis, A. J., Cheff, R., Finn, D., Davloor, W., y O'Campo, P. (2016).

Searching for the mechanisms of change: a protocol for a realist
review of batterer treatment programmes. *BMJ Open*, 6.

- Ventura, A. (1999). Las mujeres y la Constitución Española de 1978. *Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.*
- Walker, J. (1989): *Violence and conflict resolution in school.* Strasbourg: European Council.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome.* New York: Springer.
- Wallace, H. (1996). *Family Violence: Legal, Medical, and Social Perspectives.* Boston: Allyn and Bacon.
- Wathen, C.N y MacMillan, H.L. (2003) Interventions for Violence Against Women Scientific Review. *JAMA.* ;289(5):589-600.
- Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior, 12,* 348-363.
- Winstok, Z. y Eisikovits, Z. (2011), «Gender, intimate relationships and violence». *Aggression and Violent Behavior,* vol. 16, pp. 277-278.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy.* Basic books.

*Alianza terapéutica y conducta pro-terapéutica en la intervención con
maltratadores: un análisis observacional*

8 Anexos

8.1 Documentos diseñados para la investigación

8.1.1 ANEXO I. TÉCNICAS DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Técnicas de entrevista a aplicar durante el trascurso del desarrollo del PMI.

1. Habilidades fundamentales de entrevista

Empatía

Medios verbales de transmisión de empatía:

- Mostrar deseos de comprender (a través de preguntas sobre lo que piensa y siente)
- Señalar lo que es importante para el participante (respondiendo con afirmaciones breves que reflejen sus pensamientos y sentimientos y capten sus preocupaciones)
- Reflejo de sentimientos: *“Te sientes desanimado porque los esfuerzos por llevarte a solucionar tu situación no están teniendo éxito”*.

Genuinidad

Consiste en ser “uno mismo” y sirve para reducir la distancia emocional y que el participante nos perciba como alguien similar a él.

¿Cómo?

- No enfatizando nunca el rol del psicólogo para reducir la distancia con él.
- Mostrando congruencia de palabras, acciones y sentimientos.
- Espontaneidad: hablar con naturalidad pero con tacto.
- Autorrevelaciones: Consiste en proporcionar información sobre nosotros mismos. Puede ser información personal o información demográfica: “*Son normales las discusiones en la pareja, yo también las tengo*”.

Aceptación positiva

¿Cómo?

- Estando comprometidos con el participante.
- Esforzándonos por entenderle.
- Teniendo una actitud que no prejuzgue.
- Diciendo frases de elogio sinceras, merecidas y precisas.
- Siendo inmediato con respecto a nosotros “*me alegro de verte...*”, “*en este momento pareces disgustado e incómodo...*” y con respecto a la interacción “*me alegro que compartas esto hoy con nosotros...*”.

Competencia

Percepción que tiene el participante de que el coordinador de su grupo le será útil para la resolución de sus problemas.

¿Cómo?

- Usando preguntas relevantes que estimulen su pensamiento.
- Dirección y seguridad en la presentación.
- Interpretaciones (posible explicación de la conducta del participante).
- Concreción (realizar preguntas aclaratorias, ver qué significa cada término para el sujeto “¿*qué es concretamente lo que te deprime?*”).
- La competencia no consiste en que el coordinador “gane”. Los coordinadores de los grupos en una primera entrevista deben transmitir siempre amabilidad, igualdad y simpatía; si aparecen conductas dogmáticas, autoritarias, o de experto intimidaremos al participante y posiblemente tenga una respuesta hostil a la intervención.

Atracción

Los participantes sienten atracción hacia los coordinadores a través de la amabilidad, la simpatía y la similitud que perciben hacia ellos.

Las conductas verbales que potencian la atracción son:

- Autorrevelación.
- Estructuración: Definición del marco de trabajo y el proceso para el logro de objetivos. Es muy útil al inicio del grupo y consiste en dar información de cómo trabajamos, de las sesiones, del método de trabajo y su por qué, etc.
- Fiabilidad o confianza: Es la idea del participante de que el coordinador de su grupo no le engaña o perjudica de ningún modo.

Los participantes pueden ponernos a prueba mediante los siguientes métodos:

- Solicitan información para saber si realmente puedes ayudarlo, p. ej. “*¿Pero tú has estado casado?*”
- Molestan al coordinador de su grupo para ponerlo a prueba y ver cómo reacciona.
- Exageran sus problemas o los cuentan de modo muy negativo esperando una reacción excesiva del coordinador.
- Preguntar las razones acerca del por qué de ser coordinadores de un grupo de intervención: “*es real tu interés*”.
- Relatan un secreto, p. Ej.: Nos cuentan algo vergonzoso para ellos y observan nuestra reacción; ésta jamás debe ser reactiva o censuradora.
- Piden favores. Ceder siempre y cuando sea necesario.

Habilidades para afrontar las dificultades de la relación

- Reorientar la entrevista
- Técnicas de supervivencia y de aplazamiento
- Técnicas asertivas y de debate

Habilidades de escucha activa

¿Cómo?

- Observando para identificar el contenido de sus experiencias verbales.
- Identificando sentimientos.
- Identificando cuando nuestro interlocutor desea que hablemos y terminemos con la escucha.
- Manteniendo el contacto visual, con el lenguaje no verbal (mover la cabeza), usando tono y volumen de voz adecuado.
- Con palabras (“ya veo”, “Uhm, uhm”), parafraseando o utilizando expresiones de resumen (“si no te he entendido mal”).
- No interrumpir, no juzgar, no ofrecer ayuda o soluciones prematuras, no rechazar lo que esté sintiendo, no contar tu historia mientras necesite hablarte, evitar el síndrome del experto, intentar en lo posible no contrargumentar sino favorecer la reflexión del participante.
- Mostrar que nos hacemos cargo del impacto que les produce su problema, de los apuros por los que está pasando y de la indefensión y de la tristeza por los fracasos.

- Empatizar con frases como: *“Me hago cargo”, “ Puedo entender que te sientas así ”*.

Normas de escucha activa y comunicación positiva

A) Normas cuando se habla

1. Utilizar la primera persona al expresar una opinión
2. Dar ejemplos concretos de lo que se afirma, evitar el “siempre” y el “nunca”
3. Quedarse en el “aquí y ahora”
4. Formular peticiones en forma directa explicando el “cuándo” y el “cómo”

B) Normas cuando se escucha

1. Dar señales no verbales de atención
2. Hacer comentarios o gestos de asentimiento
3. Utilizar paráfrasis
4. Hacer preguntas abiertas, invitando al participante a seguir hablando
5. Dar retroalimentación positiva acerca de lo que se escucha

Además:

1. Expresar crítica solamente si el otro la pide
2. Pedir permiso para expresar las críticas

3. Expresar solamente críticas constructivas, unidas a sugerencias concretas de cambio
4. Evitar en lo posible el sarcasmo, la ironía y la indiferencia sobre todo si se cree que pueden herir al otro
5. Mantener un tono de voz relajado aún en los momentos de tensión.

Resumir

¿Cómo?

- Con expresiones como: *“O sea que lo que me estás diciendo...”*, *“A ver si te he entendido bien...”*, *“me estás diciendo que...”*
- Pidiendo al participante que confirme o exprese su desacuerdo.

Enviar mensajes de YO

Es el mensaje en primera persona que es respetuoso y expresa los sentimientos, opiniones y deseos sin evaluar o reprochar la conducta de los demás y facilita la expresión de diferencias y desacuerdos.

¿Cómo?

- Describiendo brevemente la situación y/o el comportamiento que te molesta o te crea problemas. Ha de limitarse a la descripción escueta de los hechos y no evaluar ni emitir juicio alguno respecto al sujeto.

- Describiendo las consecuencias o efectos que dicho comportamiento suele tener sobre ti o sobre el participante. Deben ser tangibles y concretos.
- Expresando los sentimientos.
- Expresiones como: “*Yo me siento mal...*”, “*me gustaría que...*”

Dar información útil y retroalimentación

¿Cómo?

- Comenzar por dar información positiva para después sugerir alternativas de cómo mejorar lo incorrecto de las ejecuciones.
- Rastrear cuidadosamente en el comportamiento y en el desempeño de tareas todo aquello que sea indicador de logro y de resultado positivo, más bien que el error o el fracaso. Recuerda que un elemento positivo, cuando no hay otros, es el propio hecho de ejecutar la tarea y el esfuerzo invertido en ella.
- Expresar el reconocimiento y la información positiva con mensajes consistentes, no debe ser una mera expresión verbal de afecto.
- Es importante que el reconocimiento verbal vaya acompañado de expresiones no verbales. En ocasiones, puede ser suficiente una sonrisa o un gesto de aprobación.
- Ser específico. La retroalimentación para ser efectiva ha de guiar la acción para mejorar o cambiar. Hay que informar acerca de las acciones concretas que se realizan correctamente. En lugar de decir “lo has hecho muy bien”, puede ser más útil si se especifica qué se ha hecho bien.

- Cuando existe un fallo o un error, además de señalar cualquier indicador de logro, es necesario dar pistas u opciones en positivo de cómo mejorar.

Incorrecto: *“Me ha gustado... en cambio has hecho mal...”*

Correcto: *“Me ha gustado... podrías mejorar si...”*

- Las frases utilizadas en positivo estimulan en mayor medida el cambio.

Incorrecto: *“Podrías mejorar si no gritas tanto”*

Correcto: *“Podrías mejorar si hablas más bajo”*

- La retroalimentación ha de ser oportuna en el tiempo y en el espacio, dependiendo del estado emocional. No siempre los sujetos están predispuestos a recibir retroalimentación.

Ser positivo y reforzante

Es la habilidad para incentivar y motivar. La persona que es recompensada tolera mejor las contrariedades, es más receptiva y suele estar más dispuesta a la negociación y al cambio.

- Aumenta tu capacidad para influir en el cambio y reducir las resistencias.

- Si eres recompensante te convertirás en un modelo atractivo cuyos comportamientos serán atentamente observados y probablemente imitados.
- Suscitas sentido de autoeficacia, autocontrol y elevas su autoestima.
- Contrarrestas la tendencia a centrarse en los aspectos negativos de su personalidad y de su comportamiento, y pones de relieve sus “puntos fuertes”.
- Reduces el sentido de desmoralización e indefensión.
- Contrarrestas el efecto “profecía autocumplida” que deriva de los fallos cometidos.

¿Cómo?

- Administra el refuerzo después de que se haya producido un comportamiento deseado para que se asocie a un efecto gratificante.
- Busca el momento adecuado.
- Se específico y discriminativo. Es importante saber qué se desea recompensar y qué no se desea recompensar.
- Ha de ser inmediato.

¿Cuándo?

- Deseamos ayudar a adquirir y desarrollar hábitos y costumbres que consideremos dignos de ser aprendidos.
- Deseamos generar en los participantes emociones positivas.
- Deseamos recompensar conductas facilitadoras de la solución de problemas: Cumplimiento de tareas, verbalizaciones de situaciones-problema y de confianza en poder afrontar los problemas, atribuciones adecuadas, solicitudes de ayuda, escucha y valoraciones adecuadas.

Ayudar a pensar

Esta técnica tiene por objetivo facilitar en el participante procesos de autorreflexión. Consiste en facilitar reflexiones del tipo: “*¿Que estoy haciendo aquí?*”, “*¿Qué pasaría si hago...? ¿Qué ocurriría si no hago...?*”, *¿Qué me preocupa?* , *¿Cómo influye lo que hago en los demás?*

Esta habilidad es importante porque:

- Muchos comportamientos denominados “impulsivos” surgen por un déficit de procesos de autorreflexión.
- El proceso de solución de problemas está estrechamente ligado a la habilidad de pensar y preguntarse.
- El error y el fracaso interpersonal es una fuente de aprendizaje, a condición de que se reflexione sobre él.

¿Cómo?

- Utilizando habilidades como la información útil, el acuerdo parcial o el disco rayado.
- Con preguntas dirigidas a cuestionarse por la naturaleza de la tarea o situación: “¿Qué ocurrió?”, “¿Qué hiciste?”, “¿Qué hizo el otro?”, o por las consecuencias del propio comportamiento “¿Qué pasó cuando tu...?”, “Imagínate que en efecto, haces o dices...”, “¿Y si hubieras hecho o dicho...?”, “¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes de una alternativa elegida?”
- Con cuestiones orientadas a identificar los objetivos. “¿Por qué... qué pretendes?”, “¿Qué te interesa?”, de modo inmediato y a medio plazo y largo plazo.
- Con cuestiones orientadas a identificar las reglas de una situación y valorar la validez de los objetivos: “A tu juicio ¿Qué debería hacerse o decirse en...? ¿Que sería lo más apropiado?, ¿Por qué piensas tu que en esa situación debería hacerse o decirse...? para lograr... ¿Qué crees que debería hacerse?”
- Con cuestiones que desmonten etiquetas. “¿Qué quiere decir eso?, te entendería mejor si me pusieras un ejemplo”.

¿Cuándo?

- Deseamos que el participante reflexione o recapacite acerca de un problema, situación o conflicto interpersonal.
- Deseamos orientar el proceso de solución de problemas.

- Deseamos enseñar una habilidad interpersonal.
- Pretendemos lograr que el participante sea sensible a las normas y reglas de determinadas situaciones y a las consecuencias de su comportamiento en los demás.
- Pretendemos que el participante identifique objetivos, contradicciones entre objetivos y contradicciones entre actuaciones y objetivos.

Hacer reír

¿Cómo?

- Exagerando provocativamente.
- Haciendo sugerencias paradójicas.
- Utilizando expresiones y comentarios de humor.

Acuerdo parcial

Consiste en escuchar activamente y empatizar, aceptando que los participantes tienen deseos y sentimientos que pueden ser legítimos a la hora de hacernos objeciones. Se utiliza cuando deseamos que el participante sea sensible a nuestras posiciones y se acerque a los temas y objetivos que pretendemos y para reiterar un objetivo que consideramos importante.

El acuerdo parcial se expresa: *“Es posible que... pero...”*, *“No dudo que tendrás razones para..., pero...”*, *“Ya sé que..., no obstante y a*

pesar de todo...”, “Es verdad lo que dices, pero aun así deseo...”, “Es cierto que me he equivocado, a pesar de todo sigo sintiéndome...”

Clarificación

Consiste en la formulación de una pregunta aclaratoria que realizaremos detrás de un mensaje ambiguo del participante, p. ej.: “*A veces solo quiero librarme de todo*”, *¿Qué quieres decir con todo?*”

Normalmente la clarificación es útil cuando el participante profundiza en la respuesta y añade detalles, aspectos o imágenes que faltan.

Paráfrasis

Consiste en la repetición selectiva de palabras y pensamientos. Implica dar atención a la parte cognitiva del mensaje, trasladando las ideas claves del participante a sus propias palabras.

Propósitos de la paráfrasis:

- Demostrar que se ha comprendido el mensaje.
- Ampliar o clarificar sus ideas.
- Profundizar en ideas o pensamientos clave.
- Ayudar al participante a centrarse en una situación, suceso o conducta particular.
- Ayudar a tomar decisiones.

Reflejo de sentimientos

Se utiliza para repetir la parte afectiva del mensaje y el tono emocional que ha utilizado el participante. El propósito del reflejo es ayudar a los participantes a sentirse comprendidos para animarles a expresar sus sentimientos.

Las claves a tener en cuenta en el reflejo de sentimientos son:

- Analizar qué palabras relativas a sentimientos ha empleado.
- Estudiar qué sentimientos están implícitos en su tono de voz.
- Seleccionar cuál puede ser una buena selección de palabras relativas al afecto que describan con cierta exactitud sus sentimientos en su mismo nivel de intensidad.
- Elegir cuál es el contexto o situación que rodea los sentimientos que voy a parafrasear.

Síntesis

El propósito de la síntesis es unir los múltiples elementos que surgen en los mensajes de los participantes. La síntesis servirá como un buen instrumento de retroalimentación porque extrae significados de mensajes vagos y ambiguos y posibilita identificar un tema o mensaje de la sesión. Para ello es importante analizar qué me ha estado diciendo hoy y a lo largo del tiempo el participante (contenido y afecto clave) y cuál es el patrón o tema recurrente en sus intervenciones.

Comportamientos que no son de ayuda

Verbales:

- Interrumpir
- Dar consejos
- Reñir
- Culpar
- Engatusar
- Incitar
- Poner a prueba y cuestionar de manera generalizada, especialmente con preguntas de tipo “Por qué”
- Dirigir y exigir
- Tener una actitud condescendiente
- Hacer excesivas interpretaciones
- Utilizar palabras o vocabulario especializado que la persona no entiende
- Irse por las ramas
- Intelectualizar
- Analizar en exceso
- Hablar demasiado sobre uno mismo
- Quitarle importancia a las cosas

No verbales

- No mirar al participante
- Tener una actitud despectiva
- Fruncir el ceño

- Apretar los labios
- Agitar el dedo señalando
- Hacer gestos distractores
- Bostezar
- Cerrar los ojos
- Utilizar un tono de voz desagradable
- Hablar demasiado rápido o demasiado despacio
- Actuar con prisas

2. Ejemplos de mensajes motivacionales

Ventajas

Fórmula básica: “Esto supone para usted”

Revalorización

Es un método clásico muy generalizado de motivación que consiste en elogiar cuando el participante actúa correctamente y supone una elevación de la autoestima: *“estoy muy contenta contigo porque veo que estas poniendo mucho de tu parte, te veo interesado...”*

Constatación

Consiste en la comprensión de la situación para captar el problema del interlocutor y proporcionar seguridad o una cierta revalorización:

Participante: *“a mí me viene fatal venir todas las semanas aquí”*

Coordinadora: *“sabemos perfectamente que resulta muy incómodo para ti y que puede interrumpir tu rutina o tu trabajo, pero es algo que tienes que asumir...”*

Intimidación

En muchas situaciones para aumentar la motivación se trabaja con intimidación directa o indirecta. Estas intimidaciones tienen habitualmente la fórmula “si (no), entonces...” y este “entonces” conlleva algo negativo para el participante. P.ej: *“Si no acudes a las sesiones entonces tendremos que derivarte a Servicios Sociales Penitenciarios... entonces es probable que tengas que cumplir tu pena... entonces es probable que tengas que dejar tu trabajo... entonces dejarás de ver a tus hijos un buen tiempo”.*

Apoyo

Es un método muy importante de motivación que esencialmente surge de la interdependencia entre personas. *“Dentro del grupo vas a encontrarte apoyado por tus compañeros ya que todos tenéis el mismo problema, vas a escuchar historias parecidas a las tuyas y de ahí podrás sacar diferentes puntos de vista...”. “Has de saber que cualquier problema que te surja nos lo puedes comentar a nosotras y haremos lo posible por ayudarte...”*

Decisión personal

La responsabilidad y la libertad de decisión son factores clave de motivación que impulsan fuertemente a las personas: *“Al fin y al cabo todo depende de usted mismo, nadie se lo discute...”*, *“usted mismo es responsable de su éxito pero lo es también de su fracaso”*.

Redefinición

La técnica de redefinición de situaciones negativas o de incidentes consiste en hacer que el participante perciba los aspectos positivos que dichas situaciones comportan: *“Para ti puede resultar muy pesado desplazarte hasta aquí todas las semanas, pero de esta experiencia puedes sacar cosas muy positivas, por no hablar de que es mejor alternativa que cumplir condena”*.

Reto

El reto es una mezcla de motivación, valoración y argumentación de ventajas. Ante una tarea que se presenta especialmente difícil, una solución a esta tarea asegura un resultado especialmente exitoso porque aumenta la autoestima del participante: *“El autocontrol de la ira puede resultar una tarea un poco difícil de aprender el primer día, pero si le pones un poco de empeño te servirá en muchas situaciones y te ahorrará algún problema”*.

Descargo

Es uno de los principales métodos de motivación para impulsar al participante a un debate de temas difíciles más abierto y libre y, por ello, más eficaz. Sólo de esta manera podremos discutir libremente algunos temas con los participantes y dejar de gastar su energía en justificarse o en culpar a alguien de sus problemas: *“En mi opinión no resulta práctico decidir quién tiene la culpa, sino buscar la manera de que la situación no se vuelva a repetir”*.

3. Técnicas a aplicar para fomentar la toma de conciencia y la intención de cambio

Toma de conciencia

Las preguntas de toma de conciencia van dirigidas a obtener información, entender la situación del participante, fomentar la reevaluación del entorno para la apreciación de escenarios alternativos, motivar la reflexión para despajar la ambivalencia y elicitare respuestas o interpretaciones alternativas de la situación. Para ello los coordinadores deben utilizar preguntas abiertas (*Qué, cómo, cuándo, por qué, quién, dónde...*) tales como las ejemplificadas en el documento de la segunda sesión de la entrevista motivacional.

Motivación al cambio

La motivación al cambio se promueve haciendo sugerencias de cambio, asesorando con el permiso del participante acerca de cómo puede solucionar su problemática y señalando las consecuencias positivas de

la posibilidad de cambiar, con expresiones del tipo: “¿Podrías...? ¿Has pensado...? ¿Has considerado...? ¿Qué podrías decirle a tu hijo para que te ayudara cuando...? Huyendo del patrón directivo (No insultes cuando te pones nervioso Vs. ¿Has pensado en qué te podría ayudar cuando te pones nervioso?)” Tras la respuesta a las preguntas motivacionales el coordinador debe hacer una síntesis, reflejo o paráfrasis del contenido del mensaje del participante.

Refuerzo

El coordinador refuerza al participante cuando hace un comentario positivo genuino y sincero de una conducta (“*Nos alegra mucho que hayas venido esta tarde, apreciamos mucho tu colaboración, ¡bien dicho!, ¡me gusta!, ¡Gracias!...*”) o de un atributo del participante (*paciencia, fuerza de voluntad, inteligencia*) o de mensajes de cambio (“*Esta tarde nos has contado muchas situaciones en las que has salido adelante...*”).

Atribución de control

El coordinador reconoce y enfatiza la posibilidad de elección, la autonomía, la habilidad de decidir y la responsabilidad personal del participante (“*Es tú decisión y responsabilidad personal el cambiar...*”).

Información

El coordinador explica al participante, da feedback a través de sus conocimientos profesionales o da información del funcionamiento del programa.

Reflejo

El coordinador proporciona feedback a través de paráfrasis, resúmenes, reformulaciones y otros mensajes motivacionales.

Aceptación

Los coordinadores deben mostrar aceptación por la situación personal del participante aunque no tolerancia, condescendencia o aceptación de la conducta violenta.

Estructura

Los coordinadores introducen cada uno de los bloques de la entrevista y distribuyen correctamente la duración y contenido de los mismos.

Alianza de trabajo

Los coordinadores se adaptan a los contenidos referentes a la alianza de trabajo explicados en la primera sesión de la entrevista motivacional (Conexión, relación de ayuda, calidez, genuinidad, etc....).

Exposición de consecuencias negativas y expresar disconformidad

Cuando el coordinador exprese los problemas de un plan o de una historia que verbalice el participante, esta exposición debe hacerse con su permiso explícito o implícito (*“Me gustaría decirte algo que me preocupa de lo que me cuentas..., Me pregunto ¿qué se podría hacer cuando te pones nervioso...? , Me pregunto si podrías dar un paseo cuando estás nervioso..., Me preocupa que puedas tener problemas para estar calmado cuando...”*) y de forma positiva (*“Me preocupa que sin ningún tipo de ayuda puedas conseguirlo, ¿Has pensado en las cosas que pueden ir mal en tu plan...?”*).

Confrontación

La confrontación está contraindicada en la fase de entrevista motivacional y se expresa cuando el coordinador muestra su desacuerdo directamente, corrige, avergüenza, critica, moraliza o ridiculiza (*“¿De verdad piensas que...? , Eso es imposible..., ¿Qué te hace pensar que se puede funcionar así...?, ¿Cómo decir algo así...?, ¿Esperas que me crea...?”*). Insistir nuevamente en las consecuencias negativas que ya son conocidas por el participante constituye una confrontación, excepto en el contexto del resumen de una reflexión.

Directividad y autoritarismos

Este estilo de entrevista está contraindicado en el proceso motivacional del Programa Contexto y se expresa cuando el coordinador da una indicación de forma imperativa, ordena o culpabiliza (“*No digas eso..., Tú lo que necesitas..., Tienes que..., Tu debes hacer...*”). En el polo opuesto se encuentra el **igualitarismo** por el que los coordinadores enfatizan la autonomía, la capacidad de elección y la responsabilidad de los participantes.

Se valorará una buena implementación de las técnicas cuando en el trascurso de las entrevistas con los participantes:

- Las coordinadoras hablen menos que el participante, el tiempo que ocupen sus mensajes no debe ocupar más de la mitad de la entrevista.
- El 70% de las preguntas sean abiertas.
- El reflejo debe ser la técnica más empleada. De hecho más de la mitad de las intervenciones de las coordinadoras a las respuestas de los participantes deben ser reflejos complejos, esto es, que incluyan paráfrasis, resumen, reflejo de sentimientos o reformulación, más preguntas que aumente la reflexión.
- El noventa por ciento de las intervenciones deben ser motivacionales: asesorar con permiso, reforzar, enfatizar la capacidad de control y cambio, aumentar la toma de conciencia y la motivación al cambio a partir del reflejo, la reformulación o el apoyo en el cambio.

- Menos del diez por ciento de los mensajes de la profesional son inconsistentes con el modelo de motivación: asesorar sin permiso, confrontar, ser directivo, etc...
- Las coordinadoras no deben precipitarse en su relación con el participante. Esta relación no está lo suficientemente construida como para recibir cierta información como las advertencias, el enfrentamiento directo, los consejos o la directividad. Las coordinadoras deben sobre todo ser fieles a lo que dice el participante verbal o no verbalmente, reflejarlo y motivar su reflexión.

8.1.2 ANEXO II. Ejemplo Guía de Trabajo

1ª Fase GLM

Datos del participante:

Mario, croata, de 42 años de edad, tiene dos hijos (15 y 10 años), separado desde el momento de la denuncia (dos años), nivel de estudios completados elemental, en paro desde hace varios meses, anteriormente era albañil, cobra prestación de desempleo.

Información sobre la sentencia:

Amenazas y agresión a su ex pareja en el transcurso de una discusión. Presencia del hijo menor en el domicilio compartido.

Información más relevante extraída de los instrumentos de evaluación:

Incremento conflictos con hermanos, puntuaciones bajas en asunción de responsabilidad, puntuaciones altas en sexismo, baja autoestima.

Condicionantes biológicos:

Presencia moderada de consumo de alcohol (refiere consumo de alcohol cuando sale con los amigos. No parece presenciarse un incremento del consumo asociado a la presencia de problemas y preocupaciones). No refiere enfermedad alguna, no toma ninguna medicación en la actualidad.

Condicionantes psicológicos:

Nivel bajo de autoestima y de impulsividad. Presencia moderada de antecedentes psicopatológicos (sintomatología ansiosa y depresiva antes y después de la denuncia). No refiere haber sido sometido a tratamiento psicológico con anterioridad. Nerviosismo evidente en la primera entrevista y pocas habilidades sociales.

Condicionantes relacionales:

Ausencia de vinculación y apoyo familiar (se ha aislado desde la denuncia, la relación con su hijo mayor se ha deteriorado y recibe críticas de sus hermanos por la agresión cometida); no tiene pareja actualmente, refiere problemas en las relaciones previas a la denuncia, aunque dice no haber llegado a la agresión física; no se encuentran indicios de maltrato físico en la infancia, pero sí empleo de violencia no física (patrones educativos negligentes y autoritarios); escasa red de apoyo (tiene pocos amigos y no suponen un apoyo en el cambio de su conducta delictiva así como un apoyo emocional).

Condicionantes sociales:

Situación económica precaria (ingresos mínimos por prestación de desempleo), parado de larga duración aunque con trayectoria marcada por periodos cortos de empleo. Ausencia de comportamientos delictivos previos y de uso de la violencia generalizado. Relación nula con la comunidad/barrio.

Estadio de cambio 1ª entrevista							
Pre-contemplación	X	Contemplación	Preparación a la acción	Acción	Mantenimiento	Finalización.	

Estadio de cambio 2ª entrevista											
Pre-contemplación		Contemplación	X	Preparación a la acción		Acción		Mantenimiento		Finalización.	

Estadio de cambio 3ª entrevista											
Pre-contemplación		Contemplación		Preparación a la acción	X	Acción		Mantenimiento		Finalización.	

Recursos para el cambio:

Participante con necesidad de establecer vínculos sólidos, aceptación social y relación de ayuda. Motivación media-ampliable, su red social es mínima, necesita trabajar los vínculos para que pueda ser satisfactoria (el participante cuenta con una red social suficientemente amplia a la que tiene olvidada). Capacidad de escucha y comprensión adecuada.

2ª Fase GLM

Formulación de caso:

El participante busca mantener el control de la situación y empoderarse en la relación con estrategias violentas (Bienes primarios: control y seguridad). Situación mediada posiblemente por la baja autoestima y la escasez de habilidades.

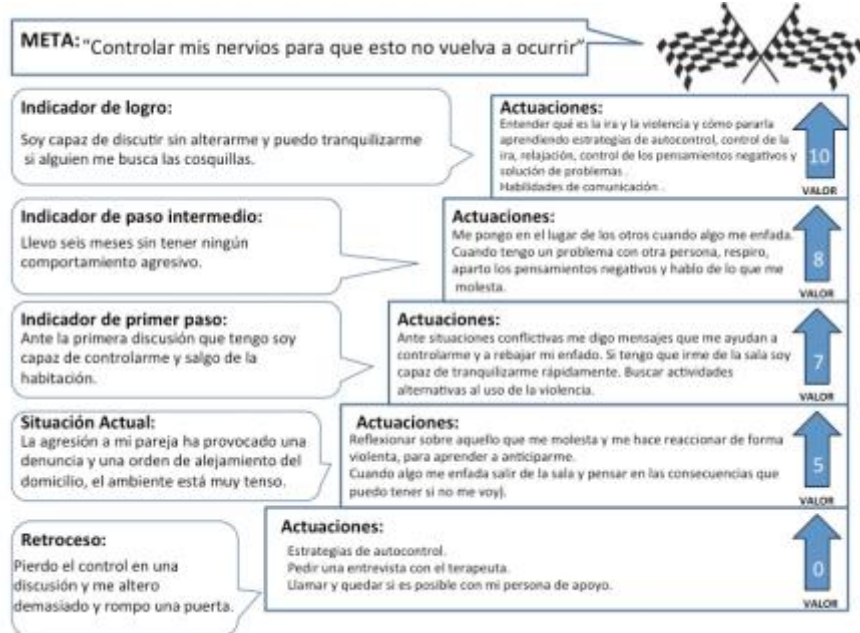
3ª Fase GLM

Identificar bien central

Satisfacción Familiar

4ª Fase GLM: A completar en la tercera entrevista

Selección de los productos secundarios: intervenciones específicas orientadas a conseguir la satisfacción primaria (Diseño del Plan de Trabajo).



Objetivos/Metas de intervención pactados con el participante:

"Controlar mis nervios para que esto no vuelva a ocurrir" (Por cuestión de espacio únicamente se ha desarrollado una de las metas, aunque debe intentarse establecer más de una).

Bienes secundarios:

Evitar situaciones de riesgo, pedir ayuda al entorno, actividades alternativas cuando sienta que puede perder el control. Trabajar en las sesiones de intervención las consecuencias del uso de la violencia en las relaciones personales -tanto con la pareja como con otras personas-, estrategias de autocontrol, estados de ánimo, estrategias de resolución de conflictos, pautas de comunicación en pareja, etc.

Observaciones/Indicaciones(orientaciones, plazos temporales, actividades concretas que son vinculantes a la meta...):

5ª Fase GLM: A cumplimentar durante la intervención y en la sesión de valoración

Supervisión del proceso de cambio (A cumplimentar durante la intervención. Observación y registro de aquellas actitudes, pensamientos o acciones que posibilitan el cambio de la conducta problema):

Actitudes, pensamientos o conductas que le acercan al cambio. Quedan de manifiesto durante la intervención:

Mario ha comentado en varias ocasiones que ha sido capaz de controlarse en situaciones que antes le hacían perder el control. En el grupo se muestra bastante participativo (teniendo en cuenta lo tímido que era en las primeras sesiones); un día llamó para hablar... se encontraba mal y dijo que se acordó de su meta, y que había tenido un problema y quería solicitar una entrevista para ver si se le podía orientar en su resolución.

Sesión de valoración del Plan de Trabajo: A cumplimentar en la sesión de valoración individual del PMI que se realiza a mitad de la intervención. Análisis de la relevancia de las metas (logros, actuaciones puestas en práctica, limitaciones o dificultades y registro de la tarea planteada en la sesión de valoración). Reajuste de las intervenciones específicas:

Meta:

“Controlar mis nervios para que esto no vuelva a ocurrir”.

Indicadores alcanzados:

Evitación de situaciones de riesgo (indicador intermedio).

Actuaciones específicas puestas en práctica (bienes secundarios):
 Las contempladas en la meta.

Retrocesos:
 No se han producido.

*¿Ha sido necesaria una reformulación del Plan de Trabajo? Si, No ¿por qué?**:
 Las metas son relevantes para el participante y no ha sido necesario reformular ninguna de ellas.

**Adjuntar a la Guía de Trabajo, en su caso, la reformulación del Plan de Trabajo así como las nuevas metas planteadas*

Estadio de cambio sesión de valoración individual										
Pre-contemplación		Contemplación		Preparación a la acción		Acción	X	Mantenimiento		Finalización

Observaciones/indicaciones:

Estadio de cambio sesión de seguimiento final										
Pre-contemplación		Contemplación		Preparación a la acción		Acción		Mantenimiento	X	Finalización.

8.1.3 ANEXO III. Desarrollo actividad grupal presentación PMI.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la necesidad de cambio y sobre las consecuencias positivas derivadas de ese cambio, prevenir la conducta violenta y motivar el establecimiento de relaciones de pareja saludables.
- Fomentar la ayuda mutua.
- Conocer la situación actual de los participantes, cuáles son las metas de trabajo que cada uno de ellos ha establecido en la tercera entrevista motivacional y el motivo que les ha impulsado a plantearlas.
- Continuar favoreciendo la relación de ayuda terapeuta-participante y propiciar esa relación entre los integrantes del grupo.
- Fomentar la empatía y escucha activa entre los componentes del grupo.

Ejercicio:

- Compartiendo mis metas.

Materiales:

- Documento de trabajo 1.4 y 1.5.
- Metas de los participantes.

Para el desarrollo de esta actividad las coordinadoras deberán tener muy presentes las metas de trabajo elaboradas con cada uno de los participantes, así como los datos recogidos en sus guías de trabajo. Durante la exposición de los participantes, los comentarios de las coordinadoras irán encaminados al refuerzo de su decisión de cambio, a la especificación de las acciones a realizar para conseguir ese objetivo

(compromisos del participante y actividades del programa), y a los mensajes referentes a las consecuencias positivas derivadas del logro del objetivo. De cara a fomentar la cohesión grupal y la percepción de ayuda e identificación con el resto de los miembros del grupo, el terapeuta puede potenciar o remarcar la presencia de metas similares. Buscar los puntos de encuentro en los objetivos marcados por los usuarios ayuda a incrementar la percepción de apoyo mutuo en la consecución de sus propósitos. Se debe motivar la interacción entre los participantes que tengan objetivos comunes solicitando que expresen qué acciones pondrían en marcha ellos en esa situación, qué resultados esperarían obtener y cómo se sentirían si sus actuaciones tuviesen éxito.

En este tipo de situaciones es posible que algunos participantes se muestren esquivos a la hora de compartir sus metas de cambio. Esto puede suceder por distintos motivos: sienten vergüenza, la meta no es relevante para ellos, niegan su necesidad de cambio, se muestran resistentes a la intervención, etc. Compartir estas experiencias genera consuelo emocional, percepción de relación de ayuda y sensación de alivio, por lo que cualquier intervención por parte de las coordinadoras que muestre estas u otras ventajas facilitará que ellos den un paso en esta dirección.

En general, es probable que el usuario insista en instalarse en la queja, el victimismo y en eludir la responsabilidad sobre la agresión cometida. Recordar los beneficios del cambio y retomar los compromisos que este adquirió con las coordinadoras (de forma consensuada) en las sesiones de entrevista, refuerza la necesidad por su parte de dirigir sus esfuerzos y energías a la consecución de sus metas (las que para él son verdaderamente relevantes).

En el caso de aquellos participantes con los que no ha sido posible consensuar un plan de cambio en las entrevistas individuales, las profesionales deberán tener claro cuáles son los cambios que desea alcanzar con el participante y cuáles son las actitudes y acciones sobre las que debe de tomar conciencia para alcanzarlos, para guiar al

participante a su consecución. Durante la ronda de exposiciones se instará a que participen en último lugar con el objetivo de que puedan sentirse identificados con las metas de los compañeros, puedan incrementar la toma de conciencia y disminuir sus resistencias. Una vez llegado su turno se les invitará a formular una meta que creen que pueden alcanzar durante el Programa con la ayuda de sus compañeros y del terapeuta.

NOTA. De cara a que la sesión cumpla con su objetivo terapéutico, las intervenciones de las coordinadoras han de estar basadas en preguntas abiertas y técnicas motivacionales, buscando el dinamismo y la reflexión y huyendo de la mera exposición de contenidos psicoeducativos. Debemos procurar no utilizar la confrontación y evitar el conflicto en esta sesión.

Para terminar la sesión de forma positiva y mostrar nuestro interés en cada uno de los participantes, les comunicaremos que estamos a su disposición para atender sus dudas, temores o dificultades durante todo el programa; recordándoles que deben solicitar cita previamente.

Cierre y despedida

Las coordinadoras dedicarán 10 minutos a los siguientes aspectos:

- Exposición sobre los puntos de encuentro entre los participantes, haciendo especial hincapié en las similitudes de sus metas de trabajo.
- Reforzar el buen comportamiento y clima generado.

- Breve explicación sobre los contenidos que se trabajarán en la siguiente sesión.

Ejercicio 1.3. “Compartiendo mis metas”

Guía para el ejercicio:

Para la realización de este ejercicio los participantes deben estar situados de forma que puedan ver y escuchar al que está hablando. A continuación, se les reparte la meta o metas de trabajo que se han elaborado en la tercera entrevista motivacional y se les pide que las lean y que contesten al documento de trabajo 1.4 o 1.5.

Uno a uno irá compartiendo con el resto de compañeros las reflexiones individuales. Mientras uno habla el resto de participantes deberán escuchar atentamente y pensar cómo se sienten con las aportaciones del compañero. Tras la exposición de cada participante solicitaremos a los compañeros que le den feedback, para ello podremos ayudarles realizando las siguientes preguntas:

- *¿Con qué aspectos te identificas?*
- *¿Crees que te has marcado unos objetivos parecidos?*
- *¿Cómo te sentirías tú si alcanzases una meta parecida?*
- *¿Cómo crees que se sentirá tu compañero en ese instante?*
- *¿Qué consejos le darías?*

Para terminar la sesión de forma positiva y mostrar nuestro interés en cada uno de los participantes, les comunicaremos que estamos a su disposición para atender sus dudas, temores o dificultades durante todo el programa.

Nombre:

Fecha:

Documento de Trabajo 1.4. Compartiendo mis metas.

Tienes delante de ti la meta que te has planteado alcanzar y que construimos durante las entrevistas individuales. Nos gustaría que te tomaras un momento para reflexionar y compartieras con el resto de compañeros los motivos que te han llevado a plantearte esta meta de cambio y en qué te va a beneficiar conseguirla. Para ayudarte a reflexionar, puedes contestar a estas preguntas:

- *¿Cuál es el objetivo que quieres conseguir?*
- *¿Qué te ha motivado o llevado a marcarte esa meta?*
- *¿Por qué es importante para ti alcanzar ese objetivo?*
- *¿Qué vas a hacer para conseguirlo?*
- *¿En qué te beneficia a ti y a tus seres queridos conseguir ese cambio?*

Nombre:

Fecha:

Documento de Trabajo 1.5. Compartiendo mis objetivos.

Tienes la oportunidad de plantearte mejorar en algún aspecto de tu vida. Ahora que conoces un poco más lo que vamos a trabajar en el programa y comienzas al resto de participantes. Nos gustaría que te tomaras un momento para reflexionar y compartieras con el resto de compañeros en qué crees que podrías mejorar y beneficiarte de tu participación en el grupo. Para ayudarte a reflexionar, puedes contestar a estas preguntas:

- *¿Qué objetivo te quieres proponer conseguir durante este tiempo?*
- *¿Qué te motivaría a hacerlo?*
- *¿Qué harías para conseguirlo?*
- *¿En qué crees que te beneficiarías tú y tus seres queridos conseguir esa mejora?*

8.1.4 ANEXO IV. MANUAL INSTRUMENTO DE MEDIDA DE PARA LA OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS DE CONDUCTAS PRO-TERAPÉUTICAS Y ALIANZA TERAPÉUTICA

Conductas Pro-terapéuticas (Semiatin et al., 2013)

Consta de tres ítems que se corresponden con tres conductas pro-terapéuticas. El rango de respuesta es de 1 a 5.

CP1 = Negación/Reconocimiento de la conducta/responsabilidad:

Esta dimensión se centra en las verbalizaciones de los participantes relacionadas directamente con el reconocimiento o la negación de su responsabilidad en el comportamiento violento, las consecuencias de éste y la necesidad de un cambio personal para evitar cometer actos abusivos en el futuro. Se trata de valorar el grado en el que el participante (a) reconoce que el comportamiento abusivo sucedió; (b) reconoce que el comportamiento abusivo fue perjudicial; (c) afirma que el comportamiento abusivo fue resultado de sus propios procesos cognitivos, emocionales o conductuales desadaptativos; (d) asume su responsabilidad personal del abuso, más que atribuirlo a causas externas, al comportamiento de su pareja o al sistema legal, y (e) transmite el deseo de cambiar su comportamiento por razones personales, y no simplemente por presiones externas.

I-2 = El participante niega que su comportamiento abusivo se produjo o afirma que otros son los culpables de sus actos violentos, y que no necesita mejorar su autocontrol, conductas relacionales, o habilidades de comunicación.

3 = Ambivalencia, como que el participante reconozca que ha cometido actos abusivos, acompañado de la negación de necesitar cambiar su comportamiento para no reincidir en el futuro / No presencia de ningún indicador que nos permita valorar este ítem.

4-5 = El participante acepta que el abuso cometido en el pasado fue dañino para su pareja y afirma su deseo de trabajar en los cambios personales que le ayudarían a actuar de forma no violenta en el futuro.

CP2 = Comportamiento/Rol del participante: Esta dimensión se centra en aquellos comportamientos interpersonales que se dan en el grupo y son relevantes para el cambio. Se trata de evaluar las verbalizaciones y consejos que los participantes dan a los demás componentes del grupo. Se distinguen 4 tipos de roles comportamentales a través de 2 dimensiones: confrontación vs confirmación y progreso positivo vs progreso negativo. La *confrontación positiva* incluye los esfuerzos por cambiar la negación del abuso de otro participante, la externalización de la responsabilidad, la minimización de los efectos del abuso, o la negación de la necesidad de cambio. La *confrontación negativa* incluye los esfuerzos por cambiar la aceptación de responsabilidad y el deseo de cambio de otro participante, incluyendo los intentos por descalificar sus puntos de vista como innecesarios y que sugieran o refuercen las atribuciones de culpa a factores externos, tales como la pareja, el sistema legal, o el proceso de intervención. La *confirmación positiva* incluye manifestaciones de acuerdo con la aceptación de la responsabilidad y las iniciativas de cambio para el futuro de uno o más de los miembros del grupo, incluyendo intentos directos o indirectos de afirmar estos puntos de vista positivos. La *confirmación negativa* incluye los esfuerzos por

apoyar y reforzar la negación de responsabilidad de otro participante, afirmando la opinión de que la pareja (o el sistema) tiene la culpa y es ella (o el sistema) la que debe cambiar.

1-2 = Confrontación negativa y/o confirmación negativa (dependiendo del grado de gravedad y persistencia de la confrontación/confirmación).

3 = Ambivalencia, expresiones mixtas y ambivalentes del rol comportamental del participante / No presencia de ningún indicador que nos permita valorar este ítem.

4-5 = Confrontación positiva y/o confirmación positiva (según el grado de apoyo y/o persistencia respecto al otro).

CP3 = Valoración del grupo: Esta dimensión se centra en aquellas verbalizaciones relacionadas con la percepción del valor del grupo, el programa de tratamiento y el asesoramiento en general.

1-2 = Actitudes que incluyen resistencia al grupo, comentarios negativos sobre el valor del programa y/o reticencia a participar en el grupo.

3 = Comentarios ambivalentes / No presencia de ningún indicador que nos permita valorar este ítem.

4-5 = Comentarios positivos sobre el grupo y su utilidad para favorecer cambios positivos.

WAI-O-S: Working Alliance Inventory, Shortened Observer-rated version (Titchenor y Hill, 1989)

Consta de 12 ítems que evalúan la alianza terapéutica entre cada participante y los coordinadores del grupo. El rango de respuesta es de 1 (evidencia concluyente en contra) a 7 (evidencia concluyente).

AT1 = Existe acuerdo sobre las medidas adoptadas para ayudar a mejorar la situación del participante.

1 = El participante afirma directamente que las tareas y metas no son apropiadas, y generalmente no está de acuerdo con las tareas para casa o las tareas de sesión. El participante discute con el coordinador sobre los pasos que se deben tomar. El participante se niega a participar en las tareas.

2 = El participante evita explorar y no sigue las indicaciones del coordinador. El participante se aleja del coordinador y parece simplemente "seguir todo el procedimiento", sin que se implique o atienda al coordinador o a la tarea.

3 = El participante parece estar inseguro en cuanto a cómo las tareas se refieren a sus metas, incluso después de una aclaración por parte del coordinador. El participante parece ambivalente o poco entusiasta acerca de las tareas en la intervención, y se resiste pasivamente a las tareas (por ejemplo, con una participación limitada).

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto al acuerdo y/o desacuerdo.

5 = El participante sigue la exploración de buen grado con pocas o ninguna aclaración necesaria por parte del coordinador. El participante se implica en el proceso, y es un participante activo en la tarea. Hay una sensación de que ambas partes tienen un entendimiento implícito de la razón de ser de las tareas en la intervención.

6 = El participante acepta abiertamente las tareas y está entusiasmado con su participación en las tareas. Participante y coordinador son muy conscientes del propósito de las tareas y cómo las tareas beneficiarán al

participante. Para ello, el participante utiliza la tarea para tratar las preocupaciones y cuestiones relevantes.

7 = Comunicación repetida de aprobación y acuerdo, tanto antes como después de que la tarea se ha completado. El participante responde con entusiasmo a las intervenciones, obtiene información valiosa, y parece muy seguro de que la tarea y la meta son las adecuadas.

AT2 = Hay acuerdo sobre la utilidad de la actividad actual en la intervención (es decir, el participante está valorando nuevas formas de ver su problema).

1 = Participante y coordinador discuten repetidamente sobre la tarea. El participante se niega a participar en la tarea, afirmando que no es de ninguna utilidad para sus metas. Hay tensión entre el coordinador y el participante, y las cuestiones no se exploran.

2 = El participante no se involucra o invierte en la tarea de la sesión, aunque no discute abiertamente la utilidad de la tarea. El participante no es capaz de explorar las cuestiones abiertamente.

3 = El participante es reacio a participar, pero en algunas ocasiones se implica en la tarea. El coordinador es capaz de transmitir con precisión la razón de ser de la actividad para que el participante sea capaz de entender cómo la tarea es relevante para sus preocupaciones actuales.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto al acuerdo y/o desacuerdo.

5 = El participante no pone en duda la utilidad de la tarea y se involucra en la tarea casi de inmediato.

6 = Participante y coordinador se involucran en una tarea significativa que aborda la preocupación principal de los participantes. El

participante puede señalar, "Nunca pensé en eso antes" o algo en ese sentido.

7 = Participante y coordinador comentan lo importante/útil que es la tarea. Hay una actitud abierta a la exploración de la tarea y la colaboración entusiasta entre participante y coordinador.

AT3 = Hay una simpatía recíproca entre el participante y el coordinador.

1 = Hay aversión abierta entre los participantes. La hostilidad es evidente. Pueden existir discusiones y comentarios despectivos. Ni el participante ni el coordinador muestran preocupación por el otro, y hay una frialdad notable entre ellos.

2 = El coordinador es incapaz de mostrar preocupación por el participante. Esto se puede reflejar en el olvido del coordinador de detalles importantes de la vida del participante. El participante puede cuestionar si el coordinador le desapruueba.

3 = Aunque no verbalizado, parecen haber tensiones en la relación entre participante y coordinador. En particular, el coordinador rara vez/nunca reacciona afectuosamente hacia el participante, ni refuerza los comportamientos adecuados a menudo. La relación parece relativamente fría y mecánica.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto al agrado y/o desagrado mutuo.

5 = Participante y coordinador reaccionan con afecto el uno hacia el otro la mayor parte de la sesión. El coordinador está activamente involucrado en la exploración de las emociones y es consciente de los detalles importantes de la vida del participante. El tono del coordinador es empático y alentador la mayor parte del tiempo.

6 = Participante y coordinador reaccionan con afecto el uno hacia el otro a lo largo de la sesión. El coordinador estimula el comportamiento saludable y expresa continuamente lo que parece ser una preocupación genuina por el participante.

7 = El coordinador parece genuinamente interesado por la vida del participante, incluyendo aficiones y otros intereses externos. El coordinador refuerza constantemente el comportamiento positivo y muestra una actitud positiva hacia el participante consistentemente durante la sesión. El participante puede afirmar "realmente siento que te preocupas por mí" o algo por el estilo.

AT4 = Hay dudas o falta de comprensión acerca de lo que tratan de conseguir participante y coordinador con la intervención.

1 = Participante y coordinador están trabajando con éxito hacia las mismas metas identificables. La relevancia de los objetivos a largo plazo son evidentes para ambos. Pueden discutir las metas para valorar el proceso terapéutico o comentar su utilidad.

2 = Participante y coordinador discuten las metas a largo plazo, se ponen de acuerdo y trabajan sobre ellas. Se necesita poca discusión sobre este tema, aunque las preocupaciones se abordan inmediatamente y la sesión de intervención se ajusta para satisfacer las necesidades del participante.

3 = Participante y coordinador no mencionan las metas a largo plazo, pero parecen estar trabajando hacia el mismo objetivo. El participante parece contento por el progreso que se hace.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto a la confusión y/o entendimiento mutuo.

5 = Participante y coordinador tienen pequeños desacuerdos en las metas a largo plazo. Las tareas específicas son cuestionadas o el participante se resiste a realizarlas. El participante puede mostrar un descontento general.

6 = Participante y coordinador necesitan parar varias veces para ajustar los objetivos a largo plazo. La intervención es interrumpida y algunas intervenciones pueden ser cuestionadas. El coordinador puede asumir un rol de “experto” y no tener en cuenta las ideas del participante acerca de la intervención. El participante puede desanimarse y retirarse emocionalmente de la intervención.

7 = Participante y coordinador identifican diferentes objetivos, cuestionan las prioridades del otro en la intervención, y son incapaces de comprometerse para alcanzar una solución. El participante expresa su razón para asistir a la intervención provocando una respuesta negativa en el coordinador. El participante también puede expresar un fuerte desagrado por las metas de las sesiones en la medida en que se relacionan con las metas a largo plazo.

AT5 = El participante siente confianza en la habilidad del coordinador para ayudarlo.

1 = El participante expresa muy poca o ninguna esperanza con el resultado de la intervención. Cuestiona las habilidades del coordinador en gran medida. Es resistente a las sugerencias o intentos de ayuda del coordinador.

2 = El participante expresa dudas considerables, frustración y pesimismo y puede cuestionar directamente al coordinador en términos de su preparación/formación o de la comprensión de las experiencias del participante.

3 = El participante expresa algunas dudas acerca de la utilidad de la terapia en lo que respecta al coordinador, el proceso o el resultado. El participante duda de que el coordinador pueda verdaderamente entender sus problemas o duda de las intervenciones, tareas para casa, etc. dadas durante una fase de resolución de problemas.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto a la confianza y/o dudas del participante.

5 = El participante expresa cierta confianza en la capacidad del coordinador, ya sea por medio de la valoración o por una visión optimista sobre el resultado de la intervención como resultado de un proceso de colaboración (en vez de pensar que él mismo está haciendo todo el trabajo).

6 = El participante cree en el nivel de competencia del terapeuta en gran medida, y esto puede evidenciarse en sus expresiones acerca de la utilidad de la intervención o la valoración del coordinador.

7 = El participante está de acuerdo consistentemente con las reflexiones e intervenciones/guía del coordinador, a la vez que discuten las virtudes de la intervención o del coordinador en algunas ocasiones durante la sesión.

AT6 = Participante y coordinador están trabajando metas consensuadas de mutuo acuerdo.

1 = Los temas cambian constantemente y abruptamente sin consideración del otro, sobre todo después de las interrupciones del participante o el coordinador. Hay muchos choques sobre la conveniencia, definiciones y/o los límites de las metas del participante.

2 = Los temas cambian frecuentemente antes de la resolución o cierre. El coordinador puede interrumpir y centrarse en un tema menos

relevante sin haber sido instigado por parte del participante. La fricción entre participante y coordinador se hace evidente - uno o ambos muestran su insatisfacción con el cambio en los temas o el transcurso de la intervención en general.

3 = Se introducen algunos cambios de un tema relevante a otro tema relevante o irrelevante por parte del coordinador o el participante antes de que el cierre del tema original se haya producido. Esto es indicado por interrupciones o ignorando las afirmaciones del otro y continuando.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto a la colaboración con los objetivos de las sesiones.

5 = Hay alguna evidencia de que participante y coordinador están haciendo progresos en las metas de las sesiones a través de la discusión de temas relevantes.

6 = Se realizan considerables progresos hacia las metas a través de la discusión reflexiva de los temas que tanto participante como coordinador consideran relevantes. Participante y coordinador con frecuencia están de acuerdo acerca de qué están haciendo actualmente.

7 = Participante y coordinador están completamente de acuerdo con las metas a través de discusiones extremadamente productivas sobre más de un tema relevante. Casi siempre alcanzan el cierre del tema actual que el participante reconoce como una meta, antes de pasar a otro tema relevante.

AT7 = El participante siente que el coordinador le valora como persona.

1 = El participante acusa al coordinador de ser indiferente, desconsiderado y de no estar atento ante sus preocupaciones varias veces.

2 = El participante percibe al coordinador como mecánico, distante y/o indiferente, y le expresa estas preocupaciones. El participante puede demostrar cierto desprecio.

3 = El participante expresa algunas dudas sobre si el coordinador se preocupa por él, mencionádoselo de manera sutil durante la discusión de otros temas. El participante puede mostrar algunos signos no verbales de distanciamiento, disgusto o frustración en respuesta a sentirse despreciado.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia respecto a los sentimientos del participante acerca del aprecio o desprecio del coordinador.

5 = El coordinador expresa cierta aceptación incondicional, afecto, empatía, interés personal y/o sensibilidad hacia el participante y hacia su situación y el participante responde de alguna manera.

6 = El participante realiza algún reconocimiento directo hacia el afecto, aceptación y/o la capacidad de comprensión del coordinador. El participante siente que el coordinador se preocupa por él y que le ayuda y eso le hace sentirse cómodo y a gusto durante la mayor parte de la sesión.

7 = El participante siente que agrada al coordinador, le expresa su gratitud por la relación o elogia la habilidad del coordinador para empatizar.

AT8 = Hay acuerdo sobre lo que es importante trabajar para el participante.

1 = El coordinador no le permite al participante tratar distintos temas o el coordinador o el participante confrontan el proceso de intervención.

2 = Hay un desacuerdo considerable y evidente entre el coordinador y el participante sobre lo que debería hacer el participante en la intervención, a través de la expresión directa de opiniones acerca de la productividad de la intervención que entran en conflicto con el punto de vista del otro.

3 = Hay un cierto desacuerdo entre coordinador y participante sobre lo que debería estar trabajando el participante en la actualidad o en el futuro. El participante puede querer emplear un porcentaje distinto del tiempo de la sesión en ciertos temas del que emplea el coordinador.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia con respecto al acuerdo o desacuerdo.

5 = El participante es algo sensible a la intención del coordinador y el coordinador es algo sensible a la necesidad o interés del participante. El coordinador facilita la exploración del participante en cierta medida.

6 = El coordinador está dispuesto a explorar con frecuencia los problemas o cuestiones del participante y es muy sensible a los cambios propuestos por él. Tanto el coordinador como el participante responden positivamente a la exploración de temas y/o problemas propuestos por el otro.

7 = Tanto el coordinador como el participante parecen estar de acuerdo de una manera consistente en la importancia y conveniencia de las tareas y cuestiones, están abiertamente de acuerdo en trabajar ciertos temas y demuestran flexibilidad al seguir los “pasos” o los “procesos” del otro cuando se introducen nuevos temas en la sesión.

AT9 = Hay confianza mutua entre el participante y el coordinador.

1 = El participante declara abiertamente que no confía en el coordinador en absoluto. El participante no discute abiertamente

ninguna cuestión significativa. El coordinador demuestra una completa falta de confianza en las habilidades del participante para discutir cuestiones significativas.

2 = El participante y el coordinador desconfían considerablemente el uno del otro. El participante se pone en guardia a la hora de hablar sobre cualquier aspecto íntimo, mientras que el coordinador también muestra incomodidad. Las cuestiones relativas a la confianza pueden surgir.

3 = El participante y el coordinador desconfían un tanto el uno del otro. El participante se retrae un poco a la hora de relatar contenidos. El coordinador puede mostrar algunos signos de incomodidad acerca de la situación terapéutica.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia con respecto a la confianza mutua entre el participante y el coordinador.

5 = Hay cierta voluntad o disposición del participante para revelar preocupaciones personales y cierta aceptación del coordinador de las declaraciones del participante al pie de la letra. El coordinador no anula ni interrumpe el flujo de pensamiento del participante mediante la reorientación de enfoque.

6 = El participante es receptivo a las reflexiones, desafíos de cambio y/o sugerencias del coordinador, y describe una cantidad considerable de información íntima/relevante relacionada con sus problemas. El coordinador parece cómodo con la situación en general y no se muestra a la defensiva. El participante puede expresar confianza en el coordinador.

7 = Tanto el coordinador como el participante tienen completa confianza el uno en el otro. El participante está muy cómodo revelando

detalles o problemas muy íntimos y el coordinador se siente muy cómodo.

AT10 = El participante y el coordinador tienen ideas diferentes acerca de cuál es el problema real del participante.

1 = Participante y coordinador están totalmente de acuerdo con la naturaleza del problema y las metas del participante. La congruencia en la solución es clara y evidente. Ambos identifican a menudo las mismas cuestiones. Participante y coordinador sienten que la sesión es muy productiva.

2 = Hay un considerable acuerdo sobre los verdaderos problemas del participante. El coordinador está dispuesto a explorar los problemas y sentimientos actuales del participante, y el participante sigue o proporciona de forma abierta una dirección para el debate.

3 = Participante y coordinador muestran cierto acuerdo sobre los problemas a los que hace frente el participante.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia con respecto al acuerdo o desacuerdo.

5 = Participante y coordinador muestran cierto desacuerdo sobre cuáles son los problemas del participante. También se puede cuestionar la respuesta del otro en relación a los problemas del participante.

6 = El participante y/o el coordinador saca un tema pero el otro lo ignora o no lo considera relevante. Como resultado surge algún tipo de confrontación. Puede haber signos de que ambos están a veces a la defensiva.

7 = El participante está en total desacuerdo o discute con el coordinador acerca de cuáles son sus verdaderos problemas. El coordinador podría referirse a que lo que él cree es el “verdadero problema” y podría de

este modo descalificar la percepción que el participante tiene del problema. El coordinador cambia de tema de forma abrupta y/o interrumpe constantemente sin tener en cuenta las preocupaciones o el estado actual del participante.

AT11 = El participante y el coordinador han establecido una buena comprensión de los cambios que podrían ser buenos para el participante.

1 = Participante y coordinador no se entienden entre ellos. Presentan desacuerdos manifiestos sobre el proceso de cambio. El participante expresa su preocupación acerca de que parece estar dirigiéndose hacia cambios que no quiere, o que los métodos usados no le conducen al cambio deseado.

2 = El participante expresa dudas de que pueda cambiar o sobre los métodos que el coordinador está sugiriendo para producir el cambio. El participante expresa su preocupación sobre el proceso de cambio.

3 = El participante podría estar avanzando hacia lo que parece un trabajo productivo, pero no está claro ni para el participante ni para el coordinador cómo va a ocurrir ese cambio; podría parecer que el participante no ve cómo el proceso le ayudará.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia con respecto al entendimiento o no entendimiento.

5 = Hay alguna evidencia de que participante y coordinador entienden qué cambios podrían ser buenos para el participante. La comprensión puede derivarse de la complicidad y otros signos no verbales de entendimiento y no ser necesariamente explícita.

6 = Participante y coordinador debaten sobre dónde se encuentra el participante y hacia dónde se está dirigiendo, a través del debate sobre

la situación actual del participante, las metas deseadas, y los métodos para lograrlas.

7 = Tanto el proceso como los cambios finales esperados han sido explicitados. A través de las sesiones participante y coordinador han abierto debates sobre las metas del participante y los métodos para alcanzarlas. Al final de la sesión ellos pueden resumir el progreso realizado hacia las metas. Todo lo que hacen parece adecuarse a su plan de intervención.

AT12 = El participante cree que la forma en la que están trabajando su problema es correcta.

1 = El participante cuestiona el proceso y no cree en las tareas que está haciendo. Participante y coordinador hacen poco o ningún progreso. El participante está abiertamente en desacuerdo con el coordinador. Parece que se invierte más tiempo discutiendo que haciendo terapia/intervención.

2 = Participante y coordinador a menudo muestran desacuerdo, pero parecen ser capaces de trabajar juntos durante parte de la sesión. El participante expresa algunas dudas sobre el proceso de intervención.

3 = El participante a veces expresa ciertas dudas sobre una técnica, pero normalmente resuelve sus diferencias y encuentra algo más para trabajar en la mayor parte de la sesión.

4 = No hay evidencia o existe la misma evidencia con respecto a si el participante cree que su problema se está resolviendo correcta o incorrectamente.

5 = El participante expresa algo de acuerdo en ciertas tareas de la intervención. Este acuerdo puede expresarse a través de la complicidad y otros signos no verbales de acuerdo y no ser necesariamente explícito.

6 = El participante expresa un considerable acuerdo con respecto a la forma en la que el coordinador y el participante están trabajado. El participante se implica más en la intervención, haciendo propuestas para promover las tareas en la intervención, o expresar satisfacción con respecto al trabajo.

7 = El participante está emocionado con la forma en la que el coordinador y el participante están trabajado el problema. La intervención está cerca de ser la intervención ideal para el participante. El participante expresa su nivel de satisfacción y/o muestra altos niveles de colaboración y entusiasmo.

8.1.5 ANEXO V. Registro grupal Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica

Grupo: Módulo: Actividad: Coordinadoras: Evaluadora:

0-5	Descripción
	Observaciones
6-10	Descripción
	Observaciones
11-15	Descripción
	Observaciones
16-20	Descripción
	Observaciones
21-25	Descripción
	Observaciones
26-30	Descripción
	Observaciones
31-35	Descripción
	Observaciones
36-40	Descripción
	Observaciones
41-45	Descripción
	Observaciones
46-50	Descripción
	Observaciones
51-55	Descripción
	Observaciones
56-60	Descripción
	Observaciones
61-65	Descripción

	Observaciones
66-70	Descripción
	Observaciones
71-75	Descripción
	Observaciones
76-80	Descripción
	Observaciones
81-85	Descripción
	Observaciones
86-90	Descripción
	Observaciones
91-95	Descripción
	Observaciones
96-100	Descripción
	Observaciones
101-105	Descripción
	Observaciones
106-110	Descripción
	Observaciones
111-115	Descripción
	Observaciones
116-120	Descripción
	Observaciones

8.1.6 ANEXO VI. Registro observacional Conducta Proterapéutica y Alianza Terapéutica

Participante: Evaluadora: Grupo: Módulo/Actividad:

		Conducta Proterapéutica			Alianza Terapéutica											
f	I. Temp.	CP1	CP2	CP3	AT1	AT2	AT3	AT4	AT5	AT6	AT7	AT8	AT9	AT10	AT11	AT12
1	0 – 5															
2	6 – 10															
3	11 – 15															
4	16 – 20															
5	21 – 25															
6	26 – 30															
7	31 – 35															
8	36 – 40															
9	41 – 45															
10	46 – 50															
11	51 – 55															

12	56 – 60															
13	61 – 65															
14	66 – 70															
15	71 – 75															
16	76 – 80															
17	81 – 85															
18	86 – 90															
19	91 – 95															
20	96 – 100															
21	101 – 105															
22	106 – 110															
23	111 – 115															
24	116 – 120															
f =	Total															
	Total/f															

Códigos: Conducta Terapéutica (CP); Alianza Terapéutica (AT); último intervalo temporal analizado (f).

