

## Retención proactiva y adherencia terapéutica en programas formativos para hombres maltratadores de la pareja

Montse Subirana-Malaret y Antonio Andrés-Pueyo\*

Departamento de Personalidad, Universidad de Barcelona, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

*Historia artículo:*

Recibido: 15/01/2013

Aceptado: 10/06/2013

*Palabras clave:*

Violencia contra la pareja

Programas de tratamiento con maltratadores

Retención proactiva

Adherencia terapéutica

### RESUMEN

En la aplicación de programas de intervención con hombres maltratadores de pareja el problema de la adherencia terapéutica adquiere una gran relevancia ya que, junto con la poca eficacia general de los mismos, pone en duda su utilidad para la prevención de la violencia contra la pareja. A pesar de las controversias derivadas de los diferentes estudios realizados sobre esta temática, existe unanimidad en destacar la motivación de los participantes como un factor determinante para la adherencia terapéutica y la finalización del programa de tratamiento. Entre las técnicas que garantizan la motivación de los participantes en los programas de intervención destacan las de retención proactiva y apoyo. En nuestro estudio se analizó el efecto de las técnicas de retención proactiva llevadas a cabo por la Policía autonómica de Cataluña al inicio y durante las primeras sesiones del tratamiento en un programa de intervención para hombres maltratadores de pareja. Los resultados indican que las técnicas de retención proactiva y apoyo inciden en la adherencia al tratamiento.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

### Proactive retention and therapeutic adherence in programs for male perpetrators of intimate partner violence

#### ABSTRACT

Adherence to treatment in intervention programs for male perpetrators of intimate partner violence is one of the most relevant factors of the effectiveness of prevention of intimate partner violence. Despite controversies arising from different studies on this subject, there is unanimity in highlighting the key role that participants' motivation plays in adherence to treatment and program completion. Techniques ensuring participants' motivation in therapeutic programs include proactive retention techniques. In this paper we analyze the effect of proactive retention techniques at the beginning and throughout the treatment sessions in an intervention program for male perpetrators of intimate partner violence. The results indicate that both proactive retention techniques and support influence adherence to treatment.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

*Keywords:*

Intimate partner violence

Batterer programs

Proactive retention

Therapeutic adherence

Existe un acuerdo generalizado entre todos los agentes sociales que participan en la lucha contra la violencia de género en que la mejor estrategia para erradicarla, en cualquiera de sus modalidades, es la prevención (WHO, 2002; Gondolf, 2012). Las estrategias preventivas que se ocupan del tratamiento e intervención con maltratadores están entre las más destacadas y generalizadas. Un argumento similar es frecuente encontrarlo en la lucha contra la delincuencia y la criminalidad. De hecho la consideración legal del maltratador como un delincuente, a partir de las recientes modificaciones legis-

lativas, le han convertido en un sujeto en el que las penas impuestas por su comportamiento delictivo tienen como finalidad (como al resto de penados) la reinserción y la rehabilitación social (Calvet y Corcoy, 2010). Este objetivo incluye, naturalmente, la renuncia y el abandono en el futuro de la conducta violenta y antisocial que ha ejercido sobre su pareja o expareja, y/o sobre otros miembros de la familia, pero también se extiende al cambio de las actitudes, los comportamientos y las motivaciones impropias de lo que entendemos como un "ciudadano respetuoso con la ley", que incluyen el respeto a los derechos de las mujeres y al resto de miembros de la comunidad. La consideración legal del maltratador de pareja como un delincuente ha facilitado una rápida incorporación de estos "nuevos" delincuentes a la tradición de la ejecución penal y penitenciaria que se carac-

\*e-mail: andrespueyo@ub.edu

teriza por disponer de tratamientos especializados para su rehabilitación (Redondo, 2008).

Una de las medidas preventivas y de intervención social a favor de la víctima que ha alcanzado un peso determinante en el tratamiento integral de la violencia contra la pareja (VCP) es la intervención por medio de programas de tipo psico-social, específicos para este tipo de violencia. Los programas de intervención para la rehabilitación de los maltratadores surgieron a finales de los años 70 en los EEUU y rápidamente se extendieron a muchos países occidentales. Actualmente existen centenares de iniciativas de este tipo en EEUU, Canadá, Europa, Latinoamérica o Australia (Creazzo, 2009; Dutton y Corvo, 2006; Geldschläger et al., 2010; Gondolf, 2012) y la gran mayoría de estos programas se habilitaron en el marco de la lucha y la ofensiva social y legal contra la violencia de género (Gondolf, 2012). Uno de los primeros programas y más influyentes apareció en 1981, el llamado *The Duluth Model* (Duluth Minnesota Domestic Abuse Intervention Project, Pence y Paymar, 1993). Hoy en día, gran parte de los programas de tratamiento o intervención con maltratadores se basan en este modelo o están estrechamente relacionados con el mismo (Lila et al., 2010). Estos programas se incorporaron muy pronto al acervo de medidas judiciales en el ámbito penal y en algunos países también en la legislación civil y de familia.

En un periodo de tiempo bastante breve han surgido muchas iniciativas similares en diferentes países, con enfoques diversificados en las modalidades de intervención adoptadas (Creazzo, 2009). Este fenómeno de la proliferación de iniciativas y programas de intervención con maltratadores de pareja también se ha producido en España y por las mismas razones que ya se han citado. Este proceso se vio acelerado por la aplicación en 2004 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que precipitó esta proliferación de recursos para la intervención con maltratadores.

Las primeras iniciativas en España aparecieron a finales de los 80 y el primer programa comenzó a funcionar a principios de los 90 (Geldschläger et al., 2010). La posibilidad de imponer la obligación de realizar un programa formativo ya fue introducida en el Código Penal de 1995, como una regla de conducta, en los casos en que el juez suspendiera la pena de prisión (Cid, 2009; Cid y Larrauri, 2005). En España actualmente coexisten programas diversos y que se imparten: a) en el contexto penitenciario (Programa de Tratamiento en Prisión para Agresores en el Ámbito Familiar, programa VIDO), b) en el ámbito de las medidas penales alternativas (Programa Contexto, Programa Galicia, Programa Terapéutico en el Ámbito Familiar, ARHOM, etc.) y c) en el contexto comunitario y asistencial (programa AGI, IRES, etc.) (véase Subirana-Malaret, 2012 para una recapitulación completa).

Conforme las iniciativas de intervención sobre maltratadores de pareja se fueron extendiendo fue surgiendo una terminología variada para denominar a estos programas. Se les denomina "grupos de rehabilitación", "programas educativos", "programas psicoeducativos", "grupos terapéuticos" o "programas formativos", entre otras acepciones. Esta variación tiene que ver con el abordaje teórico y los objetivos de cada programa (Beiras y Cantera, 2011). Entre estas iniciativas destacan los llamados "programas formativos y de reeducación", que constituyen un formato de intervención propio y adecuado a la temática que estamos tratando, donde al abordaje específico de la conducta violenta se le añade un soporte actitudinal e ideológico que es imprescindible para garantizar que no se repitan las conductas violentas contra la pareja. La aplicación cada vez más general de estos programas en España muestra la confianza que se ha depositado en ellos. En los últimos años ha habido un importante aumento de los estudios que analizan su funcionamiento y sobre todo contrastan su eficacia y eficiencia en la realidad jurídico-asistencial (Magro, 2011; Lila et al., 2010).

La finalidad principal de los programas formativos como estrategias de lucha contra la violencia de género es múltiple, puesto que pretenden, en primer lugar, evitar futuras conductas agresivas contra

la pareja, pero a su vez tienen que garantizar la seguridad de las víctimas y producir cambios en los factores de riesgo de los agresores que están asociados a la probabilidad de la reincidencia violenta. No obstante, esta confianza no se basa en una clara evidencia científica y todavía hoy la efectividad de estos programas de intervención sigue siendo un tema controvertido (Feder, Wilson y Austin, 2008; Gondolf, 2012). Es un hecho contrastado que los programas de intervención con maltratadores, en casi cualquiera de sus diferentes formatos y modalidades, tienen efectos limitados en cuanto a la reducción de la reincidencia (Pérez y Martínez, 2009; Gondolf, 2012). Cabe indicar que estos programas tienen un problema serio en lo que hace referencia al abandono (o falta de adherencia) de los mismos por parte de los participantes. Las tasas de abandono se pueden estimar entre un mínimo del 40% y un máximo del 90% (Loinaz, 2011; Lila et al., 2010; Magro, 2011; Redondo, 2008; Echeburúa et al., 2011). Esta afirmación se ve refrendada por la constatación casi unánime de que los programas de tratamiento resultan de utilidad en los casos en que el agresor es consciente de su problema, asume su responsabilidad en los episodios de violencia, se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo y completa el programa de tratamiento (Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Echeburúa y Amor, 2010). Existen programas de tratamiento psicológico que han mostrado su eficacia en la terapia para hombres violentos, con unos resultados claramente esperanzadores, si los sujetos implicados concluyen el programa propuesto (White y Gondolf, 2000). Una revisión del estado de la literatura sobre los modelos teóricos de la violencia y la eficacia de las intervenciones con penados por violencia de género puso de manifiesto que las intervenciones ajustadas a las necesidades y características específicas de cada penado eran las más efectivas (Arce y Fariña, 2010). En la misma línea, la literatura científica también apoya una intervención multimodal (cognitiva y comportamental) y multinivel (individual, grupal, red social, laboral). Paralelamente, se constata que los programas formativos mejoran las estrategias de los sujetos para afrontar sus conflictos de pareja y, al mismo tiempo, aumentan la satisfacción y el ajuste con la pareja. Los sujetos presentan menos distorsiones cognitivas en su relación con los demás y, por tanto, mejoran sus relaciones interpersonales (Pérez y Martínez, 2009).

También en España se ha estudiado la eficacia de las intervenciones con maltratadores en diferentes contextos (prisión, medidas penales alternativas, comunitario, etc.) y se ha llegado a la misma conclusión que los estudios internacionales, en el sentido de que la eficacia es muy variable y, por tanto, controvertida (Boira, López del Hoyo, Tomás-Aragón y Gaspar, 2013; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009; Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013; Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2012). De hecho estos estudios indican que los programas de intervención con maltratadores están en un impasse (Babcock, Graham, Canady y Ross, 2011; Gondolf, 2012). Debido a este problema gran parte de los estudios actuales centran su objetivo en el conocimiento de los factores relacionados con el abandono de los mismos (*drop out*) así como con el problema de la adherencia a los programas. Este hecho se ha podido confirmar tanto en estudios internacionales (Creazzo, 2009; Dutton y Corvo, 2006; Gondolf, 2011; Helton, 2011; Stith y McMonigle, 2009; Stoops, Bennet y Vincent, 2010) como en estudios nacionales (Arce, Fariña y Suárez, 2010; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010; Expósito y Ruiz, 2010; Larrauri, 2010; Lila et al., 2010; Magro, 2011; Redondo, 2008). El interés que suscita el tema no es en vano, pues según algunas investigaciones preliminares el solo hecho de recibir tratamiento no reduce por sí solo la tasa de reincidencia y las recaídas, que dependen más de las características personales de los maltratadores que el tipo de intervención recibida (Hamberger y Hastings, 1989; Shepard, 1992; Gondolf, 2012).

Tanto los estudios actuales internacionales como nacionales apuntan a la motivación para el cambio como el factor clave del éxito terapéutico (Arce y Fariña, 2010; Echeburúa y Amor, 2010; Redondo, 2008; Gondolf, 2011, 2012; Larrauri y Anton, 2008; Morran, Wolf-

Light, Andrew y Macrae, 2010; Murphy, Musser y Maton, 1998; White y Gondolf, 2000). En un reciente metaanálisis realizado por Jewell y Wormith (2010) para determinar en qué grado las variables demográficas, las variables relacionadas con la violencia y las variables personales predicen el rechazo y abandono de los programas de tratamiento, se evaluaron un total de 30 estudios publicados en inglés entre 1985 y 2010 y los resultados sugieren que las variables que predicen el abandono tienden a ser las mismas que predicen la reincidencia y se relacionan de manera consistente con la voluntad del agresor de cambiar la conducta. Así mismo, en el caso de los hombres que maltratan a sus parejas, una gran mayoría no reconoce que tenga un problema que le produzca malestar o si acaso mínimamente, de manera que, igual que en la intervención con drogas y/o personas que cometen delitos, no puede abordarse el tratamiento desde un proceso psicosocial tradicional donde el individuo asiste con una motivación interna previa (Quinteros y Carbajosa, 2008). En una meticulosa revisión de 126 estudios evaluativos sobre los programas aplicados en la comunidad y en el marco del sistema judicial (especialmente en prisión) Lemire, Rondeau, Brochu, Schneeberger y Brodeur (1996) defienden la necesidad de adoptar una perspectiva realista, en el sentido de que muchos agresores no reconocen la existencia del problema y no tienen motivación interna para el cambio de conducta. Estudios recientes indican que incluso aquellos maltratadores que tienen que cumplir tratamiento por orden judicial, la decisión de cambiar su comportamiento depende de su voluntad y control (Catlett, Toews y Walilko, 2010; Scott y Wolfe, 2000), por lo que en el tratamiento de maltratadores tiene que ser prioritario intentar que el hombre sienta como suya la necesidad interna de cambio, de superar sus problemas, y la ayuda externa es importante para ayudar a sentir esta necesidad (Lemire et al., 1996).

El uso de técnicas motivacionales es un recurso ampliamente utilizado en el tratamiento de agresores y son muy valiosas si se utilizan en función del contexto, las características y circunstancias personales de cada caso (Subirana-Malaret, 2012). En los primeros intercambios entre el usuario del programa y el profesional que lo atiende un recurso frecuentemente utilizado es la entrevista motivacional, un método directo para aumentar la motivación intrínseca para el cambio a través de la exploración y la resolución de la ambivalencia (Miller y Rollnick, 2002), también para reducir la hostilidad inicial hacia el tratamiento, facilitar la verbalización de la motivación para el cambio e incrementar la receptividad para participar en un programa de tratamiento (Musser y Murphy, 2009) y el posterior seguimiento de los objetivos a alcanzar planteados en las mismas (Kistemacher y Weis, 2008; Murphy y Eckhardt, 2005; Musser, Semiatin, Taft y Murphy, 2007; Roffman, Edleson, Neighbors, Mbilinyi y Walter, 2008). Otros de los recursos utilizados consisten en crear un buen encuadre y vínculo terapéutico (Taft y Murphy, 2007), el uso de preguntas abiertas, socráticas y evocativas en un contexto de escucha y reflexión (Fuller y Taylor, 2008; Lambert, DeJulio y Stein, 1978) o bien la alianza terapéutica y las técnicas de retención como estrategias para incrementar la motivación de los maltratadores, aumentar la adherencia al tratamiento y promover la participación activa en las mismas estrategias de cambio (Brown y O'Leary, 2000; Kistemacher y Weis, 2008; Musser y Murphy, 2009; Musser et al., 2008; Taft y Murphy, 2007; Walker et al., 2010).

En el polo contrario al abandono prematuro de los programas está la finalización de los mismos, que se puede relacionar con la adherencia terapéutica. En un reciente estudio de Conchell, Lila, Catalá, Del Hierro y Lorenzo (2011), en el que se evalúan las estrategias para incrementar la adherencia en los programas de reeducación para maltratadores en el programa Contexto aplicado en la provincia de Valencia, se han identificado unos índices sustancialmente menores de abandonos a los encontrados en la literatura científica, relacionados con el uso específico de técnicas motivacionales dirigidas a aumentar la adherencia terapéutica de los participantes y su motivación por el cambio.

Para entender el significado de la adherencia terapéutica, aunque actualmente no existe unanimidad en una definición unívoca del concepto (Ortiz y Ortiz, 2007), en términos generales es frecuente encontrar en la literatura conceptos como cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia. Sin embargo, una definición bien difundida en el ámbito médico es la de Sackett y Haynes (1976), quienes conceptualizan la adherencia como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas dadas. En la misma línea, Haynes (1979) o DiMatteo (2004) definen la adherencia como el grado de coincidencia de la conducta de una persona con las recomendaciones hechas por el equipo de salud. Otra de las definiciones ampliamente aceptada es la de DiMatteo y DiNicola (1982) que definen la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. En definiciones más actuales, como la de Zaldivar (2003), se sugiere que la adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta sino a un conjunto, a un repertorio de conductas, entre las que se incluyen: aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables.

En cuanto al concepto de adherencia aplicado en el marco de los programas de tratamiento o formativos para hombres maltratadores contra la pareja, hay que tener en cuenta que uno de los objetivos fundamentales en la aplicación del tratamiento es lograr la adherencia de cada sujeto al tratamiento, lo que implica su deseo de continuar con el tratamiento, de asistir a las sesiones y de realizar las tareas asignadas (Redondo, 2008). Durante la aplicación pueden aparecer fenómenos de resistencia al cambio (Preston, 2001; Ruiz y Villalobos, 1994), interpretable como ausencia de motivación y colaboración o como rechazo a alterar las propias ideas, actitudes o conductas.

Tal y como se ha constatado en la literatura revisada, la adherencia al tratamiento está íntimamente relacionada con la motivación, por lo que se entiende que la asistencia en sí misma a las sesiones terapéuticas o psicoeducativas no es una variable de adherencia determinante, sino que también debe contemplar el grado de implicación y la motivación para el cambio (Quinteros y Carbajosa, 2008). Este dato es especialmente representativo en los casos de los programas formativos de carácter obligatorio en los que los participantes pueden asistir, o "calentar" la silla como se afirma coloquialmente, y no participar activamente en el programa (Larrauri, 2010).

Las técnicas motivacionales que se utilizan en la aplicación de los programas de tratamiento y de formación de maltratadores de pareja son variadas y de una enorme importancia si tenemos presente que en gran medida la eficacia de estos programas depende de que se muestre interés en la participación y de que se completen (Lila et al., 2010; Gondolf, 2012). Entre estas técnicas se encuentran las llamadas técnicas de retención proactiva y de apoyo social (*proactive retention and social support*).

Las técnicas de retención proactiva son estrategias que puede utilizar el profesional de la intervención terapéutica para que una persona esté vinculada al programa. Conchell et al. (2011) circunscribe este tipo de técnicas a las llamadas telefónicas que se realizan cuando un participante no acude a la sesión programada, a potenciar conocimientos adquiridos como resultado de la participación en el programa (conceptos, teorías explicativas, datos estadísticos), a facilitar los aspectos formales y estructurales del programa (actividades, tareas, tiempo sesión, ritmo, participación, elementos de discusión, temporalidad del programa, videos, material real y actualizado), a reforzar actitudes y conductas adecuadas positivas durante las sesiones (como participación continuada, aportación de experiencias personales, reflexiones adecuadas relacionadas con el tema tratado que faciliten la marcha del grupo) y a la orientación y asesoramiento ante

cualquier problema relacionado con su situación (judicial, laboral, recursos sociales, custodia hijos, etc.) (Conchell et al., 2011).

En este estudio hemos podido analizar una experiencia pionera en el uso de estas técnicas de retención proactiva y su efecto en la adherencia de los participantes en un programa formativo de prevención de la violencia de género. En este proyecto la aplicación de técnicas de retención proactiva y de apoyo a los hombres denunciados por VCP se centraba en contactar con los presuntos agresores, informarles sobre la posibilidad de acogerse voluntariamente a un servicio para hombres maltratadores de la pareja y, sucesivamente, ofrecerles seguimiento y apoyo. Para poder llevar a cabo el proyecto fueron necesarios la existencia de un recurso gratuito donde poder derivar las personas y el asesoramiento jurídico del Colegio de Abogados y la Fiscalía para no vulnerar la presunción de inocencia. Se informaba a los presuntos agresores del servicio para hombres agresores después de haber declarado y con presencia de su abogado; el recurso gratuito existente donde poder derivar a las personas era el Servicio de Atención a Hombres Maltratadores (SAHM), que ofrecía a Fundación IReS a Girona (Subirana-Malaret, 2012).

En 2001 la Policía autonómica de Cataluña llevó a cabo, junto con el Instituto de Reincisión Social (IReS), un proyecto innovador en la prevención y abordaje de la violencia contra la pareja con la aplicación de técnicas de retención proactiva y apoyo en aquellos hombres denunciados por este tipo de delito. Estas técnicas motivacionales fueron aplicadas por un agente policial que tenía por misión informar y motivar a los hombres implicados en episodios violentos contra la pareja sobre los recursos existentes en su zona geográfica en cuanto a tratamiento de agresores (concretamente el programa SAHM), mediante llamadas telefónicas y entrevistas personalizadas, con el fin que participasen activamente en el programa y realizar un seguimiento (retención proactiva y apoyo) previamente a su incorporación al programa o durante el inicio del mismo. En junio de 2001 se incorpora al equipo que impartía el programa un agente con la función de informar y motivar a los hombres implicados en episodios violentos contra la pareja sobre los recursos existentes en su zona geográfica, para que pudieran beneficiarse de ella, respondiendo a una estrategia de prevención y abordaje de la VCP de manera integral. Esto serviría para mejorar la situación personal y familiar del agresor, eliminar las conductas violentas y reducir la victimización. Este profesional aplicaba diferentes técnicas de retención proactiva y apoyo, consistentes principalmente en la realización de llamadas y seguimientos telefónicos y también con encuentros presenciales en aquellos casos que lo considerara oportuno. El programa SAHM forma parte del Programa de Acciones Contra la Violencia Doméstica del IReS y ha estado activo hasta el año 2009 con algunas intermitencias. Se trata de la primera experiencia de tratamiento con hombres maltratadores en Cataluña iniciada en 1998. La modalidad terapéutica aplicada se basa en un tratamiento psicológico a nivel individual de enfoque cognitivo-conductual y aplicado en cuatro fases en las que se trabajan aspectos habituales en este tipo de programas (autoestima, habilidades sociales, prevención de recaídas, etc.). El programa tenía una duración aproximada de un año, aunque podía variar en función de las necesidades del participante en el programa (Subirana-Malaret, 2012).

Con el uso y aplicación de técnicas de retención proactiva y de apoyo por parte del agente policial se pretendía optimizar los resultados consiguiendo que asistieran de manera voluntaria al servicio el mayor número de hombres, lo que se consideró relevante teniendo en cuenta que algunas investigaciones preliminares indicaban que el solo hecho de recibir tratamiento reducía considerablemente la tasa de reincidencia y que las recaídas dependían más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida (Hamberger y Hastings, 1989; Shepard, 1992).

El objetivo primordial de este estudio es analizar el efecto de la aplicación de técnicas de retención proactiva y apoyo en la adherencia al tratamiento en un programa formativo para reducir el riesgo de

reincidencia de maltrato contra la pareja. En el presente estudio se utilizó como variable de manipulación las técnicas de retención proactiva y apoyo al participante en el programa y como indicador del efecto del tratamiento, principalmente la adherencia terapéutica entre otras variables complementarias, entre las que se encuentran la duración del tratamiento y las razones o motivos para la finalización del programa de intervención.

## Método

### Participantes

La muestra de este estudio consta de 142 hombres que habían acudido de forma voluntaria y gratuita al SAHM (Servicio de Atención para Hombres Maltratadores), un programa formativo para la prevención de la VCP ofrecido por el IReS en la provincia de Gerona durante los años 2001 y 2008 para recibir atención psicológica con el objetivo de reducir y/o eliminar el riesgo de repetir su comportamiento violento con sus parejas o exparejas mujeres. Los criterios de participación de los casos en el estudio fueron: a) ser mayor de 18 años y ejercer o haber ejercido VCP, b) mostrar disponibilidad para realizar un trabajo terapéutico-educativo y una actitud voluntaria para resolver y/o mejorar la situación, c) no sufrir trastornos mentales que pudieran interferir en el desarrollo de las sesiones y/o dependencia de substancias tóxicas (drogas y/o alcohol) y, por último, d) firmar un documento de compromiso.

### Procedimiento

En primer lugar se contactó con las instituciones y organismos colaboradores (Policía autonómica de Cataluña, Fundación IReS y Departamento de Bienestar y Familia de la Generalidad de Cataluña) para la obtención de los permisos pertinentes para tener acceso a los datos originales del programa. Obtenidos los permisos, se procedió a la firma de compromiso previsto en las normativas vigentes en materia de protección de datos y confidencialidad. La fase de recogida de datos se concentró entre los meses de marzo a junio de 2011 y la recogida se efectuó por medio de los instrumentos que se indican más adelante, en el apartado correspondiente.

Los sujetos que participaron en el programa de tratamiento provenían de distintos recursos, básicamente agrupados en dos. Por un lado los que acudieron derivados por los servicios de la Policía autonómica, que fue el grupo al que se le aplicaron las técnicas de retención proactiva y apoyo y, por otro lado, el resto, que habían sido derivados al programa SAHM por cualquier otra vía y que no habían recibido ningún tipo de técnica motivacional específica anterior o durante al tratamiento. Las categorías de esta variable que se han podido determinar a través de la vía de derivación al SAHM serían así la ausencia o presencia de técnicas de retención proactiva y apoyo.

La adherencia al tratamiento será nuestro criterio principal para la evaluación del efecto de la aplicación de las técnicas de retención proactiva. La definición operacional de la adherencia al tratamiento, como viene siendo habitual en este ámbito, hace referencia, en primer lugar, al deseo de continuar con el tratamiento, de asistir a las sesiones y de realizar las tareas asignadas (Redondo, 2008). En segundo lugar, dado que la asistencia en sí misma no es un indicador exclusivo de adherencia determinante sino que también debe contemplar el grado de implicación y la motivación para el cambio del participante (Quintero y Carabajosa, 2008), el nivel de adherencia se ha determinado también en función de la introducción de cambios en sus conductas agresivas. Esto significa que los usuarios del SAHM deben haber superado, como mínimo, las fases de pre-contemplación y contemplación en el momento en que su expediente se da por cerrado (Subirana-Malaret, 2012).

Teniendo en cuenta las premisas anteriores, se han utilizado 3 niveles de la variable adherencia: baja, media y alta. La adherencia baja

corresponde a aquellos hombres que no han superado la fase de pre-contemplación o contemplación y que, por tanto, cuando su expediente se ha dado por cerrado, o bien no tienen intención de cambiar su comportamiento violento o bien están interesados en cambiar pero no han desarrollado un compromiso firme de cambio y continúan igual. La adherencia moderada o media corresponde a aquellos usuarios que han superado la fase de contemplación y, por tanto, se han comprometido a cambiar y han tomado decisiones sobre cómo facilitar el proceso de cambio. La adherencia alta corresponde a los hombres que han superado la fase de preparación y han pasado a la acción, cambiando su conducta o las condiciones ambientales que afectan a su problema con la finalidad de superarlo. Además de la variable adherencia se registraron variables como la duración del tratamiento y la razón o motivo de finalización del mismo.

### Instrumentos

Los datos que se han empleado para realizar esta investigación se han obtenido a partir de cuatro fuentes distintas de información que entre ellas son complementarias, por lo que a pesar de ser un estudio retrospectivo nos ha permitido disponer de unas informaciones de calidad suficiente para justificar los resultados que se presentarán. La mayoría de los datos se obtuvieron del vaciado minucioso de la información contenida en los expedientes de los usuarios del SAHM y archivados en el IReS. Estos datos corresponden a los usuarios del servicio entre 2001 y 2008 e incluían las variables sociodemográficas habituales (educación, estado civil, etc.), las razones de la demanda inicial de atención, el origen de la derivación del caso, el tipo de violencia ejercida, la información completa del expediente judicial en su caso y los informes psicológicos disponibles de cada participante. En segundo lugar se obtuvo información de las memorias anuales del IReS correspondientes al SAHM (1998-2008). Además estas informaciones se completaron con entrevistas realizadas a los miembros del equipo de intervención (incluyendo los agentes responsables de los servicios de retención proactiva y apoyo) y, por último, de entrevistas con los profesionales del IReS que atendieron los casos que forman parte de la muestra de este estudio.

### Análisis de datos

Después de realizar el correspondiente análisis descriptivo de las variables implicadas en el estudio se procedió a contrastar, a través del análisis mediante tablas de contingencia, las relaciones entre la presencia o no de técnicas de retención proactiva en los diferentes indicadores de eficacia del tratamiento. Por último se presentan las correlaciones entre variables de eficacia y las *odds ratio*, que relacionan la presencia o ausencia de técnicas de retención y los niveles de adherencia al tratamiento que presentaron los participantes en el estudio cuando su expediente se dio por cerrado. Para todas las pruebas se ha utilizado el nivel de confianza del 95%.

### Resultados

Se presentan en primer lugar los descriptivos de la muestra, las características sociodemográficas, el tipo de agresión ejercida, la vía de derivación al SAHM –de la cual inferimos la relación entre la ausencia o presencia de técnicas motivacionales (retención proactiva y apoyo) previas al tratamiento– la duración del tratamiento y el motivo de cierre del expediente. En la tabla 1 se muestran los resultados de las características sociodemográficas teniendo en cuenta los dos grupos de participantes según si recibieron o no técnicas de retención y apoyo en cada caso.

A continuación se describen los estadísticos principales agrupando a todos los participantes en un solo grupo, porque las diferencias entre ambos grupos a efectos estadísticos son irrelevantes y consideramos a ambos grupos comparables a los efectos del análisis.

**Tabla 1**

Datos descriptivos de la muestra de participantes divididos según grupo de receptores de retención proactiva o no

Características socio-demográficas de los participantes en el estudio (n = 142)			
		Retención	
		% no	Si
Nacionalidad	Española	71.1	63.6
	Marroquí	7.9	9.1
	Sudamericana	5.3	15.2
	Africana	5.3	6.1
	Europa Occidental	6.6	3
	Otras	3.9	3
Estado Civil	Solteros	15.8	12.1
	Casados/pareja de hecho	61.8	59.1
	Divorciados/Separados	17.1	24.2
	No Consta	5.3	4.5
Hijos	Si	63.2	71.2
	No	19.7	16.7
	No consta	17.1	12.1
Convive con	Pareja	47.3	57.6
	Solo	14.5	18.2
	Otros	19.8	15.1
	No consta	18.4	11.1
Estudios finalizados	Sin Estudios	52.6	56.1
	Primaria	26.3	21.2
	Secundaria	5.3	3
	Superior	1.3	1.5
	No consta	14.5	18.2
Situación laboral	Activo	75	77.3
	Desempleo	13.2	13.6
	Otros	2.6	3
	No consta	9.2	6.1
Situación económica	Insuficiente	25	33.3
	Suficiente	28.9	34.8
	Otra	13.2	16.7
	No consta	32.9	15.2

Con respecto a las características sociodemográficas de los participantes agrupados, éstos nos muestran que tenían una edad media de 38.7 (9.2) años. En el caso de los pertenecientes al grupo de retención los valores fueron 38.59 (9.31) años y los pertenecientes al resto de grupos fue de 38.93 (9.33), que son muy similares. Mayoritariamente son españoles, están casados o con pareja, tienen hijos, han finalizado los estudios primarios, se encuentran laboralmente activos y disponen de un nivel económico suficiente, tal y como se puede observar en la tabla 1.

En cuanto a la nacionalidad de origen de los participantes el 67.6% eran españoles y el resto se reparten entre extranjeros con y sin regularización administrativa de su situación en España. El 58.5% tenía pareja o la había tenido, un 19.7 estaba divorciado, un 13% soltero y del resto no constaba su estado civil. Así mismo un 66.9% tenía hijos y mayoritariamente tenía un solo hijo. La convivencia de los usuarios en el momento de acudir al servicio fue la siguiente: la mayoría de los hombres vive en pareja (52.1%), seguidos por los que viven con un compañero de piso, los padres, algún familiar, con alguno de los hijos o en la cárcel (17.6%) y finalmente los que viven solos (16.2%).

En cuanto al nivel de estudios finalizados, la mayoría de los participantes no tiene estudios primarios (54.2%), seguido de los que han finalizado los estudios primarios (23.9%), los que han finalizado la educación secundaria (4.2%) y finalmente los que disponen de estudios superiores (1.4%). En cuanto a su situación laboral, se puede observar cómo una amplia mayoría de los usuarios están en activo (76.1%), seguido de los que están en paro (13.4%). Por lo que respecta a la situación económica de los usuarios del SAHM, hay una ligera mayoría que dispone de una situación económica suficiente, seguido del grupo con una situación económica insuficiente y en último término un pequeño grupo que informa de una situación económica buena.

En referencia a la historia y tipo de violencia ejercida por los hombres, según los datos obtenidos en los expedientes, se puede observar que la mayoría de ellos han ejercido indistintamente violencia psicológica y física (68.5%), seguido de los que han ejercido sólo violencia psicológica (26.8%) y finalmente los que han ejercido sólo violencia física (1.6%) o todo tipo de violencia (3.1%), incluyendo en este grupo a la violencia sexual. En la figura 1 se muestra esta distribución.

En cuanto a las vías de acceso al programa, la mayoría de los participantes han acudido derivados por la Policía Autonómica (46.5%) y la red de Servicios Sociales (20.4%). Algunos usuarios han acudido al SAHM derivados de otros programas de la Fundación IReS (7.7%), por indicación de los servicios penitenciarios (4.2%), por iniciativa propia (2.1%) o bien otras vías minoritarias de derivación (19.1%). Los casos en que los participantes habían sido derivados por la Policía autonómica fueron aquellos a quienes se aplicaron las técnicas de retención proactiva y apoyo por parte del profesional de la Policía autonómica. Hay una ligera mayoría del grupo al que sí se ha aplicado técnicas motivacionales previas al tratamiento para con el grupo y que no se le ha aplicado ninguna técnica motivacional previa al tratamiento.

En relación a los resultados principales de la aplicación de los programas de intervención nos encontramos con los siguientes resultados. Si tenemos en cuenta todos los casos ( $N = 142$ ), incluyendo pues los casos en que sólo se ha asistido a la fase de entrevista inicial (una única sesión), el tratamiento tuvo una duración media de 3.2 (5.02) meses. Excluyendo los casos en que se ha asistido sólo a la primera sesión ( $n = 102$ ), el tratamiento tuvo una duración media de 4.2 (5.55) meses. En cuanto al número de sesiones realizadas teniendo en cuenta los participantes del SAHM que habían comenzado el tratamiento ( $n = 102$ ), es decir, obviando los casos en que sólo se ha asistido a la fase de entrevista inicial (1 única sesión), el tratamiento tuvo una duración media de 6 (4.17) sesiones. Como es habitual en estos datos las distribuciones estaban siempre muy sesgadas hacia la izquierda, indicando que los abandonos suelen ser en los primeros días de tratamiento.

Los motivos por los que se cerraron los expedientes de los hombres que participaron en el programa del SAHM fueron diversos. Mayoritariamente, los expedientes se dieron por cerrados por el abandono del programa (57%). El número de expedientes que se cierra por motivo de finalización de tratamiento (19%) es el mismo que los que se cerraron por otros motivos. Finalmente, hay también algunos casos en que el motivo de cierre del expediente estuvo relacionado con la reconciliación con la pareja (5%).

Si consideramos la utilización o no de retención proactiva podemos observar como las variables de duración del tratamiento, las razones de finalización del caso y la adherencia al tratamiento varían y nos muestran una asociación determinada. En la tabla 2 se muestran los resultados de las tablas de contingencia en las que contrastamos esta relación.

En la tabla 2 se presentan resumidos los principales resultados de este estudio y podemos destacar cómo las tres variables habituales y propias de los efectos del tratamiento se comportan en función de si los participantes recibieron o no apoyo y motivación "suplementaria" por parte de los agentes policiales que practicaron la retención

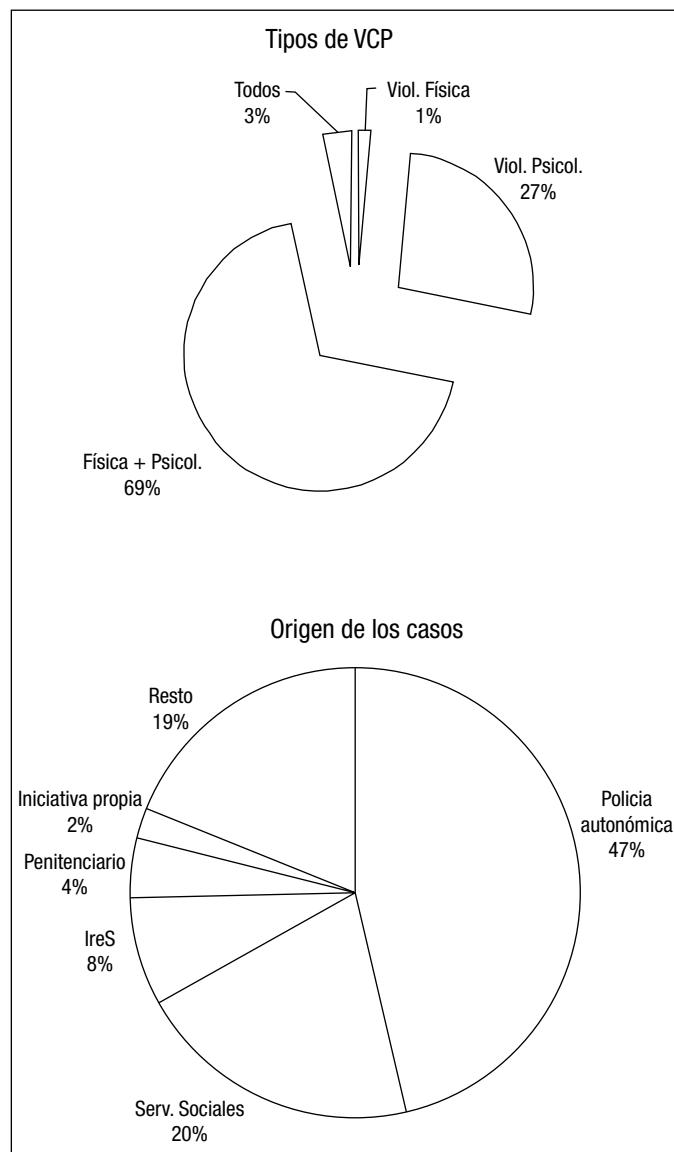


Figura 1. Distribución de los tipos de violencia ejercida por los participantes (panel superior) y origen de la derivación de los casos (panel inferior). Los valores en porcentajes están redondeados.

proactiva. En relación a la duración del tratamiento, dividiendo esta duración en intervalos de tres meses, se puede observar cómo los que habían recibido retención proactiva tuvieron una mayor frecuencia en los intervalos largos de tratamiento (más de 7 meses) pero no en los más cortos, excepto en el intervalo de 1 a 3 meses, en que superaron los del grupo de retención a los demás (36.4 vs. 26.3%). Es interesante destacar que la  $\chi^2$  y la V de Cramer, como estadísticos que nos permiten contrastar la asociación entre estas variables, muestran la falta de significación estadística necesaria para inferir que la retención tuvo un efecto en la duración del tratamiento. Este efecto solo se observa en los intervalos de duración largos. Es posible que los datos del intervalo de 1 a 3 meses sean poco relevantes ya que donde aparece una cierta estabilidad en la ratio es en los intervalos de más de 7 meses.

En relación al motivo del cierre o finalización del caso observamos, también en la tabla 2, cómo la aplicación de las técnicas de retención están relacionadas con la reducción de un cierto nivel de abandono (62.3 vs. 50.1% de abandono) y que amplió el porcentaje de casos que finalizaron la terapia (24.1 vs. 14.5%). Asimismo los que recibieron retención se reconciliaron con la pareja en mayor propor-

**Tabla 2**

Tablas de contingencia de los grupos con retención proactiva y variables de eficacia del tratamiento

		Duración del tratamiento					
Retención proactiva/apoyo social	%	menos de 1 mes	de 1 a 3 meses	de 4 a 6 meses	de 7 a 9 meses	de 10 a 12 meses	Mas de 12 meses
No		40.08	26.3	18.4	3.9	7.9	2.6
Si		30.1	36.4	10.6	7.6	9.1	6.1
Finalización de caso							
Retención proactiva/apoyo social	%	Abandono	Final Terapia	Reincidencia	Reconcilia.	Otras	
No		63.2	14.5	1.3	3.9	17.1	V Cramer = .198 ns
Si		50.1	24.1	2.9	6.1	16.7	$\chi^2 = 5.56 (5)$ $p = .351$
Adherencia al tratamiento							
Retención proactiva/apoyo social	%	Baja	Media		Alta		
		%	%		%		
No		64.5	18.4		17.1		V Cramer = .268 $p = .006$
Si		39.4	22.7		37.9		$\chi^2 = 10.22 (2)$ $p = .006$

ción (6.1 vs. 3.9%). Por el contrario, paradójicamente, los que recibieron retención reincidieron más que los que no la recibieron (6.1% vs. 3.9%) y en el resto de situaciones de cierre no aparecieron diferencias entre los que recibieron retención y los que no. Es importante destacar que la  $\chi^2$  y la V de Cramer, como estadísticos que nos permiten contrastar la asociación entre estas variables, muestran la falta de significación estadística necesaria para inferir que la retención tuvo un efecto determinante en la duración del tratamiento.

Por último analizaremos los datos de la adherencia terapéutica en función de haber o no recibido retención proactiva y apoyo durante el tratamiento. En la tabla 2 se muestran los resultados, que nos indican que se da un efecto interactivo muy interesante entre el nivel de adherencia y la retención. Lo que observamos es que en el nivel de adherencia baja los sujetos que recibieron tratamiento, pero no retención, tenían una mayor proporción de casos con nivel de adherencia baja que los de adherencia baja y que sí habían recibido retención (64.5 vs. 39.4). Este resultado no se observa en las categorías de nivel de adherencia media y se invierte en el caso de la retención proactiva y la adherencia alta. Aquí se observa claramente que el grupo que recibió atención y apoyo tuvo sus efectos en función del grupo de niveles de adherencia.

Dado que disponemos de tres indicadores de eficacia de los tratamientos, que son la duración del tratamiento, el tipo o motivo de finalización del mismo y los niveles de adherencia, calculamos las correlaciones entre estos índices para tener una imagen de su nivel de covariación. La correlación entre la duración del tratamiento y la adherencia al mismo, calculado por medio de la V de Cramer, dio un valor de .687 ( $p = .003$ ). Entre la adherencia y el motivo de cierre del tratamiento, calculado por medio también de la V de Cramer, ofreció un valor de .582 ( $p = .004$ ). La correlación entre la duración del tratamiento y el motivo de cierre del expediente, calculado por medio del índice thau de Kendall, mostró un valor de .346 ( $p = .003$ ). Estas correlaciones nos muestran la importante asociación entre los propios indicadores de eficacia o efecto del tratamiento.

Por último procedimos a analizar, por medio de la técnica de los *odds ratio* (*OR*), la diferencia en términos de probabilidades que la aplicación de las técnicas de retención había producido en el nivel de adherencia al tratamiento de los participantes. Este parámetro expresa en términos probabilísticos, considerados a partir de tablas 2x2, la razón de probabilidades de que la aplicación de las técnicas de retención aumente el nivel de respuesta de adherencia para cada

nivel. Así calculamos la *OR* resultante de comparar el paso del nivel de adherencia bajo a medio ofreciendo un resultado de *OR* = 2.22 (95% IC: 0.635-7.872). Cuando la comparación se estableció entre los niveles bajos y altos de adherencia como efecto de la retención el valor de la *OR* fue de 4.23 (95% IC: 1.04-17.125). Estos valores de *OR* se computaron a partir de las tablas de contingencia específicas de las comparaciones aludidas.

## Discusión

La importancia de conseguir tratamientos eficaces para que los maltratadores de pareja abandonen el comportamiento delictivo que significa la VCP ha sido uno de los elementos que han facilitado el desarrollo de los programas y también de las investigaciones sobre la eficacia y la eficiencia de los mismos (Echauri, Romero y Rodríguez, 2005; Echeburúa et al., 2010; Gondolf, 2012; Lila et al., 2010; Novo et al., 2012; Pérez y Martínez, 2009; Redondo, 2008). Si bien se reconoce que en general los efectos de estos tratamientos son limitados también se acepta que en parte esta limitación es debido (o al menos se confunde con ella) a la alta tasa de abandono de los programas sin haberlos finalizado y a la baja o nula (cuando no contraria) motivación por el cambio de los maltratadores de pareja. Conseguir la adherencia de los participantes a los programas se ha convertido en un objetivo prioritario al cual se puede llegar por medio de una intervención para aumentar la motivación y, más concretamente, por medio de las llamadas técnicas de retención proactiva y apoyo a los maltratadores que participan en los programas de tratamiento (en cualquiera de sus modalidades). Es destacable considerar que la preventión de la violencia contra la pareja tiene en los programas de intervención un buen aliado, pero conviene aumentar la eficacia de los mismos ante la necesidad de reducir de forma sustantiva las tasas de violencia contra las mujeres por parte de los hombres maltratadores.

Recordemos en primer lugar que existen pocos estudios que valoren la eficacia de los tratamientos realizados con hombres maltratadores y, lo que es peor, apenas existen investigaciones que analicen las variables predictoras de sus resultados (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009). Con esta premisa queremos enfatizar el objeto de estudio principal de nuestra investigación, por lo que es necesario también mencionar que los resultados que se presentan a continuación no se han podido comparar ampliamente con otros estudios

nacionales o internacionales de la literatura científica revisada ya que estos estudian, en su amplia mayoría, otro grupo de variables y con unos planteamientos metodológicos diferentes.

Queremos analizar y discutir los resultados obtenidos en este estudio en el marco de los trabajos realizados sobre las mismas temáticas relacionadas especialmente con la adherencia terapéutica en programas para maltratadores y para ello seguiremos el mismo orden utilizado en la presentación de los resultados. Recordemos que el objetivo principal era analizar el efecto del uso de las técnicas motivacionales, en concreto la retención proactiva, en el marco de los programas de tratamiento SAHM del IReS. Podemos afirmar, en primer lugar, que los sujetos de la muestra evaluada presentan las mismas características sociodemográficas genéricas que los hombres que ejercen violencia contra la pareja evaluados en diferentes estudios nacionales o internacionales. En un reciente estudio realizado por Echeburúa et al. (2009) sobre una muestra final seleccionada de 196 maltratadores tratados en un programa individual en un marco comunitario entre los años 1997 y 2007 en el País Vasco, se indica que los sujetos participantes tienen una edad media de 39.7 años, están casados o emparejados en su mayoría, disponen de estudios primarios o secundarios, se encuentran laboralmente activos y disponen de un nivel económico medio o medio-bajo. En nuestro estudio presentamos unos resultados muy similares, donde la edad media los participantes es de 38.7 años, la mayoría están casados o con pareja, han finalizado los estudios primarios, se encuentran laboralmente activos, disponen de un nivel económico suficiente, y viven con pareja. Sin embargo, cabe decir que la situación económica de los usuarios del SAHM es suficiente en un 30.6% de los casos mientras que la situación económica es insuficiente en el 27.9%. En la investigación de Echauri (2010) con una muestra de 217 sujetos que habían iniciado tratamiento en el programa terapéutico para maltratadores de VCP en el Instituto Navarro de Psicología Jurídica, tanto los agresores como las víctimas refieren el hecho de tener hijos en común como un nexo de unión permanente entre ambos aún después de haber finalizado la relación de pareja y haberse separado. Nuestros participantes estaban en situaciones muy similares a la del estudio antes mencionado.

En segundo lugar hemos de comentar, tal y como se especifica en la parte teórica de esta investigación, que la dificultad de consensuar una definición única de adherencia hace difícil su operacionalización y forma de medirla (Ortiz y Ortiz, 2007). También que la adherencia, como concepto conductual, implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables (Morse et al., 1996). En nuestro estudio, como en el reciente trabajo de investigación de Helton (2011), se ha evaluado la adherencia al SAHM a partir del análisis de documentos y revisión de la literatura profesional. En los últimos estudios de Scott (2001, 2004) se ha utilizado básicamente la información existente, documentación constituida por los informes y evaluaciones efectuadas por los profesionales que atienden los casos, tal y como también se ha utilizado para la realización de nuestro estudio. En este sentido, el uso del modelo transteórico del cambio (ATC, Prochaska y DiClemente, 1983) ha sido una herramienta eficaz para identificar tanto el grado de motivación interna inicial de los usuarios del SAHM como su adherencia al tratamiento, tal y como proponen diferentes estudios (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Vélica, 2000) para analizar las etapas y procesos de cambio en los hombres violentos contra la pareja.

No existen muchos estudios específicos sobre las técnicas de retención proactiva y sus efectos sobre la adherencia terapéutica en programas de intervención con maltratadores de pareja, pero indirectamente hay algunas evidencias que podemos contrastar de nuestro estudio con otros. Entre las diferentes técnicas de retención proactiva y apoyo al maltratador que está realizando el programa formativo en este estudio, un agente policial era el responsable de realizar las llamadas telefónicas, seguimientos personalizados y encuentros presenciales en los casos que recibieron este complemento

al programa. Las llamadas telefónicas iniciales tenían como finalidad que el maltratador participase en el programa y las siguientes llamadas servían para mantener la asistencia, reforzar las actitudes prosociales adquiridas, asesorar en cualquier tema relacionado con la situación legal, laboral, familiar, etc. en que el maltratador necesitase información. El objetivo de la retención proactiva era mantener la asistencia del maltratador a las sesiones del programa para que éste se completara con el máximo de garantías de eficacia. En el ya mencionado estudio de Conchell et al. (2011) han encontrado índices de abandono sustancialmente menores en el programa Contexto en relación con los índices de abandono prematuros encontrados en la literatura científica. Estas acciones no han tenido un efecto significativo sobre la duración del tratamiento y tampoco sobre el motivo de finalización del programa, pero sí sobre la adherencia al mismo. La aplicación de técnicas de retención proactiva y apoyo sí ha resultado relacionada con la adherencia al tratamiento en nuestro estudio.

También en nuestro estudio se han encontrado resultados estadísticamente significativos con respecto al grupo de hombres al que se ha aplicado técnicas de retención proactiva y apoyo en relación a la adherencia terapéutica al programa, siendo ésta más elevada en el grupo de hombres a los que se ha aplicado las mencionadas técnicas motivacionales, tal y como se esperaba. Sin embargo hay un efecto interactivo destacable. En los casos de adherencia baja, la frecuencia de maltratadores que no recibieron retención proactiva es superior a la de los que recibieron retención proactiva. Al contrario, y como era de esperar, entre los casos de adherencia alta los que recibieron la retención proactiva fueron muchos más que los que no la recibieron; por último, los de adherencia media no parece que hubiesen sido influidos por la retención proactiva. Esta clara interacción es muy sorprendente y deberá ser estudiada con más detalle. Recuerda al mismo efecto paradójico que describen Andrews y Bonta (2010) al referirse al incremento de las tasas de reincidencia de los tratamientos psicológicos en delincuentes de bajo riesgo de reincidir. Por el contrario, el tratamiento aplicado, el mismo tratamiento, a delincuentes de alto riesgo tiene efectos beneficiosos en el descenso de los niveles de reincidencia. Podríamos conjeturar que las técnicas de retención solamente se deberían aplicar, para conseguir el efecto deseado, en ciertos grupos o momentos del proceso terapéutico del maltratador de pareja para no producir efectos indeseados en maltratadores en los que la motivación externa pueda reducir las probabilidades de éxito del tratamiento.

Recordemos que en el comentado estudio de Sheenan et al. (2012), en el que se argumenta que uno de los puntos de inflexión que llevan a los hombres a cambiar su conducta es el hecho de estar involucrado en el sistema judicial, también se menciona que incluso en aquellos maltratadores derivados por la justicia a realizar un programa formativo para hombres maltratadores el cambio de comportamiento viene determinado por su propia voluntad y está bajo su control (Catlett et al., 2010; Flinck y Paavilainen, 2008; Scott y Wolfe, 2000; Silvergleid y Manokowski, 2006). Asimismo, debemos recordar también que los programas de tratamiento resultan de utilidad en los casos en que el agresor es consciente de su problema, asume su responsabilidad en los episodios de violencia, se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo y completa el programa de tratamiento (Echeburúa y Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell y Wormith, 2010). Dicho esto, los resultados de nuestro estudio podrían ser congruentes con las afirmaciones de Lizarraga y Ayarra (2001) al indicar que no es posible motivar a nadie a sacrificarse si no ve muy claro que sacará un beneficio o que nadie empieza un cambio si no tiene muy claro que podrá con este, siendo muy subjetiva la magnitud de esta tarea.

En el estudio de Scott (2004) realizado con una muestra de 308 maltratadores inscritos en un programa para hombres maltratadores con una duración de un año, clasificados según los estadios de cambio del modelo transteórico por parte de los profesionales que atendían a los programas de tratamiento para predecir la adherencia, se

obtuvo como resultado que los hombres que fueron clasificados en la etapa de precontemplación eran 2.3 veces más propensos que los hombres clasificados en la etapa de contemplación y 8.8 veces más propensos que los hombres clasificados en la etapa de acción de abandonar prematuramente el programa de tratamiento. Sin embargo, no podemos comparar estos resultados con los nuestros ya que las variables estudiadas no son las mismas y el planteamiento metodológico del estudio es diferente.

Podemos corroborar, pues, que la aplicación de técnicas de retención proactiva y apoyo es un predictor de la adherencia terapéutica en los programas de tratamiento para hombres maltratadores contra la pareja, con esta muestra, en este estudio y con estas condiciones. En cuanto a los resultados de nuestro estudio, estos indican que el grupo de hombres a los que la Policía autonómica aplicaron técnicas de retención proactiva y apoyo, tienen una adherencia al tratamiento más elevada que los usuarios del servicio a los que no se les ha aplicado ninguna técnica motivacional previamente al tratamiento. Concretamente, los resultados obtenidos nos indican por un lado que los hombres a los que no se les ha aplicado técnicas de retención y apoyo previamente al tratamiento tienen 4.2 veces más probabilidad de tener una adherencia baja que alta en tratamiento y, por otro, que los hombres a los que no se les ha aplicado técnicas de retención y apoyo previamente al tratamiento tienen 2.2 veces más probabilidad de tener una adherencia moderada que alta al tratamiento. Estos resultados serían pues congruentes con las afirmaciones de Brodeur, Rondeau, Brochu, Lindsay y Phelps (2008) al sugerir que los factores motivacionales externos pueden estar involucrados en la decisión de completar el programa de tratamiento, así como las de Lemire et al. (1996), al indicar que en ocasiones es necesario ayudar a la naturaleza, refiriéndose al hecho de ayudar a la motivación por el cambio en aquellos hombres que por sí mismos no tienen suficiente motivación interna y que esta ayuda puede venir dada tanto por la familia como por la comunidad, como por la Justicia.

En este estudio teníamos la intención y el objetivo de mostrar cómo las técnicas de retención proactiva y de apoyo social están específicamente destinadas a facilitar la adherencia al programa de tratamiento de los maltratadores de pareja. Las implicaciones prácticas de este estudio son bastante evidentes y tienen un mensaje claro. Para aumentar la adherencia al tratamiento y así reducir el riesgo de reincidencia es necesario incorporar estrategias y procesos de intervención que impliquen un aumento de la motivación para seguir y terminar el tratamiento con una participación íntegra y genuina. Este aumento de la motivación se puede conseguir, como hemos visto, por medio de la retención proactiva –en este caso resultado de la acción de los agentes policiales– siendo los resultados concordantes con los obtenidos por otros autores (Carabajosa, Boira y Tomás-Aragónés, 2013; Conchell et al., 2011; Kistenmacher y Weiss, 2008; Lee, Uken y Sebold, 2007; Lila, Gracia y Murgui, 2013; Muldoon y Gary, 2011; Musser y Murphy, 2009; Subirana-Malaret, 2012; Taft y Murphy, 2007).

Queda claro, a nuestro entender y en sintonía con muchos otros investigadores que hemos citado, que la motivación del participante en un programa de intervención es un factor clave para aumentar la adherencia terapéutica y finalizar un programa formativo. Asimismo podemos decir que la motivación se puede aumentar con ayuda externa mediante el uso de técnicas motivacionales aplicadas por los profesionales del proceso terapéutico y que, como sucede en otro tipo de programas de tratamiento de delincuentes, posiblemente el uso de estas técnicas motivacionales no siguen el modelo de “una misma talla para todos”, es decir que la eficacia de las técnicas motivacionales, como la retención proactiva, está modulada por las características del maltratador, entre las que destacan el nivel de riesgo de reincidencia del mismo, la tipología psicológica y/o psicopatológica del maltratador u otras similares, que habrá que continuar analizando para resolver las cuestiones pendientes en el campo del análisis de la eficacia de los programas de intervención psico-sociales en este tipo de delincuentes. Sin duda ninguna los programas, a pesar de sus

limitaciones, seguirán formando parte de las estrategias globales de prevención de la violencia de género y en el marco de las llamadas “tácticas de gestión del riesgo de violencia”, que vendrán a complementar las más tradicionales estrategias terapéuticas y rehabilitadoras al uso (Andres-Pueyo, López y Alvarez, 2008).

## Conflictos de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses

## Agradecimientos

Deseamos mostrar nuestro agradecimiento al Cuerpo de Policía Autonómica de Catalunya, a la Fundación IRES (Delegación de Gerona) y al Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya por facilitarnos el acceso a los archivos e informaciones necesarias para realizar esta investigación.

## Referencias

- Andrés Pueyo, A., López, S. y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del psicólogo*, 29, 107-122.
- Andrews, D. y Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Arce, R., Fariña, F. y Suárez, A. (2005). Sensibilización e introducción del programa Galicia de Reeducación para Maltratadores. En B. D. Silva y L. S. Almeida (Eds.), *Actas del VIII. Congreso Galaco-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 3563-3575). Braga: Universidad de Minho.
- Arce, R. y Fariña, F. (2010). Diseño e implementación del Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores: Una respuesta psicosocial a una necesidad social y penitenciaria. *Intervención Psicosocial*, 19, 153-166.
- Babcock, J. C., Graham, K., Canady, B. y Ross, J. M. (2011). A proximal change experiment testing two communication exercises with intimate partner violent men. *Behavior Therapy*, 42, 336-347.
- Beiras, A. y Cantera, L. (2011). *Grupos de hombres autores de violencia contra mujeres. Cuestionamientos teóricos, políticos y feministas*. Ponencia presentada al Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo. Barcelona, 7 d'octubre de 2011.
- Boira, S., Lopez del Hoyo, Y., Tomas-Aragonés, L. y Gaspar, A. R. (2013). Efficacy of different treatment modalities in men convicted of intimate partner violence. *Anales de Psicología*, 29, 19-28.
- Brodeur, N., Rondeau, G., Brochu, S., Lindsay, J. y Phelps, J. (2008). Does the transtheoretical model predict attrition in domestic violence treatment programs? *Violence and Victims*, 23, 493-507.
- Brown, P. D. y O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Calvet, G. y Corcón, M. (2010). *Evaluació i impacte de les respostes penals al fenomen de la violència de gènere a Catalunya (2007-2008)*. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Carabajosa, P., Boira, S. y Tomás-Aragonés, L. (2013). Difficulties, skills and therapy strategies in interventions with court-ordered batterers in Spain. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 118-124.
- Catlett, B. S., Toews, M. L. y Walilko, V. (2010). Men's gendered constructions of intimate partner violence as predictors of court-mandated batterer treatment drop out. *American Journal of Community Psychology*, 45, 107-123.
- Cid, J. (2009). *La elección del castigo*. Barcelona: Paidós.
- Cid, J. y Larrauri, E. (2005). Penas alternativas y delincuencia violenta. En J. Cid y E. Larrauri (Eds.). *Delincuencia violenta: Castigar o prevenir*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Conchell, R., Lila, M., Catalá, A., Del Hierro, G. y Lorenzo, M. V. (2011). Motivar para educar: estrategias para incrementar la adherencia en los programas de reeducación de maltratadores. En J. M. Roman, M. A., Carbonero y J. D. Valdivieso (Eds.), *Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural* (pp. 11817-11825). Ediciones de la Asociación de Psicología.
- Creazzo, G. (2009). Desarrollar estrategias de intervención para hombres que utilizan violencia contra las mujeres en las relaciones íntimas. En G. I. Creazzo y L. Bianchi (Eds.), *El desarrollo de estrategias de trabajo con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de Europa del Sur. ¿Porqué y cómo?* (pp. 18-49). Editado por: ITD (<http://www.e-itd.com>)
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 207-218.
- DiMatteo, M. R. y DiNicola, D. (1982). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York, NY: Pergamon.
- Dutton, D. G. y Corvo, K. C. (2006). Transforming a flawed policy: A call to review psychology and science in domestic violence research and practice. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 457-483.
- Echauri, J. A. (2010). *Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para hombres maltratadores en la relación de pareja. Características psicopatológicas y resultados terapéuticos* (tesis doctoral). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.

- Echauri, J. A., Romero, J. y Rodríguez, M. J. (2005). Teoría y descripción de la Violencia Doméstica. Programa terapéutico para maltratadores del ámbito familiar en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Anuario de Psicología Jurídica*, 15, 67-95.
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 117-121.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). *Hombres violentos contra la pareja: perfil psicopatológico y programa de intervención*. En C. Maganto (Ed.), *Mediación familiar* (pp. 181-209). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 403-420.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y 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.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J. y Hornack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19, 81-93.
- Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeducación de maltratadores: Una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 145-151.
- Feder, L., Wilson, D. B. y Austin, S. (2008). Court-mandated interventions for individual convicted of domestic violence. *Campbell Systematic Reviews*, 12.
- Flinck, A. y Paavilainen, E. (2008). Violent behavior of men in their intimate relationships, as they experience it. *American Journal of Men's Health*, 2, 244-253.
- Fuller, C. y Taylor, P. (2008). *A toolkit of motivational skills. Encouraging and supporting change in individuals*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A. J., Dully, C., ...Schweier, S. (2010). Programas europeos de intervención para hombres que ejercen violencia de género: panorámica y criterios de calidad. *Intervención Psicosocial*, 19, 181-190.
- Gondolf, E. (2011). The weak evidence for batterer program alternatives. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 347-353.
- Gondolf, E. (2012). The future of batterer programs. Reassessing evidence-based practice. Boston: Northeastern University Press.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: An outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Haynes, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En R. B. Haynes, D. W. Taylor y D. L. Sackett (Eds.), *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Helton, P. (2011). Resources for battering intervention and prevention programs in Texas to mitigate risk factors which increase the likelihood of participant dropout. *Applied Research Projects, paper 351*. Texas State University, San Marcos.
- Jewell, L. y Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers: A metaanalysis. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 1086-1113.
- Kistenmacher, B. R. y Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized control trial. *Violence and Victims*, 23, 558-570.
- Lambert, M. J., DeJulio, S. S. y Stein, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Larrauri, E. (2010). Los programas formativos como medida penal alternativa en los casos de violencia de género ocasional. *Revista Española de Investigación Criminológica*, Número 8. Disponible en: <http://www.criminologia.net/reic.html>
- Larrauri, E. y Antón, L. (2008). *Estudi sobre l'aplicació en l'àmbit judicial de les mesures de protecció integral contra la violència de gènere aprovades pel legislador l'any 2004*. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Lee, M. Y., Uken, A. y Sebold, J. (2007). Role of self-determined goals in predicting recidivism in domestic violence offenders. *Research on Social Work Practice*, 17, 30-41.
- Lemire, G., Rondeau, G., Brochu, S., Schneeberger, P. y Brodeur, N. (1996). Les programmes de traitement pour hommes violents: du communautaire au correctionnel. *Revue Canadienne de Criminologie*, 38, 33-59.
- León-Chaparro, L. (2004). Estudio del Actual Artículo 173 del Código Penal. Ilustre Colegio de Abogados de Ceuta: *Revista Baylio*, edición electrónica, 1.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J. y Velicer, W. F. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive and Therapy Research*, 24, 175-200.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19, 167-179.
- Lila, M., Gracia, E. y Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 147-153.
- Lila, M., Oliver, A., Galiana, L. y Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: The Contexto Programme. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 73-95.
- Lizarraga, S. y Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra*, 24(2), 43-53.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L. M. y Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en dos centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 249-268.
- Magro, V. (2011). *Conferència Inaugural. I Jornades de Psicologia i Llei*. Universitat de Barcelona-IL3, Barcelona.
- Medina-Ariza, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moran, D., Wolf-Light, P., Andrew, M. y Macrae, R. (2010). Re-education or recovery? Re-thinking some aspects of domestic violence perpetrator programmes. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 58, 23-36.
- Muldoon, J. P. y Gary, J. M. (2011). Enhancing treatment compliance among male batterers: Motivators to get them in the door and keep them in the room. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, 144-160.
- Murphy, C. M. y Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the abusive partner: An individualized cognitive behavioral approach*. New York: Guilford.
- Murphy, C. M., Musser, P. H. y Maton, K. I. (1998). Coordinated community intervention for domestic abusers: Intervention system involvement and criminal recidivism. *Journal of Family Violence*, 13, 263-284.
- Musser, P. H. y Murphy, C. M. (2009). Motivational interviewing with perpetrators of intimate partner abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1218-1231.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T. y Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pregroup intervention for partner-violent men. *Violence and Victims*, 23, 539-557.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, D. y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 219-234.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Méd Chile*, 135, 647-652.
- Pence, E. y Paymar, M. (1993). Education groups for men who battered: The Duluth Model. New York: Springer.
- Pérez-Ramírez, M. y Martínez-García, M. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento con maltratadores encarcelados. *Boletín Criminológico*, 115, 1-4.
- Preston, D. S. (2001). Addressing treatment resistance in corrections. En L. L. Motiuk y R. C. Serin (Eds.), *Compendium 2000 on effective correctional programming* (cap. 8). Ottawa: Correctional Service Canada.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5 Acción y Acción Social S.L.
- Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Roffman, R., Edleson, J., Neighbors, C., Mbilinyi, L. y Walter, D. (2008). The men's domestic abuse check-up: A protocol for reaching the non-adjudicated and untreated man who batters and abuses substances. *Journal of Violence Against Women*, 14, 589-605.
- Ruiz, M. A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sackett, D. L. y Haynes, B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Scott, K. (2001). *An Application of the Transtheoretical Model to Understanding Change Among Male Batterers* (Unpublished doctoral dissertation). University of Western Ontario, Canada.
- Scott, K. (2004). Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence*, 19, 37-47.
- Scott, K. y Wolfe, D. A. (2000). Change among batterers: Examining men's success stories. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 827-842.
- Sheehan, K. A., Thakor, S. y Stewart, D. E. (2012). Turning Points for Perpetrators of Intimate Partner Violence. *Trauma Violence Abuse*, 13(1), 30-40.
- Shepard, M. F. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence*, 7, 167-178.
- Silvergleid, C. S. y Mankowski, E. S. (2006). How batterer intervention programs work: Participant and facilitator accounts of processes of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 139-159.
- Stoops, C., Bennett, L., y Vincent, N. (2010). Development and predictive ability of a behavior-based typology of men who batter. *Journal of Family Violence*, 25, 325-335.
- Stith, S. M. y McMonigle, C. L. (2009). Risk factors associated with intimate partner violence. En D. J. Whitaker y J. R. Lutzker (Eds.), *Preventing partner violence. Research and evidence-based intervention strategies* (pp. 67-92). Washington, DC: American Psychological Association.
- Subirana-Malaret, M. (2012). *Motivació pel canvi i adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella* (tesi doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Taft, C. y Murphy, C. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: Recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- Walker, D. D., Neighbors, C., Mbilinyi, L., F., O'Rourke, A., Zegree, J., Roffman, R. A. y Edleson, J. L. (2010). Evaluating the impact of intimate partner violence on the perpetrator: the perceived consequences of domestic violence questionnaire. *Journal of Interpersonal Violence*, OnlineFirst, doi:10.1177/0886260509354592
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Zaldivar, D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida*. Disponible en: [www.info-med.sld.clu](http://www.info-med.sld.clu)