



TRATAMIENTO

DOCUMENTOS TÉCNICOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE
POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE ALCOHOL,
EN CONTEXTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

**RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE
POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE ALCOHOL,
EN CONTEXTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE ALCOHOL, EN CONTEXTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile

Este documento fue elaborado por el psicólogo Ítalo García Jara, experto en el tratamiento de varones consumidores problemáticos de sustancias y asesor especializado del Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA y la colaboración de Marcela Lara Orellana, Coordinadora de la Unidad de Adultos, Área de Tratamiento, División Programática, SENDA.

Santiago, Chile

2018

© SENDA Todos los derechos reservados.

Registro de Propiedad Intelectual N° A-292218

ISBN: 978-956-9141-55-3

Diseño y diagramación: Publicaciones SENDA

Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación citando la fuente.
Prohibida su venta.

ÍNDICE

Presentación	4
Introducción	6
Capítulo 1. Violencia Intrafamiliar o Violencia Doméstica: Definición de conceptos, teorías explicativas y tipologías de los hombres que ejercen Violencia contra la Pareja	8
1.1 La violencia como un problema de salud pública	9
1.2 Definición legal de violencia intrafamiliar o violencia doméstica	12
1.3 Manifestaciones de la violencia contra la mujer	14
1.4 Teorías acerca de la violencia contra la pareja	15
Teorías biológicas	15
Teoría psicológica conductual-cognitiva de Echeburúa y del Corral	15
Teoría generacional	15
Teoría sistémica	16
Perspectiva de género	16
Modelo ecológico	17
1.5 Tipologías de hombres que ejercen violencia contra la pareja	19
Capítulo 2. Violencia contra la Pareja (Violencia Doméstica) y Consumo Problemático de Sustancias	28
2.1 Relación estadística de la violencia contra la pareja y el consumo problemático de sustancias	30
2.2 Teorías acerca del consumo de alcohol y su relación con la violencia doméstica	33
Capítulo 3. Tratamientos para ofensores que ejercen Violencia contra la Pareja, y su efectividad	36
3.1 Modelo de Duluth	37
3.2 Programa de tratamiento cognitivo-conductual de Enrique Echeburúa	38
3.3 Intervención psicosocial con personas que ejercen violencia de género de Quinteros y Carbajosa (2008)	41
3.4 Enfoque narrativo de A. Jenkins (Jenkins, 1990, 2009)	44
3.5 Efectividad de los programas de tratamiento para hombres que ejercen violencia contra la pareja	45
Capítulo 4. Integración del tratamiento para individuos que ejercen Violencia contra la Pareja y el Tratamiento del Trastorno por Consumo de Alcohol	50
Referencias bibliográficas	56



PRESENTACIÓN

En la actualidad el mundo avanza hacia la eliminación de todas las formas de violación de los derechos humanos, dentro de las cuales se incluye la discriminación de Género y los tratos degradantes hacia la mujer.

Existe gran preocupación por el fenómeno de la violencia de género y sus implicancias, la violencia doméstica como una expresión de la violencia de Género, requiere ser abordada integralmente, desde lo social-cultural, lo sanitario lo jurídico y lo comunitario.

En el campo del consumo de sustancias y en particular del consumo de alcohol, se observa la existencia de una población masculina, que además de presentar consumo problemático ejerce violencia contra su pareja.

Sin existir una relación causal entre ambos comportamientos, existe acuerdo en que ambos se potencian, es necesario entonces, proveer tratamiento especializado a esta población, con el objetivo de aumentar los logros y disminuir los riesgos, no solo asociados al consumo, sino también al comportamiento agresor

El presente documento ha sido elaborado con el objetivo de aportar en el mejoramiento de la calidad de la intervención terapéutica de esta población y contribuir en la eliminación de todas las formas de violencia de genero.



INTRODUCCIÓN

El presente documento, a través de sus capítulos, va recogiendo diferente información relacionada principalmente con la violencia contra la pareja, la relación existente entre ese tipo de violencia y el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y el tratamiento de las personas que ejercen esas agresiones.

En los capítulos 1 y 2, se definen los conceptos de violencia intrafamiliar y violencia doméstica, algunas teorías explicativas que se han planteado sobre este fenómeno y tipologías existentes sobre los hombres que ejercen este tipo de violencia.

En el capítulo 3 se describe la relación entre consumo abusivo de alcohol y la violencia contra la pareja, presentando algunas teorías que buscan explicar la relación existente entre ambas.

En el capítulo 4 se presentan algunos modelos de tratamiento para hombres que ejercen violencia contra su pareja, analizando los resultados sobre su efectividad. Los diferentes estudios respecto de la efectividad del tratamiento sobre la violencia de pareja no entregan datos concluyentes. Bennet señala que la mejor modalidad de tratamiento es aquella en la cual una misma institución entrega tratamiento para el consumo de sustancias y violencia doméstica.

En el capítulo 5 se aborda la importancia de proveer tratamiento especializado para las personas que consumen alcohol y ejercen violencia contra su pareja, identificando los diferentes contextos en los cuales se puede entregar este tratamiento para aquellas personas.

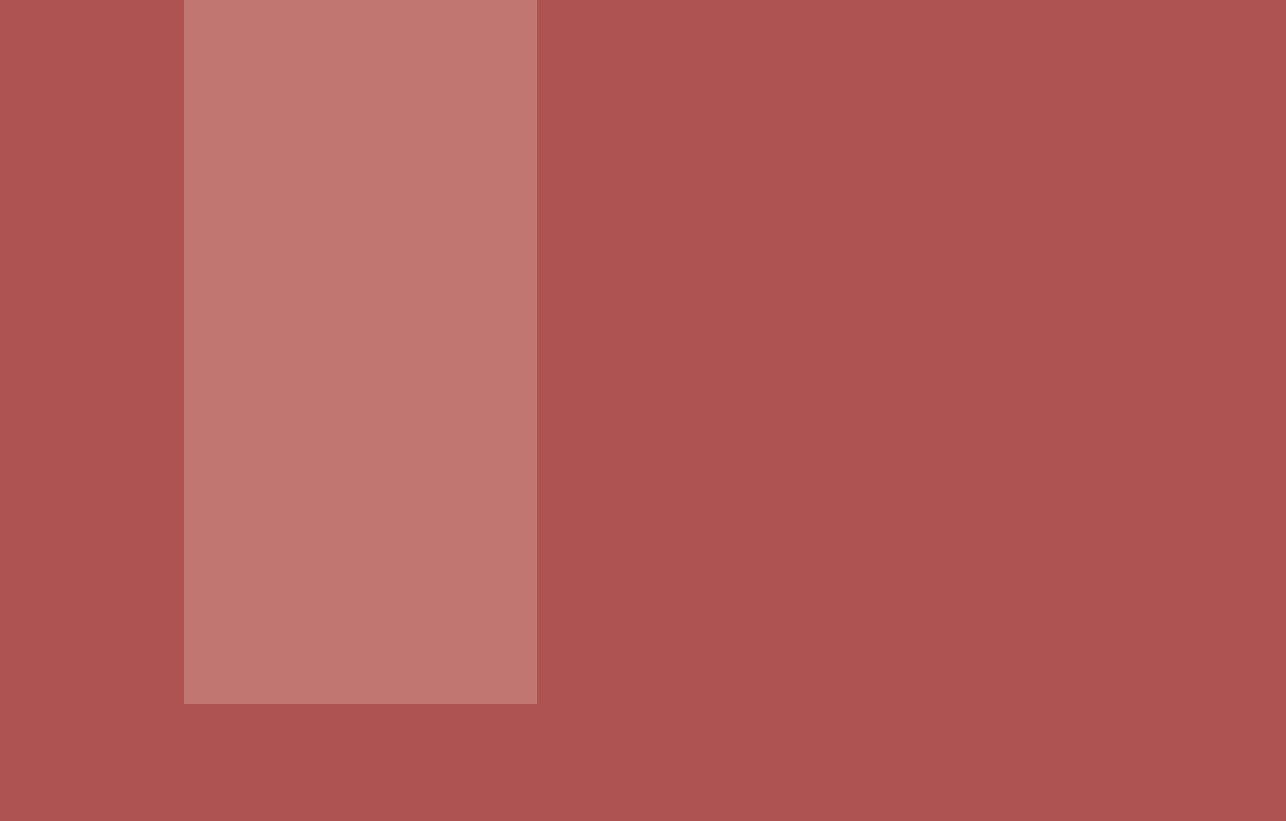
A través de la información entregada en este documento, se entiende que la violencia contra la pareja es un fenómeno complejo, el cual no puede ser atribuido de manera causal al consumo de alcohol y otras drogas.

La violencia doméstica y sexual, y el maltrato y desatención de niños y niñas, tienen para ellos diversos efectos negativos, tales como: una mayor presencia de problemas de salud, costos significativamente mayores de asistencia sanitaria; y, recurren de manera más frecuente a los servicios de urgencia a lo largo de su vida en relación a aquellas personas que no sufrían maltrato. Del mismo modo, diversos datos estadísticos en el mundo nos indican que la violencia contra la mujer es una causa importante de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, con una alta incidencia negativa para su salud. Todos estos factores y la presencia frecuente que existe entre la violencia de pareja y el consumo de alcohol y otras drogas hacen pertinente elaborar un documento que informe sobre la evidencia que existe actualmente sobre este fenómeno.



CAPITULO 1

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O VIOLENCIA DOMÉSTICA:
DEFINICIÓN DE CONCEPTOS, TEORÍAS EXPLICATIVAS Y TIPOLOGÍAS
DE LOS HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA



1.1 LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El primer informe acerca de violencia y salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) señala que la violencia se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

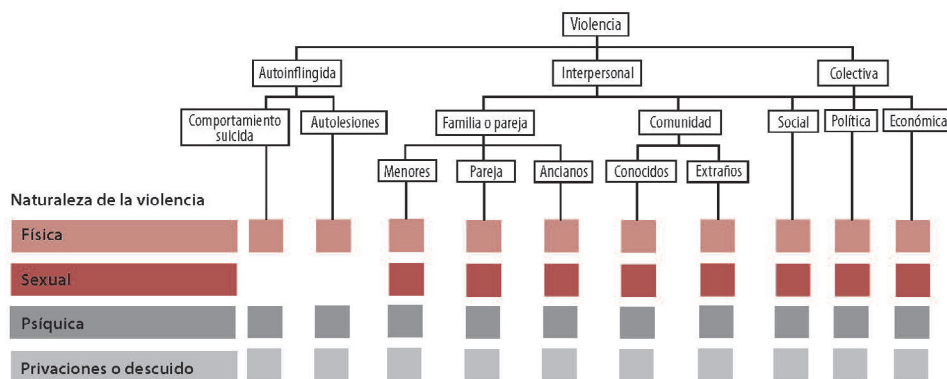
En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud definió a la violencia del siguiente modo:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2003, p. 5)

La OMS define *tres categorías generales* de violencia (OMS, 2003):

- **Violencia autoinflingida:** que comprende al comportamiento suicida (pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) y las autolesiones (automutilación).
- **Violencia interpersonal:** la cual se subdivide en dos sub-categorías:
 - *Violencia familiar o de pareja:* violencia que se produce entre los miembros de la familia o de la pareja, aun cuando no siempre suceda en el hogar. Aquí se incluyen formas de violencia como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de personas mayores.
 - *Violencia comunitaria:* que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y en general sucede fuera del hogar. Abarca a la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, los lugares de trabajo y las prisiones.
- **Violencia colectiva:** que se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica.
 - *Violencia social:* violencia colectiva realizada para promover intereses sociales sectoriales, como los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas.
 - *Violencia política:* incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes.
 - *Violencia económica:* comprende a los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro económico, como los ataques cuya finalidad es trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación.

La Figura 1 ilustra la naturaleza de los actos de violencia, la que puede ser de carácter físico, sexual, psíquico, y privaciones o descuido.

FIGURA 1**Tipología de la violencia (OMS, 2003, p. 7)**

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) afirma que es difícil calcular con precisión la carga que imponen todos los tipos de violencia a los sistemas de asistencia sanitaria, o sus efectos sobre la productividad económica. Sin embargo, se conoce que las víctimas de violencia doméstica y sexual, y los menores maltratados y desatendidos, padecen más problemas de salud, generan costos significativamente mayores de asistencia sanitaria, y acuden más a menudo a los servicios de urgencia a lo largo de su vida que las personas que no sufren maltrato.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003; OMS/OPS, 1998) la violencia contra la mujer está presente en la mayoría de las sociedades, y la violencia doméstica se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, pero estuvo invisibilizada¹ y aun es aceptada en diversos lugares como parte del orden establecido. En el año 1998 (OMS/OPS, 1998) se calculaba que una de cada cinco mujeres había sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida; y se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva equivalente a la causa de muerte por cáncer, y es una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados.

Echeburúa y de Corral (2004) plantean la siguiente reflexión acerca del sexo de las personas que son víctimas de violencia: “no deja de ser curioso que las diferencias de sexo condicionen el tipo de violencia experimentada. Cuando un varón sufre una agresión, ésta tiene lugar habitualmente en la calle y suele estar asociada a un robo, una pelea, un ajuste de cuentas o un problema de celos. Las mujeres, por el contrario, al menos en la mayoría de los casos, cuando son víctimas de actos violentos, suelen sufrirlos en el hogar y a manos de su pareja” (p. 298).

¹ Bailey (2010) indica que el interés de la ley y de la política del sistema de justicia penal en la violencia doméstica es un fenómeno reciente. Por ejemplo, aunque en los años 1920 en todos los estados de Estados Unidos era ilegal golpear a la esposa, la policía y la fiscalía se esforzaban muy poco para hacer respetar la ley. Debido a que la violencia doméstica era vista como un asunto privado, cuando la policía acudía en respuesta a los gritos de la mujer pidiendo ayuda, la respuesta típica era actuar como un negociador en lugar de hacer un arresto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003, p. 110), describió las siguientes consecuencias en la salud causada por violencia masculina contra la pareja:

Físicas

<i>Lesiones abdominales y torácicas.</i>	<i>Trastornos del aparato digestivo.</i>
<i>Moretones e hinchazón.</i>	<i>Síndrome de colon irritable.</i>
<i>Síndromes de dolor crónico.</i>	<i>Desgarros y abrasiones.</i>
<i>Discapacidad</i>	<i>Lesiones oculares.</i>
<i>Fibromialgia</i>	<i>Disminución de las funciones físicas.</i>
<i>Fracturas</i>	

Sexuales y reproductivas

<i>Trastornos del aparato genital.</i>	<i>Disfunción sexual.</i>
<i>Esterilidad</i>	<i>Embarazo no deseado.</i>
<i>Enfermedad inflamatoria de la pelvis.</i>	<i>Aborto practicado en condiciones peligrosas.</i>
<i>Complicaciones en el embarazo, aborto espontáneo.</i>	<i>Enfermedades de transmisión sexual (entre ellas la infección por VIH/SIDA).</i>

Psíquicas y del comportamiento

<i>Abuso de alcohol y otras drogas.</i>	<i>Autoestima disminuida.</i>
<i>Depresión y ansiedad.</i>	<i>Trastorno por estrés postraumático.</i>
<i>Fobias y trastorno de pánico.</i>	<i>Trastornos psicosomáticos.</i>
<i>Sentimientos de vergüenza y culpabilidad.</i>	<i>Comportamiento suicida y autolesiones.</i>
<i>Trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño.</i>	<i>Comportamiento sexual riesgoso.</i>
<i>Inactividad física.</i>	<i>Hábito de fumar.</i>

Consecuencias mortales

<i>Mortalidad relacionada con el SIDA.</i>	<i>Homicidio</i>
<i>Mortalidad materna.</i>	<i>Suicidio</i>

En Chile, en el año 2015, la tasa nacional de denuncias por delitos de violencia intrafamiliar alcanzó a 541 por cada 100 mil habitantes (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016):

- Violencia contra la mujer: 422
- Violencia contra hombres: 77,9
- Violencia contra niños y niñas: 24,9
- Violencia contra ancianos: 11,4

La tasa de personas detenida en el año 2015 por violencia intrafamiliar alcanzó a 163,6 por cada 100 mil habitantes (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2016):

- Violencia contra la mujer: 126,3
- Violencia contra hombres: 28,9
- Violencia contra niños y niñas: 7,1
- Violencia contra ancianos: 1,3

Tomando en consideración que la mayor tasa de denuncias y de personas detenidas es por violencia intrafamiliar contra la mujer, en este documento se da énfasis a la violencia contra la pareja, la relación de esa violencia con el consumo abusivo de alcohol y/o drogas, y el tratamiento de las personas que ejercen violencia contra la pareja.

1.2 DEFINICIÓN LEGAL DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O VIOLENCIA DOMÉSTICA

En conformidad con el derecho internacional, los Estados tienen la obligación de promulgar, aplicar y supervisar la legislación que regula las diferentes formas de violencia contra la mujer (ONU Mujeres, 2012).

En Chile, se publicó la Ley N° 19.325 en el año 1994, la cual estableció normas sobre procedimientos y sanciones relativos a actos de violencia intrafamiliar. Esa ley fue modificada y se promulgó en octubre de 2005 la Ley N° 20.066 de violencia intrafamiliar, constituyendo actualmente la herramienta legal que regula la materia.

Esa ley define a la **violencia intrafamiliar** en el artículo 5° (Ministerio de Justicia, 2005):

Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre una persona menor de edad, adulto mayor o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes el grupo familiar.

El párrafo 2° de la ley establece que los actos de violencia intrafamiliar que no constituyen delito serán de conocimiento de los Juzgados de Familia (artículo 6°).

El artículo 7° define las situaciones de riesgo del siguiente modo:

Quando exista una situación de riesgo inminente para una o más personas de sufrir un maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, aun cuando éste no se haya llevado a cabo, el tribunal, con el sólo mérito de la denuncia, deberá adoptar las medidas de protección o cautelares que correspondan.

Se presumirá que existe una situación de riesgo inminente como la descrita en el inciso anterior cuando haya precedido intimidación de causar daño por parte del ofensor o cuando concurren además, respecto de éste, circunstancias o antecedentes tales como: drogadicción, alcoholismo, una o más denuncias por violencia intrafamiliar, condena previa por violencia intrafamiliar, procesos pendientes o condenas previas por crimen o simple delito contra las personas o por alguno de los delitos establecidos en los párrafos 5 y 6 del Título VII, del Libro Segundo del Código Penal o por infracción a la Ley N° 17.798, o antecedentes psiquiátricos o psicológicos que denoten características de personalidad violenta.

Además, el tribunal cautelará especialmente los casos en que la víctima esté embarazada, se trate de una persona con discapacidad o tenga una condición que la haga vulnerable. Se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que un adulto mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz, por algunos de los parientes señalados en el artículo 5°.

Las medidas accesorias (al pago de una multa) son las siguientes (artículo 9°):

- a.** Obligación de abandonar el ofensor el hogar que comparte con la víctima.
- b.** Prohibición de acercarse a la víctima o a su domicilio, lugar de trabajo o estudio, cualquier otro lugar al que ésta concurra o visite habitualmente. Si ambos trabajan o estudian en el mismo lugar, se oficiará al empleador o director del establecimiento para que adopte las medidas de resguardo necesarias.
- c.** Prohibición de porte y tenencia y, en su caso, el comiso, de armas de fuego.
- d.** La asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar. Las instituciones que desarrollen dichos programas darán cuenta al respectivo tribunal del tratamiento que deba seguir el agresor, de su inicio y término.

El juez fijará prudencialmente el plazo de estas medidas, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a un año, atendidas las circunstancias que las justifiquen. Ellas podrán ser prorrogadas, a petición de la víctima, si se mantienen los hechos que las justificaron. En el caso de la letra d), la duración de la medida será fijada, y podrá prorrogarse, tomando en consideración los antecedentes proporcionados por la institución respectiva.

El artículo 10° define las sanciones al incumplimiento de las medidas accesorias:

En caso de incumplimiento de las medidas cautelares o accesorias decretadas, con excepción de aquella prevista en la letra d) del artículo 9°, el juez pondrá en conocimiento del Ministerio Público los antecedentes para los efectos de lo previsto en el inciso segundo del artículo 240 del Código de Procedimiento Civil, sin perjuicio de imponer al infractor, como medida de apremio, arresto hasta por quince días.

La policía deberá detener a quien sea sorprendido en quebrantamiento flagrante de las medidas mencionadas en el inciso precedente.

El artículo 12º de la Ley, dispone que el Servicio de Registro Civil deba llevar un registro especial de las personas que hayan sido condenadas, por sentencia ejecutoria, como autoras de violencia intrafamiliar, así como también las demás resoluciones que la ley ordene inscribir; se exceptúa la medida cautelar prevista en la letra d) del artículo 9º; las que ese Servicio hará constar en el certificado de antecedentes.

El párrafo 3 de la Ley, se refiere a la violencia intrafamiliar constitutiva de delito; situaciones en la cuales la investigación judicial es realizada por el Ministerio Público, una vez que el Tribunal de Familia ha remitido los antecedentes.

En síntesis, la Ley 20.066 define dos situaciones de violencia intrafamiliar:

- Violencia contra el cónyuge o la pareja.
- Violencia a miembros de la familia, distintos al cónyuge o la pareja.

Como se ha indicado anteriormente, la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres es significativamente mayor que la violencia ejercida por la mujer hacia su pareja masculina (lo cual puede observarse en la tasa de denuncias y detenciones, informada por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, mencionada en la sección anterior).

ONU Mujeres (2012) ha sugerido que la legislación de los países frente a la violencia contra las mujeres debe reconocer que esa violencia constituye una forma de discriminación, una manifestación de relación de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, y una violación de los derechos humanos de la mujer. Además, debiera definir la discriminación contra la mujer como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. Y, establecer que no pueda invocarse ninguna costumbre, tradición ni consideración religiosa para justificar la violencia contra la mujer.

1.3 MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) define a la violencia en la pareja a cualquier comportamiento en una relación íntima que ocasiona daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Estos comportamientos incluyen:

- Agresiones físicas: abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psicológico: intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos dominantes: aislar a la persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

Diversos países han incluido en su legislación, además de los comportamientos descritos, a la violencia patrimonial, relativa a la propiedad o económica: prohibirle que tenga o mantenga un trabajo; hacer que le pida dinero; darle una paga; quitarle su dinero; no dejarle que conozca o acceda a los ingresos familiares; prohibirle que tenga o mantenga un trabajo (ONU Mujeres, 2012; Servicio Murciano de Salud, 2010).

1.4 TEORÍAS ACERCA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

Se han elaborado diversas teorías que buscan explicar la violencia contra la pareja (de Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012; Antón, 2014; Echeburúa et al., 2009; Echeburúa y Amor, 2010; Echeburúa y Montalvo, 2009; Morales et al., 2012; Perrone y Nannini, 1992; Quinteros y Carbajosa, 2008; OMS, 2003). En esta sección sólo se presentan en una forma muy resumida las teorías más destacada en el campo.

Teorías biológicas

Estas teorías suponen que la violencia es una respuesta de supervivencia del organismo frente a amenazas en su ambiente, y la violencia contra la pareja es considerada como parte de la estructura biológica del hombre, ya que éste ha desarrollado la agresividad para vivir.

También se incluyen en estas teorías explicaciones que relacionan la violencia con daños en el lóbulo frontal; y las explicaciones que relacionan la violencia con la testosterona.

Esas teorías han sido abandonadas porque tienen escaso sustento en la evidencia científica, y dado que no consideran las variables psicológicas y sociales de la comisión de estos delitos (Morales et al., 2012).

Teoría psicológica conductual-cognitiva de Echeburúa y del Corral

Estos autores desarrollaron un modelo de tratamiento para agresores de pareja, cuyo fundamento teórico señala que muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan diversas limitaciones psicológicas, tales como el control de impulsos, un sistema de creencias distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como una forma para solucionar los problemas, déficit en habilidades de comunicación y de solución de problemas, que se comportan en forma violenta con la pareja cuando experimentan situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, y una percepción de vulnerabilidad de la víctima.

Teoría generacional

Esta línea teórica busca explicar por qué una persona maltrata a su pareja, mientras que otros no lo hacen bajo las mismas condiciones.

Dutton y Golant (Quinteros y Carbajosa, 2008) sostienen que existen algunas características individuales que constituyen un factor de riesgo para que los hombres ejerzan la violencia contra la pareja. La interacción de los siguientes factores contribuye a que un hombre maltrate a su pareja: el rechazo y el maltrato del padre, el apego inseguro a la madre, y la influencia de la cultura machista.

Respecto al rechazo del padre, indican que las investigaciones de la historia del desarrollo de hombres agresores, muestran que en su mayoría ha sufrido maltrato físico y emocional por parte del padre, lo cual influye en la forma en que se interactúa con la pareja. Según esos autores, el rechazo y la vergüenza producen múltiples efectos en el niño, afectando el desarrollo de su identidad y su capacidad para consolarse y moderar su ira y ansiedad.

Respecto al apego inseguro, la hipótesis de estos autores es que hubo un fallo en la etapa de separación/individuación debido a que la madre no atendió a las necesidades del niño. Esto explicaría la mayor probabilidad de los hombres maltratadores en depender de una relación y de sentir ansiedad ante la separación y la cercanía; y es probable, entonces, que busquen parejas sobre las cuales puedan ejercer control.

Por último, la sociedad prescribe el concepto de virilidad a los niños, enseñándoles desde pequeños que no pueden sentir miedo y tampoco expresar su flaqueza. Así, la cultura pasa a justificar la ira que utilizan para negar el miedo y el rechazo experimentados en la etapa anterior de su desarrollo.

Además, aprenden a no responsabilizarse de su comportamiento, culpando a otros de los males que viven. La atribución externa de la culpa y la ira, evita el sentimiento de vergüenza y mantiene protegido a sí mismo (*self*) (Quinteros y Carbajosa, 2008).

Teoría sistémica

Esta teoría está basada en la teoría general de sistemas y en la teoría de la comunicación como un fenómeno interaccional (simetría-asimetría) (Quinteros y Carbajosa, 2008).

Según Perrone y Nannini (1997) la violencia no es un fenómeno individual, sino que es un fenómeno interaccional. En la relación de pareja, las necesidades del miembro con más poder en la relación tienden a prevalecer, y se usa la violencia como un mecanismo para mantener la homeostasis del sistema.

Respecto al tema de la responsabilidad en la violencia de pareja, Perrone y Nannini diferencian entre la responsabilidad legal e interaccional. La responsabilidad legal recae en la persona que ejerce violencia, y la responsabilidad interaccional forma parte de todos los integrantes del vínculo, porque quien la provoca (la mujer, al buscar una relación más simétrica) asume la misma responsabilidad que la persona que maltrata. Según esos autores, todo individuo adulto es garante de su propia seguridad, y si no asume esto estimula los aspectos incontrolados y violentos del otro, con lo cual refuerza la conducta violenta de la pareja.

Este enfoque ha sido criticado desde el paradigma de género, porque no clarifica la responsabilidad del hombre en la relación violenta al desdibujarla dentro del sistema familiar. Otra crítica planteada, dice relación con que las modalidades terapéuticas sistémicas incluían a los hombres y a las mujeres en forma conjunta en las sesiones, lo cual aumentaba las preocupaciones respecto a la seguridad de la víctima (Quinteros y Carbajosa, 2008).²

Perspectiva de género

Los modelos explicativos de género sostienen que la violencia contra la pareja se origina en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres que es sustentada por la cultura machista. Se indica que el hombre es violento con su pareja con el objetivo de controlarla y tenerla bajo su dominio, de modo de perpetuar el desequilibrio de poder propio del patriarcado, que está basado en la dominación masculina (Quinteros y Carbajosa, 2008). Según Cantera, “el motor del maltrato no es el sexo, ni el amor, ni tan solo la pasión, sino el poder” (Cantera, 2005; citada en de Alencar-Rodríguez y Cantera, 2012, p. 119). Es decir, el maltrato no es un comportamiento patológico, sino que un comportamiento sustentado por el sistema patriarcal imperante (Quinteros y Carbajosa, 2008).

Los representantes de esta perspectiva critican los planteamientos de la teoría generacional de Dutton y Golant, porque des-responsabiliza al agresor (“maltrata porque fue maltratado”); sostienen que el tratamiento, en lugar de abordar el maltrato en la familia de origen, debe estar centrado en la comprensión de cómo han sido transmitidas las actitudes negativas hacia la mujer (Quinteros y Carbajosa, 2008).

2. Según Quinteros y Carbajosa (2008) las críticas a la terapia sistémica tuvieron como efecto que ese enfoque fuera perdiendo interés en el campo, considerándose contraindicada la terapia de pareja, y estableciéndose el paradigma de la segregación de tratamientos para víctimas y maltratadores.

Desde este punto de vista, el tratamiento debe centrarse en la modificación de pautas sexistas y machistas del agresor, para establecer una relación de igualdad entre el hombre y la mujer (Quinteros y Carbajosa, 2008).

Según Morales et al. (2012), este enfoque es el más influyente en la actualidad, tomando en consideración su incorporación en las políticas públicas de diversos países (y organizaciones internacionales, como las recomendaciones de ONU Mujeres descritas en la sección 1.2 de este documento).

Modelo ecológico

Esta perspectiva, basada en una adaptación del modelo ecológico de Bronffebrenner, fue desarrollada a partir del reconocimiento de que ninguna teoría puede explicar toda la violencia contra la pareja, sino que es necesario desarrollar teorías que den cuenta de la complejidad de la vida cotidiana (Heise, 1998), que consideren que la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales (OMS, 2003).

En el desarrollo del modelo propuesto originalmente por Heise (1998), los investigadores han incluido en los niveles del modelo la perspectiva de género y los factores del individuo:

Macrosistema

Nivel más amplio, que incluye la forma de organización social, los sistemas de creencias que imperan en una cultura.

En este contexto se encuentran los sistemas de creencias culturales machistas que sustentan la desigualdad (hombre – mujer; padre – hijo).

Exosistema

Comprende a la comunidad más próxima a la persona, que funciona como mediadora entre el individuo y la cultura (escuela, iglesia, sistema de justicia, entre otras instituciones) que transmiten los cánones culturales.

Esas instituciones retroalimentan a la violencia de género, porque sustentan un funcionamiento sexista y autoritario, manteniendo la desigualdad de género en la educación, en el trabajo, y en la familia.

Quinteros y Carbajosa (2008) indican que este nivel es importante si se busca resolver el problema de la violencia contra la pareja, porque de este nivel depende que exista una legislación adecuada contra el maltrato, que se favorezca la equidad de género, se creen mecanismos de prevención y de intervención con profesionales capacitados.

Microsistema

Está compuesto por las relaciones vinculares más próximas a la persona, incluyéndose en este nivel los roles, los modos de interacción, los aspectos históricos de la familia y del individuo.

Según Morales et al. (2012) en este nivel tendrían aplicación las explicaciones que buscan entender la violencia como un fenómeno de transmisión intergeneracional, aprendido a través del aprendizaje social en familias con altos grados de maltrato.

Individuo

Aquí se incluyen las características cognitivas, afectivas, conductuales e interaccionales que presentan las personas que ejercen violencia.

- **Características cognitivas:** hacen referencia a la estructura que organiza el pensamiento, que sustentan, agravan y hacen perdurar la violencia. Los individuos maltratadores sostienen ideas machistas rígidas y muy estructuradas, y despliegan técnicas de neutralización tendientes a negar, minimizar o justificar el maltrato que ejercen.
- **Características afectivas:** están relacionadas con las formas en que las personas canalizan, reprimen y/o expresan los sentimientos. Los individuos agresores suelen negar o reprimir los afectos, carecen de empatía con las víctimas, presentan baja autoestima, son dependientes y celosos.
- **Características conductuales:** que describen los comportamientos relacionados con la violencia, como la deseabilidad social, la resistencia al cambio, el control de los impulsos.
- **Características interaccionales:** está determinada por el aislamiento y la necesidad de dominación. La persona agresora mantiene pautas interaccionales que le aseguran el poder en la relación de pareja.

Quinteros y Carbajosa (2008) señalan que es importante visualizar la interacción que se desarrolla a lo largo de las tres etapas del ciclo de la violencia.

El ciclo de la violencia fue descrito por Walker en 1977 con base en un estudio realizado con mujeres maltratadas (Dutton y Painter, 1993; Roberts, 2005). De acuerdo a la teoría de Walker, la violencia doméstica está caracterizada por una secuencia de acciones predecibles que ocurren en un ciclo, aumentando en severidad y frecuencia a medida que se actúa ese ciclo (Roberts, 2005). Las fases del ciclo son las siguientes:

- Fase de acumulación de tensión:** La tensión está relacionada con rabia no expresada y conflictos no resueltos por el agresor. Esta fase está caracterizada por actos psicológicamente abusivos, como críticas y quejas, intimidación, amenazas, y control del comportamiento, donde el agresor comienza a minar la autoconfianza de la víctima y los intentos de ésta por ejercer control sobre sus actividades.
- Fase de crisis o episodio agudo (fase de explosión):** la tensión desborda al individuo, y agrede a la pareja, violencia que puede ser verbal, física y/o sexual. Walter indicó que la mujer puede incluso provocar los golpes para apurar el paso a la tercera fase.
- Fase de luna de miel:** la que sigue al episodio agudo, en la cual el agresor pide perdón y promete que nunca repetirá las acciones, ya que teme a la reacción de la mujer, que lo abandone, lo denuncie; pero poco a poco comienza a minimizar lo sucedido, haciendo que la mujer se sienta culpable y responsable de lo que sucedió (Quinteros y Carbajosa, 2008).

Quinteros y Carbajosa (2008) indican que como la violencia ha quedado silenciada, implícitamente ésta se va aceptando e instalando en el pensamiento del hombre como un medio eficaz para controlar a la mujer. Ante cualquier nueva tensión, se inicia nuevamente el proceso.

Desde la perspectiva de Walker, las secuelas de este abuso repetitivo y su anticipación, incluyen tensión psicofisiológica, baja autoestima y desamparo aprendido (que debilita la motivación de la mujer para dejar la relación abusiva). También se ha descrito una secuela secundaria compleja, que

incluye idealización del agresor, negación del peligro y supresión de la propia rabia de la víctima; la idealización del agresor está relacionada con la fuerza del vínculo con el agresor después que la relación termina (Dutton y Painter, 1993).

Dutton y Painter (1993) han argumentado que las respuestas perceptuales de disminución de sí misma e idealización del agresor no están relacionadas con la naturaleza cíclica del ciclo de la violencia, sino que con el poder diferencial y la intermitencia del abuso³.

1.5 TIPOLOGÍAS DE HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

Se han desarrollado diversas tipologías de hombres que ejercen violencia contra la pareja, y la descripción de las clasificaciones más destacadas escapa al objetivo de este documento. Para mayor información, se puede consultar el artículo de Amor, Echeburúa y Loinaz (2009) (disponible gratuitamente en la Web).

Hay acuerdo entre los investigadores que los hombres que ejercen violencia contra la pareja es una población heterogénea (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009); y aunque no hay un perfil específico de los agresores, la utilidad de las tipologías de hombres que ejercen violencia contra la pareja reside en su ayuda para la planificación de intervenciones terapéuticas diferenciadas (Echeburúa y Amor, 2010).

Según Muñoz y Echeburúa (2016), una de las tipologías más desarrollada ha sido propuesta por Johnson (2006, 2011), la cual distingue dos tipos de violencia contra la pareja, según el grado de control ejercido por el agresor⁴:

a. Violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo: se trata de un patrón de conducta violenta sistemático, unidireccional, más o menos sutil, continuado y de intensidad creciente. La motivación del agresor es el control del otro miembro de la pareja, siendo la violencia el mecanismo para llegar a ese fin.

Este proceso de victimización se caracteriza porque el agresor crea un estado de tensión emocional permanente sobre la víctima (miedo y terror) que conduce a su destrucción como persona. El mecanismo principal por parte del agresor es el abuso psicológico, que puede o no derivar en violencia física. Muñoz y Echeburúa (2016) indican que este tipo de violencia es el prototipo de la violencia de pareja, y sobre la cual se centra la intervención legislativa y judicial.

Este tipo de dinámica relacional puede darse en cualquier relación interpersonal continuada en el tiempo; un factor que facilita su instauración es el desequilibrio de poder entre el agresor y la víctima.

La exposición a este tipo de victimización tiene graves consecuencias para el miembro de la pareja que la sufre, con independencia de su sexo y la orientación sexual, aunque el impacto para la salud ha sido mayoritariamente estudiado en la mujer. Las consecuencias psicológicas de este tipo de violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo en los casos excepcionales como los de muerte o lesiones graves. Las consecuencias psicológicas han sido descritas en la sección 1.1 de este documento.

3. Dutton y Painter (1993) indican que los experimentos de aprendizaje en animales, en los cuales se han comparado los efectos del tratamiento intermitente malo-bueno versus un tratamiento consistentemente bueno, han mostrado un aumento del nivel de vínculo en 230% en el tratamiento malo-bueno comparado con el efecto de un tratamiento consistentemente bueno.

4. La violencia de pareja puede aparecer en toda clase de parejas (heterosexuales y homosexuales), en distintos momentos de la relación (inicio, consolidación y ruptura), y en edades cada vez más temprana (Muñoz y Echeburúa, 2016).

Las graves consecuencias para el estado psicológico de la víctima se explican por las características de este tipo de violencia: elevada frecuencia, intensidad, cronicidad, falta de predictibilidad y vinculación afectiva con el agresor. Este tipo de victimización produce consecuencias psicológicas generalizadas, que implicaría alteraciones en la percepción de sí mismo, de la afectividad y del mundo, y que generaría graves dificultades de adaptación de la víctima a los distintos ámbitos de su vida (personal, social, familiar y laboral).

Johnson indica que en esta forma de violencia puede aparecer la resistencia violenta por parte del otro miembro de la pareja; y señala que, aunque la violencia puede darse en forma bidireccional (control violento mutuo), lo asocia principalmente a la violencia por razones de género, siendo el hombre el que mayoritariamente ejercería el terrorismo íntimo y la mujer la resistencia violenta.

Quinteros y Carbajosa (2008) denominan **violencia estructural exclusiva** a este tipo de violencia, la cual distinguen de la **violencia estructural generalizada**, en la cual el factor central suele ser un trastorno mental o psicológico: psicosis, psicopatía, trastorno de personalidad antisocial, narcisista o límite. La violencia ejercida en este grupo de agresores es generalizada, porque maltratan a sus parejas y también a otras personas; además, pueden cometer otro tipo de delitos. El maltrato que ejercen es intencionado y manipulativo, como en el terrorismo íntimo, pero no se expresa exclusivamente en la pareja.

- b. Violencia situacional:** se trata de un patrón de conducta violenta, episódica o reactiva, asociada a la gestión de situaciones críticas en la pareja. Su incidencia y el riesgo general disminuyen tras la ruptura de la relación, aunque en algunas ocasiones puede mantenerse y aumentar tras la separación. Según las situaciones críticas, se la divide en “violencia situacional asociada a los conflictos de pareja” y “violencia situacional asociada a la gestión de la ruptura de pareja”.

Violencia situacional asociada a conflictos de pareja. Esta violencia es fruto de la falta de habilidades de comunicación y de estrategias adecuadas para afrontar los problemas surgidos en la relación de pareja, debido a carencias en el proceso de socialización.

Muñoz y Echeburúa (2016) clasifican las siguientes fuentes de conflicto en la relación de pareja:

Aspectos previos de la relación:

- Incompatibilidades descubiertas durante la convivencia.
- Inmadurez afectiva.
- Expectativas estereotipadas.
- Confusión entre enamoramiento y amor.
- Inexperiencia en relaciones afectivas y sexuales.

Constricciones sociales:

- Contradicción entre valores socialmente aceptados.
- Contradicción entre las presiones biológicas y las sociales.

Problemas derivados de la convivencia:

- Rutina
- Habitación
- Incremento de discusiones.

Diferencias individuales:

- Intereses diferentes.
- Actitudes dispares respecto a temas importantes.
- Diferencias en valores fundamentales.
- Diferencias en la percepción de los problemas.
- Diferencias en el estilo amoroso.
- Diferencias en el grado de compromiso e independencia deseados.
- Discrepancias en la asunción de tareas y responsabilidades.

Déficits o faltas:

- Falta de habilidades en la solución de problemas.
- Falta de reciprocidad de auto-revelaciones.
- Falta de apoyo emocional y/o profesional.
- Falta de colaboración doméstica.

Distorsiones perceptivas:

- Errores de atribución.
- Percepción de falta de equidad.

Cambios psicosociales:

- Cambios súbitos personales o contextuales.
- Cambio en las necesidades de uno o de ambos.
- Descuido del atractivo físico.
- Reducción de la pasión.

Fidelidad y celos:

- Celos
- Deseos de promiscuidad.
- Infidelidad

Sexualidad:

- Disminución de la frecuencia y variedad de las relaciones sexuales.
- Ansiedad ante el desempeño sexual.

Otros:

- Problemas de comunicación.
- Hijos
- Estrés

Este tipo de violencia de pareja es el más común, y puede ser unidireccional o bidireccional. El recurso a la violencia suple los déficits de comunicación y de gestión de conflictos. Estas estrategias erosionan la relación y facilitan la consolidación y escala de la violencia. La gravedad de la violencia dependerá del tiempo en que la pareja se mantenga en este tipo de dinámica y del balance histórico de la relación.

Estas dinámicas relacionales disfuncionales actúan como fuente de estrés, y pueden originar o agravar una alteración mental. Sin embargo, este tipo de violencia es susceptible de tratamiento en terapia de pareja, con buen pronóstico, tanto para reorientar la relación como facilitar la ruptura de la relación en una forma saludable.

Violencia situacional asociada a la gestión de la ruptura de pareja. Este tipo de violencia hace referencia a acciones violentas aisladas derivadas del estrés que supone el proceso de ruptura. Normalmente no existen antecedentes de violencia en la relación, sino que esta aparece por una inadecuada elaboración del proceso de ruptura en uno o ambos miembros de la pareja.

La ruptura de la relación de pareja supone muchas pérdidas, muchas de ellas proyectos vitales importantes para la persona: estilo de vida, la convivencia familiar, la seguridad financiera, la estabilidad emocional, libre acceso a los hijos. La separación supone afrontar muchos cambios, lo cual es fuente de desorientación y ansiedad, que puede requerir de un período de recuperación de hasta dos años.

Entre las variables predictoras de la adaptación al proceso de ruptura se destacan el desenlace (peor si éste es repentino), el motivo de la ruptura (peor si la decisión es unilateral, el otro miembro de la pareja sigue enamorado y el precipitante es una tercera persona), los recursos propios (económicos, psicológicos y redes de apoyo), la duración de la relación (peor cuanto más larga), el grado de implicación en la relación (peor cuando éste es mayor), el grado de satisfacción amorosa (peor si la satisfacción ha sido mayor), y la calidad de la relación posterior con la ex pareja (peor cuanto peor sea).

En mayor o en menor medida, las personas expuestas a un proceso de ruptura experimentan reacciones emocionales negativas como incredulidad, malestar emocional y físico, sentimientos de fracaso, ira, culpa y pérdida de la autoestima. La presencia de desajustes en la personalidad del miembro de la pareja que se siente más perjudicado por la ruptura puede dificultar la evolución adaptativa del proceso de separación. Se pueden crear de ese modo dinámicas violentas de carácter unidireccional que puede llegar a alcanzar niveles elevados de intensidad. Los perfiles de personalidad como el paranoide, límite o narcisista, facilitan la experiencia de emociones negativas intensas que pueden llevar a la conducta violenta. La causa de esta violencia son los sentimientos de rencor y venganza, y la obsesión de ocasionar daño al otro miembro de la pareja. Esa violencia puede presentarse al principio de la separación o en momentos posteriores, asociadas al cambio en la vida de la ex pareja, como una nueva relación, la solicitud de la custodia de los hijos o el éxito social o profesional.

Este tipo de dinámicas relacionales post-ruptura tienen alta potencialidad para desestabilizar el estado psicológico del miembro de la pareja que es objeto de la venganza del otro. Las víctimas perciben esta situación como especialmente estresante, pudiendo aparecer síntomas relacionados con cuadros de estrés y ansiedad. Por otra parte, el discurso del miembro agresor gira en torno al perjuicio generado por su ex pareja, experimentando una profunda animadversión hacia aquella, no incluyendo aspectos positivos de la relación vivida, devaluando globalmente la relación. Si existen hijos, en muchos casos se detectan actitudes y conductas tendientes a debilitar la relación parento-filial con el otro progenitor.

Muñoz y Echeburúa (2016) indican que cuando no existe un desajuste clínicamente significativo en ninguno de los miembros de la pareja que facilite que se entranque en esos sentimientos de venganza, la referencia de ambos a un proceso de mediación familiar puede ayudarles a gestionar en forma adecuada su proceso de ruptura.

Muñoz y Echeburúa (2016) han propuesto una clasificación de las motivaciones de los agresores de pareja y posibles déficits psicológicos asociados, con el objetivo de ayudar a los peritos en la pericia psicológica de esos agresores. Los autores advierten que esa clasificación tiene un valor limitado y su utilidad es para guiar al perito en la exploración y en la organización de la información. Indican, además, que es poco frecuente encontrar individuos “puros” de cada categoría, siendo lo más común que los agresores presenten características de varias categorías.

Indican, además, que el perito psicológico debe prestar atención a los fenómenos de disimulación (de esquemas mentales sexistas) y de simulación (de trastornos psicóticos, toxicomanías, déficits cognitivos, etc.); ya que la simulación es habitual en los imputados para eludir la responsabilidad penal.⁵

La clasificación propuesta por esos autores se encuentra en la Tabla 1.

5. La simulación y la disimulación reflejan el deseo deliberado por parte del sujeto para ocultar su estado mental real, ya sea para dar una imagen positiva de sí mismo, o bien para transmitir un estado de deterioro acentuado (Echeburúa, Muñoz y Loinaz, 2011).

Hay sospecha de simulación cuando existe un problema médico-legal y hay una discrepancia entre los síntomas alegados y la observación de la conducta, cuando los síntomas son atípicos (mal definidos, erráticos e inconsistentes), y no se corresponden con los cuadros clínicos habituales y cuando hay una sobre-dramatización de las quejas o una sobre-actuación clínica. Los trastornos más propicios para la simulación (fingimiento) son el trastorno por estrés postraumático, los cuadros psicóticos, las demencias, las toxicomanías, los trastornos disociativos y el retraso mental.

En la disimulación, los sujetos evaluados muestran una actitud defensiva tanto a la exploración pericial psicopatológica, como a la administración de pruebas complementarias. Este fenómeno es menos frecuente que la simulación, y es más habitual en la depresión, en la paranoia, en el alcoholismo y en la violencia contra la pareja.

TABLA 1
Propuesta de exploración forense en relación con las motivaciones y los tipos de agresores de pareja (Muñoz y Echeburúa, 2016, p. 10)

Violento por razón de género o aserción de poder	Violento por compensación	Violento por inhabilidad en el afrontamiento de conflictos de pareja	Violento por la no aceptación de la ruptura de pareja	Violento por venganza post ruptura	Violento debido a un trastorno mental
▶ Esquemas cognitivos sexistas y asunción de superioridad sobre la mujer. Violencia basada en los mandatos de género. ▶ No toma en consideración a la mujer tendiendo a su devaluación. ▶ Pareja como posesión. ▶ Violencia aceptada como forma de guiar el comportamiento adecuado de su mujer. No hay arrepentimiento ni conciencia de delito. ▶ Responsabiliza a la mujer de su comportamiento violento (alteridad de la mujer).	▶ Pobre auto-concepto y baja autoestima. Insatisfacción con uno mismo. ▶ Falta de asertividad y acúmulo de malestar emocional por distintas experiencias cotidianas que transforman en violencia contra la pareja. ▶ Temor a ser abandonados por la pareja por su incompetencia. ▶ Tendencia a la experimentación de celos exagerados que comprometen con control permanente de la mujer. ▶ Violencia basada en los profundos sentimientos de malestar, de los que responsabiliza a la mujer.	▶ Pobres habilidades sociales. ▶ Falta de estrategias de solución de problemas. ▶ Violencia como resultado del desbordamiento en las estrategias para solucionar problemas de la relación. ▶ Una situación específica dentro de este grupo es la violencia debida al estrés del cuidador.	▶ No han elegido la ruptura (decisión unilateral del otro miembro de la pareja). ▶ Continúan enamorados de su pareja. ▶ Muestran temor a un futuro sin la relación. ▶ Violencia como expresión del estrés que la situación de ruptura les produce.	▶ Vulnerabilidad en la base de su personalidad. ▶ Sentimientos de indignación por una ofensa que atribuye a la mujer en el proceso de ruptura. ▶ Ideas de perjuicio respecto a la mujer. ▶ Fuertes sentimientos de animadversión (odio) hacia la mujer que se prolongan en el tiempo y deseo de venganza. ▶ Violencia como forma de resarcir el daño percibido.	▶ Trastorno por ideas delirantes celotípicas. ▶ Esquizofrenia paranoide. ▶ Trastorno bipolar. ▶ Trastornos relacionados con sustancias. ▶ Depresión. ▶ Trastornos de personalidad (T. paranoide, T. narcisista, T. límite, T. antisocial, T. psicopático y T. dependiente). ▶ Violencia explicable por su alteración mental.

Violento por razón de género o aserción de poder	Violento por compensación	Violento por inhabilidad en el afrontamiento de conflictos de pareja	Violento por la no aceptación de la ruptura de pareja	Violento por venganza post ruptura	Violento debido a un trastorno mental
► Minimización del daño cometido atendiendo a lo esperable para su rol de “cabeza de familia”. ► Escalada de la violencia en función de la resistencia al control de la mujer. ► Minimización del daño cometido atendiendo a lo esperable para su rol de “cabeza de familia”. ► Escalada de la violencia en función de la resistencia al control de la mujer.	► Malestar y arrepentimiento tras la expresión de la violencia. Violencia cíclica. ► Estrategias cognitivas para paliar ese malestar post-violencia: niega la violencia y habla de una errónea interpretación de lo sucedido, niega que tenga un problema y diluye la responsabilidad entre ambos miembros de la pareja o culpabiliza a la mujer de su comportamiento. ► Nivel de violencia en función de su grado de malestar interno (estado de ánimo disfórico).				

Muñoz y Echeburúa (2016) indican que los estudios españoles con esta población, en aproximadamente el 20% de individuos su violencia se explicaría por la presencia de un trastorno mental, y aparecen ampliamente representados los sujetos que presentan trastorno de personalidad, especialmente el trastorno límite y el antisocial.

Según Echeburúa y Amor (2010), la psicopatía, caracterizada por la manipulación y la falta de empatía en las relaciones interpersonales y la ausencia de sentimientos de culpa ante el dolor causado, propicia la aparición de conductas violentas y crueles. Y el trastorno límite, en el que son frecuentes la impulsividad, la inestabilidad emocional y un sentimiento crónico de vacío, propicia la aparición de conductas impredecibles en la relación de pareja.

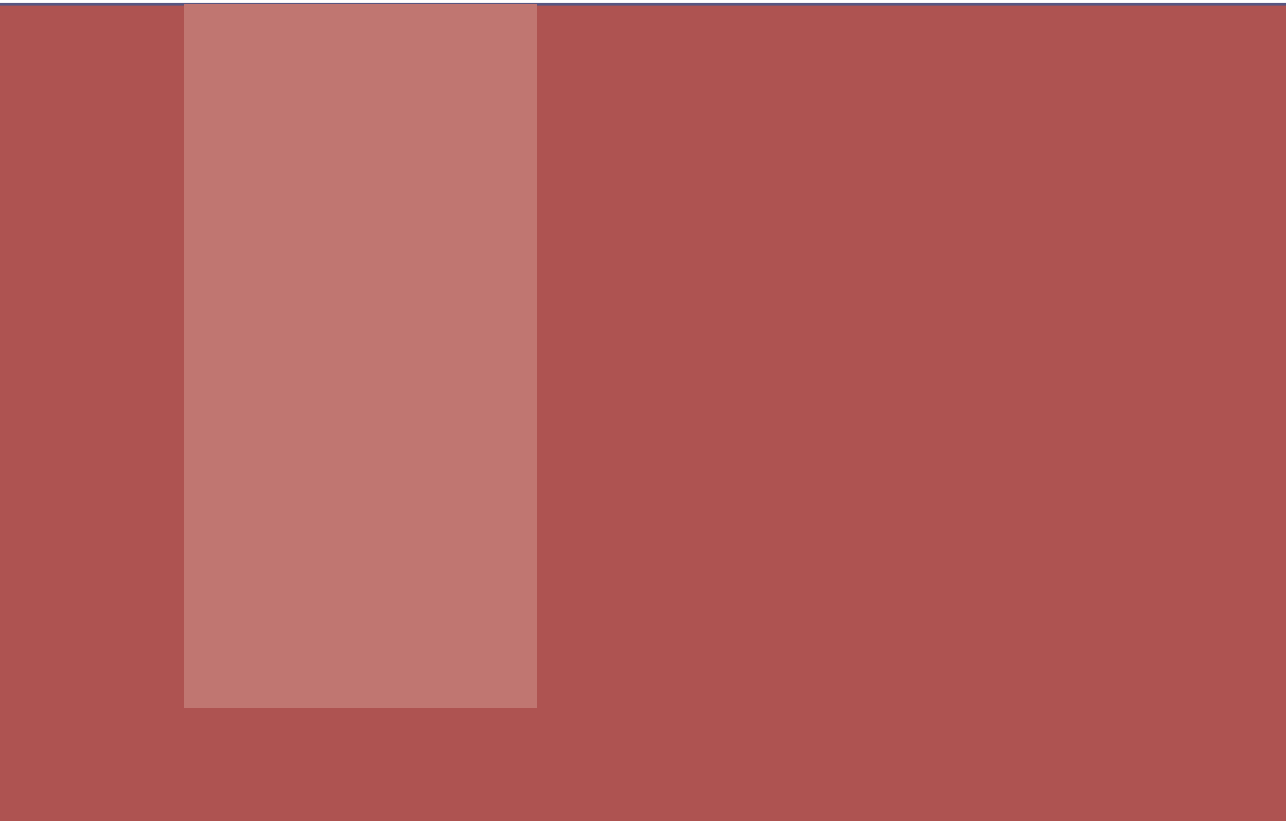
Esos autores indican que los déficits psicológicos pueden ser muy variables de un caso a otro. Los más comunes son la falta de control sobre la ira, las dificultades en la expresión de emociones, las distorsiones cognitivas, los déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas, y la baja autoestima. La ira es una respuesta a una situación de malestar (por ejemplo, en la relación de pareja) o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos (por ejemplo, dificultades en la educación de los hijos). Todos esos déficits contribuyen a que los conflictos y adversidades de la vida cotidiana generen un estrés permanente y actúen como desencadenantes de los episodios violentos (Echeburúa y Amor, 2010).

Por otro lado, de acuerdo con Echeburúa y Amor (2010), se suele observar que los agresores presentan síntomas psicopatológicos variados (celos, ansiedad y estrés, abuso de alcohol, irritabilidad) que pueden actuar como precipitantes de la conducta violenta.



CAPITULO 2

VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA (VIOLENCIA DOMÉSTICA)
Y CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS



2.1 RELACIÓN ESTADÍSTICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA Y EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

La evidencia existente muestra que, con frecuencia, se dan en forma conjunta el consumo abusivo de alcohol y la violencia doméstica (Aljames y Plaza, 2005; Bednar, 2003; Center for Substance Abuse Treatment, 2012).

Bednar (2003) reportó que la investigación en Estados Unidos ha mostrado que alrededor del 50% de los hombres que ejercen violencia doméstica también tienen problemas de abuso de alcohol, y muchos de ellos además son consumidores de otras drogas. En un estudio realizado en 1997, se encontró que el 92% de los individuos arrestados por violencia doméstica habían consumido alcohol u otras drogas el día del incidente, y el 72% de los sujetos tenían antecedentes de arrestos previos relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas. Además, se ha indicado que el consumo abusivo de alcohol estaría correlacionado con nuevos eventos violentos en hombres que se encuentran en tratamiento por violencia doméstica.

Chartas y Culbreth (2001) indicaron que la relación entre el consumo abusivo de sustancias y la violencia doméstica ha sido extensamente documentada en la década de los años 1990. Se ha estimado que alrededor del 59% de los hombres en unidades de desintoxicación se han comportado violentamente con sus parejas, y más del 70% de las mujeres maltratadas han descrito a sus esposos como dependientes del alcohol. Una encuesta a esposas de hombres alcohólicos reportó que el 75% de las mujeres habían sido amenazadas con daño físico; también se ha encontrado que el 92% de hombres arrestados por violencia doméstica habían consumido alcohol u otras drogas el día del ataque.

En un estudio realizado por Felson y Staff (2010) que examinó los datos de una muestra representativa de personas privadas de libertad en Estados Unidos (N = 16.698), se buscó aislar los efectos de la intoxicación en el comportamiento delictual violento a través del control del consumo crónico de alcohol y los delitos anteriores. Los resultados sugieren que la intoxicación tiene un mayor rol en el homicidio y en la agresión física y sexual, pero también tiene un rol en los robos y los asaltos. La evidencia fue consistente con la idea que el alcohol tiene mayores efectos en los delitos que implican confrontación personal, y por lo tanto aumenta el riesgo.

El Center for Substance Abuse Treatment (2012) reporta que en Estados Unidos se ha encontrado que 1 de 4 hombres que ejercen violencia doméstica también tienen problemas de consumo abusivo de drogas; que es más probable que las mujeres que presentan consumo abusivo de alcohol y otras drogas se conviertan en víctimas de violencia doméstica; y es más probable que las mujeres víctimas de violencia doméstica reciban prescripciones y se conviertan en consumidoras dependientes de tranquilizantes, sedantes, estimulantes y analgésicos, y es más probable que abusen del alcohol.

Bennett (2008) indicó que el consumo abusivo de alcohol y drogas es muy prevalente en los programas de intervención en violencia doméstica. En un estudio realizado con 840 hombres atendidos en diferentes lugares, el 56% de los participantes puntuó en el rango "tendencias alcohólicas" en el *Michigan Alcohol Screening Test*; y el 26% de los participantes tenía una historia de tratamiento por consumo abusivo de sustancias. Otro estudio encontró una prevalencia de "beber riesgoso" en el 68% de 150 hombres obligados por las cortes a tratarse por violencia doméstica.

Según el *The British Crime Survey*, el 32% de la violencia doméstica es atribuible al consumo abusivo de alcohol (Marteau, 2008).

Bennet (2008) también indicó que se han vinculado los efectos agudos de la intoxicación y los efectos crónicos del consumo de sustancias con violencia doméstica. Hutchison (1999) reportó que algunos estudios han comparado a las parejas en que hay abuso físico con parejas con conflicto y parejas satisfechas con su relación, y se ha encontrado que el consumo abusivo de alcohol, más que la cantidad y frecuencia del consumo, es el mejor diferenciador de esos grupos. En una muestra de hombres de un programa de violencia doméstica, se encontró que la violencia matrimonial era ocho veces más probable que ocurriera en un día cuando el hombre había bebido que en un día en que no había bebido.

Graham et al. (2011) en un estudio en colaboración realizado en 13 países, encontraron que los entrevistados describieron más agresión física en los 2 años anteriores cuando la pareja había estado ebria. Las puntuaciones de severidad fueron significativamente superiores cuando uno o ambos miembros de la pareja habían estado bebiendo. Esta relación no tuvo diferencias significativas para hombres y mujeres en los países en los cuales se realizó el estudio.

También se han realizado estudios cuyo objetivo ha sido investigar la vinculación del consumo de drogas ilegales con la violencia doméstica. Bennet (2008) reportó que un estudio realizado en 2004 en Estados Unidos con 151 abusadores obligados a tratarse por las cortes, el 53% había consumido marihuana y el 24% había consumido cocaína durante el último año; y casi 1 de 4 hombres (23%) consumía marihuana al menos 4 veces a la semana. Además, indicó Bennet (2008), la mayoría de los consumidores de drogas ilegales también son consumidores de alcohol. En un estudio realizado en 2004, se indicó que el consumo de drogas ilegales era un predictor independiente de violencia doméstica.

Smith et al. (2012) realizaron un estudio de los datos del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (2004–2005), que examinó la violencia doméstica y la victimización relacionada con el uso de alcohol y cocaína, y alcohol y marihuana. Los investigadores encontraron que los trastornos por consumo de alcohol y de cocaína estaban más fuertemente relacionados con violencia doméstica, mientras que los trastornos por consumo de marihuana y opioides estaban más relacionados con victimización por violencia doméstica. El diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y de marihuana disminuyó la probabilidad de violencia doméstica, mientras que el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol y cocaína aumentó la probabilidad de reportar violencia doméstica, comparado con sólo el trastorno por consumo de alcohol, pero disminuyó la probabilidad de violencia doméstica comparado con sólo el diagnóstico de trastorno por consumo de cocaína.

En Chile no se han realizado investigaciones específicas acerca de la prevalencia de consumo de alcohol y/o drogas ilegales en ofensores por violencia intrafamiliar, ni estudios específicos para indagar la prevalencia de violencia intrafamiliar entre las personas en tratamiento por consumo problemático de drogas ilegales y/o alcohol. Los datos estadísticos han sido obtenidos en forma indirecta, a saber:

- **ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN A HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR; PROGRAMA DEL MINISTERIO DE JUSTICIA EJECUTADO POR EL DEPARTAMENTO DE MEDIO LIBRE DE GENDARMERÍA DE CHILE (Morales et al., 2012):**

Los autores del estudio del impacto de ese programa (Morales et al., 2012) compararon a dos grupos de usuarios: grupo control (individuos que no ingresaron al programa) y grupo de tratamiento. La información acerca del consumo de sustancias es la siguiente:

<i>Uso de sustancias</i>	<i>Control</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Total</i>
<i>Alcohol</i>	<i>60%</i>	<i>48,36%</i>	<i>51,50%</i>
<i>Drogas ilegales</i>	<i>15,56%</i>	<i>6,56%</i>	<i>8,98%</i>

Respecto a la intensidad del maltrato, la caracterización de los individuos según el tipo de violencia intrafamiliar es la siguiente:

<i>Intensidad del maltrato</i>	<i>Control</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Total</i>
<i>Circunstancial</i>	<i>34,78%</i>	<i>37,70%</i>	<i>36,90%</i>
<i>Estructural</i>	<i>15,22%</i>	<i>11,48%</i>	<i>12,50%</i>
<i>Estructural Exclusiva</i>	<i>50,00%</i>	<i>50,82%</i>	<i>50,60%</i>

En ese estudio no se realizó un cruce entre la prevalencia del tipo de sustancias consumidas y la intensidad del maltrato.

En el cálculo de la probabilidad de reincidencia -efectuado por medio de un modelo estadístico- el análisis no permitió establecer una relación significativa entre el consumo de alcohol y la reincidencia; aunque el análisis indicó que el consumo de alcohol tendría un efecto positivo en la probabilidad de reincidencia.

Los autores de ese estudio (Morales et al., 2012) reflexionan que el consumo de alcohol podría tener estrecha relación con un aumento de la agresividad bajo los efectos de esa sustancia, y también podría ser un indicador de conducta adquirida producto del conflicto con la pareja.

Respecto al consumo de drogas ilegales y la probabilidad de reincidencia, se encontró que las personas que consumieron drogas antes del episodio de violencia tuvieron menos posibilidad de reincidir que los individuos no consumidores de drogas. Según los investigadores (Morales et al., 2012) este resultado es sorpresivo, y quizá tenga relación con factores que no fueron controlados y que, por lo tanto, fueron omitidos en la estimación del modelo estadístico utilizado.

Una probable explicación para este fenómeno -distinta a la que entregan esos investigadores- es que en el caso de los consumidores de drogas antes del episodio de violencia, el tipo de violencia ejercida por el ofensor puede haber correspondido a la categoría de violencia circunstancial; mientras que en los ofensores cuya violencia corresponde a violencia estructural, ésta puede relacionarse con trastornos mentales mayores o trastorno de personalidad primarios al consumo de sustancias (Carbajosa y Quinteros, 2008; Muñoz y Echeburúa, 2016; Szerman, Haro, Martínez-Raga y Casas, 2011); y la violencia estructural exclusiva se relaciona con la violencia de género, la cual no es provocada ni facilitada por el consumo de drogas ilegales, sino que se relaciona con la visión del individuo respecto a la relación hombre-mujer, y el control que debe ejercer sobre el comportamiento de la mujer para mantener una asimetría rígida (dominancia—sumisión) en la relación de pareja (Carbajosa y Quinteros, 2008; Muñoz y Echeburúa, 2016).

- **PERFIL DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO (TOP) (SENDA, 2016)**

El informe de SENDA acerca del perfil de resultados por medio de la administración del TOP (*Treatment Outcomes Profile*, desarrollado por la National Treatment Agency for Substance Misuse de Inglaterra y Gales, y adaptado por SENDA), a 1.242 usuarios adultos que ingresaron a tratamiento (73% hombres y 27% mujeres), entrega la siguiente información:

- a. La sustancia más consumida es alcohol (39,4%), seguido por la pasta base de cocaína (24,7%), marihuana (19,8%) y cocaína (16,0%).
- b. El 20,7% de las personas usuarias (hombres y mujeres) reportaron al ingreso a tratamiento estar involucradas en episodios de violencia intrafamiliar en las últimas 4 semanas; y el 11,5% reportó esos episodios a los tres meses de permanencia en tratamiento.

En el TOP, “violencia intrafamiliar” es definida como “maltrato físico o psicológico”.

En ese reporte no se informa de un cruce entre las variables sexo—sustancia consumida—violencia intrafamiliar. Además, la definición de “violencia intrafamiliar” es demasiado amplia y no permite diferenciar entre “violencia contra la pareja” y “violencia a miembros de la familia, distintos al cónyuge o la pareja”.

Respecto a los hallazgos informados, puede afirmarse lo siguiente:

- i. El consumo problemático de alcohol es la droga principal en las personas que han buscado o han sido derivadas a tratamiento; lo cual es congruente con los hallazgos nacionales y extranjeros, que muestran que el alcohol es la sustancia más consumida por la población, y la que presenta una mayor prevalencia de consumo abusivo (Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2015; SENDA, 2015).
- ii. La permanencia de tres meses en tratamiento ha permitido que el 9,2% de los usuarios (hombres y mujeres) reporten que no se ha involucrado en situaciones de “maltrato físico o psicológico”; lo cual podría ser interpretado como una consecuencia de la mejoría en la salud psicológica reportada por los usuarios (un aumento significativo según el análisis estadístico de las respuestas al TOP).

En síntesis, los estudios extranjeros y el estudio nacional del Programa de Intervención a Hombres que ejercen Violencia Intrafamiliar (Morales et al., 2012), permiten concluir que la población que ejerce violencia contra la pareja (violencia doméstica) presenta una mayor prevalencia de consumo de alcohol que de drogas ilegales.

Esta relación estadística ha conducido a la elaboración de teorías acerca del consumo de alcohol y la violencia doméstica.

2.2 TEORÍAS ACERCA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Las teorías que se han elaborado para explicar la correlación del consumo de alcohol y la violencia doméstica —al igual que las teorías de la relación del consumo abusivo de drogas y la comisión de delitos contra las personas y la propiedad (Goldstein, 1985)— son teorías acerca de una relación lineal entre el consumo de alcohol y el comportamiento violento (Aljames y Plaza, 2005; Bednar, 2003; Bennett y Holloway, 2005; Chartas y Culbreth, 2001); es decir, el consumo abusivo de alcohol produce violencia contra la pareja.

- i. **Modelo de desinhibición:** que sostiene que la violencia es el resultado de la disminución de las inhibiciones debido al consumo de alcohol. Este modelo indica que los efectos farmacológicos del alcohol en el sistema nervioso y el daño cognitivo asociado puede reducir la habilidad del individuo para moderar o redirigir los impulsos agresivos, aumentando el riesgo de violencia. Este modelo es congruente con un modelo de enfermedad del consumo abusivo de alcohol y drogas.

Marteau (2008) indica que el alcohol puede ser un catalizador de la violencia. El alcohol inhibe al neurotransmisor GABA, el cual es un inhibidor del comportamiento; debido a lo cual el individuo intoxicado está más propenso a perder el control. El autor afirma que el alcohol por sí mismo no precipita la violencia en el individuo intoxicado, sino que ésta se relaciona con variables del individuo y de su entorno cultural.

Aljames y Plaza (2005) afirman que el modelo de desinhibición no puede explicar dos cuestiones: (1) el abuso de alcohol no siempre conduce a la violencia; y (2) la prevalencia de la violencia relacionada con el alcohol varía según el contexto.

- ii. **Modelo de desinhibición aprendida o negación:** este modelo postula que los hombres se vuelven violentos debido a los efectos de las sustancias, ya que se espera que sean afectados de esa forma por las sustancias, y por lo tanto usan los estados de intoxicación como una excusa para comportarse en forma irresponsable o incluso actuar en forma agresiva. Este sería un modelo congruente con la teoría del aprendizaje social.
- iii. **Modelo de interferencia cognitiva:** este modelo considera a la violencia como un resultado indirecto del consumo abusivo de alcohol. En la medida que los estados de intoxicación alteran las habilidades cognitivas de los individuos, tienen como resultado una interferencia en la habilidad para resolver problemas, y una tendencia a malinterpretar las acciones de otras personas; esas alteraciones podrían aumentar la probabilidad de la agresión.

Gil-González et al. (2006) realizaron un estudio de meta-análisis de 11 estudios publicados entre 1996 y 2004, acerca de la asociación entre el consumo de alcohol en los hombres y violencia contra la pareja mujer. Los investigadores encontraron un elevado grado de heterogeneidad entre los estudios. La magnitud del efecto estuvo asociada inversamente con el año de publicación. Los autores del estudio concluyeron que la evidencia de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja es de baja calidad en los diseños de estudios, y puede estar sesgada por publicaciones de efectos positivos. Indican que hasta el año de su estudio no había suficiente evidencia empírica del consumo de riesgo de alcohol como un factor de riesgo en la violencia contra la pareja.

Foran y O'Leary (2007) indican que algunos estudios reportan un efecto nulo o una asociación débil entre el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja, mientras que otros estudios reportan una asociación moderada o una fuerte asociación. Los autores realizaron un estudio de meta-análisis con 50 estudios publicados entre los años 1980 y 2006, que cumplieron con los criterios de inclusión determinados por los autores. Los resultados del meta-análisis mostraron que había un efecto pequeño a moderado para la asociación entre el uso/abuso de alcohol y violencia ejercida por los hombres contra la pareja mujer, y se encontró un tamaño pequeño del efecto para la asociación entre el consumo/abuso de alcohol y violencia ejercida por las mujeres contra la pareja hombre.

Esos autores afirman que los resultados de su estudio apoyan la perspectiva que el beber problema está más asociado con la violencia contra la pareja que sólo el consumo de alcohol. Afirman que es necesario aceptar el hecho que la agresión contra la pareja es un fenómeno multi-determinado, en el cual pueden determinarse múltiples factores de riesgo que necesitan ser abordados en los casos individuales.

Los estudios de meta-análisis de Gil-González et al. (2006) y de Foran y O'Leary (2007) incluyeron estudios que indagaron la relación lineal del consumo de alcohol y violencia contra la pareja. Al igual como ocurrió en el campo de la relación del consumo de drogas—comisión de delitos (Bennett y Holloway, 2005; Brownstein y Crossland, 2003), las teorías de la relación consumo de alcohol—violencia contra la pareja han derivado hacia el desarrollo de teorías que intentan abarcar la complejidad de la violencia contra la pareja (Aljames y Plaza, 2005).

Smith et al. (2014) realizaron un estudio que colocó a prueba el modelo ecológico de la violencia contra la pareja (descrito en la sección 1.4 de este documento). Ese estudio se realizó por medio de una encuesta anónima online en 82 sitios en todo el mundo con miembros activos de la Fuerza Aérea estadounidense y esposas civiles (34.861 hombres y 24.331 mujeres). Los modelos de ecuación estructural final para hombres y mujeres apoyaron la relevancia de un enfoque ecológico de la violencia contra la pareja. Los factores de los 4 niveles (macrosistema, exosistema, microsistema, individuo) estuvieron asociados con violencia en general y violencia contra la pareja clínicamente significativa, con los factores relativamente distales de la comunidad y el lugar de trabajo operando vía las variables más proximales a nivel individual y familiar (relación y satisfacción).

En esa investigación, los problemas con el alcohol no predijeron en forma significativa la agresión contra la pareja, ni la violencia contra la pareja clínicamente significativa. Este hallazgo es similar a la evidencia que los problemas con el alcohol no tienen una influencia simple en la violencia de pareja, sino que están moderados por factores del individuo, de la relación de pareja y del desarrollo.

Respecto a la edad, se encontró que la agresión contra la pareja y la agresión contra la pareja clínicamente significativa estuvieron correlacionadas en forma negativa; es decir, a mayor edad disminuyeron los reportes de violencia contra la pareja. Este hallazgo es consistente con la literatura que ha mostrado que la violencia contra la pareja, otros tipos de agresión física y otros comportamientos delictuales disminuyen con la edad (Morales et al., 2012)⁶.

6. Este fenómeno tiene relación con el enfoque de la desistencia o desistimiento; es decir, al fenómeno que la mayoría de los infractores de ley en algún momento de su vida dejan de cometer delitos (Laub y Sampson, 2001). Sin embargo, la comisión de delitos no declina necesariamente con la edad, ya que en algunos tipos de delitos aumenta con la edad. La literatura de la desistencia indica que existen múltiples vías para la desistencia de la comisión de delitos contra la propiedad y las personas; algunas de las más importantes son la vinculación a un estilo de vida convencional, como casarse, obtener un empleo estable, una transformación en la identidad y el envejecimiento (Laub y Sampson, 2001). Según Giordano, Cernkovich y Rudolph (2002) la desistencia de la comisión de delitos requiere de un cambio previo en las cogniciones del individuo, o reestructurar la comprensión de sí mismo (Maruna, 1999).

Sin embargo, acerca de la relación de la edad y la violencia contra la pareja, Díaz et al. (2015) y Baptista y Perista (2008) advierten que los estudios de la violencia de género han estado centrados en la población en edad fértil; y algunos estudios muestran que el terrorismo íntimo (Johnson, 2006, 2011) continúa perpetuándose hasta la adultez mayor (Díaz et al., 2015).

Beinger, Davis y Fulmore (2010) reportaron que en un estudio realizado en 2004 en Estados Unidos se encontró que el abuso sexual y la violencia física contra la pareja en mujeres adultas mayores fueron ejercidas por el esposo/pareja, seguido por el abuso emocional, la violación de derechos, y el abuso financiero.

En un artículo recientemente publicado, De Donder et al. (2016) reportaron un estudio realizado en Europa con mujeres mayores en Austria, Bélgica, Finlandia, Lituania y Portugal; los investigadores encontraron que las mujeres que estaban casadas tenían un mayor riesgo de experimentar alta densidad de abuso (pero que ocurría en forma ocasional); en forma similar, fue más probable que las mujeres que estaban casadas y que reportaron una salud mental deficiente, retraimiento y escasas relaciones sociales, o que se sentían solas, reportaran elevada densidad de abuso que ocurría a menudo.

Los investigadores encontraron una relación significativa entre el país y la severidad del abuso. Los niveles elevados de abuso de las mujeres mayores estuvieron significativamente relacionados con bajos niveles de educación, una elevada tasa de dependencia, elevada inequidad de género, y elevada densidad de población.

En síntesis, la violencia contra la pareja es un fenómeno complejo, en el cual no puede atribuirse una causalidad lineal al consumo problemático de alcohol en la ocurrencia de ese tipo de violencia, y hay ofensores que continúan ejerciendo violencia contra la pareja hasta la adultez mayor.

En la próxima sección se describirán los modelos de tratamiento usuales para los ofensores que ejercen violencia contra la pareja, y se revisarán los hallazgos de la literatura acerca de la efectividad del tratamiento.



CAPITULO 3

TRATAMIENTOS PARA OFENSORES QUE EJERCEN VIOLENCIA
CONTRA LA PAREJA Y SU EFECTIVIDAD

En esta sección se revisan los principios y técnicas de cuatro modelos de tratamiento para ofensores que ejercen violencia contra la pareja, y se analiza la investigación acerca de la efectividad del tratamiento con esta población.

3.1 MODELO DE DULUTH

El *Duluth Domestic Abuse Intervention Project (DAIP)*, establecido en 1981, fue diseñado como un programa de intervención alternativo a pena de reclusión para ser aplicado a hombres que han ejercido violencia contra la pareja; y cuya meta es proteger a las víctimas de la reincidencia de la violencia, y colocar la responsabilidad de la intervención en la comunidad para asegurar la seguridad de las mujeres. Las intervenciones de este modelo fueron diseñadas por un pequeño grupo de activistas en el movimiento contra la violencia contra la mujer; para ser implementado por profesionales en grupos de hombres obligados por la corte a asistir al programa (Corvo, Dutton y Chen, 2009).

Los principios centrales de este modelo son los siguientes (Pender, 2012):

- a. Cuando sea posible, el peso de la confrontación del ofensor debiera estar en la comunidad y no en la sobreviviente;
- b. Para que ocurran cambios fundamentales debe existir una respuesta coordinada de la comunidad, y los practicantes deben trabajar dentro del rango de su entrenamiento, descripción del cargo, y prácticas estándar que están organizadas en torno al cambio;
- c. La intervención debiera ser en respuesta a la totalidad del daño ocasionado por la violencia, y no estar centrada en un incidente específico o castigo;
- d. La protección de la sobreviviente es lo más importante si las múltiples metas están en conflicto; y
- e. Las prácticas de intervención debieran representar un compromiso de la responsabilidad hacia la sobreviviente del abuso.

El programa se centra en la deconstrucción de los fundamentos de los episodios de violencia en los motivos de poder y control, y reemplazarlos por un modelo equitativo de la relación. En este enfoque, la violencia contra la mujer no es vista como un episodio, sino que como una expresión del control sistemático del hombre, con abuso emocional, económico, sexual y verbal, cuya función es intimidar y subyugar a la mujer (Mankowski, Haaken y Silvergleid, 2002).

El programa se compone de 8 temas en una secuencia estructurada, con tres sesiones a la semana, con un total de 24 sesiones. Los temas incluyen la no violencia, el comportamiento que no es amenazante, respeto, confianza y apoyo, honestidad y responsabilidad, respeto sexual, compañerismo, y negociación y justicia. La sesión de la semana en cada tema es usada para explorar y practicar el comportamiento no controlador y no violento; los participantes intervienen en juegos de rol de alternativas no controladoras a los episodios de control que han sido descritos. En algunas oportunidades, se realizan ejercicios en construcción de habilidades como el *time-out*⁷, diálogo interno positivo, asertividad y habilidades de comunicación (Mankowski, Haaken y Silvergleid, 2002).

7. Retirarse de la situación en la cual es probable que el individuo ejerza violencia contra la pareja.

Este modelo recibió diversas críticas en la década pasada y continúa siendo criticado en la década actual:

- No toma en consideración la investigación científica acerca de los déficits en el control y el manejo de la rabia de los agresores (Dutton y Corvo, 2007).
- Tampoco considera la psicopatología que pueden presentar los ofensores (Dutton y Corvo, 2007).
- La violencia contra la pareja es vista sólo como violencia unilateral (sólo de hombres hacia las mujeres, sin considerar la violencia cruzada) (Dutton y Corvo, 2007).
- Es un modelo que no ha tomado en cuenta los hallazgos de la investigación contemporánea acerca de los ofensores que ejercen violencia contra la pareja, ni los enfoques contemporáneos de la tipología de ofensores (Bohall, Bautista y Musson, 2016).
- No toma en consideración la variabilidad cultural en el sistema de creencias de las personas (Bohall, Bautista y Musson, 2016).
- No cumple con los estándares aceptados en Estados Unidos para las terapias de grupo (*Association for Specialist in Group Work, ASGW; Pender, 2012*).
- La evidencia de la efectividad de este modelo es contradictoria y débil (Corvo, Dutton y Chen, 2009; Dutton y Corvo, 2007).

3.2 PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE ENRIQUE ECHEBURÚA

Echeburúa y Fernández-Montalvo publicaron en el año 1997 (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) los resultados de un estudio piloto de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para hombres que ejercen violencia contra la pareja. Echeburúa (2013) informa que a partir de ese trabajo pionero en España se han desarrollado diversos programas de tratamiento, para ser provistos en la prisión, o medidas judiciales de suspensión o sustitución de la condena; también informa que el programa desarrollado es provisto en un contexto comunitario no judicial.⁸

Los fundamentos para proveer un tratamiento cognitivo-conductual a los hombres que ejercen violencia contra la pareja, es que esos individuos son responsables de sus conductas (es decir, son legalmente imputables), pero presentan limitaciones psicológicas importantes (control de impulsos, abuso de alcohol, su sistema de creencias, habilidades de comunicación y de solución de problemas, control de los celos, entre otros déficits); y la meta del tratamiento es fomentar el desarrollo de habilidades para que el individuo controle su conducta actual y reduzca la probabilidad de repetir la conducta violenta en el futuro (Echeburúa et al., 2004).

El programa desarrollado por Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) es implementado en un formato individual (con excepción del programa piloto implementado con hombres reclusos, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

8. Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009) publicaron un estudio piloto de la administración de su programa de tratamiento a 148 hombres reclusos en 18 prisiones españolas.

El tratamiento es administrado sólo a los hombres que ejercen violencia de pareja, sin sesiones conjuntas con la pareja al menos en las primeras fases del tratamiento. Los autores indican que la presencia de la violencia distorsiona la relación de pareja, lo que impide la terapia conjunta: la mujer estaría muy inhibida o rabiosa en presencia de su pareja, y no se beneficiaría en ese contexto de tratamiento. Por otro lado, afirman los autores, cuando el agresor exige terapia de pareja desde el primer momento, no se responsabiliza de la violencia ejercida ni muestra signos de tener conciencia de su problema o disposición para cambiar (Echeburúa et al., 2004).

El tratamiento es administrado por un psicólogo clínico en 20 sesiones, se realiza una sesión semanal de una hora, con una duración total del programa de cinco meses (20 horas). El programa tendrá un seguimiento de 1-2 años (Echeburúa, 2013).

Echeburúa (2013) afirma que es conveniente proponer un tratamiento breve, de alrededor de 6 meses, y, siempre que se pueda, en un horario y lugar compatibles con la vida cotidiana del individuo. También es necesario generar expectativas realistas de cambio; por ejemplo, eliminar la ira o los celos por completo es una meta poco probable de alcanzar, pero sí lo es mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada con el aprendizaje de nuevos recursos psicológicos.

Según ese autor, es un programa de tratamiento breve, bien estructurado, con objetivos terapéuticos concretos, con un formato de módulos flexible, adaptado a las necesidades específicas del usuario, facilita su motivación.

Echeburúa et al. (2004) y Echeburúa (2013) indican que el hombre agresor contra la pareja debe cumplir con requisitos previos antes de comenzar con la intervención clínica propiamente tal: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, el daño producido a la pareja, mostrar una motivación mínima para el cambio, y aceptar los principios básicos del tratamiento (asistencia, realización de las tareas) y compromiso de interrupción total de la violencia.

Para fomentar la motivación del agresor, las intervenciones en las primeras sesiones del programa están orientadas por el enfoque Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente, y consisten en estrategias motivacionales. En la Tabla 2 se presentan los contenidos del tratamiento y las estrategias utilizadas.

TABLA 2
Programa de tratamiento y técnicas terapéuticas del modelo de tratamiento cognitivo-conductual del grupo de trabajo de Echeburúa (tomado de Echeburúa, 2013, p. 89)

Contenidos	Técnicas terapéuticas
a. Motivación (1ª – 4ª sesión) Aspectos motivacionales y empatía.	Exposición a imágenes audiovisuales. Discusión racional y reestructuración cognitiva.
b. Síntomas psicopatológicos (5ª – 18ª sesión).	
b.1. Primer nivel de intervención (5ª – 9ª sesión).	
• <i>Ira descontrolada</i>	Explicación del ciclo de la violencia y la escalada de la ira. Suspensión temporal. Distracción cognitiva. Entrenamiento en auto-instrucciones.
• <i>Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas.</i>	Educación sobre la igualdad de los sexos. Reestructuración cognitiva.
• <i>Ansiedad/Estrés</i>	Relajación
b.2. Segundo nivel de intervención (10ª – 14ª sesión).	
• <i>Déficits en la autoestima.</i>	Reevaluación cognitiva.
• <i>Celos patológicos.</i>	Reestructuración cognitiva y saciación.
• <i>Consumo abusivo de alcohol.</i>	Programa de bebida controlada.
b.3. Tercer nivel de intervención (15ª – 18ª sesión).	
• <i>Déficits de asertividad y comunicación.</i>	Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
• <i>Déficits en la resolución de problemas.</i>	Entrenamiento en solución de problemas.
• <i>Déficits en las relaciones sexuales.</i>	Educación sobre la sexualidad de la pareja.
• <i>Prevención de recaídas (19ª – 20ª sesión).</i>	
• <i>Identificación de situaciones de riesgo.</i>	Entrenamiento en la aplicación de pautas de actuación urgentes.
• <i>Estrategias de afrontamiento adecuadas.</i>	

Los estudios de resultados de este modelo de tratamiento se revisan en la sección 4.5.

3.3 INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON PERSONAS QUE EJERCEN VIOLENCIA DE GÉNERO DE QUINTEROS Y CARBAJOSA (2008).

Este programa de tratamiento para agresores que ejercen violencia contra la pareja fue diseñado para ofensores que ejercen violencia estructural exclusiva (terrorismo íntimo); y sus fundamentos conceptuales se basan en la teoría generacional, la teoría sistémica, la perspectiva psicoanalítica, el modelo ecológico, y el enfoque de género.

Para esos autores, para que un tratamiento sea efectivo, éste debe administrarse dentro de una red de coordinaciones institucionales que aborde la violencia en sus diversas dimensiones. También requiere que el equipo de trabajo se comprometa con un número de principios, que sean compartidos por todos los miembros, con independencia de su posición teórica o clínica: que el agresor pueda establecer relaciones no violentas con su familia, y proteger a las víctimas de los malos tratos.

Es un tratamiento estructurado, en el formato de un protocolo, con objetivos específicos para cada persona, y que se ajuste a las características de ésta. Combina metodologías de tratamiento individual y grupal, y actividades de psicoeducación; sin un período de tiempo preestablecido.

El tratamiento se estructura en 3 fases:

- a. **Fase de ingreso:** orientado al fomento de la motivación y adherencia al tratamiento del usuario, y evaluación psicosocial de las necesidades específicas del individuo (por medio de la administración de cuestionarios y test psicológicos). Las estrategias para el fomento de la motivación están orientadas por el Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente y la Entrevista Motivacional.
- b. **Fase de tratamiento:** esta fase se realiza en un año y medio, con sesiones de 2 horas de duración y frecuencia semanal, en modalidad de grupo abierto, con un máximo de 10 participantes. Las fases del tratamiento están estructuradas de acuerdo al enfoque Transteórico del Cambio. Se busca que los usuarios alcancen ciertos objetivos, los mismos para los participantes en modalidad de grupo o individual.

La Tabla 3 muestra los componentes de la fase de tratamiento.

TABLA 3
Componentes de la fase de tratamiento (tomado de Quinteros y Carbajosa, 2008; y Morales et al, 2012, p. 38)

FASES DEL TRATAMIENTO	OBJETIVOS	ÁREAS DE INTERVENCIÓN
1ª Fase CONTEMPLATIVA	▶ Asumir la responsabilidad por la conducta violenta; ampliar la conciencia de problema. ▶ Motivar a la persona para el tratamiento. ▶ Identificar las dificultades en las distintas áreas (social, laboral, familiar). ▶ Desarrollar herramientas para el cese de la violencia física. ▶ Establecer la dinámica grupal	Área cognitiva ▶ Hacer conscientes las distorsiones cognitivas que tienden a producir argumentos que minimizan o niegan su conducta violenta o que tienden a culpabilizar a la víctima. Fundamentalmente las ideas sexistas. ▶ Hacer consciente los pensamientos negativos, generalmente distorsionados (celos desmedidos, percibir provocaciones, etc.), que aumentan su malestar en las distintas áreas de su vida: familiar, laboral, social. ▶ Conocer los mecanismos de pensamiento utilizados para el manejo del estrés. ▶ Identificar las distintas áreas de conflictos. Área afectiva: ▶ Percepción y reconocimiento de los sentimientos, especialmente de la ira y el enfado. ▶ Comienzo de intervenciones tendentes a incrementar la autoestima. Área conductual e interaccional: ▶ Aprendizajes de mecanismos que permitan anticiparse al desencadenamiento de la conducta violenta. ▶ Toma de conciencia de la forma en que se enfrentan los conflictos: falta de empatía y asertividad.

FASES DEL TRATAMIENTO	OBJETIVOS	ÁREAS DE INTERVENCIÓN
2ª Fase PROCESO DE CAMBIO O ACCIÓN	▶ Cese de todo tipo de violencia y maltrato en las relaciones. ▶ Restructurar y rectificar todos los factores y creencias que mantienen el comportamiento violento y la desigualdad de poder en las relaciones. ▶ Promover ideas y pensamientos que tiendan a la igualdad en las relaciones familiares. ▶ Desarrollar nuevos comportamientos y actitudes para afrontar los conflictos. ▶ Mejorar las habilidades sociales para romper el aislamiento. ▶ Manejo de las emociones y del estrés. ▶ Consolidación de la dinámica grupal.	Área cognitiva ▶ Cambios en las actitudes estereotipadas en relación a los roles sexuales. ▶ Rectificación de los pensamientos y creencias que justifican su violencia. ▶ Racionalización realistas de las ideas celotípicas. ▶ Elaboración del maltrato o el abandono que pudieron haber sufrido en su infancia o la violencia de género de sus padres. ▶ Flexibilidad del pensamiento rígido (todo o nada) que permita elaborar distintas ideas con respecto a un problema. Área afectiva: ▶ Manejo del estrés diario y de la ansiedad. ▶ Expresión adecuada de los sentimientos negativos: temor, enojo, angustia, etc. ▶ Incremento de la autoestima. ▶ Aumento de la tolerancia a la frustración. ▶ Reducción de la elevada dependencia afectiva hacia los demás. Área conductual: ▶ Aumento de las redes sociales y abandono del aislamiento. ▶ Brindar pautas de establecimiento de relaciones interpersonales no violentas. ▶ Resolución de conflicto de forma no violenta.

TABLA 3 (continuación)

FASES DEL TRATAMIENTO	OBJETIVOS	ÁREAS DE INTERVENCIÓN
3ª Fase MANTENIMIENTO	▶ Reelaborar y consolidar los cambios. ▶ Prevenir posibles recaídas.	▶ Disparadores personales de la violencia (emocionales, cognitivos). ▶ Identificación y resolución de situaciones conflictivas (estilo de afrontamientos). ▶ Habilidades sociales y de comunicación adquiridas. ▶ Roles de pareja y de padres. ▶ Situaciones de crisis y emergencias. ▶ Cierre y preparación para el proceso de seguimiento. ▶ Plan individual de prevención de recaídas.

- c. *Fase de seguimiento:* de duración de 2 años, cuyo objetivo es consolidar la mejoría alcanzada en el tratamiento, reforzar los logros y prevenir dificultades y recaídas.

El seguimiento se estructura del siguiente modo:

- Primer semestre: una sesión mensual.
- Segundo semestre: una sesión bimensual.
- Tercer semestre: dos sesiones trimestrales.
- Cuarto semestre: contacto telefónico bimensual.

3.4 ENFOQUE NARRATIVO DE A. JENKINS (JENKINS, 1990, 2009)

El enfoque de tratamiento propuesto por Jenkins tiene como marco conceptual tres teorías: enfoque de género, teoría del contexto de G. Bateson (1972/1991) y la teoría de la restricción de M. White (1986)

Según Jenkins (1990), puede considerarse a los hombres que ejercen violencia contra la pareja como personas que sostienen valores y creencias que actúan como *restricciones* a la aceptación de la responsabilidad por las acciones abusivas y al desarrollo de relaciones sensibles y respetuosas hacia los demás. Esas restricciones están reflejadas en la forma en que los hombres abusadores (y otros) construyen explicaciones para sus acciones abusivas y sus estereotipos para relacionarse con los demás. Según ese autor, el comportamiento de los hombres que ejercen violencia contra la pareja tiende a ser muy consistentes con su visión restringida de sí mismos y sus relaciones, y el contexto en el cual experimentan y expresan esa visión.

Las *restricciones* son definidas por Jenkins como tradiciones, hábitos y creencias que influyen en la forma en que los hombres abusivos otorgan sentido y participan en el mundo⁹. Incluyen a los factores que pueden impedir a esos hombres asumir la responsabilidad para establecer relaciones respetuosas y sensibles en algunos contextos, y aceptar la responsabilidad de su comportamiento abusivo. Generalmente los hombres abusivos se comportan de modo muy consistente con su visión restringida del mundo.

De acuerdo a este modelo, las restricciones no ocasionan el comportamiento abusivo. Cuando esas restricciones están activas e influyen en la vida de los hombres, pueden impedir que el hombre acepte la responsabilidad por sus propias acciones. Aunque es cierto que es probable que un hombre con muchas restricciones se comporte en forma abusiva, la presencia de esas ideas restrictivas no garantiza que ese individuo abuse de otros.

La intervención terapéutica está orientada por los siguientes principios: (a) seguridad y bienestar de las personas que están en riesgo; (b) promoción de la aceptación de la responsabilidad de los individuos para afrontar y responder a sus propias acciones abusivas; (c) fomento de la responsabilidad por las propias acciones; (d) respeto hacia el agresor, y promoción de la integridad hacia sí mismo y los demás; y (e) fomento de la equidad y la justicia, tanto para el agresor, su familia y la comunidad (Jenkins, 2009).

A diferencia del modelo de tratamiento del grupo de Echeburúa, y el modelo de Quinteros y Carbajosa, los textos de Jenkins no definen fases estructuradas para la intervención, sino que proponen intervenciones de deconstrucción del discurso en los hitos de una travesía hacia la responsabilidad y el comportamiento ético.

3.5 EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

En esta sección se revisan estudios acerca de la efectividad de los tratamientos para hombres agresores contra la pareja. En primer lugar, se examinan los resultados encontrados por el grupo de Echeburúa para el tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por ellos, y posteriormente se revisan estudios sistemáticos y de meta-análisis de programas de tratamiento.

Tanto Quinteros y Carbajosa (2008) como Jenkins (1990, 2009) no han publicado estudios de resultados de la aplicación de su enfoque.

Echeburúa et al. (2009) publicaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los resultados de la implementación del programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por ese grupo de investigadores, efectuado en un marco comunitario durante 10 años. La muestra estuvo compuesta por 196 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio. Se usó un diseño experimental de medidas repetidas (pre-tratamiento, post-tratamiento, y seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses). La pérdida de usuarios en el seguimiento fue del 46% al cabo de un año.

9. Mandatos culturales que sostienen que el éxito personal se basa en la obtención de estatus y poder; que promueven la propiedad sobre las cosas y las personas, y legitiman la violencia. Visión tradicional de los roles en la relación de pareja: dominio del hombre y subordinación de la mujer. Mandatos culturales para la construcción de la masculinidad tradicional. Otras restricciones tienen relación con la definición del estatus y los roles en la familia tradicional (patriarcal), y las restricciones individuales descritas en la literatura como autoestima deficiente y distorsiones cognitivas.

Sólo el 43,5% de los hombres que acudieron al servicio en busca de información se incorporaron al programa; del total de participantes que ingresaron al programa (N=196), el 45% lo abandonaron prematuramente, cuando la alianza terapéutica aun no era sólida. Echeburúa et al. (2009) interpretan el rechazo a ingresar al programa y el abandono prematuro, como un indicador de la escasa y fluctuante motivación de los ofensores, así como también la utilización de la negación o la minimización del problema, como una estrategia de afrontamiento para encarar el rechazo social y penal que suscita la violencia contra la pareja.

Los resultados obtenidos con los participantes que completaron el programa, mostraron en la evaluación posterior al tratamiento, que en el 88% de la muestra tratada habían desaparecido los episodios de maltrato, según el informe del sujeto y la información suministrada por la víctima a lo largo del proceso de evaluación. Sin embargo, estos resultados son preliminares dada la pérdida de usuarios en el seguimiento.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009) informaron de un estudio cuasi-experimental de la aplicación de su programa de tratamiento cognitivo-conductual de 20 sesiones con 148 hombres condenados por violencia grave contra la pareja, reclusos en 18 prisiones españolas.

Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: (a) ser varón adulto (entre 18 y 65 años), (b) cumplir condena por un delito grave (homicidio, intento de homicidio o lesiones graves), (c) no sufrir ningún trastorno mental grave ni ninguna enfermedad física invalidante, y (d) participar en forma voluntaria en el programa, una vez que había sido informado debidamente de las características del mismo.

El 68,2% de los sujetos completó el programa. Se observó que los sujetos que permanecieron en el programa presentaban antecedentes penales, y quienes lo abandonaron no presentaban antecedentes penales antes de la condena.

Los resultados obtenidos en los participantes que completaron el programa fueron los siguientes: modificación significativa de los sesgos cognitivos sobre la inferioridad de la mujer, así como también de la violencia como forma válida de afrontar las dificultades cotidianas; reducción de síntomas psicopatológicos, de la impulsividad y de la ira; y, un aumento significativo de la autoestima. Se encontró que la alta impulsividad y los síntomas depresivos antes del tratamiento fueron predictores de resultados terapéuticos más pobres. Los hallazgos de este estudio son limitados, porque no se realizó un seguimiento de la población intervenida luego de obtenida la libertad, por lo cual se desconoce el impacto del tratamiento en la reducción de la reincidencia.

Echeburúa (2013) indica que la adherencia al tratamiento de hombres que ejercen violencia contra la pareja es mayor en los contextos institucionales, como la prisión, porque los internos cuentan con mayores incentivos y expectativas (obtención de beneficios penales. Sin embargo, no se puede afirmar que esos internos generalizarán los resultados del tratamiento en la vida futura en libertad). Según ese autor, el mejor método para garantizar la asistencia a tratamiento es la supervisión cercana de los casos. Y respecto al pronóstico del tratamiento (predicción de la finalización apropiada del tratamiento), menciona las siguientes variables: vivir en pareja al inicio al tratamiento, no haber mostrado conductas violentas bajo los efectos de alcohol/drogas, tener estabilidad en la vida, y no haber cometido otros tipos de delitos anteriormente.

A continuación, se revisan otras investigaciones publicadas que han estudiado el efecto en la reducción del riesgo de reincidencia de los individuos que han participado en programas de tratamiento para ofensores que ejercen violencia contra la pareja.

Lila et al. (2014) publicaron un estudio de un programa de tratamiento (basado en el modelo ecológico) que tuvo dos objetivos: a) determinar las necesidades de tratamiento y su asociación con la reincidencia, y b) analizar las características pre-tratamiento relacionadas con una mayor probabilidad de cambio. Las investigadoras encontraron ganancias en asunción de la responsabilidad, gravedad percibida y reducción del riesgo de reincidencia; y las puntuaciones de los agresores en control de la ira, impulsividad, apoyo social, consumo de alcohol y gravedad del delito, predijeron significativamente la reducción del riesgo de reincidencia.

Pérez Ramírez et al. (2013) publicaron un estudio que evaluó un programa de intervención para agresores de pareja (PRIA) aplicado en la comunidad. En ese estudio se asignó a 770 usuarios condenados por delitos de violencia de género a un grupo de tratamiento y a un grupo de control. Ambos grupos fueron evaluados antes y después de la implementación del programa. Los resultados revelan que los sujetos tratados evidencian un cambio terapéutico significativo en variables tales como sexismo, celos patológicos, ira, entre otras. Sin embargo, no se midió el efecto sobre la reincidencia de los usuarios.

Alexander et al. (2010) reportaron una investigación que evaluó el programa *Stages-of-Change Motivational Interviewing* (SOCMI) en comparación con terapia cognitivo conductual estándar y reeducación en género (CBTGR) en una muestra de 528 hombres agresores de la pareja asignados al azar a 49 grupos de tratamiento de 26 semanas de duración. El programa SOCMI evidenció reducciones significativas en los reportes de agresión física realizados por las parejas mujeres, pero no se observó reducción significativa en la agresión auto-reportada por los propios agresores.

Herman et al. (2014) reportaron un estudio que examinó los efectos de una intervención basada en el modelo Duluth, aplicada a 156 hombres agresores de la pareja. Tras un período de seguimiento de 9 años después de completar el programa, se observó que haber completado la intervención no se asocia a menores niveles de reincidencia. Sin perjuicio de lo anterior, los sujetos que completaron el programa de 24 semanas de intervención reportaron reducciones en la conducta física y verbalmente agresiva durante el período de seguimiento, lo cual no coincidió con los registros oficiales de reincidencia.

Mills et al. (2013) informaron de una investigación que evaluó la eficacia potencial de un programa de tratamiento para hombres que cometen violencia doméstica basado los principios de la justicia restaurativa, denominado *Círculos de Paz* (CP), en comparación con un programa de tratamiento tradicional grupal administrado en Arizona (EEUU). El estudio asignó en forma aleatoria a una muestra de 152 agresores a *Círculos de Paz* o al programa tradicional, entre septiembre de 2005 y marzo de 2007. Tras un seguimiento de 24 meses, los resultados revelan que los participantes de CP muestran menos reincidencia que los casos de control durante todo el periodo de seguimiento, pero esta diferencia sólo es estadísticamente significativa en el seguimiento realizado en el mes 12. En las demás medidas de seguimiento aplicadas a los 6, 18 y 24 meses las diferencias no tienen significación estadística.

Akoenski et al. (2013) realizaron una revisión sistemática de la efectividad de programas para agresores contra la pareja en Europa, encontrando sólo 12 estudios elegibles en términos de calidad metodológica, con muestras de 9 a 322 sujetos, abarcando 1.586 agresores en total. Aunque las evaluaciones muestran varios efectos positivos después del tratamiento, los problemas metodológicos relativos al diseño de las evaluaciones no permitieron a los autores atribuir estos hallazgos a los programas.

Otra revisión sistemática realizada por Eckhardt et al. (2013) resumió los resultados de programas de tratamiento para agresores de la pareja, comparados con distintas condiciones de control. Se consideraron todos los estudios publicados en la materia desde 1990 usando diseños experimentales

o cuasi-experimentales. Se incluyó 20 estudios de evaluación de programas tradicionales (cognitivo-conductual y modelo Duluth) y 10 estudios sobre la eficacia de programas tradicionales en formatos alternativos. Los 20 estudios de evaluación de programas tradicionales abarcan una muestra total de 20.829 participantes, de los cuales 91,3% ingresaron por orden judicial. 9 de estos estudios mostraron diferencias significativas en beneficio del grupo de tratamiento, 8 usando métodos cuasi-experimentales y 1 usando un diseño aleatorio. Los 10 estudios de eficacia de tratamientos alternativos aluden a intervenciones breves e intervenciones motivacionales. De estos estudios, 4 compararon el grupo intervenido con un grupo de casos no tratado, de los cuales 3 reportaron reducción de reincidencia. Eckhardt et al. (2013) sostienen a pesar de los efectos positivos reportados, debido a los múltiples problemas metodológicos observados en los estudios revisados, puede concluirse que los programas para agresores de la pareja no cuentan con evidencia de efectividad relativa respecto a grupos de comparación sin acceso a intervención.

Maxwell et al. (2010) informaron acerca de cinco experimentos aleatorios realizados entre los años 1990 y 2005 para medir la efectividad de programas de intervención para agresores de la pareja, de los cuales solamente uno muestra efectos positivos sobre la reincidencia en violencia doméstica. Los análisis posteriores de los datos de este experimento revelan que la reducción de reincidencia se acota al periodo de intervención, y que no es probable que este efecto persista tras el término del tratamiento.

Arias et al. (2013) reportaron una revisión meta-analítica de la eficacia de los programas de tratamiento a agresores de la pareja, basada en informes publicados desde 1975 a 2013. Los autores identificaron 19 estudios que, en conjunto, reportan 49 tamaños de efecto y abarcan una muestra total de 18.941 agresores. En general, se apreció que el tratamiento presenta un tamaño del efecto medio ponderado positivo, pero no significativo ($d = 0.41$).

En base a la revisión de las investigaciones, puede concluirse que los estudios de mejor calidad metodológica no permiten sostener que exista, todavía, un programa de tratamiento para tratar ese problema de manera consistentemente exitosa.

Eccheburúa (2013) aporta la siguiente reflexión acerca de la efectividad de los programas de tratamiento para agresores de pareja:

- a. Se requiere un acuerdo acerca de los términos y conceptos usados por los autores de los distintos programas de tratamiento. El estado actual dificulta la investigación.
- b. Los programas que se han investigado poseen contenidos y enfoques diversos, lo cual dificulta la comparación de los resultados.
- c. El enfoque de género es muy variable entre los programas.
- d. Sugiere que para mejorar la calidad de los programas (y facilitar la retención de los participantes) es necesario adaptarlos a las necesidades específicas de cada persona, o tomar en consideración el subtipo al que pertenece el agresor (toda vez que la población que agrede a la pareja es una población heterogénea; Bennett, 2008).
- e. Por otro lado, debido a la característica multi-componente de intervenciones de los programas, se dificulta establecer el peso específico de cada uno de ellos.
- f. Al depurar el contenido del tratamiento, podría conocerse el perfil de los participantes que

finalizan el tratamiento, en comparación con los que lo rechazan o lo abandonan; analizar los resultados en función de la procedencia de los participantes, y del tipo de agresores; y colocar a prueba distintos formatos de tratamiento (individual/grupal).

- g.** Otro reto para la investigación es el mantenimiento de los resultados terapéuticos a largo plazo, para lo cual se requiere conocer con más detalle las variables relacionadas con la reincidencia (recaída). Echeburúa menciona los siguientes factores de recaída: estresores vitales (cesantía, dificultades económicas, enfermedad o muerte de personas cercanas, conductas problemáticas en los hijos); uso o abuso de sustancias adictivas, infidelidades y otras traiciones en la pareja (actuales o pasadas), y conflictos de pareja no resueltos.



CAPITULO 4

INTEGRACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA INDIVIDUOS QUE EJERCEN
VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA Y EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
POR CONSUMO DE ALCOHOL

Al tomar en consideración los hallazgos de la investigación acerca de la prevalencia de consumo abusivo de alcohol en la población que ejerce violencia contra la pareja, la prevalencia de violencia contra la pareja en la población que presenta consumo abusivo de alcohol, el impacto del abuso de alcohol en la reincidencia de la violencia contra la pareja en individuos que ejercen violencia contra la pareja (Echeburúa, 2013), las consecuencias en la salud de las mujeres que son víctimas de violencia en la pareja (Amor, Echeburúa y Carrasco, 2016; Muñoz y Echeburúa, 2016; OMS, 2003), y el impacto en la familia (Hughes, 2014; Patró y Limiñana, 2005; Ulloa, 1996), es necesario proveer tratamiento especializado a los usuarios en las siguientes circunstancias:

- a.** Tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol a ofensores que han sido referidos o que han ingresado en forma voluntaria a programas de tratamiento para hombres que ejercen violencia contra la pareja, y que presentan abuso o trastorno por consumo de alcohol;
- b.** Tratamiento para la agresión contra la pareja a ofensores por violencia contra la pareja (violencia intrafamiliar) que han sido referidos por el Tribunal de Familia a programas para tratar el trastorno por consumo de alcohol y/o de drogas ilegales; y
- c.** Tratamiento para la agresión contra la pareja de usuarios que han ingresado a tratamiento por trastorno de consumo de alcohol y/o drogas ilegales, en los cuales se ha identificado que ejercen violencia contra la pareja.

En el país, la oferta de tratamiento para ofensores que ejercen violencia contra la pareja, financiado por el Estado (por intermedio de SERNAM), es entregado en 15 Centros que se encuentran en las capitales de las Regiones (Programa “Hombres por una vida sin violencia”¹⁰). El modelo de tratamiento de ese programa ha sido diseñado exclusivamente para ofensores que ejercen violencia contra la pareja cuya tipología corresponde a “violencia estructural exclusiva” o “terrorismo íntimo”, que no presentan antecedentes de trastorno por consumo de sustancias, ni trastornos mentales comórbidos.

Es probable, por lo tanto, que los ofensores que ejercen violencia contra la pareja y que presentan trastorno por consumo de sustancias (principalmente alcohol) y/o trastornos comórbidos, sean referidos desde ese programa o desde el Tribunal de Familia a centros de tratamiento de la red de salud en convenio con SENDA (convenio SENDA-MINSAL).

Los ofensores por violencia contra la pareja que han sido condenados a Libertad Vigilada Intensiva por el Tribunal de Garantía (Ministerio de Justicia, 2012), están obligados a participar en un programa específico provisto en el Centro de Reinserción Social (CRS) de Gendarmería. Ese Centro no provee tratamiento para el consumo abusivo de sustancias, ni tampoco provee tratamiento de salud mental para trastornos mentales comórbidos; por lo cual, se esperaría que los ofensores que ejercen violencia contra la pareja y que presentan trastorno por consumo de sustancias sean referidos a centros de la red de salud en convenio con SENDA.

La referencia de esos usuarios a la red de salud en convenio con SENDA, supone diversos escenarios para los centros de tratamiento:

- a.** Ofensores derivados desde el programa “Hombres por el fin de la violencia”, que presentan trastorno por consumo de sustancias y trastornos mentales comórbidos. Es probable que la violencia ejercida por esos ofensores corresponda a “violencia estructural generalizada”

10. <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=11>

- b.** Ofensores derivados desde el Tribunal de Familia por presentar trastorno por consumo de sustancias. La violencia ejercida contra la pareja por esos ofensores puede ser caracterizada como "violencia estructural generalizada" o "violencia situacional" (es poco probable que los ofensores cuya violencia ejercida contra la pareja pueda ser caracterizada como "violencia estructural específica").
- c.** Ofensores referidos desde el CRS de Gendarmería, por presentar trastorno por consumo de sustancias. Es probable que esos ofensores ejerzan violencia contra la pareja que puede ser caracterizada como "violencia estructural generalizada".
- d.** Usuarios que han ingresado a un programa de tratamiento para tratar su trastorno por consumo de sustancias, y en los cuales se ha identificado que ejercen violencia contra la pareja; es probable que la violencia ejercida por esos usuarios puede ser caracterizada como "violencia estructural generalizada" o "violencia situacional".

En todo caso, la tipología de la violencia contra la pareja ejercida por el ofensor descrita en esos escenarios es teórica, ya que no se han realizado estudios de la tipología de la violencia contra la pareja ejercida por hombres que participan en tratamiento provisto en la red de salud en convenio con SENDA.

Bennet (2008) define tres modalidades de provisión de tratamiento a los ofensores que ejercen violencia contra la pareja y que presentan trastorno por consumo de sustancias:

- a.** Modalidad de *tratamientos en serie*: participación en primer lugar en un tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias, y posteriormente en el tratamiento para la violencia doméstica. Esta modalidad posee diversas desventajas:
 - Un hombre que ha alcanzado una abstinencia reciente puede estar motivado a regresar prematuramente con su pareja, sin haberse beneficiado lo suficiente con la sobriedad; aunque un número sustancial de hombres que han sido obligados a tratarse por violencia doméstica no tienen pareja al ingresar al tratamiento.
 - Algunos hombres continuarán teniendo relaciones íntimas durante el tratamiento ambulatorio o mientras asisten a los encuentros grupales de apoyo.
 - Debido a los conflictos en filosofía, lenguaje y creencias acerca del rol del alcohol y las drogas en la violencia, los terapeutas del programa para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias pueden disminuir inadvertidamente el compromiso con el programa de violencia doméstica o la derivación al mismo.
- b.** La modalidad de tratamiento en paralelo coordinado, implica que el usuario asiste simultáneamente a un programa de adicciones y a un programa de violencia. Esta modalidad de tratamiento ha mostrado ser efectiva cuando ambos programas de tratamiento están efectivamente coordinados. Sin embargo, presentan las siguientes desventajas:
 - Genera resistencia en el participante y en su pareja, si la tiene, ya que están obligados a asistir a dos tratamientos al mismo tiempo;
 - Los tratamientos ambulatorios intensivos en adicciones requieren de 3 a 5 días de tratamiento a la semana; y si además, el usuario debe asistir al programa de violencia, deberá asistir a dos programas el mismo día, lo cual aumenta los gastos en movilización, y

el tiempo ocupado en asistir a los tratamientos compite o interfiere con el tiempo laboral del usuario (si está trabajando).

- Hay mayor estrés; la exigencia de asistir a más sesiones grupales a la semana (adicciones y violencia doméstica) puede añadir una presión crítica a un sistema que ya es frágil.
 - Pueden agregarse problemas adicionales en la capacidad de manejo cognitivo y afectivo del hombre de los componentes del tratamiento de VIF durante la abstinencia temprana, y los problemas inherentes a la transferencia de información de una agencia prestadora de tratamiento a la otra agencia.
 - Pueden surgir dificultades en la coordinación y comprensión de los equipos de ambos programas sobre las temáticas que se abordan
- c.** Modalidad de tratamiento integrado: participación en el programa de tratamiento de violencia doméstica, y participación en un programa que aborda el consumo abusivo y la violencia intrafamiliar. En esta modalidad los tratamientos para ambos problemas son ofrecidos por la misma agencia. Esta modalidad no ha mostrado ser superior a la del tratamiento en paralelo coordinada.

Bennet (2008) considera que la mejor opción de modalidad de tratamiento es aquella en la cual la misma institución (Centro de Tratamiento para violencia doméstica o Centro de Tratamiento para adicciones) posee profesionales capacitados en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y profesionales capacitados en violencia doméstica.

Las ventajas de esta modalidad son las siguientes:

- Sería un tratamiento menos costoso para quienes financian el tratamiento y para el usuario (en términos de pasajes y tiempo usado en traslados, o tiempo que quita al trabajo, si lo tiene).
- Reduciría la probabilidad de incongruencia teórica y metodológica, y la sobre-intervención del usuario.
- Se facilitaría el manejo de información, la retroalimentación respecto a los progresos o dificultades en el tratamiento y la comunicación con el Tribunal en los casos de tratamiento obligado del usuario.

Si el centro de tratamiento de la red de salud en convenio con SENDA, provee un tratamiento en modalidad integrada, los profesionales tratantes debieran tener en consideración lo siguiente:

- **No puede realizarse intervenciones de terapia de pareja cuando uno de sus miembros ejerce *violencia estructural específica contra la pareja*** (violencia de género, o terrorismo íntimo, Johnson) (y obviamente cuando existe una orden cautelar de alejamiento, aunque la violencia no corresponda a terrorismo íntimo).
- **Tampoco es aconsejable realizar intervenciones de terapia de pareja cuando la violencia contra la pareja corresponde a *violencia estructural generalizada*.**
- Sólo podría realizarse terapia de pareja en los casos de violencia contra la pareja (sin orden cautelar de alejamiento), cuando ésta corresponde a ***violencia situacional*** (unilateral o

cruzada) (Johnson) por inhabilidad en el afrontamiento de conflictos de pareja (Muñoz y Echeburúa, 2016).

Respecto a modelos de terapia de pareja basados en la evidencia para usuarios con consumo problemático de alcohol, el National Registry of Evidence-based Programs and Practice (NREPP) del SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, USA)¹¹, reconoció al modelo "Alcohol Behavioral Couple Therapy (ABCT)" como un enfoque basado en la evidencia, el cual estaría indicado para los usuarios y su pareja. Este enfoque sería adecuado cuando el perfil de la violencia contra la pareja corresponde a *violencia situacional* por inhabilidad en el afrontamiento de conflictos de pareja.

Ese enfoque se basa en dos supuestos:

- a.** El comportamiento de la pareja y la interacción de los miembros que componen la pareja, pueden ser desencadenantes de las ansias para beber; y
- b.** Una relación de pareja positiva es una fuente clave de motivación para iniciar y mantener el proceso de recuperación.

Las técnicas cognitivas-conductuales usadas en ese enfoque tienen los siguientes objetivos:

- Identificación y disminución de comportamientos de la pareja que son claves o refuerzos del comportamiento de beber. (Análisis funcional de la conducta).
- Fortalecer el apoyo de la pareja a los esfuerzos del usuario para el cambio de comportamiento. (Reforzamiento positivo).
- Aumentar las interacciones positivas de la pareja por medio de la mejoría de la comunicación, y habilidades para resolver problemas en pareja.
- Mejorar las habilidades de afrontamiento y las estrategias de prevención de recaídas del usuario.

El formato típico de la provisión de intervenciones terapéuticas es el siguiente:

- 2 a 3 horas de evaluación
- 12 a 20 sesiones (frecuencia semanal)
- Sesiones de 90 minutos

Sin embargo, los profesionales del centro de tratamiento podrían implementar otro tipo de tratamiento o de intervenciones para ayudar al usuario y a su pareja a superar sus problemas en su relación. Desde la perspectiva contemporánea de los enfoques de tratamiento y las prácticas basadas en la evidencia, eso no sería una transgresión a la ética profesional (es decir, proveer tratamientos para los cuales se ha demostrado su efectividad en estudios controlados), siempre y cuando los profesionales que proveen tratamiento evalúen los resultados del tratamiento provisto (Iraurgi, 2011; en Becoña y Cortés, 2011).

11. <http://nrepp.samhsa.gov/AllPrograms.aspx>

Acerca del tratamiento de ofensores que ejercen violencia estructural generalizada (usuarios que ejercen violencia y que presentan trastorno mental comórbido), el tratamiento debiera ser provisto según las orientaciones de las guías clínicas para el trastorno mental comórbido diagnosticado (por ejemplo, las Guías Clínicas NICE, Instituto Nacional de Excelencia Clínica del Reino Unido¹²).

Respecto al modelo de tratamiento para ofensores que ejercen violencia estructural exclusiva, los autores de este documento sugieren implementar el tratamiento desarrollado por Echeburúa y colaboradores, por las siguientes razones:

- a.** Es un tratamiento breve.
- b.** Fue desarrollado para intervenir con ofensores cuyo idioma nativo es el español, lo cual puede facilitar la adaptación de las intervenciones a la población nacional.
- c.** Es un tratamiento estructurado.

12. www.nice.org.uk

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akoensi, T., Koehler, J., Lösel, F. & Humphreys, D. (2013) Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part II: A systematic review of the state of evidence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57 (10), 1206-1225. (DOI:10.1177/0306624X12468110).

Alexander, P., Morris, E., Tracy, A., & Frye, A. (2010). Stages of change and the group treatment of batterers: A randomized clinical trials. *Violence and Victims*, 25 (5), 571-587.

Aljames, G. y Plaza, M. (2005) Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y Drogas*, 5 (2), 99-115.

Amor, P.; Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009) ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (3), 519-539.

Amor, P., Echeburúa, E. y Carrasco, M. (2016) Daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Implicaciones psicológicas y jurídicas. *Instituto Pacífico, Doctrina Práctica*, 28, 41-74. (<http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Da%CB1o%20psicol%C3%B3gico%20en%20delitos%20violentos.pdf>; recuperado en noviembre de 2016).

Antón, L. (2014) Teorías criminológicas sobre la violencia contra la mujer en pareja. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 48, 49-79. (<http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2780/2897>; recuperado en noviembre de 2016)

Arias, E., Arce, R. & Vilariño, M. (2013). Batterer intervention programmes: A meta-analytic review of effectiveness. *Psychosocial Intervention*, 22 (2), 153-160. (DOI: 10.5093/in2013a18).

Bailey, K. (2010) Lost in Translation: Domestic Violence, "The personal is political", and the Criminal Justice System. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 100 (4), 1255-1300.

Baptista, I. & Perista, H. (2008) *Breaking the Taboo Overview of research phase — Portugal*. CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social. (https://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/GSD/National_Report_Portugal.pdf; recuperado en noviembre de 2016).

Bateson, G. (1972/1991) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Planeta – Carlos Lohle, Buenos Aires.

Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2011) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. SOCIDROGALCOHOL, Barcelona

Bednar, S. (2003) Substance abuse and woman abuse —A proposal for integrated treatment. *Federal Probation*, 67 (1), 52-57.

Beinger, E.; Davis, C. and Fulmore, C. (2010) *Elder Abuse: What Professionals Need to Know*. Hartford Partnership Program for Aging Education University of Pittsburgh School of Social Work. (<http://www.socialwork.pitt.edu/downloads/elder%20abuse%20project.pdf>; recuperado en noviembre de 2016).

Bennett, L. (2008) Substance Abuse by Men in Partner Abuse Intervention Programs: Current Issues and Promising Trends. *Violence and Victims*, 23 (2), 236-248.

Bennett, T. and Holloway, K. (2005) Disaggregating the Relationship Between Drug Misuse and Crime. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 38 (1), 102-121

Bohall, G.; Bautista, M. and Musson, S. (2016) Intimate Partner Violence and the Duluth Model: An Examination of the Model and Recommendations for Future Research and Practice. *Journal of Family Violence*. (DOI 10.1007/s10896-016-9888-x).

Brownstein, H. and Crossland, C. (2003) Introduction. *Special Report, Toward a Drugs and Crime Research Agenda for the 21st Century*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice (p. 1-9). (<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/194616.pdf>; recuperado en mayo de 2007).

Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2015) *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H-50). (<http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>; recuperado en agosto de 2016).

Center for Substance Abuse Treatment (2012) *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, N°25*. HHS Publication No. (SMA) 12-4076. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Chartas, N. and Culbreth, J. (2001) Counselor treatment of coexisting domestic violence and substance abuse: A qualitative study. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 22 (1), 2-11.

Corvo, K.; Dutton, D. and Chen, W. (2009) Do Duluth Model Interventions with Perpetrators of Domestic Violence Violate Mental Health Professional Ethics? *Ethics & Behavior*, 19 (4), 323-340. (DOI: 10.1080/10508420903035323).

de Alencar-Rodríguez, R. y Cantera, L. (2012) Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *PSICO*, Porto Alegre, 43 (1), 116-126 (<http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/DE%20ALENCAR%20ET%20AL%202014.pdf>; recuperado en noviembre de 2016).

De Donder, L., Lang, G., Ferreira-Alves, J., Penhale, B., Tamutiene, I. & Luoma, M. (2016) Risk factors of severity of abuse against older women in the home setting: A multinational European study. *Journal of Women & Aging*, 28 (6), 540-554. (DOI: 10.1080/08952841.2016.1223933).

Díaz, J., Gamboa, D., González, P. y Laorga, M. (2015) Significados en torno a la violencia conyugal: Análisis de relatos en mujeres adultos mayores. *Revista Semestral de Investigación de la Corporación Internacional para el Desarrollo Educativo CIDE*, 1 (16), Año 9 (julio-diciembre). (<http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/234/212>; recuperado en noviembre de 2016).

Dutton, D. and Painter, S. (1993) The Battered Woman Syndrome: Effects of Severity and Intermittency of Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63 (4), 614-622.

Dutton, D. and Corvo, K. (2007) The Duluth model: A data-impervious paradigm and a failed strategy. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 658-667. (DOI: 10.1016/j.avb.2007.03.002).

Eckhardt, C., Murphy, C., Whitaker, D., Sprunger, J., Dykstra, R. & Woodard, K. (2013) The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4 (2), 196-231.

Echeburúa, E. (2013) Adherencia al tratamiento en hombres maltratadores contra la pareja en un entorno comunitario: Realidad actual y retos de futuro. *Psychosocial Intervention*, 22, 87-93 (DOI: 10.5093/in2013a11)

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2004) Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria)*, 11 (6), 297-303.

Echeburúa, E.; de Corral, P.; Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. (2004) ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 88, 20-28.

Echeburúa, E. y Amor, P. (2010) Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36 (3), 117-121.

Eccheburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997) Tratamiento Cognitivo-Conductual de Hombres Violentos en el Hogar: Un Estudio Piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (89), 355-384.

Eccheburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009) Evaluación de un programa de tratamiento de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (1), 5-20.

Eccheburúa, E.; Muñoz, J. y Loinaz, I. (2011) La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (1), 141-159.

Eccheburúa, E.; Sarausa, 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 and Health Psychology*, 9, 2, 199-217.

Felson, R. and Staff, J. (2010) The Effects of Alcohol Intoxication on Violent Versus other Offending. *Criminal Justice and Behavior*, 37 (12), 1343-1360. (DOI: 10.1177/0093854810382003).

Foran, H. and O'Leary, D. (2007) Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1222-1234. (DOI: 10.1016/j.cpr.2008.05.001).

Gil-González, D.; Vives-Cases, C.; Alvarez-Dardet, C. and Latour-Pérez, J. (2006) Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16 (3), 278-284. (DOI:10.1093/eurpub/ckl016).

Giordano, P.; Cernkovich, S. and Rudolph, J. (2002) Gender, Crime, and Desistance: Toward a Theory of Cognitive Transformation. *American Journal of Sociology*, 107 (4), 990-1064. (www.soc.umn.edu/~uggen/Giordano_AJS_02.pdf; recuperado en septiembre de 2012).

Goldstein, P. (1985) The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.

Graham, K., Bernards, S., Wilsnack, S. and Gmel, G. (2011) Alcohol May Not Cause Partner Violence but It Seemsto Make It Worse: A Cross National Comparison of the Relationship Between Alcohol and Severity of Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1503-1523. (DOI: 10.1177/0886260510370596).

Heise, L. (1998) Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 4, (3), 262-290. (DOI: 10.1177/1077801298004003002).

Herman, K., Rotunda, R., Williamson, G. & Vodanovich, S. (2014). Outcomes from a Duluth model batterer intervention program at completion and long term follow-up. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53 (1), 1-18. (DOI: 10.1080/10509674.2013.861316).

Hughes, D. (2014) Interacción madre-hijo/a que viven violencia intrafamiliar: Un estudio de caso. *Revista de Psicología*, Universidad Viña del Mar, 4 (7), 33-61. (<http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revista/07.03.interaccion.pdf>; recuperado en noviembre de 2016).

Hutchison, I. (1999) Alcohol, fear, and woman abuse. *Sex Roles*, 40 (11/12), 893-920.

Jenkins, A. (1990) *Invitations to Responsibility. The therapeutic engagement of men who are violent and abusive*. South Australia: Dulwich Centre Publications.

Jenkins, A. (2009) *Becoming Ethical. A parallel, plitlcal journey with men who have abused*. Dorset: Russell House Publishing.

Johnson, P. (2006) Conflict and Control Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12 (11), 1003–1018. (DOI: 10.1177/1077801206293328).

Johnson, P. (2011) Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 289–296. (DOI:10.1016/j.avb.2011.04.006).

Laub, J. and Sampson, R. (2001) *Understanding Desistance from Crime*. The University of Chicago. (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/652208>; recuperado en julio de 2007).

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 (DOI: 10.1016/j.psi.2014.11.001).

Mankowski, E.; Haaken, J. and Silvergleid, C. (2002) Collateral Damage: An Analysis of the Achievements and Unintended Consequences of Batterer Intervention Programs and Discourse. *Journal of Family Violence*, 17 (2), 167–184. (DOI: 10.1.1.462.9304).

Marteau, D. (2008) How alcohol may precipitate violent crime. *Drugs and Alcohol Today*, 8 (2), 12–16.

Maruna, S. (1999) Desistance and Development: The Psychosocial Process of 'Going Straight'. The British Criminology Conferences: Selected Proceedings. Volume 2. Papers from the British Criminology Conference, Queens University, Belfast, 15–19 July 1997. (www.britisoccrim.org/volume2/003.pdf; recuperado en enero de 2009).

Maxwell, C.; Davis, R. & Taylor, B. (2010) The impact of length of domestic violence treatment on the patterns of subsequent intimate partner violence. *Journal of Experimental Criminology*, 6 (4), 475–497. (DOI: 10.1007/s11292-010-9106-4).

Mills, L.; Barocas, B. & Ariel, B. (2013) The next generation of court-mandated domestic violence treatment: A comparison study of batterer intervention and restorative justice programs. *Journal of Experimental Criminology*, 9 (1), 65–90. (DOI: 10.1007/s11292-012-9164-x).

Ministerio de Justicia (2005) *Ley 20.066, Establece Ley de Violencia Intrafamiliar*. Biblioteca del Congreso.

Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2016) Tasa de denuncias y detenciones: Delitos de violencia intrafamiliar, casos policiales. (<http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/tasa-de-denuncias-y-detenciones/delitos-de-violencia-intrafamiliar-casos-policiales/>).

Ministerio de Justicia (2012) *Ley 20.603. Modifica la Ley N° 18.216, que establece medidas alternativas a las penas privativas o restrictivas de libertad*. 13 de junio de 2012. Biblioteca del Congreso.

Morales, A.; Muñoz, N.; Trujillo, M.; Hurtado, M.; Cárcamo, J. y Torres, J. (2012) *Los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer. Fundamentos teórico-criminológicos, evidencia internacional de su efectividad y evaluación de impacto de un programa en Chile*. Fundación Paz Ciudadana, Santiago.

Muñoz, J. y Echeburúa, E. (2016) Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26 2–12 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>).

OMS (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

OMS/OPS (1998) *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf).

ONU Mujeres (2012) *Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer*. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, Nueva York.

Patr6, R. y Limi6ana, R. (2005) V6ctimas de violencia familiar: Consecuencias psicol6gicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicolog6a*, 21 (1), 11-17. (http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/02-21_1.pdf; recuperado en noviembre de 2016).

Pender, R. (2012) ASGW Best Practice Guidelines: An Evaluation of the Duluth Model. *The Journal for Specialists in Group Work*, 37 (3), 218-231. (DOI: 10.1080/01933922.2011.632813).

P6rez Ram6rez, M., Gim6nez-Salinas Fram6s, A., & Espinosa, J. (2013). Evaluaci6n de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention*, 22 (2), 105-114. (DOI: 10.5093/in2013a13).

Perrone, R. y Nannini, M. (1997) *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sist6mico y comunicacional*. Ed. Paid6s, Buenos Aires.

Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008) *Hombres maltratadores. Tratamiento psicol6gico de agresores*. ACEBO, Madrid.

Roberts, K. (2005) Associated Characteristics of Stalking following the Termination of Romantic Relationships. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 1 (1), 15-35. (http://www.apcj.org/documents/1_1_stalker.pdf; recuperado en noviembre de 2016).

SENDA (2015) *D6cimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Poblaci6n General de Chile 2014*. Servicio Nacional para la Prevenci6n y Rehabilitaci6n del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio del Interior y Seguridad P6blica, Santiago.

SENDA (2016) *Informe Resultados: Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)*. Area de Tratamiento y Reahabilitaci6n, Servicio Nacional para la Prevenci6n y Rehabilitaci6n del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio del Interior y Seguridad P6blica, Santiago.

Servicio Murciano de Salud (2010) *Gu6a pr6ctica cl6nica. Actuaci6n en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Regi6n de Murcia, Espa6a (http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf; recuperado en noviembre de 2016).

Smith, A., Foran, H., Heyman, R. and United States Air Force Family Advocacy Research Program (2014) An Ecological Model of Intimate Partner Violence Perpetration at Different Levels of Severity. *Journal of Family Psychology*, 28 (4), 470-482. (DOI: 10.1037/a0037316).

Smith, P., Homish, G., Leonard, K. and Cornelius, J. (2012) Intimate Partner Violence and Specific Substance Use Disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2012, 26 (2), 236-245. (DOI: 10.1037/a0024855).

Szerman, N., Haro, G., Mart6nez-Raga, J. y Casas, M. (2011) Patolog6a Dual (Patolog6a psiqui6trica). En J. Bobes, M. Casas y M. Guti6rrez (Eds.) (2011) *Manual de trastornos adictivos*. 2ª Edici6n. Enfoque Editorial, S.C., Espa6a, pp. 113-120,

Ulloa, F. (1996) Violencia intrafamiliar y su impacto sobre el ni6o. *Revista Chilena de Pediatr6a*, 67 (4), 183-187 (<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v67n4/art06.pdf>; recuperado en noviembre de 2016).

White, M. (1986) Negative Explanation, Restraint, and Double Description: A Template for Family Therapy. *Family Process*, 25 (2), 255-273.



FONO DROGAS Y ALCOHOL
1412
DESDE RED FIJA Y CELULARES