



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Motivació pel canvi i adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella

Montserrat Subirana Malaret

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

TESIS DOCTORAL

MOTIVACIÓ PEL CANVI I
ADHERÈNCIA TERAPÈUTICA EN
**ELS PROGRAMES
DE TRACTAMENT PER A
HOMES MALTRACTADORS
CONTRA LA PARELLA**

Doctoranda: Montserrat Subirana Malaret
Director de Tesi: Antonio Andrés Pueyo

Aquest programa de Doctorat ha rebut la Menció d'Excel·lència atorgat per l'Agència Nacional d'Avaluació de la Qualitat i Acreditació (ANECA)

La realització d'aquesta Tesi ha comptat amb un Ajut a la Recerca de la Universitat de Barcelona per a l'obtenció de la Menció Europea de Doctor

*Coneix-te
Accepta't
Supera't*

Agustí d'Hipona
(354-439)

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

Agraïments

Que elaborar una tesi doctoral és una feina summament feixuga i de magnituds inescrutables no cal demostrar-ho empíricament. Difícilment es podria dur a terme sense comptar amb el suport de totes les persones que, de manera acadèmica, científica, professional o personal, hi intervenen al llarg de tot el projecte. En el meu cas, sens dubte ha estat així. Em sento afalagada pel suport que he rebut durant el seu procediment i la seva elaboració i agraeixo, de tot cor, l'acompanyament de totes les persones que m'han recolzat al llarg de la seva realització.

Al meu Director, el Dr. Antonio Andrés Pueyo. Per la constant dedicació, el rigor i les aportacions teòriques, metodològiques i personals que han estat fonamentals pel desenvolupament d'aquest estudi. També per la confiança, els ànims i un entusiasme constant, sempre benvingut i especialment necessari en els moments crítics.

A la policia autonòmica de Catalunya, els Mossos d'Esquadra. Especialment al Comissari Joan Carles Molinero i als qui van ser membres del GRAV de Girona entre els anys 2001 i 2005, actualment Sotsinspector Andreu Masegosa, Caporal Francesca Pérez i Agent Adam Oliver, per la seva col·laboració imprescindible i facilitada en el decurs de la investigació.

A la Fundació IReS, per la confiança en l'estudi i haver permès que es dugués a terme. A tot el personal de la Delegació de Girona, per la càlida acollida i el suport sempre desinteressat durant el temps que vaig estar a la Fundació en el procés de recollida de les dades. I especialment al seu Director, el Sr. Sergi Pasqual, pel companyerisme i el recolzament en el desenvolupament de la investigació. Al Sr. Toni Vives, psicòleg d'IReS al càrrec del SAHM de Girona durant la major part dels anys de funcionament del servei, per la seva atenció i aportació històrica als continguts.

Al Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya. Especialment a la Sra. Engràcia Querol, Responsable de la Unitat d'Actuacions en Matèria de Violència Familiar de la Secretaria de Família, per la confiança i el suport sempre entusiasta durant el desenvolupament de l'estudi.

A tot l'staff de RESPECT. Per una càlida acollida durant la meva estada a Londres per la col·laboració, la generositat, les aportacions personals i per haver-me fet sentir com a casa des del primer moment. Especialment a Thangam Debbonaire, per la confiança i per haver-ho fet possible.

To all the staff of RESPECT for your warm welcome to London and for the way in which you made me feel at home since the first day. A special thanks to Thangam Debbonaire for her trust in me and making it all possible. I shall remember all of you for your kindness.

Al Sr. Ismael Loinaz, per les estimulants aportacions científiques i el sempre benvingut consell professional, personal, desinteressat.

Al Dr. Ignasi Torres, per les imprescindibles aportacions metodològiques i estadístiques. To Joanne Creighton, Ouma Mauree and Stuart Anderson for their language help.

Al Dr. Carles Flaquer i l'Imma Espel, per la implicació, la complicitat, el recolzament, l'acompanyament.

Al Salvador i la Sílvia, pel seu grandíssim ajut amb el disseny gràfic.

A totes les meves amigues i amics que heu estat al meu costat en aquest projecte. Un cop més, MILIONS de gràcies pel vostre suport incondicional. En aquesta ocasió, tan imprescindible.

A la meva família (m'agrada aquesta reflexió de Torralba: “no sabem amb certesa si la vida té un sentit últim, si més enllà del sentit que a títol personal li puguem donar, té, en ella mateixa, un darrer sentit. És raonable creure-ho, però també hi ha raons per creure que vivim en un vaixell perdut enmig de l'oceà. Cal, doncs, apostar”) perquè junts hem après a “apostar” : navegar, capejar el temporal, i procurar sempre mirar cap endavant en el viatge de la vida.

A totes i tots, moltes gràcies.

Barcelona, 23 de Juliol de 2012

PART TEÒRICA.....	19
Abstract.....	21
1 Introducció.....	25
2 Delimitació terminològica i conceptual.....	33
3 Aspectes psicosocials i culturals.....	43
4 Aspectes criminològics i jurídics.....	61
5 Estratègies d'intervenció i prevenció: els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella.....	77
6 La motivació com a factor clau en l'adherència als programes formatius per a homes que exerceixen violència contra la parella.....	111
7 Plantejament de la recerca.....	137
PART EMPÍRICA	139
8 Recerca empírica.....	141
9 Discussió.....	197
10 Conclusions.....	221
Referències bibliogràfiques.....	229
Annexos.....	263

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

PART TEÒRICA	19
Abstract	21
1. Introducció	25
2. Delimitació terminològica i conceptual	33
2.1 El maltractament en les relacions de parella.....	33
2.2 Violència i tipus de maltractament contra la parella.....	36
2.3 La perspectiva de gènere.....	39
3. Aspectes psicosocials i culturals	43
3.1 Aproximació etiològica a la VCP. Quines són les causes del problema?.....	43
3.2 Factors de risc associats als homes que exerceixen VCP.....	48
3.3 Tipologia de maltractadors.....	52
3.4 Predicció del risc de violència.....	53
3.5 Factors de vulnerabilitat de les víctimes.....	54
3.6 Permanència en les relacions de maltractament i conseqüències de la victimització.....	55
4. Aspectes criminològics i jurídics	61
4.1 Aspectes criminològics.....	61
4.2 Consideracions epidemiològiques de la VCP a Espanya, Catalunya i el sistema penal....	63
4.3 Aspectes jurídics.....	66
4.4 Actuacions legislatives envers la VCP a Espanya i Catalunya.....	67
5. Estratègies d'intervenció i prevenció: Els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella	77
5.1 Els programes formatius a EEUU i Canadà.....	78
5.2 Els programes formatius a Amèrica Llatina.....	82
5.3 Els programes formatius a Europa.....	83
5.4 Els Programes Formatius a Espanya.....	92
5.5 Els Programes Formatius a Catalunya.....	98
5.5.1 El Servei d'Atenció als Homes que Maltracten (SAHM).....	101
5.6 Models de tractament.....	104
5.7 Eficàcia dels programes formatius i reincidència.....	105
5.8 Indicadors d'èxit i fracàs terapèutic en els programes formatius.....	107
6. La motivació com a factor clau en l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella	111
6.1 Consideracions prèvies sobre l'adherència al tractament en els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella.....	111
6.2 Conceptualització de la motivació pel canvi, motivació interna i motivació externa en els homes que exerceixen VCP.....	114
6.3 La motivació com a procés de canvi en l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella.....	117
6.4 El Model Transteòric del Canvi com a eina d'avaluació de la motivació interna pel canvi.....	119

6.5	Avaluació inicial de la motivació dels agressors que assisteixen als programes formatius.	121
6.6	Què es pot fer per motivar el canvi en els homes que maltracten a les seves parelles i propiciar l'adherència als programes formatius?	122
6.6.1	L'ús de tècniques motivacionals.	122
6.6.2	La motivació segons els estadis del canvi del MTC.	127
6.7	Una estratègia motivacional en el tractament dels homes maltractadors pionera a Catalunya.	130
6.7.1	Protocol de coordinació Mossos d'Esquadra-IREs	131
6.7.2	Aplicació de les tècniques de retenció proactiva i recolzament	133
7.	Plantejament de la recerca	137
7.2	Hipòtesis	137
	PART EMPÍRICA	139
8.	Recerca empírica	141
8.1	Participants	141
8.2	Disseny	142
8.3	Instruments	142
8.3.1	Expedients	142
8.3.2	Memòries	143
8.3.3	Entrevistes realitzades als membres del GRAV	143
8.3.4	Entrevistes realitzades als professionals de l'IREs	144
8.4	Procediment	145
8.4.1	Procés de recollida de les dades dels usuaris del SAHM	145
8.4.2	Descripció de les dades obtingudes	145
8.4.2.1	Variables sociodemogràfiques	145
8.4.2.2	Tipus de violència exercida	146
8.4.2.3	Relació de l'usuari amb la Justícia	146
8.4.2.4	Via de derivació al SAHM	146
8.4.2.5	Demanda inicial dels usuaris en arribar al SAHM	147
8.4.2.6	Atribució del problema	148
8.4.2.7	Motivació pel canvi	149
8.4.2.8	Retenció proactiva i recolzament	150
8.4.2.9	Nombre de sessions realitzades	151
8.4.2.10	Durada del tractament	151
8.4.2.11	Motiu de tancament de l'expedient	151
8.4.2.12	Adherència al tractament	151
8.4.3	Implicacions ètiques	153
8.5	Resultats	153
8.5.1	Característiques sociodemogràfiques de la mostra	154
8.5.2	Relació dels participants amb la Justícia per denúncies de VCP	159
8.5.3	Tipus de violència exercida pels participants al SAHM	159
8.5.4	Vies d'accés al SAHM	160
8.5.6	Atribució i reconeixement del problema	161

8.5.7 Motivació interna pel canvi	162
8.5.8 Retenció proactiva i recolzament.....	163
8.5.9 Durada del tractament.....	163
8.5.10 Número de sessions realitzades	164
8.5.11 Finalització del programa de tractament.....	164
8.5.12 Anàlisi de les relacions entre les variables sociodemogràfiques	165
8.5.13 Anàlisi de la relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.	165
8.5.14 Anàlisi de les relacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.	170
8.5.15 Anàlisi de les relacions entre les variables sociodemogràfiques, les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i les variables posteriors al tractament.	175
8.5.16 Anàlisi de les relacions entre les variables sociodemogràfiques, les variables prèvies al tractament, i les variables posteriors al tractament amb amb l'adherència al tractament	186
8.5.17 Anàlisi de les variables predictorres de l'adherència al tractament	193
9. Discussió	197
9.1 Discussió dels resultats	198
9.1.1 Característiques sociodemogràfiques.....	198
9.1.2 Característiques de la violència exercida i de la relació amb la Justícia	199
9.1.3 Característiques de les vies d'accés al SAHM	200
9.1.4 Anàlisi de les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.....	201
9.1.5 Anàlisi de les variables posteriors al tractament.....	205
9.1.6 Anàlisi de les relacions entre les variables prèvies al tractament i les variables poste- rioris al tractament	209
9.1.7 Anàlisi de les variables relacionades amb l'adherència al tractament i confirmació de les hipòtesis de l'estudi	213
9.2 Limitacions de l'estudi	219
10. Conclusions generals i prospectiva	221
10.1 Conclusions generals i prospectiva	221
10.2 Línies futures.....	225
Referències	229
Annex 1: Fitxa Servei d'Atenció a Homes Maltractadors (SAHM)	263
Annex 2: Tríptic informatiu del SAHM lliurat als presumptes maltractadors després de la seva declaració	264
Annex 3: 2on tríptic informatiu del SAHM (versió castellà)	266
Annex 4: Compromís de participació al SAHM	268
Annex 5: Conclusions (English)	269

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

Figura 1: Violència de gènere, violència contra la parella i violència familiar: intersecció dels tres fenòmens.	35
Figura 2: Model Ecològic per comprendre la violència	44
Figura 3: La VCP i l'efecte iceberg.....	59
Figura 4: Roda del poder i control	80
Figura 5: Adherència al tractament	113
Figura 6: Concepció integral de la violència de gènere al GRAV	131
Figura 7: Estructura organitzativa del GRAV*	134
Figura 8: Nacionalitat i/o procedència dels participants al SAHM.....	155
Figura 9: Estat civil dels participants al SAHM en el moment d'acudir al servei.....	155
Figura 10: Estat de la paternitat dels usuaris en arribar al SAHM	156
Figura 11: Número de fills	156
Figura 12: Amb qui viuen els participants al SAHM en el moment d'acudir al servei.....	157
Figura 13: Nivell d'estudis acabats dels participants al SAHM.	157
Figura 14: Situació laboral els participants al SAHM en el moment d'acudir al servei.....	158
Figura 15: Situació econòmica dels participants al SAHM.....	158
Figura 16: Número de denúncies que tenen els participants als SAHM.....	159
Figura 17: Tipus de violència exercida pels homes assistents al SAHM.....	160
Figura 18: Vies d'accés al programa SAHM	160
Figura 19: Demanda inicial dels homes que acudeixen al SAHM	161
Figura 20: Atribució i reconeixement del problema	162
Figura 21: Motivació interna pel canvi dels participants al SAHM	162
Figura 22: Distribució dels subjectes segons l'absència o presència de tècniques de retenció proactiva i recolzament.....	163
Figura 23: Durada del tractament (n=142)	163
Figura 24: Número de sessions realitzades tenint en compte el total de la mostra.....	164
Figura 25: Motiu de tancament dels expedients dels participants al SAHM.....	165
Figura 26: Demanda inicial i atribució del problema	171
Figura 27: Demanda inicial i motivació interna.....	172
Figura 28: Atribució del problema i motivació interna dels participants al SAHM.....	173
Figura 29: Demanda inicial i durada del tractament	177
Figura 30: Nivell de motivació i durada del tractament	178
Figura 31: Motiu de tancament de l'expedient i atribució del problema	180
Figura 32: Motiu de finalització del tractament i motivació interna pel canvi.....	180
Figura 33: Número de sessions realitzades i demanda inicial.....	182

Figura 34: Número de sessions realitzades i motivació interna.....	183
Figura 35: Número de sessions realitzades i durada del tractament.....	184
Figura 36: Motiu de tancament de l'expedient i número de sessions realitzades	185
Figura 37: Adherència al tractament dels participants en el moment en que es dóna per tancat el seu expedient.....	186
Figura 38: Retenció proactiva i recolzament i adherència al tractament.	188
Figura 39: Motivació interna i adherència al tractament.	190
Figura 40: Número de sessions realitzades i adherència al tractament	192

Taula 1: Violència estructural i circumstancial	38
Taula 2: Resum dels factors de risc de l'home maltractador segons els casos atesos al SAHM (1998-2006) (n=445)	51
Taula 3: Algunes de les tipologies i diferents subtipus d'agressors proposats	53
Taula 4: Motius per utilitzar la valoració del risc en la predicció de la VCP	54
Taula 5: Evolució històrica del control penal en situació de violència de gènere anterior a la Llei 27/2003, de 31 de juliol, reguladora de l'Ordre de Protecció de les víctimes de violència domèstica; i la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere.....	67
Taula 6: Característiques dels Programes Formatius (PF) a Europa segons l'estudi realitzat pel projecte WWP	88
Taula 7: Estructura del programa de tractament a presó.....	93
Taula 8: Programes d'intervenció externs per a maltractadors.....	96
Taula 9: Entitats que ofereixen actualment programes formatius per a homes maltractadors a Catalunya en el marc de les MPA conveniades regularment amb el Departament de Justícia: objectius, ingredients terapèutics i estructura de la intervenció.....	99
Taula 10: Característiques del procés d'intervenció al SAHM.....	101
Taula 11: Resultats obtinguts en els programes d'intervenció amb maltractadors	106
Taula 12: Indicadors d'èxit terapèutic en els homes agressors contra la parella que assisteixen a un programa formatiu	108
Taula 13: Indicadors del fracàs terapèutic en els homes agressors contra la parella que assisteixen a un programa formatiu	109
Taula 14: Motivació intrínseca i motivació extrínseca: aspectes diferencials	116
Taula 15: Etapes del canvi en homes maltractadors segons el MTC.....	120
Taula 16: Diferències entre l'entrevista motivacional i l'entrevista informativa clàssica.....	123
Taula 17: Exemples de l'entrevista i tècniques motivacionals en el tractament d'homes que exerceixen VCP	124
Taula 18: Preguntes motivacionals més utilitzades a la línia telefònica d'ajuda de Respect per a homes que exerceixen VCP	126
Taula 19: Tècniques motivacionals utilitzades pels professionals que atenen els programes de tractament per a homes maltractadors al Regne Unit acreditats per Respect.....	127
Taula 20: Formes en que es presenta la resistència al tractament.....	129
Taula 21: Nombre d'homes denunciats per episodis de violència familiar informats sobre els serveis	132
Taula 22: Condicions d'accés al servei SAHM	141

Taula 23: Demandes inicials més freqüents	147
Taula 24: Expressions freqüentment utilitzades en l'atribució del problema.....	149
Taula 25: Nivell motivacional dels homes en arribar al SAHM segons el model de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004).....	150
Taula 26: Adherència al tractament dels usuaris del SAHM segons el model de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004) en el moment que el seu expedient es dóna per tancat	152
Taula 27: Característiques sociodemogràfiques dels homes atesos al SAHM	154
Tabla 29: Relació entre les variables sociodemogràfiques i la demanda inicial.....	167
Taula 30: Relació entre les variables sociodemogràfiques i l'atribució del problema.....	168
Taula 31: Relació entre les variables sociodemogràfiques i la motivació interna	169
Taula 32: Relació entre la demanda inicial i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament	171
Taula 33: Relació entre l'atribució del problema i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.....	173
Taula 34: Relació entre la motivació interna i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament	174
Taula 35: Matriu de correlacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament	175
Taula 36: Relació entre la durada del tractament i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.....	176
Taula 37: Motiu de tancament de l'expedient i variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.	179
Taula 38: Motiu de tancament de l'expedient i durada del tractament.....	181
Taula 39: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la demanda inicial dels usuaris del SAHM en el número de sessions realitzades	181
Taula 40: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la motivació interna en el número de sessions realitzades.....	182
Taula 41: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la durada del tractament en el número de sessions realitzades.....	183
Taula 42: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes del motiu de tancament de l'expedient en el número de sessions realitzades	185
Taula 43: Variables sociodemogràfiques i adherència al tractament	187
Taula 44: Variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i adherència al tractament	189
Taula 45: Variables posteriors al tractament i adherència al tractament.....	191
Taula 46: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes del número de sessions realitzades en l'adherència al tractament	191

Taula 47: Matriu de correlacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i les variables conseqüència i posteriors al tractament.....	193
Taula 48: Resum de l'anàlisi de regressió logística per a l'adherència al tractament.....	194
Taula 49: Resultats de l'anàlisi de regressió logística per a l'adherència al tractament	195

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

PART **TEÒRICA**

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

Abstract

Intimate Partner Violence (IPV) is a social problem which affects millions of women around the world. According to the most recent World Report on Violence and Health after collecting data from 48 surveys from different locations and studies around the world, between the 10% and the 69% of women indicate that they have been physically battered by their partner at some point in their life (WHO, 2002). The results of the research of the European Council (2002) after analysing 10 prevalence studies conclude that 1 in 4 women suffer from IPV at least once in their life and between the 6% to 10% are battered every year.

The growing social awareness concerning gender violence has triggered an urgent demand for professionals from different disciplines to challenge this kind of violence. Among this group of professionals there is a consensus that the best strategy to combat violence against women is prevention and the World Health Organization has focused significant resources during the last few years in relation to this. As a result of significant previous research a comprehensive manual with the aim of providing a planning framework for the development of policies and programs for the prevention of intimate partner and sexual violence against women (WHO & London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010) has also been published in recent years.

IPV is a problem all around the world. It happens in all countries, in all cultures, across all social levels/classes, and due to its prevalence and its consequences it has to be addressed as a public health matter and problem (Caetano, Vaeth & Ramisetty-Mikler, 2008). As a social problem with a wide impact on victims, families and the community it is essential to improve our ability to prevent, to intervene and to evaluate IPV effectively, and the understanding of the risk factors related to IPV is paramount (Stith, Green, Smith & Ward, 2008).

Recent legislative changes worldwide reveal the States, Governments and International bodies aim to face, fight, and eradicate this type of crime. One of the key preventive measures and social actions in favour of victims with a core role in the treatment of IPV is the intervention with men who batter. Batterer intervention programmes (BIP) emerged in the late 1970's in the USA and rapidly spread to Canada, the UK, anglosaxon and some other European countries (Geldschläger *et al.*, 2010). Since then hundreds of initiatives have been proposed in different countries with greater or lesser effect depending on the social, cultural, political and legal framework of each country.

A wide range of studies with different methodological approaches and statistical analyses have forged an important background and continually enlarging literature base, high-

lighting longitudinal and experimental studies. A large majority of this research has tried to determine the sociodemographic variables, risk factors or psychopathological variables associated to men using violence. However, one of the biggest problems facing treatment programmes is the high dropout rates regardless of their content (Chang & Saunders, 2002; Daly, Power & Gondolf, 2001; Hamberger & Hastings, 1988). In spite of all the research that has been done it is still a hotly contested topic that seems to increase disagreements among researchers and practitioners. Gondolf, (a leading researcher on BIP's) asks, in his most recent publication (2012), if programs should now go further or be focused in a different direction entirely. BIPs -voluntary or obligatory- are contentious in many countries, not only in terms of their debatable effectiveness but for the amount of government financial resources they are allocated (or not).

The literature review shows that treatment programmes are useful in cases where the perpetrator is aware of his problem, acknowledges his responsibility, is motivated to change and completes the treatment programme (Gondolf, 2004; Echeburúa & Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell & Wormith, 2010). Furthermore, it is crucial to the success of the programme that the men have a high level of motivation to change their abusive behaviour (Miller & Rollnick, 2002). In a review of Daly & Pelowski (2000) which examined factors related to the early dropout in BIPs they suggest that behavioural factors, particularly the men's motivation for change, are important to understand the abandonment of treatment. More studies indicate the importance of attending treatment, attendance can reduce relapse/reoffending rates and relapses depend more on the personal characteristics of perpetrators rather than the type of intervention received (Hamberger & Hastings, 1989).

Gondolf (2002) who carried out the largest longitudinal study worldwide, of over 700 men who participated in batterer intervention programmes (BIPs) in the USA, and their partners, ex-partners and new partners showed that the overwhelming majority of men stopped using violence and stayed stopped four years after they finished the programme, as part of a coordinated community response (Debonnaire & Todd, 2012).

In the field of the work with perpetrators treatment compliance is extremely important to finish the programmes and to avoid drop-outs, and compliance is also closely related to motivation (Arce, Fariña & Suárez, 2005; Chang & Saunders, 2002; Daly, Power Gondolf, 2001; Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta & Corral, 2009; Miller & Rollnick, 2002; Scott, 2004; Stuart, 2005). To evaluate the level of motivation for change in the initial contact with the perpetrator several studies identify the Transtheoretical Model of Change (Prochaska & DiClemente, 1983) as a good tool to identify the perpetrator motivation to change (Alexander & Morris, 2008; Alexander, Morris, Tracy & Frye, 2010; Babcock, Canady, Senior & Eckhardt, 2005; Daniels & Murphy, 1997; Quinteros, 2010; Miller & Rollnick, 1991, 2002; Murphy & Mauro, 2008; Scott, 2004; Simons, Lehmann & Cobb, 2008). Otherwise, there is

weak evidence about its functionality to plan more accurate intervention using it as strategy to design interventions with offenders as well as couples counselling, attachment disorder, perpetrator's typologies or cultural approach (Gondolf, 2011, 2012).

As mentioned, according to recent research internal motivation has been found to be the most important factor to therapeutic compliance. However, because the majority of perpetrators do not have the intrinsic motivation to change their abusive behaviour assistance from outside, external motivation, is a resource that can be useful (Lemire, Rondeau, Brochu, Schneeberger & Brodeur, 1996). In our research we seek to analyse the factors related to the therapeutic compliance in BIPs. We study attitudinal and motivational factors previous to the treatment as well as the proactive retention and support techniques as determining factors regarding therapeutic compliance. We study the initial demand that perpetrators manifest when go to the Service for Men Who Batter (SAHM), the attribution of blame, the assumption of the violent behaviour, and their motivation to change. We also examine the variables related to the treatment such as its length, the number of sessions attended and the reason for its ending, the rates of programme completion as well as the rates of drop-outs (non-compliance).

Firstly, we present descriptive analysis of the perpetrators' sociodemographic characteristics (for those who attended the SAHM programme between 2001 and 2008). Then we study the attitudinal and motivational variables previous to the treatment as well as the later treatment variables. Finally, we present the results obtained after analysis of the predictor variables which highlights internal motivation as a key factor to the treatment programmes' adherence and on the other hand point that proactive retention and support techniques can be useful to increase therapeutic compliance.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

1

La violència contra la parella (VCP) és un problema social que afecta a milions de dones en tot el món i és un tipus de delinqüència que requereix i aclama una implicació transversal de tots els diferents operadors jurídics, socials i polítics per poder-la combatre i erradicar. En el darrer Informe Mundial sobre Violència i Salut realitzat per l'Organització Mundial de la Salut (2002) i segons les dades de 48 enquestes realitzades en diferents indrets del món, entre el 10% i el 69% de les dones indica haver patit maltractaments físics en algun moment de la seva vida. En la mateixa línia, en un informe encarregat per Unicef i elaborat per l'Innocenti Research Centre (2000) s'estima que entre el 20% i el 50% de les dones pateix algun tipus de violència domèstica (en el seu propi marc familiar) i situa el percentatge de dones maltractades als països industrialitzats entre el 20% i el 30% (Lila, 2010). Un anàlisi dut a terme pel Consell d'Europa (2002) al respecte de la prevalença de la violència domèstica indica que una de cada quatre dones experimenta aquest tipus de violència en algun moment de la seva vida, i que entre el 6 i el 10% de les dones són maltractades anualment.

La VCP és un tipus de delinqüència que es produeix en tots els països, en totes les cultures i en tots els nivells socials i, tenint en compte la seva prevalença, les seves conseqüències i el seu impacte en les víctimes, les famílies i la comunitat, la VCP és un tipus de crim que cal abordar com un assumpte i un problema de salut pública (Caetano, Vaeth i Ramisetty-Mikler, 2008). Així mateix, és de vital importància millorar les accions existents per avaluar, prevenir i intervenir en les relacions caracteritzades per la VCP i, per la qual cosa, cal identificar i entendre els seus factors de risc associats (Stith, Green, Smith i Ward, 2008).

No debades, la creixent conscienciació social sobre el problema de la violència de gènere ha desencadenat una demanda urgent per a tots els professionals que, des de les seves diferents disciplines, aborden aquest tipus de violència i crim. Entre tots aquests professionals hi ha un consens en que la millor estratègia per a combatre la violència contra les dones és la prevenció i és en aquesta línia que l'Organització Mundial de la Salut ha focalitzat una part important dels seus recursos en els últims anys. Recentment, i com a resultat d'una important

recerca anterior, s'ha publicat un extens manual amb la voluntat de proporcionar un marc de planificació per al desenvolupament de polítiques i programes per a la prevenció de la VCP i la violència sexual contra les dones (World Health Organization i London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010)¹. Tanmateix, per afrontar aquesta xacra social de manera eficient i efectiva és necessari un enfocament i una participació pluridisciplinària i transversal, “que s'ocupi d'abordar el problema des de les seves diverses perspectives, amb mesures preventives, assistencials i d'intervenció social a favor de la víctima, amb mesures incentivadores de la investigació, i també amb mesures legislatives orientades a dissuadir la comissió d'aquests delictes” (Gonzalo-Rodríguez, 2004, p.330). Cal doncs, una resposta comunitària coordinada. L'interès per la VCP és creixent, especialment la seguretat, l'impacte que té en la vida de les seves víctimes i la prevenció d'aquest tipus de crim, com indica Andrés-Pueyo (en comunicació personal) “s'ha convertit en un camp professional i de coneixements en expansió, que s'agrupa sota l'etiqueta de la “victimologia”, i amplia l'horitzó de les disciplines ocupades en estudiar la violència”.

Al costat de la cabdal importància del fenomen cal mencionar també la seva fervent actualitat i la urgència amb la qual ha irromput en el mapamundi. Aquesta és una característica d'especial rellevància i cal tenir-la sempre present quan es parla de VCP. És un tema viu i present en el debat mundial, urgent. I ho és especialment des que el problema de la VCP ha transcendit de l'àmbit privat a l'àmbit públic i des que les diferents administracions, grups i organitzacions s'han afegit a la lluita contra aquest tipus de delinqüència, impulsant i aconseguint la implementació de diferents mesures preventives, legislatives, d'intervenció i d'avaluació aplicades en una diversitat de països. Aquesta urgent implicació posa de manifest que hi ha hagut i continua havent-hi un gran esforç en la lluita contra aquest tipus de violència i que totes les administracions s'hi han bolcat, en la mesura que ha estat al seu abast i segons les circumstàncies de cada una. Però també significa que la urgència amb la qual s'ha hagut d'afrontar el problema ha suposat que moltes de les iniciatives s'hagin hagut de dur a terme amb més voluntat que no pas coneixement, o pràctica basada en l'evidència. Aquesta és una dada important perquè, d'una banda, explica l'heterogeneïtat d'iniciatives que des de la dècada dels 70 han sorgit principalment a EEUU, Canadà i Europa (i la necessitat permanent d'avaluar-les, tant a nivell internacional, com en l'àmbit nacional i inclús en diferents divisions territorials en un mateix àmbit nacional) i, de l'altra, explica també, en part, el constant degoteig de crítiques que, lluny d'aconseguir un consens davant l'afrontament del problema, el que fan és crear malentesos en la pròpia concepció de la VCP, disputes acadèmiques i confusió a l'hora d'aplicar les mesures preventives. Tal i com alerta Graham-Kevan (2007, p.1), “la Unió Europea careix d'una política coherent sobre violència domèstica, no obstant, aquest buit es troba en perill de ser omplert per la política i la pràctica

1 Es pot consultar tot el document a: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

no impulsada pel sector acadèmic, la investigació clínica i les millors pràctiques, sinó per grups de pressió polítics”.

El compromís mundial amb l'eradicació de la violència de gènere es tradueix, per exemple, amb l'aplicació i/o modificació de les mesures legislatives i judicials existents. Però la voluntat governamental, especialment a Europa, ara per ara no pot evitar les complexitats pròpies de l'administració pública i, en alguns països més que en altres, la burocràcia i/o la manca de recursos econòmics, per citar-ne un tipus, també es converteix en un problema a l'hora d'actuar. Pel que fa a Espanya, el primer Pla d'acció contra la Violència de Gènere es va elaborar al 1998 i en aquest es reconeix la violència de gènere com un problema d'Estat (Fernández et al. 2003). També al nostre país i en plena conscienciació i sensibilització social envers el fenomen de la violència de gènere, en els darrers anys s'han donat nombroses reformes penals i processals culminant el desembre del 2004 amb l'entrada en vigor de la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere. Aquesta és, actualment, la *norma* que regeix les actuacions a l'Administració General de l'Estat, coneguda com a Llei Integral i que ha estat intensament criticada. Tanmateix, “des del punt d'inflexió i referència que suposa aquesta Llei, les Comunitats Autònomes han continuat amb la necessària linealitat manifestada en presència de les accions i en persistència envers els objectius, i han desenvolupat una sèrie de normes que han permès adoptar les actuacions a les circumstàncies específiques de cada Comunitat i, així, desenvolupar i ampliar les polítiques contra la violència de gènere” (Cabrera i Carazo, 2008, p.3)².

A Catalunya, el Ple del Parlament de Catalunya del dia 16 d'abril de 2008 va aprovar per unanimitat la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, i el Govern de la Generalitat porta a terme la lluita contra la violència de gènere de forma transversal³. Hi estan implicats els Departaments de Benestar Social i Família, de Salut, d'Administració de la Justícia de Catalunya, d'Educació (Generalitat de Catalunya, 2011), i també el Departament d'Interior. Concretament, la prevenció és un dels objectius en els quals treballa el Departament d'Interior, i més concretament mitjançant l'activitat policial del cos autonòmic dels Mossos d'Esquadra, prevenint la reincidència així com intentant evitar les primeres conductes agressives i violentes. Tot i que les funcions policials han estat tradicionalment centrades en la repressió i la prevenció, actualment també es contempla una tercera funció assistencial orientada a donar suport i ajuda a les persones en diversos casos (Planet i Pérez, 2001). Aquesta tasca assistencial ha estat present, des dels inicis de la Policia Autonòmica, en la lluita contra la violència de gènere.

2 Per a una informació detallada sobre les legislacions específiques en cada Comunitat Autònoma, consultar el “Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género”, publicat pel Ministerio de Igualdad www.migualdad.es

3 Recentment, donat l'increment de víctimes registrat en els primers mesos del 2012, s'ha creat un gabinet d'anàlisi per intentar donar respostes i poder actuar a partir de les dades més recents.

Ja s'ha mencionat anteriorment que la prevenció és un dels objectius principals i present en lluita mundial contra la VCP, cal afegir ara que el tractament dels agressors s'ha considerat una de les principals vies de prevenció del problema. Tal i com afirmen Loinaz i Echeburúa (2010, p. 85-86) “tractar o rehabilitar un agressor implica modificar aquelles possibles característiques del subjecte que l'impulsen a agredir. No significa que l'agressor sigui un malalt o deixi de ser responsable dels seus actes. Acceptar l'existència de determinats dèficits o alteracions conductuals, així com altres variables implicades en els episodis violents, només és el primer pas cap a la rehabilitació del subjecte i cap a la cessació de la violència contra la seva parella, exparella o futura parella”. Al nostre país, la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere apunta en el seu article 42 que “l'Administració Penitenciària realitzarà programes específics pels condemnats per delictes relacionats amb la violència de gènere”.

Els primers programes d'intervenció amb maltractadors (*Batterer Intervention Programmes*) es van crear als EEUU al 1977 com a resposta al moviment feminista contra la violència de gènere i dels primers serveis de recolzament que es van crear per a dones que havien patit violència en mans de les seves parelles (Mederos, 2002). Tanmateix, el tractament psicològic dels homes maltractadors era d'igual d'importància que tractar les dones maltractades (Gondolf, 1998) i, a partir de la dècada dels 80, aquests programes es van estendre ràpidament al món anglosaxó, a Amèrica Llatina i a Europa. A Espanya, hi va haver les primeres intervencions cap a finals dels 80 i el primer programa es va posar en funcionament a principis dels 90 (Geldschlager et al., 2010). La possibilitat d'imposar l'obligació de realitzar un programa formatiu va ser introduïda en el Codi Penal de 1995, com una regla de conducta en els casos en que el jutge suspengués la pena de presó i, amb l'entrada en vigor de la Llei Orgànica 1/2004, el Codi Penal estableix una teràpia obligatòria en els casos d'agressors que han vist suspesa la seva condemna perquè és inferior a dos anys i manquen d'antecedents (opció voluntària quan el processat acaba a la presó).

Els primers programms creats als Estats Units utilitzaven fonamentalment la teràpia de grup de tipus educatiu i, posteriorment, van anar incorporant tècniques terapèutiques de tipus conductual/cognitiu i de desenvolupament d'habilitats socials, entre d'altres (veure per exemple Gondolf, 1997a; 2012). A Espanya, un dels programes més importants d'intervenció en la violència familiar en el context comunitari, inspirat en aquests primers models americans, és el desenvolupat per Echeburúa i el seu equip (Redondo, 2008) el qual ha estat un referent nacional en les diferents intervencions que s'han realitzat envers els homes agressors contra la parella. En l'actualitat existeixen diversos models de tractament en les diferents comunitats autònomes els quals pretenen que els homes violents afrontin les conseqüències de les seves conductes, es responsabilitzin dels abusos comesos, eliminin les racionalitzacions i justificacions de la seva conducta violenta (Medina-Ariza, 2002) i es garanteixi

la seguretat de les víctimes. La majoria dels programes també inclouen components orientats a solucionar les necessitats de control de la ira i l'estrès, així com desenvolupar habilitats de comunicació (Davis i Taylor, 1999). D'altra banda, el model ecològic de Bronfenbrenner (1979) és considerat un model teòric útil per al disseny d'intervencions comprensives ja que contempla totes les dimensions de l'individu, és a dir, té en compte els factors biològics, psicològics, comunitaris, culturals i socials (WHO, 2002).

En les dues últimes dècades hi ha hagut un increment exponencial del nombre d'estudis que avaluen els resultats del funcionament dels programes formatius per a homes maltractadors contra la seva parella. El debat sobre la seva eficàcia continua obert (veure per exemple Gondolf, 2012) i l'evidència empírica existent sobre aquest tipus d'intervencions envers la VCP és encara insuficient (Wathen i MacMillan, 2003). Pérez i Martínez (2009) indiquen una efectivitat moderada dels programes formatius realitzats per les diferents entitats implicades en l'execució penal a la comunitat. Larrauri (2010, p. 198) apunta que, "a més a més d'una posició general contra al tractament en la penologia espanyola, hi ha grups feministes també en contra de l'aplicació d'aquests programes als condemnats per violència de gènere, principalment, perquè no es consideren efectius i s'envia un missatge erroni que els condemnats són homes malalts, perquè evita que siguin castigats amb penes severes i, finalment, perquè en els programes s'utilitzen uns recursos que podrien ser destinats per a les dones". En la mateixa línia, Subirana-Malaret (2006) apunta que els perfils i situacions dels homes atesos són molt heterogenis a més a més de dispars entre si, fet que comporta un sobre esforç i una dedicació intensiva i extensiva per part dels professionals per poder atendre tots els casos de forma adequada.

Els programes de tractament per a homes agressors que es desenvolupen en els centres penitenciaris també han estat qüestionats. Echeburúa i Fernández-Montalbo (2009) consideren que el Programa de Tractament a la Presó per Agressors en l'àmbit familiar ha demostrat ser útil pels interns que estan subjectes al compliment de condemnes per violència de gènere. Loinaz (2009) i Loinaz, Torrubia, Echeburúa, Navarro i Fernández (2009) semblen menys optimistes i sostenen que les teràpies per a maltractadors poden no ser eficaços a causa de l'heterogeneïtat dels penats per aquest tipus de delicte, la qual dificulta les necessitats terapèutiques dels individus i, per tant, també la seva reinserció. Tanmateix, la importància d'avaluar les intervencions que s'efectuen amb delinqüents, per tal de poder millorar els seus resultats, s'ha posat de manifest repetides vegades (Redondo, 2008). També cal tenir en compte que hi ha casos en que la víctima fa la seva retirada del sistema penal perquè no vol castigar el seu agressor, sinó que se l'ajudi (Robinson i Cook, 2006) i, en última instància, cal tenir present que la finalitat principal d'aquests programes és la de garantir la seguretat de les víctimes, al marge de si de si continuen o no la relació amb l'agressor, a part de modificar les conductes agressives dels subjectes, i evitar futures agressions i victimitzacions (Loinaz,

2010). Identificar quins són els factors que incideixen en l'eficàcia o el fracàs dels programes formatius és imprescindible per elaborar programes i intervencions més adequades. En paraules de Cavanaugh i Gelles (2005, p.157) “una de les qüestions que ha de ser examinada no és només quin tipus de tractament per a maltractadors funciona, sinó què funciona, per a quin tipus d'homes, i sota quines circumstàncies”.

A la literatura revisada s'ha comprovat unànimement que hi ha un factor clau per a l'adherència en un programa de tractament per a homes maltractadors i el seu conseqüent èxit terapèutic, la motivació pel canvi. En la pràctica, i en termes generals, els professionals que hem treballat en l'àmbit aplicat, hi estem d'acord. Que els homes maltractadors afrontin el tractament amb un alt nivell de motivació és tan important com que aquests se sotmetin al tractament psicològic i de reeducació, perquè d'això depèn l'èxit de la intervenció (Arce i Fariña, 2010). En paraules d'Echeburúa et al. (2004, p.3) “la motivació per al tractament és el motor de canvi i la pedra angular de l'èxit en un programa terapèutic amb maltractadors. No es tracta només de la motivació inicial per acudir a la consulta, sinó de la motivació necessària per a mantenir -se en el programa i complir adequadament les prescripcions terapèutiques”. Ara bé, tenint en compte que molts agressors no reconeixen l'existència del problema i no tenen motivació intrínseca per canviar la seva conducta violenta, la motivació externa pot ser un recurs vàlid per ajudar als agressors a identificar la necessitat d'efectuar canvis en la seva vida i en el seu comportament (Lemire et al., 1996). Aquesta motivació extrínseca pot ser efectuada per la parella, per la família, pels amics o també per la justícia (Benítez, 1999; Redondo, 2008; Subirana-Malaret i Andrés-Pueyo, 2011).

Sumant esforços en la lluita contra la VCP i com a aposta particular en les estratègies preventives, el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya, concretament mitjançant l'activitat policial dels Mossos d'Esquadra, va iniciar el 2001 un projecte pioner a la base del qual subjau la motivació externa pel canvi actuant envers l'home maltractador.

El projecte va ser dut a terme pel Grup Regional d'Atenció a la Víctima (GRAV) de la Regió Policial de Girona⁴ en col·laboració amb l'Institut de Reinserció Social (IREs)⁵ de la demarcació de Girona. Aquest projecte consistia en informar, mitjançant l'aplicació

4 El primer desplegament complet de la Policia de la Generalitat-Mossos d'Esquadra un cop aprovada la llei que els atorga competències l'any 1994 va tenir lloc a les Comarques Gironines i, paral·lelament al desplegament policial, es van crear els Grups Regionals d'Atenció a la Víctima (GRAV) a les diferents Regions Policials. El GRAV de la Regió Policial de Girona es va crear l'any 1998.

5 L'Institut de Reinserció Social (IreS) és una Organització No Governamental constituïda l'any 1969 com associació privada, sense ànim de lucre i d'àmbit estatal. La seva actuació s'adreça fonamentalment a l'atenció social, psicològica i educativa de persones i col·lectius en situació de risc social o amb dificultats socioeconòmiques. Es tracta d'una institució capdavantera a Catalunya, les Illes Balears i altres comunitats de l'Estat en el seu àmbit d'actuació, els serveis socials especialitzats. Els quatre grans àmbits d'actuació de l'entitat són: Acció Social dins del Sistema Judicial, Accions contra la Violència Familiar i de Gènere, Inclusió Social i Infància, Joventut i Família. Un dels serveis puntals dins aquest Programa (per la seva pionera aplicació a Catalunya) ha estat l'atenció a homes que exerceixen l'ús de la violència en el context de les relacions de parella i/o familiars, el Servei d'Atenció a Homes Maltractadors (SAHM). Des del 2006, la forma jurídica de l'entitat és la Fundació. Es pot consultar més informació a la pàgina web de l'entitat: <http://www.fundacioires.org>

de tècniques motivacionals, als presumptes agressors (denunciats per violència domèstica i/o de gènere) sobre la possibilitat d'acollir-se, de forma voluntària, a un servei per a homes agressors contra la parella i fer-ne un seguiment, també amb l'ús de tècniques motivacionals, com la retenció proactiva i el recolzament.

La iniciativa del GRAV de la Regió Policial de Girona en col·laboració amb l'IREs, amb el seu Servei d'Atenció a Homes que maltracten (SAHM)⁶ és un projecte i una estratègia pionera en la prevenció de la VCP tal i com s'ha pogut constatar amb la participació de l'Escola de Policia-Mossos d'Esquadra al Congrés “Aturar la violència domèstica aturant l'home maltractador”, organitzat per la policia holandesa a Utrech l'any 2001, o a la literatura revisada, i és el punt de partida d'aquest treball d'investigació.

En el treball que es presenta es volen analitzar els factors que intervenen en l'adherència terapèutica als programes formatius per a homes que exerceixen violència contra la parella. S'estudien les variables actitudinals i motivacionals, i les tècniques de retenció proactiva i recolzament com a factors determinants en l'adherència als programes formatius. S'estudien la demanda inicial que fan els agressors en acudir al SAHM, l'atribució del problema i, per tant, la responsabilització de la conducta violenta, la negació o la minimització, i la motivació interna pel canvi.

Nogensmenys, s'estudien també les variables posteriors al tractament, la seva durada, el número de sessions realitzades i, per finalitzar, el motiu de tancament de l'expedient que ha de permetre conèixer les taxes de finalització del programa de tractament així com els abandonaments prematurs del mateix (no adherència terapèutica).

L'objectiu del programa és eliminar la violència i millorar la convivència en l'àmbit familiar. Es tracta d'un programa de caràcter voluntari i també de caràcter obligatori per ordre judicial com a mesura penal alternativa per un delicte de violència de gènere a partir de la L /2004. El programa es va dur a terme fins l'any 2009 a les comarques gironines i continua en actiu a Barcelona. Per tot això, es presenta en primer lloc un anàlisi descriptiu de les característiques sociodemogràfiques dels homes maltractadors que han assistit al programa de tractament psicològic denominat SAHM entre els anys 2001 i 2008. Seguidament, es presenta l'estudi de les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament així com les variables posteriors al tractament. Finalment, es presenten els resultats obtinguts en l'anàlisi de les variables predictores que apunten, d'una banda, a la motivació interna com a factor clau en l'adherència als programes formatius i, de l'altra, que les tècniques de retenció proactiva i recolzament poden incidir en l'adherència al tractament.

6 El SAHM forma part del Programa d'accions contra la Violència Familiar i de Gènere desenvolupat a l'IREs a les comarques de Girona des de l'any 1998. El programa SAHM està adreçat a homes causants d'episodis de violència familiar i de gènere que desitgin superar aquesta situació de maltractaments mitjançant tractament psicoeducatiu, i ofereix informació, assessorament i intervenció psicosocial a homes que exerceixen o han exercit violència domèstica amb l'objectiu de millorar la seguretat i el benestar de les víctimes (dones, filles i fills) a través d'una reducció o un cessament de la violència.

L'estudi pretén oferir una valoració crítica dels programes formatius i obrir línies d'actuació encaminades a millorar la qualitat de l'atenció que s'ofereix. Es vol contribuir en l'evolució del coneixement psicològic en el marc de la VCP, amb la voluntat que els resultats que s'obtinguin puguin facilitar instruments per a l'elaboració d'estratègies motivacionals que garanteixin l'èxit dels programes formatius, evitant noves victimitzacions. Aquesta investigació, al costat d'altres que es puguin estar desenvolupant en l'actualitat, permetrà aprofundir en una realitat complexa de la qual depèn la seguretat de milers de dones i envers la qual el sector públic, privat i acadèmic han de donar respostes coordinades mitjançant la pràctica basada en l'evidència.

2

2.1 El maltractament en les relacions de parella

Segons la definició de l'Organització de les Nacions Unides (ONU, 1995) violència de gènere es refereix a “qualsevol acte o intenció que origina dany o patiment físic, sexual, o psicològic a les dones, i inclou les amenaces dels actes esmentats, la coerció o privació arbitrària de llibertat, ja sigui en la vida pública o privada”. Lingüísticament però, la delimitació sobre el significat i la concisió continua sent intensament debatuda en el panorama internacional o en l'àmbit nacional, com posen de manifest recents estudis (per exemple, Andrés-Pueyo, 2009; Gordon, 2000; Johnson, 1995, 2001; Winstok, 2007). El gènere és una propietat dels noms i els pronoms que produeix efectes en la concordança amb els determinants, els adjectius, etc, i que no necessàriament està relacionat amb el sexe biològic, de manera que les persones no tenim gènere sinó sexe (Andrés-Pueyo, 2009). En sociologia, gènere és el terme introduït per a referenciar la diferenciació social entre el dos sexes i, en termes generals, esdevé el mateix, entenent per gènere, els homes (homes i dones) considerats col·lectivament (Andrés-Pueyo, 2009).

Al nostre país, la Real Acadèmia Espanyola –RAE- va elaborar un informe al respecte recomanant al Govern que no utilitzés “gènere” en el Projecte de Llei Integral contra la violència de gènere. Violència de gènere és la traducció de la definició anglesa *gender-based violence* o *gender violence*, difosa mundialment arrel del IV Congrés sobre la Dona celebrat a Beijing l'any 1995 i recolzada per l'ONU. Amb aquesta definició s'identifica la violència de gènere com la violència que s'exerceix contra les dones per raó del seu sexe i com a conseqüència de la seva submissió a l'home en les societats d'estructura patriarcal. Però la seva traducció al castellà o al català pot fer variar el seu significat, de manera que la RAE va proposar alternatives per anomenar el fenomen, com per exemple violència domèstica o violència per raó de sexe. La polèmica, tanmateix, no és exclusiva de la traducció del terme. La literatura revisada que utilitza l'anglès com a llengua vehicular també posa de manifest que l'ús d'una terminologia o altra té implicacions directes en la definició i extensió del terme i,

tot i que hi ha diferents formes de violència contra les dones, sovint comparteixen certes característiques (veure per exemple les publicacions de l'ONU en la matèria de violència contra les dones o violència de gènere). Sigui com sigui, una de les expressions més comunes de violència contra les dones és l'efectuada pels seus marits o companys íntims sentimentals (veure per exemple l'últim informe sobre Violència i Salut realitzat per l'ONU, 2002).

La violència contra la parella (VCP) sovint denominada violència domèstica, adopta diverses formes i inclou la violència física (que va des de bufetades, cops de puny i puntades de peu, als atacs amb una arma i homicidi), la violència sexual (sexe forçat, o la participació forçada en actes sexuals degradants) i un espectre molt més ampli que engloba l'abús sexual a la guerra, l'ablació de clítoris, segrestos, coerció social, explotació sexual, tràfic i prostitució forçada, infanticidi femení o avortament selectiu en funció del sexe (Watts i Zimmerman, 2002).

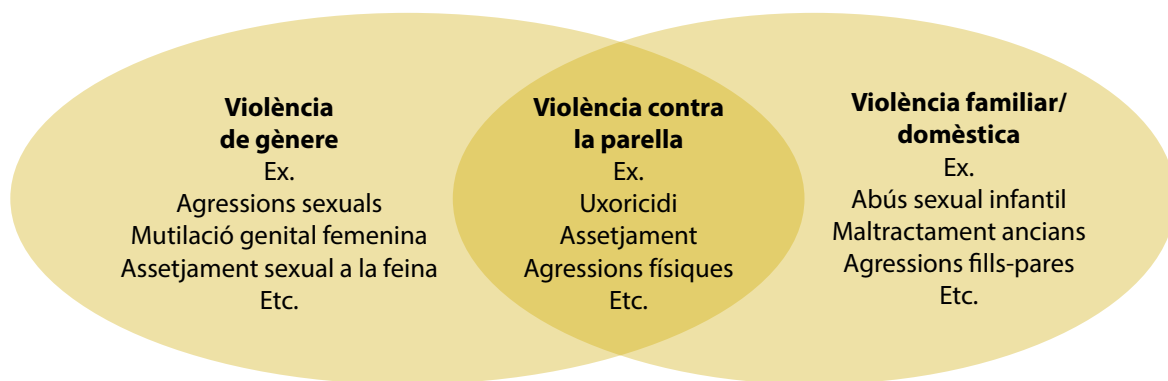
La revisió de la literatura científica o una simple cerca a internet indica l'existència d'altres terminologies per a descriure el fenomen com són violència contra la dona, violència de gènere en l'àmbit domèstic, violència sobre la dona, violència familiar, violència sexista, violència masculina o violència masclista, sent la terminologia més utilitzada violència domèstica o violència contra la parella. Violència domèstica, tanmateix, defineix un tipus de violència que es perpetua més enllà de la dona que la pateix. En l'àmbit penal, es considera violència domèstica “quan concorren la violència física, psíquica o psicològica que produeixin greuge en la vida, integritat física o moral, en la llibertat, en la llibertat sexual, en la capacitat de decisió i/o en la tranquil·litat de la víctima; que la víctima sigui referent al seu autor, membre del mateix nucli familiar (ascendents, descendents, germans de naturalesa o adopció, menors o incapaços que convisquin amb l'autor o sigui aquest el subjecte que exerceixi la seva potestat, cònjuge sempre que no sigui susceptible de ser víctimes de violència de gènere; que s'aprecii habitualitat, definida aquesta per proximitat temporal entre diversos actes violents, independentment de si són diferents les víctimes o si es tracta d'actes jutjats o no”⁷.

Pel que fa a la violència per raó de sexe, existeix una definició de violència sexual que, tot i compartir alguns factors amb la violència de gènere, n'hi ha d'altres que les diferencien. A l'Informe mundial sobre la violència i la salut de l'ONU es defineix la violència sexual com “tot acte sexual, la tentativa de consumir un acte sexual, els comentaris o insinuacions sexuals no desitjats, o les accions per a comercialitzar o utilitzar de qualsevol altra manera la sexualitat d'una persona mitjançant la coacció per altri, independentment de la relació d'aquest amb la víctima, en qualsevol àmbit, inclosos el domicili i el lloc de treball” (WHO, 2002, p. 21).

7 Article 173.2 del Codi Penal.

Amb l'aprovació a Espanya de la Llei Orgànica Integral de mesures contra la Violència de Gènere el 2004, així és com es denomina tècnicament aquest tipus de violència. Tanmateix, a Catalunya, tal i com detalla la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, l'ús del terme violència masclista inclou diferents manifestacions de violència que poden donar-se en l'àmbit de la parella, en l'àmbit familiar, en l'àmbit laboral i en l'àmbit social o comunitari.

La violència contra la parella (VCP)⁸ i, concretament, la violència contra la dona en la parella, correspon al terme anglosaxó Intimate Partner Violence (IPV), i es refereix a la violència circumscrita en els casos que la parella-víctima és una dona (Andrés-Pueyo, 2009).



Font: Adaptat d'Andrés-Pueyo (2009)

Figura 1: Violència de gènere, violència contra la parella i violència familiar: intersecció dels tres fenòmens.

La literatura científica compren actualment un bon nombre de publicacions que inclouen una definició, abastament similar, sobre la violència contra la parella, la qual fa referència a un patró de conductes violentes que van des de la violència física i el maltractament emocional o violència psicològica fins a les agressions sexuals, l'aïllament i el control social de la parella, la intimidació, la coacció, la humiliació o l'extorsió econòmica (veure per exemple l'informe de l'ONU (2002) sobre Violència i Salut, ja mencionat anteriorment). A més a més, es circumscriu en una cadena històrica de discriminació, desigualtat i relacions de poder de l'home sobre la dona, com a instrument de dominació i sotmetiment d'aquesta (García-Pablos, 2009).

El maltractament contra la dona en la parella es refereix al maltractament físic, sexual i/o psicològic efectuat per qui és o va ser company sentimental de la dona, i és un tipus de violència que durant dècades ha estat silenciada pel fet de succeir en un context que es considerava privat i no de l'àmbit públic (Pence i Shepard, 1999).

⁸ Els termes violència contra la parella, violència domèstica o maltractament són utilitzats indistintament en els diferents estudis de la literatura científica revisada per a fer referència al que en aquest treball d'investigació es defineix com violència contra la parella, motiu pel qual han estat tractats els homes que han assistit al SAHM.

2.2 Violència i tipus de maltractament contra la parella

Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut (2002) en el Primer Informe Mundial sobre Violència i Salut, “la violència inclou l'ús deliberat de la força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o de forma afectiva, contra un mateix, una altra persona, un grup o comunitat, i que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorn del desenvolupament o privacions”. La violència contra la parella és la que s'exerceix entre persones que tenen o han tingut una relació sentimental, voluntària i consentida, durant un període de temps que pot comprendre molts anys o menys, amb la seva pròpia idiosincràcia i diferent d'altres tipus de violència interpersonal en les quals, normalment, no hi ha la relació agressor-víctima (Andrés-Pueyo, 2009). Quan es parla de VCP es fa referència a agressions físiques, psicològiques, emocionals, sexuals, o del tipus que siguin les quals, des d'una perspectiva de gènere, són comeses per l'home i causen un dany i perjudici a la dona (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta i Sauca, 1990; Cantos, Neidig i O'Leary, 1994; Calvete, 2008). Les tres formes principals de violència són la física, la psicològica i la sexual, les quals es poden manifestar de manera aïllada o combinada.

- a. **Violència física.** Afecta a la dona en la seva integritat corporal i comprèn conductes com donar-li cops, empentes, bufetades, sacsejar-la, causar-li ferides, per exemple i, en els casos més tràgics, la seva mort. Es solen distingir subtipus d'accions violentes dins la violència física: les agressions físiques (com serien les bufetades, empentes, puntades de peu, lesions d'arma blanca o de foc i l'assassinat per estrangulació o enverinament), així com les amenaces greus d'exercir violència física (mort o lesions físiques) les quals es considera que tenen els mateixos determinants que les accions violentes (Campbell, 1995). Un dels moments de major risc físic per la dona és quan la seva parella, l'agressor, és conscient que la pèrdua és inevitable (Echauri, 2010). A la violència física precedeixen, molt sovint, uns 10 anys de violència psicològica (Echeburúa et. al 2004).
- b. **Violència psicològica.** S'han d'incloure i distingir en aquest apartat les accions com l'assetjament no sexual (stalking), la coerció i coacció, la humiliació, les extorsions o amenaces i totes aquelles formes de control social i econòmic de la dona que l'OMS (2005) identifica sota el paràmetre de violència psicològica o abús emocional. L'agressió psicològica inclou conductes de desvalorització, ridiculització, insults, humiliació, aïllament, gelosia, possessivitat, amenaces, silencis, etc. (WHO, 2002). Alguns estudis parlen de violència verbal, en la qual només s'hi inclouen insults, desvalorització i gelosia o culpabilitzar la parella per tot el negatiu que succeeix, conductes contextualitzades també en la violència psicològica (Sebastián et al., 2010). Segons Murphy i Hoover (2001) o O'leary i Slep (2003) podem agrupar diferents tipus d'agressions psicològiques: a) Actituds d'hostilitat i menyspreu

(p.e., fer-la sentir inferior, ignorar-la, acusar-la falsament, culpar-la de tot), b) Dominar o intimidar la parella (p.e., amenaçar-la amb fer-li mal, causar-li por), c) Degradar la parella (p.e., insultar, humiliar), d) Un control restrictiu (p.e., preguntar a la parella insistentment on ha anat i amb qui, aïllar-la del seu entorn), e) Conductes gelotípiques, i f) Conductes d'assetjament.

D'altra banda, també hem d'incloure com a violència psicològica la triangulació, utilitzant els fills perquè facin de missatgers i les dones se sentin culpables (per exemple "digues a la teva mare que..."). A més a més de les amenaces a la dona a través dels fills, hi ha també les amenaces a la dona de que "li prendrà" el/s fill/s (Fundació AGI, 2005).

Tot i que les conductes de control econòmic solen incloure's en el tipus de violència psicològica (WHO, 2005), també es parla d'una forma específica de violència econòmica, que inclouria control del salari, de les adquisicions, etc. (Creazzo, 2008, 2009).

- c. **Violència sexual.** Consisteix en establir "relacions sexuals forçades, sense contrapartida afectiva, o bé la imposició de conductes percebudes com a degradants per a la víctima" (WHO, 2002). Alguns agressors violen de forma sistemàtica a la seva parella i la violació marital pot ser un antecedent de violència letal (Browne, 1987; Campbell, 1995).

Tota la violència, independentment de la seva intensitat, produeix un dany i, encara que els seus efectes puguin ser subjectius, es distingeixen diferents nivells de violència (Romero, 2010). Tot i que la VCP no té les mateixes connotacions en tots els casos, existeix un gradient que va des dels més lleus episodis d'abús psicològic fins a les traumatitzacions severes i repetides i, en el pitjor dels casos, la mort de la dona (Johnson, 1995, 2001). I les agressions comporten una sèrie de conseqüències en la salut física i en la salut mental de les víctimes (Labrador, Rincon, De Luís i Fernández-Velasco, 2004; Lorente, 1999; Villavicencio i Sebastian, 1999).

Des d'un altre punt de vista, Quinteros i Carbajosa (2008) proposen la diferenciació de la violència segons sigui estructural o circumstancial. Des d'aquesta perspectiva la violència de gènere és un tipus de violència estructural exclusiva que, segons els autors, s'exerceix per mantenir el poder i els agressors maltracten independentment del que faci o digui la víctima. Es tracta d'una violència sistemàtica, intencionada, manipulativa i permanent.

Taula 1: Violència estructural i circumstancial

Estructural	Circumstancial
<p>Exclusiva: és el maltractament permanent que es produeix exclusivament en les relacions de parella (violència masculina)</p> <p>Generalitzada: les agressions s'estenen a altres àmbits fora de la família (generalment masculina)</p>	<p>La violència no es produeix permanentment, sinó que sorgeix de conflictes puntuals (exercida tant per dones com per homes)</p>

Font: Adaptat de Quinteros i Carbajosa (2008)

També s'ha considerat la diferenciació entre violència greu i violència menys greu contra la parella, que s'ha relacionat amb el perfil de l'agressor en diversos estudis (veure per exemple Holtzworth-Munroe i Stuart, 1994; Loinaz, 2009). Els maltractadors greus s'han descrit com els més gelosos o/i possessius, per ser els que consumeixen més freqüentment drogues i/o alcohol i també s'han caracteritzat per sentir-se més humiliats davant el trencament de la parella, i/o més indiferents davant l'amenaça de mesures punitives, i amb conductes amenaçants contra la seva parella tant en la intimitat com davant de la policia i/o agents judicials (Echeburúa, Fernández-Montalbo i de Corral, 2008; Loinaz, Echeburúa i Torrubia, 2010). Aquest tipus d'agressors sol tenir un historial de conductes violentes, bé amb parelles anteriors, bé amb altres persones o bé inclús amb elles mateixes mitjançant intents de suïcidi, així mateix, els agressors greus mostren més trets de crueltat i, entre els antecedents, comparant-los amb els agressors menys greus, sol haver-hi més tractaments psiquiàtrics i haver-los abandonat més prematurament (Echeburúa, Fernández-Montalbo i de Corral, 2008).

El cas dels assassinats de dones en mans de la seva parella, conegut també com a femicidi⁹, mereix una consideració independent i és un tipus de violència extremadament greu contra la parella que, en ocasions, inclou intents frustrats d'homicidi. Un estudi recent realitzat pel Centro Reina Sofía de València (Sanmartín, 2007) sobre els assassinats de dones en mans de les seves parelles o ex parelles mostra una prevalença de 3,61 casos per milió a Espanya l'any 2003, tenint Europa un promig de 5,78 i Amèrica un 6,57. A Espanya, segons el III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010 (2011)¹⁰ el nombre de dones mortes a mans de la seva parella o ex parella entre l'1 de gener de 2003 i el 31 de desembre de 2009 és de 471.

Tanmateix, s'ha de ser prudent a l'hora de prendre aquesta xifra com a revelador de

9 *Femicidi* o *feminicidi* és un neologisme derivat de la traducció del terme anglès *femicide* (Radford i Russel, 1992) i el terme va ser castellanitzat per la política feminista mexicana Marcela Lagarde com a *feminicidi*. Actualment coexisteixen els dos termes, sent el *femicidi* majoritàriament utilitzat, a excepció dels països llatinoamericans, on es continua utilitzant *feminicidi*.

10 El III Informe Anual de l'Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer consta d'un detallat Anuario Estadístico de Violencia de Género elaborat per la Subdirecció General de Prevenció i Gestió del Coneixement sobre Violència de Gènere (Delegació del Govern per a la Violència de Gènere). Es pot consultar a <http://www.migualdad.es>

l'àmplia magnitud del fenomen ja que podria conduir a una mal interpretació de les dades reals. Cal tenir present que el nombre de víctimes, tot i l'impacte que causa en termes acumulatius i en cada un dels nous casos, és poc representatiu de la dinàmica de la VCP ja que és “només” la punta de l'iceberg i no contempla el nombre real de casos que romanen a l'ombra.

2.3 La perspectiva de gènere

En la declaració de l'Organització de les Nacions Unides en la IV Conferència Mundial de 1995, també es defineix la violència de gènere com “les relacions de poder històricament desiguals entre dones i homes que han conduït a la dominació masculina, a la discriminació contra les dones per part dels homes i a impedir-ne el desenvolupament”. En la mateixa línia, diferents estudis han relacionat la violència domèstica i de gènere amb la construcció de la masculinitat (veure Dobash i Dobash 1978; Gondolf i Hannekin 1987; Hearn 1998).

Al llarg de la història de la humanitat s'ha perpetuat la dicotomia entre homes i dones per causes biofisiològiques o anatòmiques, les quals han bastit l'anomenat dimorfisme sexual. Tant des dels estaments socials com des dels àmbits del coneixement científic, entre els quals s'engloba la Psicologia, s'ha transmès al llarg de la història un coneixement androcèntric, que considera l'home com a centre i mesura de totes les coses i que arracona a la dona en un paper secundari d'inferioritat biològica, moral, i/o intel·lectual i que utilitza, a més, la ciència com a argument i justificació d'aquesta situació (Bosch, Ferrer i Gili, 1999). L'entorn social és clau en el procés de la identitat de gènere i per mitjà dels seus agents socialitzadors (família, escola, mitjans de comunicació) es transmet la informació referent als rols de gènere masculí i femení, o els constructes masculinitat i feminitat, els quals defineixen i acaben derivant en comportaments determinats (Jayme, 2006).

El model de societat patriarcal configura uns patrons de conducta en el quals l'home desenvolupa el paper de dominància i la dona el paper de submissió, i la base de la violència rau en la visió masclista de l'home que intenta protegir els privilegis assignats pel seu propi rol assignat de gènere (Ministerio del Interior, 2010). En aquest sentit, els homes farien ús de la violència en resposta als conflictes de la relació perquè són més forts i grans que les seves parelles, generalment, i la violència és en aquests casos una eina útil per a mantenir el poder, el control i el domini de la seva parella (Stith, Green, Smith i Ward, 2007). Els estereotips de gènere són considerats models rígids i únics als quals les persones s'haurien d'adaptar per ser acceptades socialment, com a homes o com a dones (Ministerio del Interior, 2010).

En un estudi sobre la percepció social de la violència en la parella des dels estereotips de gènere realitzat per Cantera i Blanch (2010) en el que van participar 741 persones, homes i dones coincideixen en percebre com a masculins els atributs de l'escala de duresa i com a femenins els de l'escala de tendresa. A més a més, en les cultures occidentals, la creença de la dona emocional i de l'home racional està àmpliament documentada i contrastada (Fiske,

Cuddy, Click i Xu, 2002). Des d'aquest prisma, les característiques del rol femení estan relacionades amb la supressió de la ira, mentre que les del rol masculí s'associen a la seva expressió externa (Kopper i Epperson, 1991, 1996). Tot i que hi també hi ha casos d'homes víctimes de la VCP, heterosexuals i homosexuals (Dutton, 2006) el 90-95% de les agredides són dones (Davies, 1998; Kelly, 2000) no hi ha cap evidència empírica sobre l'existència d'un síndrome del marit maltractat (Pagelow, 1997).

Escassos anys ençà, la violència de gènere encara es considerava quelcom que concernia a l'àmbit privat i és arrel del moviment feminista que es comença a sacsejar aquesta privacitat. Quan es comença a prendre consciència de les implicacions de la perspectiva de gènere en la dicotomia masculinitat i feminitat, de la importància en la conducta de qui exerceix la violència i de qui és víctima, consegüentment es posa en qüestió la justificació de les conductes per la raó de l'amor romàntic, mitjançant el qual els homes excusen, racionalitzen, justifiquen, i minimitzen la violència contra les seves parelles (Anderson i Umberson, 2001). Per canviar aquests estereotips de gènere és imprescindible que les societats i els responsables de les polítiques d'igualtat es qüestionin quins són els seus valors, actituds i prejudicis de gènere, ja que són aquests els que actuen a favor o en contra d'una determinada forma d'actuació (Ministerio del Interior, 2010).

Definint la violència de gènere des de la perspectiva de gènere, s'ha d'abordar la violència de parella segons el paradigma del gènere en el qual cohabitin l'home violent i la dona pacífica (Cantera i Gamero, 2007). Els homes són amb molta més freqüència agents de la violència, especialment en l'àmbit de la parella i en molts altres tipus de delictes, i encara més en termes de violència greu o de violència de naturalesa sexual, consegüentment, les dones són les víctimes més prevalents de la violència greu contra la parella i de la violència sexual (Andrés-Pueyo, 2009). En estudis pioners com el de Maccoby i Jacklin (1974) ja es constata que la violència mostra la major variació en funció del gènere i, vint anys més tard, Baron i Richardson (1994) arriben a la mateixa conclusió. Investigadors de llarga trajectòria en termes de gènere apunten que “la percepció social de la violència en la parella es fonamenta en termes generals en els estereotips de gènere (home-proveedor, dona-cuidadora), està filtrada específicament pel paradigma de violència de gènere (home-violent, dona-pacífica) i presenta un caràcter marcadament heterocentrista, que indueix a minimitzar la violència potencial en parelles homosexuals (gay i lèsbiques)” (Cantera i Gamero, 2007, p.236).

Tanmateix, com ja s'ha esmentat això no significa que la violència de parella sigui un acte exclusiu de les parelles heterosexuals, ni que sigui exclusiva de l'home contra la dona. El debat sobre la violència creuada, o violència bi-direccional, i la violència de la dona contra l'home és un debat obert i, a dia d'avui, hi ha diversos estudis que demostren una proporció similar (veure per exemple Archer, 2000; Fiebert, 1997; Dutton, 1988, 2006). Aquests estudis plantegen qüestions controvertides com per exemple si la simetria de gènere

significa que les dones agredeixen els homes de la mateixa manera i proporció que els homes a les dones, o si hi ha un nombre equivalent d'homes i dones que s'agredeixen mútuament. Tanmateix, malgrat la publicació d'aquest nombre d'estudis que aboguen per la simetria de gènere (veure per exemple Dutton, 1994, 2007), altres estudis, incloent-ne de signats pels mateixos autors, posen de manifest que les dones tenen 6 vegades més de possibilitat de requerir atenció mèdica per les lesions produïdes per la violència familiar (Kaufman- Kantor i Straus, 1987; Stets i Straus, 1990), i que la simetria de gènere tendeix a concentrar-se en els nivells més baixos de la violència (Dobash, Dobash, Cavanaugh i Lewis, 1998). En paraules d'Straus (1997, p. 219) “tot i que les dones poden agredir els seus companys en un percentatge semblant, donat el major dany físic, emocional i financer patit per les dones, elles són les seves víctimes fonamentals. Conseqüentment, la prioritat en l'atenció de les víctimes i la prevenció i el control ha de seguir centrada en les agressions per part dels seus homes”.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

3

3.1 Aproximació etiològica a la VCP. Quines són les causes del problema?

Les diferents teories etiològiques sobre la violència de gènere s'han agrupat en tres grans postures: les naturalistes, les culturalistes i les interaccionistes. Fernández i García (2006, p.8) sostenen que “la perspectiva naturalista entén que el fenomen està causat per una sèrie de circumstàncies més o menys conjunturals i aïllades (individuals) que conflueixen en la naturalesa de l'agressor. Són precisament aquests factors “naturals” els que cal controlar per a la remissió de la violència”. En aquest sentit, característiques personals i psicològiques com la impulsivitat, gelosia, escasses habilitats socials a l'hora d'afrontar el conflicte, dependència, etc., s'han considerat factors de risc que poden relacionar-se amb conductes abusives en el context de la VCP (González-Ortega, Echeburúa, de Corral, 2008; González, Muñoz, Graña, 2003; Subirana-Malaret, 2009). La segona perspectiva explica el problema per mitjà d'una causa cultural principal que és el model patriarcal de societat en la qual vivim i la permanència del qual farà fracassar qualsevol acció adreçada a mitigar els factors individuals, ja que aquests es tornaran a reproduir més tard o més d'hora si no es talla el problema de soca-rel.

Entre l'una i l'altra, la postura interaccionista es postula com la més omnicomprensiva per tractar d'explicar la violència de gènere per causes de naturalesa mixta, cultural i natural. Nombrosos estudis (veure per exemple Caspi, McClay, Moffitt, Mill, Martin, Craig, Taylor i Poulton, 2002) coincideixen en què, tot i que les variables ambientals i genètiques i neurobiològiques tenen per si soles tenen un paper prou rellevant en el comportament violent, no s'ha d'oblidar que interactuen entre elles. Segons el model ecològic de Bronfenbrenner (1979) que cita l'OMS en el seu darrer estudi sobre Violència i Salut (WHO, 2002, p. 12), “no existeix un factor que, per sí mateix, expliqui perquè una persona es comporta de manera violenta i una altra no ho fa. La violència és un problema complex, arrelat en la interacció de molts factors biològics, socials, culturals, econòmics i polítics”. No són els factors aïllats sinó les seves interrelacions les quals poden generar situacions de VCP (Sebastián et al., 2010).

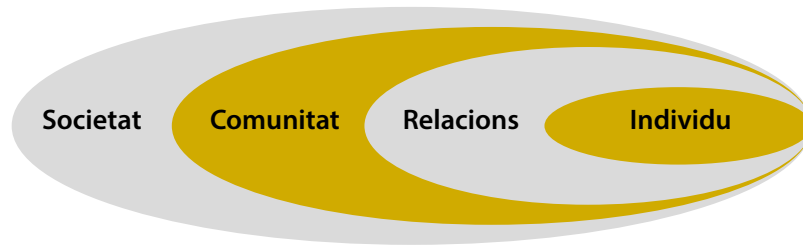


Figura 2: Model Ecològic per comprendre la violència

Font: Adaptat de l'Organització Mundial de la Salut (2002).

Actualment, existeix una dilatada pluralitat de teories que pretenen explicar les causes de la violència de gènere. Comprendre la naturalesa i l'etiologia de la VCP és prioritari a fi i efecte que la política i la pràctica es recolzi en una base empírica de qualitat (Dixon i Graham-Kevam, 2011), i perquè són els marcs teòrics els que expliquen els orígens del comportament i guien els professionals en les seves accions preventives per reduir o eliminar el problema (Loseke, Gelles i Cavanaugh, 2005). En estudis recents, com els realitzats pel Ministerio del Interior (2010) per al desenvolupament del Programa de Intervenció para Agresores (PRIA), es destaquen les cinc teories que, a nivell internacional, han rebut major atenció i que han servit d'orientació terapèutica dels programes d'intervenció amb maltractadors. Aquestes teories són les següents:

- a. **Enfocament psicodinàmic.** L'explicació de les causes de la violència de gènere es deriven de l'existència d'una problemàtica a nivell individual. “Els homes que exerceixen la violència contra la dona poden patir problemes derivats d'experiències traumàtiques en la infantesa, dificultats en el desenvolupament o problemes de tipus mental (personalitat immadura, trastorns de la personalitat o trastorn mental greu)” (Ministerio del Interior, 2010, p.17). Considerar el maltractador com una “persona malalta” i, més específicament, com un malalt mental, és un tipus d'explicació present en estudis preliminars com el de Hotaling i Sugarman (1986) i també en estudis més recents com el de Hanson, Cadsky, Harris i LaLonde (1997). Les crítiques cap aquest model són principalment el fet que considerar l'home violent com a malalt i mancat, per tant, de responsabilitat, el pot “eximir” del seu comportament; i en segon lloc, perquè la proporció d'homes violents que pateixen patologies psiquiàtriques greus és molt reduïda (veure, per exemple, Echeburúa i Fernández-Montalbo, 1998; Medina, 1994; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa i Corral, 1994; Swanson, Holzer, Ganju i Jono, 1990). Tolman i Bennett (1990) suggereixen que, encara que entre els maltractadors siguin freqüents els trets de personalitat patològics, és molt menys freqüent la presència de trastorns psicopatològics pròpiament dit, que es poden situar per sota del 10% dels casos (Fernández-Montalbo i Echeburúa, 1997).

- b. Enfocament de l'alliberament de tensió.** Walker (1979) va conceptualitzar l'anomenat cicle de la violència, que s'explica a partir de tres fases. La fase d'acumulació o de generació de tensió, en la qual la dona actuaria amb un comportament passiu com a mitjà de protecció. La fase d'agressió o descàrrega de la tensió, en la qual la dona intenta calmar a l'agressor. I, després de l'agressió, la fase de penediment del maltractador, que genera la retrobada que es coneix com a "lluna de mel" fins a l'inici d'un nou cicle. En aquesta línia, el maltractament envers les dones té un caràcter cíclic (Walker 1979, 1983, 1984, 2004). La violència contra la dona s'entén com una forma d'alliberament de la tensió i com una falta de control dels impulsos, i les reaccions de ira i violència es converteixen en el mitjà per a canalitzar el malestar interior acumulat. Es tracta d'un enfocament molt acceptat, i criticat, per exemple, perquè no explica el fet que, en la majoria dels casos, les reaccions de ira i violència es produeixen només contra la parella però no en altres situacions (Escudero, Polo, López i Aguilar, 2005).
- c. Enfocament sistèmic familiar.** La violència és fruit de la interacció disfuncional en la parella i, per tant, el resultat d'un problema propi de parella, desvinculat de les connotacions de gènere i de les característiques de l'entorn social (Ferrer i Bosch-Fiol, 2005). En la interacció disfuncional, els dos membres de la parella intentarien defensar els seus objectius però sense estratègies adequades de negociació, que desencadenen situacions violentes. Des d'aquest enfocament es recomana la intervenció a nivell de parella per dotar als membres d'estratègies d'interacció adequades i els principals exponents d'aquesta perspectiva són els treballs de Straus i col·laboradors (Allen i Straus, 1990; Straus 1990; Straus, Gelles i Steinmetz, 1980; Straus i Gelles, 1988a, 1988b). Les crítiques principals dirigides cap aquest enfocament se centren en el fet d'atribuir al mateix nivell de responsabilitat en l'ús de la violència a l'home i la dona quan, tal i com s'ha esmentat anteriorment, s'ha demostrat que en la majoria de les situacions més violentes, és l'home qui exerceix la violència.
- D'altra banda, els estudis sobre violència bidireccional s'acostumen a realitzar amb parelles casades o que cohabitaven i que no tenen problemes específics de violència. S'utilitzen, en una majoria de casos, mesures quantitatives com el Conflict Tactic Scale (CTS, Straus, 1979), l'ús del qual instrument ha estat criticat, per exemple, pel fet que utilitza definicions inclusives que consideren que un incident aïllat té el mateix pes que un maltractament prolongat (Ferrer i Bosch-Fiol, 2005; Kelly, 2000).
- d. Enfocaments cognitivo-conductuals i psicoeducatius.** Si la conducta violenta és apresada, l'home violent pot aprendre també altres formes de comportament no violent

i més adaptat a la relació de parella. De manera que el principal objectiu d'aquests enfocaments se centra en l'eliminació dels comportaments violents, intervenint en la gestió de les emocions, els pensaments erronis, les habilitats de relació i la resolució de problemes. La major part de programes d'intervenció amb homes maltractadors es formulen des d'aquesta perspectiva i, tal i com s'indica al Portal de l'APA "els models psicoeducatius amb orientació cognitiva conductual semblen ser els més efectius per ajudar als maltractadors a aturar la seva violència física"¹¹. Tanmateix, Dutton (2006) diferencia explícitament els models cognitivo-conductuals dels psicoeducatius, mostrant-se especialment crític en la corrent psicoeducativa de la qual es nodreix el primer model d'intervenció amb homes maltractadors conegut com "The Duluth Model". Per a Dutton (1985), els factors psicològics, biològics i social/polítics coexisteixen en un "niu ecològic" que hauria d'oferir un marc de treball en quatre nivells, i si es volen desenvolupar efectius models d'intervenció en violència de gènere, s'han de considerar tots els nivells envers els agressors, les víctimes i els testimonis (Dutton, 2006).

- e. Enfocament de gènere.** Conegut també com l'enfocament feminista, tracta d'explicar la violència de gènere com una forma de manteniment de la desigualtat de poder històrica entre homes i dones, en un escenari en el qual l'home exerceix la violència contra la seva parella o ex parella com a forma d'exercir el seu poder i mantenir el control de la relació. En aquest enfocament s'analitza la relació que hi ha entre el sistema social patriarcal i el maltractament, i s'afirma que el maltractament forma part de l'estructura de poder en la qual l'home posseeix un rol dominant gràcies a l'existència d'uns rols de gènere que determinen i col·loquen a les dones en un estatus de desigualtat (Dobash i Dobash, 1980). La base de la violència rau en la "protecció" que l'home fa dels seus privilegis, assignats pels rols de gènere, i la relació es torna més violenta quan l'home percep que la seva parella no s'ajusta a les expectatives generades i, especialment, quan ella demostra la intenció d'acabar amb la relació. La intervenció es fonamenta en instaurar comportaments més igualitaris en els homes violents i la reestructuració dels rols de gènere tradicionalment acceptats. L'enfocament de gènere ha estat criticat, principalment, per centrar-se només en causes ideològiques que expliquen la violència, ignorant l'existència de causes de tipus individual, com les variables clíniques o de personalitat (Larrauri, 2007). Així mateix, cal tenir en compte que els condicionants de gènere són diferents en funció del país i la cultura d'origen, la classe social o el lloc de residència (Ministerio del Interior, 2010; Watts i Zimmerman, 2002).

11 www.apa.org/pi/issues/issie10.html

L'abús de l'alcohol i les drogues és un aspecte que cal considerar de manera particular. Hi ha molts estudis que relacionen alcohol i VCP, tot i que les dades aportades varien suggerint que entre un 25% i un 85% dels maltractadors es troben sota els efectes de l'alcohol quan cometen el maltractament, que al voltant del 50% dels maltractadors tenen problemes d'abús d'alcohol, o que la incidència de maltractament de dones entre els consumidors d'alcohol està entre el 50% i el 70% (Bard i Zacker, 1974; Bland i Orn, 1986; Conner i Ackerley, 1994; Fagan, Stewart i Hansen, 1983; Fernández-Montalvo i Echeburúa, 1997; Gayford, 1975; Gondolf, 1988; Hamberger i Hastings, 1986; Hotaling i Sugarman, 1986; Kaufman-Kantor i Straus, 1987; Maiden, 1996; Medina, 1994; Roberts, 1988; Sarasúa et al., 1994). Pel que fa a les drogues, la taxa d'incidència entre els homes violents oscil·laria entre el 13% i el 35% i les drogues consumides amb major freqüència són la marihuana, la cocaïna, les amfetamines i l'speed (Bergman i Brismar, 1993; Fagan et al., 1983; Gondolf, 1988; Roberts, 1988). Tot i ser un factor de risc rellevant, en cap cas es pot considerar com a factor causal, ja que hi ha moltes persones que maltracten sense haver consumit cap tipus de droga ni alcohol i, d'altra banda, hi ha moltes persones que en consumeixen i no cometen cap tipus de maltractament (Olsen, Parra i Bennet, 2010). Segons Jacobson i Gottman (2001), Lorente i Lorente (1998), Villavencio i Batista (1992) o Villavencio i Sebastián (1999), el consum d'alcohol o drogues no és una variable que expliqui per si sola el maltractament, tot i que sovint el maltractador ho utilitza com una excusa o explicació de la seva conducta violenta i/o per alliberar-se de la seva responsabilitat.

En un altre paradigma, els models que han buscat l'origen de la VCP en característiques individuals (especialment psicopatològiques) de la víctima i/o l'agressor avui dia es consideren obsolets (Roberts, Williams, Lawrence i Raphael, 1998) i la tendència mira cap als models anomenats multicausals (Berkowitz, 1996; Echeburúa i Fernández-Montalvo, 1998; Heise, 1998; Jewkes, 2002; O'Neil i Harway, 1997; Stith i Rosen, 1992; Stith i Farley, 1993). Aquests models actuals consideren la VCP com un fenomen complex al qual cal troba explicació a partir de la intervenció i interacció de diversos factors individuals, socials i del context concret de la parella (Bosch i Ferrer, 2002).

No es vol deixar de comentar abans de finalitzar aquest punt, un seguit d'exemples de normes socials i culturals que donen suport a la violència contra les dones esmentats en el ja comentat estudi recent sobre la prevenció de la VCP i de la violència sexual contra les dones, realitzat per l'Organització Mundial de la Salut i la London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010, p. 53):

- Un home té dret a exercir el poder sobre una dona i és considerat superior, per exemple a l'Índia (Mitra i Singh, 2007); Nigèria (Ilika, 2005); i Ghana (Amoakohene, 2004).
- Un home té el dret de disciplinar físicament una dona per un comportament "incor-

recte” per exemple a l’Índia (Go *et al.*, 2003); Nigèria (Adegoke i Oladeji, 2008); i a Xina (Liu i Chan, 1999).

- La violència física és una forma acceptable de resoldre conflictes en les relacions de parella per exemple als Estats Units (Champion i Durant, 2001).
- La violència contra la parella és un tabú, per exemple a Sudàfrica (Fox, Jackson, Hansen, Gasa, Crewe i Sikkema, 2007).
- El divorci és una vergonya, per exemple a Pakistan (Hussain i Khan, 2008).
- El sexe és un dret dels homes en el matrimoni, per exemple a Pakistan (Hussain i Khan, 2008).
- L’activitat sexual (inclús la violació) és un marcador de la masculinitat, per exemple a Sudàfrica (Petersen, Bhana i McKay, 2005).
- Les noies són responsables de controlar els impulsos sexuals d’un home, per exemple a Sudàfrica (Ilika, 2005; Petersen, Bhana i McKay, 2005).

3.2 Factors de risc associats als homes que exerceixen VCP

Els factors de risc de la VCP s’han anat compilant al mateix temps que s’han anat generat els estudis empírics que busquen associacions entre les causes i les conseqüències de la VCP (Andrés-Pueyo, 2009). Actualment, coexisteixen diversos i nombrosos factors de risc de la VCP que incideixen amb major o menor mesura en l’inici, manteniment i agreujament de les diferents formes de VCP. Com ja s’ha mencionat anteriorment en aquesta investigació, els factors de risc no són independents entre sí sinó que actuen diacrònicament i sincrònicament, en una diversitat d’interaccions que tenen com a resultat el cometiment dels actes violents (Stith, Smith, Penn, Ward i Tritt, 2004).

Hotaling i Sugarman (1986) van elaborar un metanàlisi per identificar els factors de risc de la violència intrafamiliar a partir de 52 estudis realitzats entre els anys 1970 i 1985, a partir dels quals van destacar més de 97 factors de risc de violència de l’home contra la seva parella. Entre aquests factors s’inclouen, per exemple, l’haver estat testimoni o víctima de violència en la infantesa o adolescència, el consum d’alcohol i la violència envers altres membres de la família sent infant. Les dades de varies investigacions indiquen que haver exercit violència en parelles anteriors és un factor de risc a tenir en compte en major mesura que alguns altres, ja que hi ha una alta probabilitat de que es torni a exercir violència en una altra relació si amb ella la persona ha obtingut el control de la mateixa, seguretat i la realització del seu desig (Cano, Avery-Leaf, Cascardy i O’Leary, 1998). En el metanàlisi mencionat apareixen altres factors de risc com la manca de feina, baix nivell d’ingressos, baix nivell educatiu i falta d’assertivitat que, com és sabut, són factors de risc típics de molts tipus de

delinqüència (Redondo i Andrés-Pueyo, 2007). En la mateixa línia, en l'Informe Mundial de Violència i Salut (WHO, 2002) s'indica que alguns dels factors de risc comuns a totes les formes de violència interpersonal són haver crescut en una llar violenta o trencada, les toxicomanies, l'aïllament social, la rigidesa en els rols de sexe, i la pobresa i la desigualtat en els ingressos, així com les característiques personals d'un insuficient control del comportament i l'escassa autoestima.

En diferents investigacions de la literatura revisada (per exemple, Dutton i Golant, 1997; Echeburúa i Corral, 1998; Jacobson i Gottman, 2001) es consideren també alguns aspectes que associats als factors de risc i comuns en una majoria d'homes agressors, com són 1) existència de violència en la família d'origen; 2) dificultat per a reconèixer i expressar els propis sentiments i els dels demés; 3) l'agressió té la finalitat controlar, intimidar i sotmetre la parella, també l'amenaça de l'agressió física, i l'agressor obté el poder de control de la relació; 4) minimització o negació de la conductes agressives, o també poden tenir un record distorsionat d'aquestes conductes; 5) justificar la violència com a conseqüència del comportament de la seva parella, a la qual fan responsable de l'agressió que ells comenten; 6) considerar la violència una forma acceptable de solucionar els conflictes interpersonals; 7) actituds sexistes i creences estereotipades envers la dona i parella; 8) aïllament social i emocional; 9) pobres habilitats de comunicació; i 10) manca d'estratègies adequades per a resoldre problemes.

En la mateixa línia, en els informes i memòries efectuats per la Fundació IReS en referència als factors de risc associats als usuaris del SAHM, que han rebut tractament entre els anys 1998 i 2006 tant a la demarcació de Girona com a la de Barcelona i corresponents a una mostra de 445 usuaris, s'indiquen els següents:

- a. Un 60% provenen de nuclis familiars d'origen on l'agressió havia estat present ja fos a nivell físic o psicològic. Aquest fet respon a la transmissió transgeneracional de la violència i constata la importància de la família com a primer espai d'aprenentatge vivencial i de socialització per l'infant. El 40% restant dels usuaris han desenvolupat conductes violentes i/o abusives per altres motius que resulten difícils de concloure de forma categòrica. Tanmateix, s'indica que en alguns casos hi hauria un aprenentatge social de la violència com a mecanisme lícit per tal d'aconseguir el que un vol, i en d'altres es podria apuntar a una absència de límits i paràmetres educatius coherents.
- b. Baixos nivells d'autoestima, fet que condueix a estats de frustració latents difícils d'auto-evidenciar pel propi individu (es a dir, l'home percep les conseqüències de la baixa autoestima però no es percep a sí mateix amb una autoestima baixa, tendint d'aquesta manera a externalitzar les causes del seu estat). Aquest sentiment d'in-

seguretat i frustració és el que dóna a l'home una percepció de pèrdua de poder i control de la situació, davant la qual l'home actuaria de forma hostil cap a l'element que viu com a amenaçant, que en aquest cas sol ser la parella i els fills/es, per tal de recuperar el control perdut.

- c. Recurrència freqüent de l'ús de mecanismes de defensa cognitius per tal d'explicar (i explicar-se) les seves conductes violentes. Poden racionalitzar l'agressió mantenint que ells són els caps de família i que vetllen pel bon funcionament d'aquesta; desplaçar l'autoritat de l'agressió exposant que és la dona la que els provoca i que no poden controlar-se, que no saben el que fan; negar directament que l'agressió hagi succeït; minimitzar-ne l'impacte; justificar-se mitjançant el consum d'alcohol o l'estrès, etc. Aquests mecanismes estan destinats a preservar la imatge que tenen de sí mateixos, eludint les responsabilitats dels seus actes i emparant-se en drets administrats des de la cultura patriarcal.
- d. Dificultats per expressar els seus sentiments ja que, en general, com a homes "no se'ls ha educat" en l'expressió del seu món intern (exceptuant l'expressió de l'alegria i la de la ràbia, emocions que en episodis eufòrics poden arribar a confondre). Precisament aquesta dificultat per a expressar el que els passa té molt a veure amb la desconexió que tenen d'ells mateixos i per tant també dificulta la possibilitat d'empatitzar i simpatitzar amb el que els passa als demés. Això els porta a resoldre els conflictes tenint en compte només el seu punt de vista. En alguns casos aquesta inhabilitat social resulta només visible dins la relació de parella o l'àmbit familiar. Aquest fet provoca discrepàncies comportamentals entre l'àmbit públic i el privat de manera que hi ha homes que es mostren com a persones amistoses en el seu entorn proper, preocupades pels altres, bons pares de família i, en general, amb un comportament força passiu, cedint, moltes vegades, a les necessitats i/o desigs dels altres per rebre un reconeixement social. En canvi, en el marc de la parella desenvolupen accions de coacció, control i agressió cap a la dona i/els fills, doncs és en aquest àmbit on es creuen validats per a exercir el poder.
- e. Mantenen un sistema de creences basat en els mites culturals pel que fa als drets i deures d'homes i dones a nivell cognitiu, emocional i conductual i la legitimació de la violència com a forma de resoldre els conflictes.
- f. En un 28% dels usuaris atesos en els anys 2005-2006 (no es disposa de dades sistematitzades anteriors) hi ha consum regular d'algun tipus de droga en iniciar la intervenció. L'alcohol és el més freqüent, seguit de la cocaïna, el cannabis i els estimulants, tot i que també és freqüent un consum paral·lel.

Taula 2: Resum dels factors de risc de l'home maltractador segons els casos atesos al SAHM (1998-2006) (n=445)

- És excessivament gelós
- És possessiu
- Té una baixa autoestima
- S'irrita fàcilment quan se li posen límits
- No controla els seus impulsos
- Disposa de limitades habilitats de comunicació
- Té dificultats d'expressió emocional
- Té una carència d'estratègies adequades per solucionar problemes
- Culpa als altres dels seus problemes
- Creu que la dona ha d'estar sempre subordinada a l'home
- Ha maltractat altres dones anteriorment
- Minimitza o justifica les seves conductes
- Atribueix la culpa del maltractament a la dona
- Ha viscut situacions de violència en la família d'origen
- Consum de substàncies tòxiques i/o alcohol

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Fundació IReS (1998-2006)

Un resum complet i exhaustiu dels factors de risc de la VCP, de validesa general per a tots els tipus de violència (física, sexual i psicològica), s'ha presentat recentment a partir d'un metaanàlisi realitzat per Stith *et al.* (2004) i en el qual els factors de risc s'organitzen segons el model de VCP proposat per Dutton (1995), estructurant-se en quatre nivells: factors del macrosistema (social), factors de l'exosistema (comunitari), factors del microsistema (grup) i factors del nivell ontogenètic (individual). El macrosistema agrupa les creences i els valors ideològics generals de la cultura on viu l'agressor. L'exosistema inclou tot allò que fa referència a les estructures socials formals i informals on viu l'agressor i el connecta amb les estructures del macrosistema. El microsistema fa referència a les variables que estan relacionades directament amb el context de l'abús i les relacions interindividuais de parella. Els factors ontogenètics són els que fan referència a la biografia i història del desenvolupament de l'agressor.

Des d'un altre punt de vista, s'ha d'esmentar que els factors de risc poden ser estàtics o dinàmics. Entre els estàtics hi hauria l'edat del primer delictes –ser jove–, la violència en la família d'origen, la conducta antisocial, l'agressió prèvia a la parella o a altres parelles i els

trastorns mentals severes) i, entre els dinàmics, la ira, les distorsions cognitives i les actituds masculines o favorables a la violència, el consum de drogues, la dependència emocional i alguns problemes psicològics (Redondo, 2008). La motivació delictiva està integrada, en bona mesura, per factors dinàmics modificables, aspecte molt rellevant ja que “no tots els factors psicològics que influeixen sobre el risc delictiu poden modificar-se per igual, però alguns factors rellevants, com els hàbits i les cognicions, poden ser especialment sensibles al tractament psicològic, i per això han de constituir les prioritats en l’esmentat tractament” (Redondo, 2008, p.46). Els factors de risc s’han de tenir en compte en el tractament dels agressors de parella ja que mitjançant la seva modificació es pot alterar la motivació del subjecte per agredir la seva parella (Loinaz i Echeburúa, 2010).

3.3 Tipologia de maltractadors

Més enllà dels factors de risc associats als homes que maltracten a les seves parelles, una altra consideració àmpliament estudiada i documentada és la referent a la tipologia d’agressors. Segons el tipus de maltractador, la conducta violenta es duu a terme amb un tipus concret de freqüència i intensitat i, per tant, representa un major o menor risc per a la integritat física i psicològica de les víctimes (Amor i Echeburúa, 2010; Amor, Echeburúa i Loinaz, 2009; Cavanaugh i Gelles, 2005).

L’estudi dels diferents perfils o tipologies de maltractadors ja constitueix actualment una extensa i dilatada línia d’investigació (veure per exemple Gondolf, 1988, 2004; Hamberger i Hastings, 1986; Saunders, 1992; Holtzworth-Munroe i Stuart, 1994; Domen, 1995; Dutton i Golant, 1997; i més actualment, Fernández-Montalbo, Echeburúa i Amor, 2005; Jonson, Gilchrist, Beech, Weston, Takriti i Freeman, 2006; Fernández-Montalbo i Echeburúa, 2008; Loinaz, 2009, 2010; Loinaz, Echeburúa i Torrubia, 2010; o Loinaz, Ortiz-Tallo, Sánchez i Ferragut, 2011). Havent-se demostrat que els maltractadors no són un grup homogeni, el tractament per aturar les seves conductes abusives no hauria de basar-se doncs en un únic programa homogeni o estàndard sinó ajustat en funció de les característiques de l’agressor (White i Gondolf, 2000) i, per tant, caldria i es podrien seleccionar les estratègies terapèutiques més idònies en cada cas (Hamberger, Lohr, Bonge i Tollin, 1996). Tot i que estudis recents posen de manifest la falta de pràctica basada en l’evidència dels tractaments basats únicament en les tipologies (Gondolf, 2012), l’estudi de les tipologies ha subratllat l’existència d’una heterogeneïtat dels agressors i ha remarcat la importància de l’estudi psicopatològic diferencial per a la comprensió de la VCP, i de disposar de formes menys homogènies de tractament (Capaldi i Kim, 2007).

A la Taula següent es poden observar algunes de les tipologies proposades i els seus diferents subtipus.

Taula 3: Algunes de les tipologies i diferents subtipus d'agressors proposats

Hamberger y Hasting (1986)	Gondolf (1988)	Dutton (1988)	Saunders (1992)	Holzworth-Munroe i Suart (1994)	Hamberger et al. Twed i Dutton (1996)	Twed y Dutton (1998)	Johnson et al. (2006)
Antisocial/ Narcisista	Tipus I Sociòpata	Violents en general	Tipus 2 Violent en general	Violent en General/ Antisocial	Antisocial	Instrumental/ Subcontrolat	1.Antisocial 2.Narcisista
Esquizoide/ Borderline	Tipus II Antisocial	Límits o Cíclics	Tipus 3 Emocionalment volàtil	Borderline Disfòric (BD)	Passiu agressiu/ Dependent	Impulsiu/ Subcontrolat	3.Borderline
Dependiente/ Compulsivo	Tipus III Típic	Hipercontro- lats	Tipus 1 Emocionalment suprimit	Violent només en la família (FO)	No patològic Dependent	Impulsiu/ Hipercontrolat	4.Baixa patologia

Font: Adaptat de Loinaz (2008)

3.4 Predicció del risc de violència

La predicció del risc de violència és una qüestió complexa i delicada, associada al tipus, característiques, perillositat o gravetat de la violència i en la qual conflueixen una multiplicitat de factors. Identificar els factors desencadenants i/o moduladors que provoquen la conducta violenta permet fer, amb les tècniques adequades, prediccions probabilístiques diverses relacionades amb aquests successos, entre ells la seva ocurrència (Andrés-Pueyo i Redondo, 2007). En els últims anys, s'han desenvolupat nous mètodes de predicció de violència basats en la valoració dels factors de risc que anticipen la conducta violenta (Hart, 2001). Aquests nous mètodes s'han especialitzat en la valoració de tipus específics de violència i s'han elaborat col·laborativament amb investigadors i professionals per a resoldre l'exigència pràctica de realitzar prediccions eficaces, entre d'altres objectius. (Andrés-Pueyo, 2009).

Actualment es troben a disposició dels professionals de nombrosos països diverses guies i protocols de valoració del risc que tenen múltiples aplicacions, com la SARA (guia per a predir la violència física i sexual greu contra la parella) o el DA (instrument que permet valorar el risc d'assassinat de la parella). Recentment, s'ha realitzat l'adaptació al context espanyol de la SARA pel Dr. Andrés Pueyo i el seu equip d'investigació de la Universitat de Barcelona. En un recent estudi dels mateixos autors s'ha posat de manifest l'elevada capacitat predictiva de la SARA, que ha classificat correctament el 85% dels reincidents i el 72% dels no reincidents en una mostra espanyola d'agressors de parella (Andrés-Pueyo, 2006; Andrés-Pueyo i López i Álvarez, 2008).

Pel que fa a la VCP contretament, “encara falten desenvolupaments específics per a valorar el risc de violència psicològica contra la parella (Andrés-Pueyo, 2009) i, tot i que actualment es disposa d'instruments vàlids per a predir la violència contra la parella, la precisió d'aquests instruments encara es troba lluny de les altres eines de predicció ja consolidades en la pràctica forense” (Ministerio del Interior, 2010, p. 56).

Taula 4: Motius per utilitzar la valoració del risc en la predicció de la VCP

	Motius
Agressor	<ul style="list-style-type: none"> • Adequació de les mesures de control • Avaluació de l'eficàcia del tractament • Identificació dels factors de risc susceptibles de canvi i intervenció
Víctima	<ul style="list-style-type: none"> • Protecció ponderada en relació amb el risc • Contrast de l'“autopercepció” del risc amb una valoració més objectiva • Programació de les mesures de protecció • Consideració dels riscos que té
Professional	<ul style="list-style-type: none"> • Augment de la capacitat predictiva • Ajuda en la presa de decisions • Transparència a posteriori de les raons de les decisions preses

Font: adaptada de Ministerio del Interior (2010)

3.5 Factors de vulnerabilitat de les víctimes

Des de la perspectiva de gènere, la pròpia condició de dona, és a dir, el fet de ser dona, és el factor de risc principal i més consistent per ser víctima de VCP (National Research Council, 1998). A la literatura revisada s'indica que, tot i no haver-hi un perfil de personalitat previ de la dona víctima de VCP, sí existeixen una sèrie de factors que la fan més vulnerable, a considerar:

- a. Els casos en que la dona que posseeix una identitat fràgil, té baixa autoestima, o és dependent, temerosa, evitativa, o amb tendència a la submissió (Rounsaville, 1978; Star, 1978).
- b. Tenir poc recolzament familiar i/o social així com tendir a l'aïllament, tant emocional com promogut per l'evitació física del contacte interpersonal, pot contribuir a ser víctima potencial de maltractaments o a que es perllonguin durant més temps si aquests ja existeixen (Morales, Pastor i Salceda, 1997; Perrin, Van Hasselt, Basilio, i Hersen, 1996).
- c. Algunes etapes del cicle vital podrien precipitar els episodis inicials del maltractament convertint-se en períodes vulnerables per a la dona i la seva relació de parella. Segons Coker, Smith, McKeown i King (2000), les dones divorciades i separades presenten entre dues i tres vegades més probabilitat d'haver patit maltractament, en comparació amb les dones que conviuen amb la seva parella. Les primeres agressions comencen durant el període de festeig, o s'accentuen si ja existien al principi del matrimoni (Dobash i Dobash, 1978; Rosenbaum i O'Leary, 1981), i/o durant l'embaràs (Jacoby, Gorenflo, Black, Wunderlich i Eyler, 1999; Johnson, Haider, Ellis, Hay i Lindow, 2003; McFarlane, Parker, Soeken i Bullock, 1992; Richardson, Coid, Petruckevitch, Wai, Moorey i Feder, 2002).

- d. Segons la teoria de l'aferrament (Bowlby, 1988; Cassidy i Shaver, 1999; Feeney, Noller i Hanrahan, 1994; Feeney i Noller, 2001; Hesse, 1999; Marrone, 2001), el tipus d'aferrament preocupat és present en algunes dones maltractades. Es tracta de dones que poden tenir una visió positiva dels demés però negativa d'elles mateixes, amb por al rebuig, amb un sentiment d'inadequació personal i el sentiment de no considerar-se mereixedores de rebre afecte.
- e. En relació a la transmissió intergeneracional de la violència, l'estudi d'Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen i Johnson (2003) suggereix que l'exposició al maltractament entre els pares incrementa significativament el risc d'utilitzar una resolució de conflictes violenta en les relacions íntimes. Astin, Lawrence i Foy (1993) indiquen que entre el 25% i el 77% de dones maltractades han experimentat abús físic o sexual en la seva infantesa. Altres investigacions troben que les dones amb una història d'abús sexual infantil tenen més risc per la victimització adulta comparat amb les dones que no tenen antecedents de maltractament en la infantesa, així com problemes en les relacions a l'edat adulta (Arata i Lindman, 2002).
- f. Segons Quinn i Odell (1998), el problema més comú sol ser la poca estabilitat econòmica, però la manca de maduresa emocional i personal també pot contribuir a pertorbar la salut de la relació, i a dificultar la resolució dels seus conflictes d'una forma adequada.
- g. Si la dona és jove, augmenta el risc de ser víctima de maltractaments en la seva relació de parella (Egan-Sage i Carpenter, 1999).
- h. Tenir un baix nivell econòmic i educatiu pot facilitar que, quan existeixi maltractament, aquest es perllongui més en el temps (Perrin, Van Hassalt, Basilio i Hersen, 1996; Thompson, Kaslow, Kingree, Thompson i Meadows, 1999). La dependència econòmica del cònjuge (o la manca de treball per part d'ella) és un factor que reforça la vulnerabilitat de la dona (Alberdi i Matas, 2002).

3.6 Permanència en les relacions de maltractament i conseqüències de la victimització

El perquè les víctimes romanen en una relació de maltractament és una pregunta que es continua debatent tant en la literatura científica com en contextos no acadèmics. Per què no trenquen la relació? Per què continuen amb l'home que les està maltractant? La resposta és complexa i la tolerància a la situació de maltractament i la dificultat que comporta acabar amb les relacions de maltractament té la seva explicació en diferents factors que es volen detallar a continuació.

- a. Pel que fa a les variables psicològiques, la permanència a la relació s'explicaria per la minimització del problema com a resultat d'una certa habituació a la situació de tensió, la por, el terror a la reacció de la parella, la indefensió generada, la resistència a reconèixer el fracàs de la relació, el temor al futur en solitud, entre d'altres (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua i Zubizarreta, 1997; Barnett, 2001; Villavicencio i Sebastián, 1999).
- b. Els factors econòmics es relacionen amb la falta de recursos amb els quals atendre la pròpia supervivència, no tenir on anar, manca de treball, precarietat i dificultats laborals, o dependència del marit (Aguirre, 1985; Echeburúa i Corral, 1998; Anderson, 2003).
- c. Les raons socials pretenen explicar el desconeixement que tenen les dones al respecte dels seus drets com a ciutadanes, la dificultat per presentar proves, el caràcter privat que atorguen a la VCP, la falta de suport ambiental, la pressió o la vergonya social, entre d'altres (Amor i Echeburúa, 2010; Magro, 2011).
- d. Les variables familiars comprenen, principalment, l'aïllament o la preocupació pels fills (Echeburúa et al., 1997; Echeburúa i Corral, 1998; Strube i Barbour, 1984; Wood, 1999).

El fet d'estar enamorada i la durada de la relació (Strube i Barbour, 1984) també es consideren variables predictores del manteniment de la relació. Towns i Adams (2000) assenyalen que la conceptualització de l'amor perfecte incideix en romandre en la relació, guardar silenci sobre la violència que es pateix i en intentar canviar de parella. En aquesta conceptualització de l'amor, la dona confia absolutament en la seva parella quan l'home li promet canviar, i assumeix la culpa que ell li ha projectat encara que no la tingui (Echeburúa, Corral, Sarasúa, Zubizarreta i Sauca, 1990). Segons Echeburúa i Corral (1998) les dones romanen en la relació violenta una mitjana de 10 anys.

- e. La por a les represàlies per part del cònjuge també es relaciona amb la permanència. Moltes víctimes de VCP romanen amb els agressors perquè tenen por de les conseqüències d'abandonar la parella, envers a elles mateixes i/o els fills si n'hi ha (Berns, Jacobson i Gottman, 1999). De fet, la probabilitat que una dona maltractada sigui assassinada s'incrementa quan intenta separar-se de la parella (Berry, 1995), per la qual cosa es considera que quan la dona decideix separar-se és un moment de risc màxim (Alberdi i Matas, 2002; Lorente, 2001; Walker, 1983, 1984).

Tenint en compte tot el que s'acaba de comentar, si la dona maltractada té un bon suport familiar i social, té una certa autonomia econòmica i té accés a recursos comunitaris de suport econòmic, jurídic o psicològic, és més probable que prengui la decisió del trencament de la relació amb la seva parella (Alexander, 1993; Campbell, Rose, Kub i Nedd, 1998).

D'altra banda, a la literatura revisada es proposen algunes teories segons les quals existeixen unes pautes d'interacció que poden explicar la permanència de la víctima en una relació violenta. Destaquen el cicle de la violència (Walker, 1979), la teoria de la indefensió apresada (Walker, 1984), les contingències de reforçament en funció d'un patró cíclic d'interacció consolidat temporalment (Long i McNamara, 1989), la intermitència entre el bon i el mal tracte (Dutton i Painter, 1981, 1993), o també la "síndrome d'Estocolm Domèstica".

El cicle de la violència va ser descrit per la investigadora Leonore Walker el 1984 als Estats Units i concep que la violència es desenvolupa en un cicle de tres fases, la de formació de la tensió, la d'agressió i la de lluna de mel o reconciliació. Aquestes tres fases, que poden ser variables en intensitat i/o durada, es poden donar en diferents parelles, o amb la mateixa, i la seva dinàmica explicaria la permanència de les dones en les relacions de maltractament (veure per exemple Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto i Vives-Cases, 2004).

- a. **Primera fase**, acumulació de la tensió. Es caracteritza per petits incidents que augmenten la fricció i els conflictes en la parella i que condueixen a una escalada gradual de la tensió. La tensió acumulada dona lloc a la segona fase.
- b. **Segona fase**, agressió o episodi agut. Esclata la violència, del tipus que sigui, i de major o menor gravetat.
- c. **Tercera fase**, lluna de mel o reconciliació. Apareix el penediment de l'agressor, el qual es mostra carinyós, demana perdó, i promet que no ho tornarà a fer. Les mostres de penediment del seu agressor generen sentiments de culpa en la dona la qual, per la seva condició de gènere, es veu obligada a no fallar-li, i tornar a intentar seguir amb la relació (Romero, 2010), tot i que al poc temps torna a augmentar la tensió i el cicle es repeteix. Es considera la fase de veritable victimització de la dona.

Com apunten Zubizarreta et al. (1994, p.025) "en aquest cicle, el càstig (l'agressió de l'home) s'associa a un reforçament immediat (l'expressió de penediment i tendresa) i a un potencial reforçament demorat (la possibilitat d'un canvi conductual en l'home)". Però, a mesura que passa el temps i la relació continua, el maltractament es fa més freqüent i sever, la fase de penediment i tendresa es fa més curta, i la probabilitat de que es cronifiquin les conseqüències psicològiques de l'abús augmenta".

Segons la teoria de la indefensió apresada (Walker, 1984), el comportament violent de l'home és impredecible, la qual cosa provoca un estat de passivitat en la dona que la impedeix poder escapar de la relació. El fet de no poder escapar de la situació ni tampoc evitar-ne les conseqüències, amb el temps la dona acaba desenvolupant sentiments de culpabilitat, de baixa autoestima, d'ansietat i depressió, actituds passives i apàtiques envers la situació i es torna cada vegada més temerosa i dependent.

Long i McNamara (1989) sostenen que la permanència en la relació es pot explicar pel Model de Càstig Paradoxal. Aquest model defensa unes contingències de reforçament que s'estableixen en funció d'un patró cíclic d'interacció, que està consolidat en el temps i que consta de cinc fases: creació de la tensió, descàrrega de la tensió per part del maltractador, escapament de la víctima, penediment de l'agressor i, finalment, la reconciliació. Per la seva banda, Dutton i Painter (1981, 1993) proposen la Teoria de la Unió Traumàtica i Model d'Intermitència, mitjançant la qual la forta afecció establert entre la víctima i l'agressor es deu al caràcter extrem del bon i el mal tracte, així com a la seva juxtaposició temporal. En aquest sentit, quant més maltractament pateix la dona, més se'n ressent la seva autoestima, i pot ser que tingui una major necessitat de la seva parella, convertint-se finalment en una interdependència.

La síndrome d'Estocolm domèstica es defineix com un "vincl interpersonal de protecció, constituït entre la víctima i l'agressor, en el marc d'un ambient traumàtic i de restricció estimular, a través de la inducció d'un model mental en la víctima. La dona desenvolupa la síndrome per protegir la seva pròpia integritat psicològica i per adaptar-se al trauma suspèn el seu judici crític" (Montero, 2000, p. 378). Davins (2005) resumeix aquest procés de victimització en 4 fases: 1) desconfiança i negació davant els primers maltractaments, 2) desorientació, la víctima creu que depèn totalment de l'agressor, 3) reorientació, amb possibilitat de patir depressió traumàtica i estrès postraumàtic, i 4) adaptació, la dona integra el trauma a la vida normal, projecta la culpa als altres, a l'exterior, i la síndrome d'Estocolm domèstica es consolida a través d'un procés d'identificació.

Pel que fa a la severitat de la violència i el trencament de la relació, la literatura revisada indica que les víctimes que pateixen nivells relativament baixos o moderats de violència allarguen més el temps de la convivència amb l'agressor, i busquen justificacions pel maltractament que pateixen (Amor i Echeburúa, 2010).

Així mateix, l'abús de l'alcohol i de fàrmacs pot sorgir de manera temporal o permanent com a estratègia d'afrontament inadequada, i que pot repercutir en diferents àrees de la vida quotidiana com la feina, la vida social, la relació amb els fills, etc. (Echeburúa et al. 1997). Els símptomes psicopatològics que es presenten com a víctima de maltractaments són conseqüència d'haver patit VCP, i no d'un desequilibri previ com s'havia postulat en algunes teories preliminars, i les dones que han patit una relació violenta tendeixen a no repetir aquest tipus de relacions amb altres companys. És més, com indiquen els mateixos autors "les distorsions cognitives en relació a l'atribució de culpabilitat pel que ha succeït tendeixen a diluir-se, una vegada que les víctimes estan distanciades –física i cronològicament- de la relació violenta i se senten alliberades de les pressions socials"(p.7).

Com a apunt de les repercussions que la VCP pot tenir en els fills, quan n'hi ha, s'ha pogut constatar a la literatura revisada que els infants que han estat testimoni de violència

entre els seus pares presenten problemes en el seu ajustament social i emocional, menor competència social i menor autoestima, més problemes de conducta i psicopatologia, por, depressió, aïllament, dificultats de relació interpersonal, agressivitat i trastorn per estrès posttraumàtic (Levendosky i Graham-Bermann, 2001; Hungerford, Richard i Clemens, 2010; Graham-Bermann, Howell, Miller, Kwek i Lilly, 2010).

Possiblement l'expressió més impactant de la violència contra la parella sigui la mort de les víctimes. Tanmateix, cal tenir molt present que aquesta xifra fa referència a la punta de l'iceberg d'un problema que amaga un nombre real i molt superior de víctimes que romanen a l'ombra arreu del món. Com indica Meyers (1997, p. 52), les notícies rarament cobreixen aquestes formes de violència contra les dones, "excepte quan impliquen un judici o una celebritat", perquè els codis i convencions noticiables per a cobrir violacions, cops i assassinats difereixen d'aquells implicats en el reportatge de formes no físiques de violència

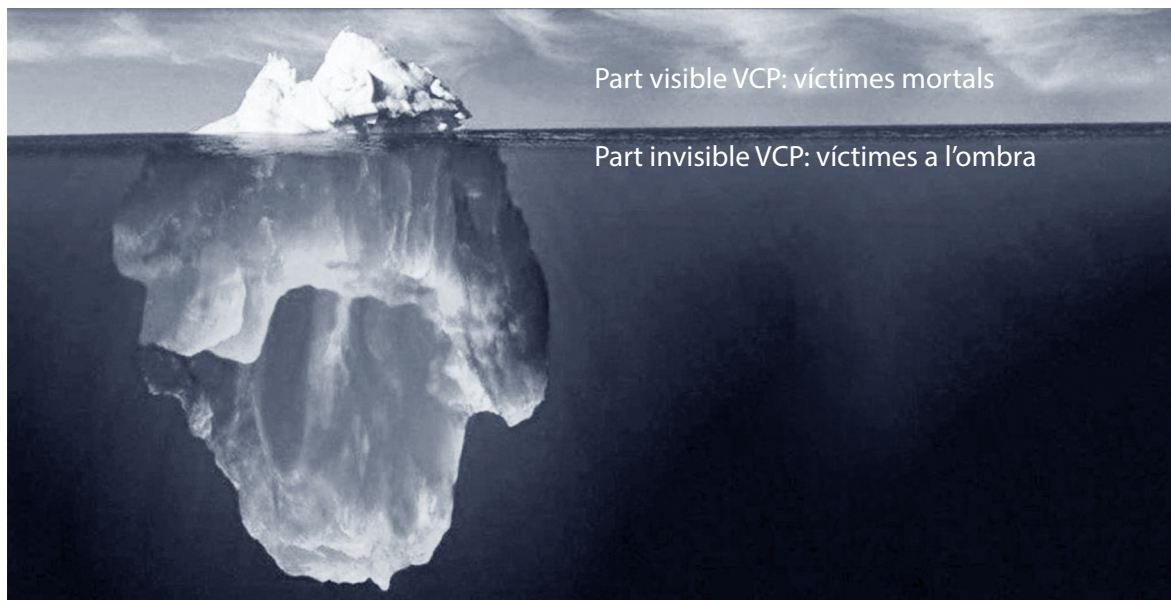


Figura 3: La VCP i l'efecte iceberg

Tal i com s'indica en la recent Enquesta Nacional dels Estats Units (NISVS, 2010) conèixer tots els factors és sumament important per mesurar, comprendre i poder aconseguir una imatge més completa de la veritable càrrega que implica la violència en la parella.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

4

4.1 Aspectes criminològics

Tal i com es mencionava a l'inici d'aquest treball d'investigació, a l'informe elaborat per l'Innocenti Research Centre (2000) per a Unicef sobre violència domèstica s'estima que entre el 20% i el 50% de les dones pateixen algun tipus de maltractament en el seu propi àmbit familiar. Aquest informe, que recull estudis realitzats amb diverses metodologies en països de tots els continents, també situa el percentatge de dones maltractades en els països industrialitzats entre el 20% i el 30% (Lila, 2010). En altres estudis internacionals s'estima que entre l'11% i el 13% de les parelles experimenten alguna forma de violència física (Browne, 1987). Tenint en compte la prevalença i les conseqüències de la VCP, la qual repercuteix en tot el context familiar, les víctimes primàries (les dones), les secundàries (fills i altres familiars) (Echeburúa i Redondo, 2010, Redondo, 2008) i en la comunitat, la VCP s'ha de considerar i abordar com un assumpte i un problema de salut pública (Caetano, Vaeth i Ramisetty-Mikler, 2008).

En l'anàlisi criminològic, la distribució asimètrica de les prevalences delictives entre homes i dones és un problema que encara no ha pogut resoldre la Criminologia (Andrés-Pueyo, 2009). Els homes són amb molta més freqüència els autors de la VCP i especialment si fem referència a la violència greu i a la violència de tipus sexual, consideració que es pot fer extensiva a molts altres tipus de delictes (Redondo, 2008). Contràriament, les dones són les víctimes més prevalents de la violència greu de parella, domèstica o familiar i de la violència sexual. L'asimetria és clara i molt consistent entre grups d'edat, ètnics, culturals, socioeconòmics, etc., i es fa súmament palesa en diversos indicadors criminològics, entre els quals, la taxa d'homes i dones empresonats, el comportament d'homes i dones a la presó, o les taxes diferencials de reincidència (Andrés-Pueyo, 2009).

En aquesta línia, i malgrat l'existència d'investigacions que tenen com a objecte d'estudi la simetria i bidireccionalitat de gènere en les relacions de maltractament (veure per

exemple Dobash et *al.*, 1998; Dobash i Dobash, 2004; Dutton, 2006, 2007; Dutton i Corvo, 2006, 2007; Dutton i Nicholls, 2005; Kaufman-Kantor i Straus, 1987; Kimmel, 2002; Stets i Straus, 1990, 1992; Straus, 2011), la violència contra la parella sol tenir com a protagonistes una dona, la víctima, i un home, la seva parella actual o ex-parella, l'agressor (Dobash i Dobash, 1978, 1979, 2004; Echeburúa i Redondo, 2010). D'altra banda, alguns dels autors que defensen la simetria i/o bidireccionalitat de la VCP, també afirmen que les dones tenen sis vegades més de possibilitat de requerir atenció mèdica per les lesions produïdes per la violència familiar (Kaufman-Kantor i Straus, 1987; Stets i Straus, 1990) i que la simetria de gènere es concentra més en els nivells més baixos de la violència (Dobash et *al.*, 1998, Dutton i Corvo, 2007).

Als Estats Units¹², les dones són assassinades per les seves parelles aproximadament nou vegades més sovint que per un estrany (Bureau of Justice Statistics, 2004) i, segons Informes Suplementaris d'Homicidis (SHR), aproximadament el 30% de les dones americanes assassinades (el 42% de les quals per un maltractador conegut) són assassinades per la seva parella (sigui marit, exmarit o parella), davant el 5,5% d'homes que són assassinats per les seves parelles (Fox, 2005). Segons els resultats de l'informe elaborat pel Consell d'Europa (2002) i l'Estudi Multicultural sobre Salut i Violència Contra les dones realitzat per l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2005)¹³, la violència en l'entorn familiar seria la principal causa de mort i invalidesa de les dones de 16 a 44 anys, per davant del càncer o els accidents de trànsit. A Espanya¹⁴ unes 30.000 dones denuncien anualment maltractaments i, considerant que l'índex de denúncia és d'entre el 5% i el 10% dels casos que succeeixen, es podria estimar l'existència al nostre país d'uns 600.000 casos anuals de maltractaments en la parella (Martin-Barroso i Laborda-Rodríguez, 1996, 1997). Entre 35 i 70 dones són assassinades anualment a Espanya pels seus marits o parelles (Redondo, 1998, 2008).

A Catalunya, segons les dades estadístiques del Consejo General del Poder Judicial (2010)¹⁵ hi ha 12,4 denúncies per cada 1.000 dones (mitjana Espanya: 15,1). I el 93,64% dels delictes de violència habitual és comesa per homes davant d'un 6,36% que comesa per dones (Calvet i Corcoy, 2010).

12 Per a més detall sobre informacions estadístiques recents es recomana consultar la darrera Enquesta Nacional sobre VCP i violència sexual realitzada als EEUU (NISVS, 2010): <http://www.cdc.gov/violenceprevention/nisvs/>

13 Es pot consultar l'Estudi Multicultural sobre Salut i Violència Contra les dones realitzat per l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2005): http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

14 Es poden consultar les dades més recents a la macroenquesta espanyola realitzada pel Ministerio de Trabajo, Asuntos Sociales e Igualdad (2011): http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/0ADA074D-526E-4DA5-AA8A-6F6846FEFBF7/192959/Principales_resultados_Macroencuesta_2011.pdf;

15 Es pot consultar la darrera Enquesta de violència masclista a Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2010): <http://www10.gencat.cat/gencat/AppJava/cat/actualitat2/2010/01210enquestadeviolenciamasclistaacatalunya.jsp>

4.2 Consideracions epidemiològiques de la VCP a Espanya, Catalunya i el sistema penal

Donada la prevalença i conseqüències que té la violència contra la parella, s'ha cregut convenient en aquest apartat fer una "radiografia" de les dades que es disposen del fenomen al nostre país.

A Espanya, la font primordial és el Consejo General del Poder Judicial, que és la font més ordenada a través del seu Observatorio i el Registre central, que centralitza les dades judicials (Calvet i Corcoy, 2010).

Segons les dades del III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer¹⁶, elaborat per la Subdirecció General de Prevenció i Gestió del Coneixement sobre Violència de Gènere (2011):

- La majoria dels assassinats per violència de gènere comesos entre l'1 de gener del 2003 i el 31 de desembre del 2009 han estat efectuats en l'àmbit de la parella (355 de 471, que representen el 75,4%), i els efectuats per l'ex parella de la víctima han estat 116, que representen el 24,6% al llarg d'aquest període.
- Segons la relació entre víctimes i agressors, la majoria eren cònjuges (en 197 casos, que representa el 41,8% del total); segueixen en ordre d'importància els assassinats de dones per part dels que eren els seus companys sentimentals (118-25,1%), ex companys sentimentals (64- 13,6%), novios (40- 8,5%), ex cònjuges (28- 6,0%) i ex novios (24- 5,1%).
- El 74,5% dels crims per violència de gènere del període considerat en aquest cas van ser perpetrats per la parella de la víctima, i el 25,5% per la seva ex parella.
- La víctima i l'agressor conviuen en la majoria dels casos (306, que representen el 65,0% dels 471 analitzats)
- Pel que fa a la nacionalitat, entre el gener del 2006 i el 31 de desembre del 2009, 170 víctimes de violència de gènere eren espanyoles (el 62,7% de les d'aquest període) i 101 estrangeres (el 37,3%).
- El 39,1% de les dones mortes a mans de les seves ex parelles havien denunciat prèviament, i aquest percentatge baixa a un 23,8% en el cas de les que van ser assassinades per la seva parella. D'altra banda, les denúncies interposades es referien a la parella en un 64,0% i a l'ex parella en un 36, 0%
- El 61,6% de les 271 dones mortes per violència de gènere des de gener del 2006 fins a 31 de desembre de 2009 convivia amb el seu agressor i el 38,4% no hi convivia. De les quals conviuen amb el seu agressor, el 24,0% l'havia denunciat prèviament,

16 Per a una informació estadística més detallada es recomana consultar el III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, elaborat per la Subdirecció General de Prevenció i Gestió del Coneixement sobre Violència de Gènere. L'informe sencer està disponible a: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=278>

davant del 76,0% que no ho havia fet; aquests percentatges eren del 33,7% i 66,3% respectivament, en els casos en que no existia convivència en el moment del crim. D'altra banda, el 53,3% de les dones que havien denunciat el seu agressor vivia amb ell i el 46,7% no ho feia; aquests percentatges eren del 64,8% i el 35,2% en el cas de les que no havien denunciat.

Com indiquen Andrés-Pueyo i López i Álvarez (2008) les aproximacions epidemiològiques per a l'estudi de la VCP s'han de considerar de manera parcial ja que és imprescindible disposar d'una bona mostra i un bon instrument de mesura per poder conèixer un fenomen mostral de forma clara, segons conclouen experts en epidemiologia (veure Maden, 2007).

Dos estudis realitzats a Espanya els anys 1999 i 2006 amb el mateix instrument d'avaluació, la Conflict Tactics Scale de Strauss adaptada a l'espanyol, ens mostren una imatge molt realista de la realitat epidemiològica de la VCP (Andrés-Pueyo, 2009). Són els estudis de Medina-Ariza i Barberet (2003) i de Calvete, Corral i Estevez (2007). Medina-Ariza i Barberet van estudiar la prevalença de la VCP a Espanya amb una versió adaptada de la Conflict Tactics Scale Revisada (CTS2) de Strauss (Medina-Ariza, Barberet i Lago, 1998), amb una mostra heterogènia formada per un total de 2015 dones adultes (majors de 18 anys). Posteriorment, Calvete, Corral i Estévez (2007) amb motiu d'un estudi de l'estructura factorial del CTS2 van descriure també la prevalença de la violència de gènere seguint un procés similar a l'anterior de Medina-Ariza i Barberet. La diferència temporal entre ambdós estudis és interessant ja que en aquest període han canviat molt les consideracions socials i legals envers la VCP.

Un anàlisi general d'aquests estudis posa de manifest que la prevalença de la violència s'ha de distingir segons la seva naturalesa i gravetat, i que la VCP ha augmentat durant aquest període de temps en les modalitats de la Violència psicològica lleu i greu, la Violència física lleu i greu, i la Violència sexual lleu (aquesta, de forma alarmant, un 17,92%). Per contra, la Violència sexual greu, les Lesions i les Lesions greus han disminuït en el mateix període (Andrés-Pueyo, 2009). D'acord amb aquests estudis i d'altres realitzats recentment a Espanya, segons Medina-Ariza i Barberet (2003) es pot considerar que les magnituds epidemiològiques de la VCP a Espanya són similars a les d'altres països de condicions socioeconòmiques i culturals anàlogues, potser una mica inferiors en la violència més greu (Andrés-Pueyo, 2009).

A Catalunya, les dades existents de les diferents fonts corresponen al Departament d'Interior, Departament de Justícia (Oficines d'Atenció a la Víctima del Delicte), Consejo General del Poder Judicial (Observatorio de la Violencia Doméstica y de Género) i Institut Català de les Dones. En la recent investigació encarregada pel CEJFE, Avaluació i impacte de les respostes penals al fenomen de la violència de gènere a Catalunya (2007-2008), es

constata la dificultat per donar forma a una radiografia quantitativa de la VCP a Catalunya en el sistema penal. Com apunten Calvet i Corcoy (2010, p.225), “els diversos serveis tenen dificultat en establir uns indicadors homogenis que facilitin el coneixement del fenomen i la seva evolució, així com un anàlisi transversal. Sovint, les dades tenen caràcter intern i no s’optimitzen en relació a l’avaluació de les intervencions. I moltes fonts no coincideixen entre elles pel que fa al nombre absolut de diverses dades”. Tanmateix, l’estudi ofereix una visió global del fenomen de la violència de gènere a Catalunya¹⁷ i es presenten dades envers el nombre de presos ingressats als centres penitenciaris de Catalunya per delictes relacionats amb violència de gènere l’any 2008, així com el nombre de penats en els programes de mesures alternatives:

- 1.628 interns dels quals 489 són preventius i la resta penats;
- 477 interns han participat en programes VIDO a presó;
- el nombre de penats a VIDO en mesures alternatives conté un total de 1293 mesures.
- El percentatge d’interns amb trencament d’ordre d’allunyament és del 44’6%.

Els autors indiquen que no es disposa de dades anteriors i que, fet un seguiment post mesura d’aquests casos, es comprova que en un any de seguiment un 4,4% ingressen a presó per la comissió de nous delictes de violència domèstica, o per trencament de ordre d’allunyament.

L’acció de diferents institucions europees ha estat cabdal per a la presa de consciència i la implantació de mesures respecte la violència de gènere, i a les sancions mitjançant les quals es castiga aquest tipus de violència s’uneixen les mesures que tenen com a finalitat protegir les dones i dissuadir els agressors.

Analitzar la VCP des de la perspectiva jurídica significa considerar-la i abordar-la com un delictes i, per tant, amb els mètodes intrínsecs de la Criminologia. Tal i com indiquen Campbell et al. (2007) la VCP té unes dinàmiques diferents dels altres homicidis, i la Criminologia ha demostrat que la relació víctima-delinqüent és un aspecte crític per entendre funcionalment els esdeveniments violents, aquesta consideració criminològica té molta transcendència en el camp de la VCP (Andrés-Pueyo, 2009).

17 Per a una informació detallada es recomana consultar la investigació “Avaluació i impacte de les respostes penals al fenomen de la violència de gènere a Catalunya (2007-2008)” de Calvet i Corcoy (2010). Es tracta del seguiment de l’estudi realitzat amb perspectiva evolutiva 2003-2005, ampliant el seu abast fins l’any 2007-2008. El document sencer està disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/SC_1_085_10.pdf

4.3 Aspectes jurídics

Des que va començar a tractar-se la VCP com un problema social i al qual aquesta li ha de donar resposta (Babcock, Green i Robie, 2004; Dutton i Levens, 1977; Gondolf, 1985; Walker, 1984), s'han anat implementant, per part d'associacions i institucions públiques i privades, diferents mesures i estratègies d'intervenció i prevenció (Hanson, 2002). La consideració de la VCP com a problema de salut pública ha desencadenat diferents modificacions legislatives que s'han anat aplicant, amb especial èmfasi, en el decurs de les darreres dècades del segle XX. Actualment, la VCP es reconeix com un problema mundial que afecta milions de dones però, inicialment, se la va tenir en compte als anys 70 gràcies als grups de feministes activistes a Anglaterra i els Estats Units i es van proposar diversos remeis i intervencions per afrontar-la (Dobash i Dobash, 2011). Des d'aleshores, Wilmoth i Fabian (2005) han recollit informació sobre la creixent xarxa de dones activistes a Europa que està afectant als canvis en la política així com iniciant i influenciant la legislació, i han trobat que la influència d'aquestes ONG va en augment i, a Europa, particularment els països membres postcomunistes, tenen un marc permeable a la influència de les ONG i els grups de pressió que representen els interessos de les dones i exerceixen pressió sobre els governs (Graham-Kevan, 2007).

A nivell internacional, en el mencionat estudi de Calvet i Corcoy (2010) es constata que la legislació més rellevant són dues Declaracions¹⁸ :

- Declaració sobre principis fonamentals de justícia per les víctimes de delictes i de l'abús de poder. Resolució 40/34 de l'Assemblea General de les Nacions Unides (1985).
- Declaració sobre eliminació de la violència contra la dona. Resolució 48/104 de l'Assemblea General de les Nacions Unides (1993).

Pel que fa a la legislació Europea¹⁹ :

- Conveni europeu sobre indemnització a les víctimes de delictes violents (Estrasburg 1983, ratificat per Espanya 2001).
- Recomanació R(85)4 del Comitè de Ministres del Consell d'Europa sobre la violència dins de la família (1985).
- Recomanació R(85)11 del Comitè de Ministres del Consell d'Europa sobre la posició de la víctima en el marc del dret penal i del procediment penal (1985)

18 Per a una informació detallada de les Declaracions esmentades es pot consultar el recurs en línia de les Nacions Unides: <http://www.un.org/womenwatch/feature/wps/>

19 Per a una informació detallada es pot consultar els recurs en línia de la Comissió Europea: http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/law/index_en.htm

- Recomanació R(87)21 del Comitè de Ministres del Consell d'Europa sobre l'assistència a les víctimes i la prevenció de la victimització (1987).
- Decisió marc del Consell de la Unió Europea relativa a l'Estatut de la víctima en el procés penal (2001).
- Recomanació R(2002)5 del Comitè de Ministres del Consell d'Europa sobre la protecció de la dona contra la violència.
- Directiva del Consell de la Unió Europea sobre indemnitzacions a les víctimes de delictes.

4.4 Actuacions legislatives envers la VCP a Espanya i Catalunya

A Espanya, les diferents modificacions legislatives que s'han anat aplicant culminen amb l'actual Llei Orgànica 1/2004, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere (veure la Taula 8). Aquestes modificacions legislatives clau han estat la Llei 27/2003, de 31 de juliol, reguladora de l'Ordre de Protecció de les víctimes de violència domèstica, amb l'objectiu d'unificar “els diferents instruments d'empara i tutela a les víctimes” i la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, que entrà en vigor el desembre del 2004.

Taula 5: Evolució històrica del control penal en situació de violència de gènere anterior a la Llei 27/2003, de 31 de juliol, reguladora de l'Ordre de Protecció de les víctimes de violència domèstica; i la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere.

Article/Llei	Modificacions aplicades
Article 425 del Codi Penal de 1973	Primera vegada que es tipifica la violència habitual en l'àmbit familiar com a acció diferenciada de les lesions en sentit estricte. És introduït en aquest Cos Legal per L.O. 3/89 de 21 de juliol. Aquest precepte va sancionar la violència física sobre el cònjuge o persona que estigués unida per anàloga relació d'efectivitat o sobre fills subjectes a potestat, pupíl, menor o incapac.
L.O. 10/95 de 23 de novembre (Nou Codi Penal)	Sorgeix com a reforç de l'anterior, recollint en el seu article 153 el delictes de maltractament familiar habitual de l'article 425 de l'antic Codi Penal amb una nova redacció “el que habitualment exerceixi violència física sobre el cònjuge o persona a la que es trobi lligada de forma estable per anàloga relació d'afectivitat o sobre fills propis o del convivent, pupíls, ascendents o incapaces que amb ell convisquin o que s'hi trobin subjectes a la potestat, tutela, curatela, o guarda de fet d'un o altre”.
Llei Orgànica 11/1999, de 30 d'abril	La reforma introduïda per aquesta llei va ampliar les penes accessòries que podien adoptar-se a l'empara de l'article 57 del Codi Penal, incloent expressament la d'aproximació a la víctima o aquells dels seus familiars que el Jutge o Tribunal determini, la de comunicar-se amb la víctima, o amb aquells dels seus familiars o altres persones que determini el Jutge o Tribunal, a més del que ja figurava amb anterioritat i que consistia en la de tornar al lloc on s'hagi comès el delictes o d'acudir en aquell on resideixi la víctima o la seva família, si fossin distints.
L.O. 14/99 de 9 de juny	de modificació del Codi Penal en matèria de protecció a les víctimes per maltractaments, amb el propòsit explicitat en la seva Exposició de Motius de millorar el tipus penal atorgant una major i millor protecció de les víctimes, va introduir diverses reformes tant en el Codi com en la Llei d'Enjudiciament Criminal.

Article/Llei	Modificacions aplicades
L.O. 11/2003 de 29 de setembre	eleva la falta de lesió (maltractament d'obra que cura pel simple transcurs del temps o una lesió que requereix una primera assistència facultativa) a delictes de violència ocasional (de l'art. 153), sempre que es dirigeixin a un membre de la unitat familiar. La violència habitual passa a ser castigada en l'art. 173.2. La unitat familiar, a més, s'amplia a germans, a qualsevol persona integrada en el nucli de convivència familiar i inclús a ancians assistits en centres públics. La violència habitual passa a ser castigada en l'art. 173.2. La unitat familiar, a més, s'amplia a germans, a qualsevol persona integrada en el nucli de convivència familiar i inclús a ancians assistits en centres públics. En considerar la violència ocasional en l'àmbit domèstic un delictes, conseqüentment els jutges poden imposar una pena de presó.
Llei Orgànica 15/2003, de 25 de novembre	per la que es modifica la Llei Orgànica 10/1995, regula per primera vegada, en el seu article 48, a més de la prohibició de residir en determinats indrets o acudir en aquests mateixos, ja compresa en la regulació anterior, com a penes accessòries a les que es referia l'article 57.2 del Codi Penal.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de León-Chaparro (2004) i Larrauri (2010).

La Llei 27/2003, de 31 de juliol, reguladora de l'Ordre de Protecció de les víctimes de violència domèstica, representa l'antecedent immediat de la LOPI, per afrontar la violència de gènere de manera integral i prenent donar resposta a les contradiccions que es donaven entre les accions dictades, especialment des de l'àmbit civil i penal. La segona, inspirada en una intervenció integral, amplia el camp d'acció estenent-se a l'àmbit material, educatiu, institucional i judicial.

La Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere²⁰, constitueix la primera Llei integral europea que recull una resposta global a les violències a les dones en les relacions de parella, amb inclusió d'aspectes preventius, educatius, socials, laborals, assistencials, sanitaris i penals. D'altra banda, cal destacar també les Lleis aprovades per diverses Comunitats Autònomes dins el seu àmbit competencial, per tal d'intervenir en la lluita de la violència contra les dones²¹. Tanmateix, l'aplicació de la Llei ha suscitat un gran debat en la redacció d'alguns preceptes del Codi penal, "especialment per la creació de subtipus agreujats pel fet que la víctima de determinats delictes sigui una dona i l'autor el membre masculí de la parella, passada o present i, d'altra banda, la conversió de faltes en delictes també quan la víctima sigui una dona i l'autor la seva parella" (Muerza-Esparza, 2005). La Llei, especifica en el seu art. 1 que "té per objecte actuar contra la violència que, com a manifestació de la discriminació, la situació de desigualtat i les relacions de poder dels homes sobre les dones, exerceixen sobre aquestes els qui siguin o hagin estat els seus cònjuges o els qui estiguin o hagin estat lligats a elles per relacions similars d'afectivitat, fins i tot sense convivència". Segons Lorenzo (2005, p. 1), la Llei deixa clar que "la violència contra les dones constitueix una categoria específica de

20 Es pot consultar la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere a: http://www.adpc.cat/08_legislacio/lleiIntegralV.pdf

21 Es poden consultar els detalls de les Lleis aprovades i aplicades en les diferents Comunitats Autònomes al "Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género" de Cabrera i Carazo (2006), per encàrrec del Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales.

violència social que té el seu origen en la discriminació estructural de la dona pel repartiment no equitatiu de rols socials i que no té comparació en el sexe masculí”. “Aquest caràcter intergrupual de la violència de gènere explica i concedeix fonament a la decisió político-criminal de crear uns agreujants específics per tutelar de manera més intensa a la dona davant a eventuals agressions de la seva parella, contrarestant així les injustificades recriminacions d'inconstitucionalitat que ha rebut la Llei Integral” (Laurenzo, 2005, p. 1).

Tanmateix, l'opció decidida de la Llei Integral per l'increment de la intervenció punitiva l'emmarca en la perspectiva jurídica clàssica²², que no es dirigeix tant a comprendre els factors que precipiten el maltractament sinó a intentar el seu control i, “en l'afany de confiar en el Dret penal com a instrument suposadament idoni per a resoldre tots els mals de la societat, s'acaba per traïr importants postulats del pensament feminista” (Laurenzo, 2005, p.1). Per exemple, “l'explicació dels agreujants relacionats amb el sexe de la víctima a partir de la discriminació estructural que pateix la dona en la societat, ha estat l'argument decisiu perquè molts defensors de la Llei Integral apel·lessin la idea de “acció positiva”²³ com a fonament i justificació d'aquesta nova opció político-criminal” (Laurenzo, 2005). En aquest sentit, Magro (2006, p.118) apunta que “si el camp del dret penal pot tenir els seus límits, el del dret processal penal i el d'una adequada organització judicial per mitjà dels jutjats especialitzats sí que se'ns obre per a poder utilitzar-lo com a mecanisme de protecció. No es tracta, per tant, de buscar mètodes que tendeixin a elevar les penes pels fets punibles, sinó d'actuar des del punt de vista preventiu, d'una banda i, per altre costat, d'evitar que la dona que ha sigut víctima del maltractament pugui sentir-se amenaçada per una reiteració en la conducta agressiva del marit o la parella”.

Les polèmiques suscitées per la implementació de les diferents mesures del legislador posen de manifest que les característiques específiques del problema de la VCP no es poden únicament amb l'aplicació del Dret Penal. La violència de gènere, i en aquest cas igual que qualsevol altre tipus de violència, no pot caure en la “simplificació” de separar les persones en dos grups, siguin aquí homes i dones (els primers els culpables i els segons els innocents) i que sigui el ius puniendi de l'Estat qui s'ocupi de defensar els segons dels primers (Laurenzo, 2005). Ja s'ha comentat que la VCP té unes dinàmiques diferents dels altres delictes violents, i que la relació víctima-delinqüent és un aspecte crític per entendre funcionalment els esdeveniments violents. És important recordar que bon número de les víctimes no vol castigar l'agressor sinó que se l'ajudi (Robinson i Cook, 2006).

22 En síntesi, s'enquadrarien en aquesta línia de pensament totes aquelles propostes el propòsit de les quals és augmentar el grau de detecció, denúncia, control i condemna penal dels maltractadors familiars (Redondo, 1998).

23 Els crítics de la Llei Integral es basen en la idea de “acció positiva” per a referir-se a certes mesures afavoridores del col·lectiu discriminat alhora que generen un perjudici simètric per al grup dominant (d'aquí el terme “discriminació positiva”, denominació que amaga una contradicció en sí mateixa ja que tota mesura discriminatòria és, per definició, negativa) (Laurenzo, 2005).

Sense voler entrar en un profund debat sobre l'aplicació del Dret penal en la VCP i les seves dinàmiques, doncs no és aquest l'objectiu de la investigació, si que es vol acabar aquesta consideració tenint en compte l'advertiment de l'ONU (1994) en l'exposició preliminar de la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona, "per aconseguir la plena igualtat entre l'home i la dona és necessari modificar el paper tradicional tant de l'home com de la dona en la societat i en la família". Sense la participació decidida de tota la societat difícilment s'arribarà a eradicar-la.

Pel que fa a les darreres aplicacions legislatives a Catalunya, el Ple del Parlament de Catalunya del dia 16 d'abril de 2008 va aprovar per unanimitat la Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista²⁴, per afrontar els reptes que planteja la implementació de la Llei integral, optimitzar els recursos existents, desplegar-ne d'addicionals i millorar la coordinació entre diverses instàncies (Calvet i Corcoy, 2010), suposant a Catalunya una fita de transcendència històrica en el recorregut per a eradicar la més resistent i greu de les situacions que atempten contra la integritat, la seguretat i la llibertat de les dones (Generalitat de Catalunya, 2010). Es tracta d'una llei mitjançant la qual "es regulen tots els drets de les dones pel que fa a la prevenció, l'atenció, l'assistència, la protecció, la recuperació i la reparació integral. Des de l'educació, perquè creixem en la consciència de que tots som éssers humans i que no hi ha diferències; des de la justícia, per penalitzar qui no compleixi la llei; des de la sanitat, per ajudar a les víctimes i tractar els agressors; des de la política, per modificar les lleis i adaptar-les a les necessitats dels ciutadans; des de l'economia, per dedicar els recursos necessaris a afrontar les despeses que se'n puguin derivar; des dels serveis socials, per oferir recursos i assessorament a les víctimes i els seus fills; des de treball, per facilitar l'accés i la reinserció laboral a les víctimes; des dels mitjans de comunicació, per informar i donar suport a la llei, etcètera". (Generalitat de Catalunya, 2010).

Aquesta llei ens parla d'una "atenció multidisciplinària i d'una recuperació total, tenint en compte totes les àrees o esferes en la que es mou un ésser humà, restablint tots els àmbits danyats per la situació viscuda, restablint totes les capacitats i les potencialitats que aquesta violència li ha manllevat. L'educació, com a principal valor en els principis d'igualtat entre els homes i les dones, la idea d'establir un marc pacífic de convivència i la resolució de conflictes, la formació i la sensibilitat de tots els professionals i l'organització dels serveis que s'ofereixen per atendre i protegir les víctimes" són les fórmules que s'han aplicat com a prevenció de la VCP. D'altra banda, com apunten Calvet i Corcoy (2010, p.7) "l'accés de les dones als dispositius d'atenció i suport sense haver de passar pels jutjats penals és una de les grans aportacions de la llei catalana que poden contribuir en gran mesura a la lluita contra la violència vers les dones. Ara bé, l'obligatorietat de denúncia, la necessitat de mesures judicials de protecció a la víctima i el caràcter públic dels il·lícits penals vinculats a la violència

24 Es pot consultar el document complet a <http://www.gencat.cat/diari/5123/08115106.htm>

de gènere, juntament amb la necessitat d'adaptar les respostes penals a les reals necessitats de les víctimes, tenint en compte la complexitat del fenomen, fan necessari un constant aprofundiment i avaluació permanent sobre el sistema penal”.

Cal esmentar també l'actualització, el 2009, dels protocols a través del Programa marc d'ordenació de l'atenció integral de les víctimes de l'Oficina d'Atenció a la Víctima del Delicte (OAVD)²⁵, que contempla els canvis en la gestió i les actuacions arrel de les reformes legislatives introduïdes per les Lleis Orgàniques 27/2003 i, sobretot, la 1/2004, suposant una reorientació de les funcions que fins aquell moment assumien les Oficines, la qual cosa plantejava la necessitat de definir millor els termes violència domèstica, violència de gènere, violència sexual, violència familiar, violència general, etc., sigui quina sigui la tipologia de la violència: física, psíquica o sexual (Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia, 2010). “A partir d'aquestes regulacions, les OAVD esdevenen el punt de coordinació de les ordres de protecció i presten una atenció integral: social, psicològica i judicial” (Calvet i Corcoy, 2010, p. 77).

Tal i com s'ha comentat anteriorment, i com bé resumeixen Echeburúa, Corral i Amor (2004), la sanció de les conductes per la comissió de violència domèstica i de gènere ha estat àmpliament modificada per les demandes socials envers aquest tipus de violència. La primera reforma va ser el 1999, quan es van afegir al Codi penal de 1995 (art. 153) les conductes de violència psíquica habitual a la violència física que s'hi preveia. Les reformes del Codi Penal de 1995 queden reflectides en la Llei Orgànica 14/1999 (BOE de 10 de juny de 1999), tipificant com a delicte, segons l'art. 153, l'exercici de la violència física o psíquica habitual contra la parella, fills o pares, que està castigat amb la pena de presó de 6 mesos a 3 anys, sense perjudici de les penes que es puguin aplicar en funció de les lesions causades. L'habitualitat es defineix ara segons els fets provats i no segons un número mínim de denúncies. Tanmateix, l'agressor no ha d'anar a presó si el condemnat ha delinquit per primera vegada i la pena imposada no és superior a dos anys de privació de llibertat, tres en el cas que sigui un toxicòman tal i com indica l'article 87.

Segons l'article 617, colpejar o maltractar d'obra a la parella o fills és considerat una falta, la qual es castiga amb una pena d'arrest de 3 a 6 caps de setmana o bé una multa d'1 a 2 mesos, en funció del menor perjudici econòmic per a la víctima. Tanmateix, s'exclou la violència psíquica o moral (Echeburúa, Corral i Amor, 2004). “Dins el sistema de penes, les penes d'allunyament que només es trobaven previstes com a penes accessòries a la Llei orgànica 15/2003, l'actual art. 57 permet la prohibició en un període màxim de 5 anys de que l'imputat acudeixi al lloc on resideix la víctima o la seva família. L'allunyament de l'agressor és una pena accessòria a la condemna (una vegada celebrat el judici), però també

²⁵ “Aquestes oficines s'havien creat el 1996 per oferir atenció personalitzada i observar el procés penal com un tot, que respongués a un model de justícia reparadora pensant en els dos protagonistes: la víctima i l'agressor. Els canvis produïts des de la seva creació obligaven a reordenar el programa marc per garantir el paper de connexió entre el món judicial i el comunitari” (Calvet i Corcoy, 2010).

es pot dictar com a mesura cautelar en les diligències prèvies, sempre que una infracció es consideri delictiva (per exemple, en el cas de les amenaces de mort, segons l'article 169)" (Echeburúa, Corral i Amor, 2004).

La LOPI canvia particularitats de la part general i incorpora la sanció de determinades conductes. Segons Fernández i García (2006) l'estructura de la resposta penal respondria a les bases establertes en reformes legislatives anteriors. D'altra banda, en matèria d'intervenció punitiva es creen uns agreujants, destinats a protegir de manera específica a la dona que sigui o fos parella de l'agressor, la qual cosa remet a les crítiques sobre la possible inconstitucionalitat d'aquesta estratègia penal (Laurenzo, 2005). La LOPI també ha modificat el delictiu de maltractaments, específicament a l'apartat primer, agreujant la pena "quan es causi a una altra persona un menyscabament psíquic o una lesió no definita com a delictiva, o que es colpegi o es maltracti d'obra una altra persona sense causar-li lesió, si l'ofensa és o ha estat l'esposa o una dona que estigui o que hagi estat lligada a l'autor per una relació d'afectivitat anàloga, encara que no hi hagués convivència, o una persona especialment vulnerable que convisqui amb l'autor".

Pel que fa a la declaració del delictiu de maltractament per part de la dona, la creixent conscienciació social al respecte de la VCP i el seguit de modificacions legislatives efectuades al llarg dels darrers anys han derivat que en els darrers anys hi hagi hagut un augment del nombre de denúncies (Magro, 2011).

Al II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2007²⁶ (2008), s'indica que el nombre de denúncies per violència de gènere ha passat de 43.313 l'any 2002, a 63.347 l'any 2007, i que del total de víctimes mortals entre l'1 de gener del 2006 i el 31 de desembre de 2009, el 27,7% (75 dones) havia denunciat el seu agressor, i el 72,3% (196 dones) no ho havia fet.

Tant abans com després de conèixer les xifres estadístiques, hom tendeix a formular-se principalment dues qüestions. Per què no totes les víctimes denuncien el seu agressor? Per què hi ha dones que després de denunciar retiren la denúncia? Per respondre aquestes qüestions hom s'ha de plantejar també si el sistema penal és la solució per resoldre el problema. Com apunta Larrauri (2003) una vegada el dret penal entra en l'àmbit d'un problema és molt difícil i complexe poder evitar que aquest no l'inundi totalment, podent implicar en algunes ocasions conseqüències molt negatives per a la víctima. Així, "per exemple, el que s'hauria de veure com un mitjà, "la denúncia", es veu com un objectiu en sí mateix" (p.275). En altres paraules, "no és coherent que es reclami a la dona que denunciï i confiï en el sistema penal, si després el procés penal no atén a les seves necessitats. Pot passar, per exemple, que la intervenció penal acabi defraudant les expectatives que se li han creat a la dona, com sol succeir en els casos en que el sistema penal absol o bé no aconsegueix protegir la víctima

26 Per a una informació estadística detallada es pot consultar el II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer a <http://www.migualdad.es>

adequadament” (p.275). A més a més, pot generar en la dona una situació contradictòria, que alimenta la idea que la cessació de la violència depèn dels seus esforços (Mullender, 1996). Com indica Larrauri (2003, p.275), “insistir en que la dona denunciï, acudeixi al sistema penal, com si això fos l’única solució als maltractaments que ella està patint, alimenta la idea que aquesta és l’única via existent, quan en realitat es tracta d’una estratègia de la dona per poder-se alliberar-se dels maltractaments”. Tanmateix, s’ha de tenir en compte que, en nombroses ocasions, la situació de les dones canvia amb el sol fet de l’amenaça del procés, la qual cosa ja constitueix per sí mateixa una millora de la seva situació (Larrauri, 2003). En altres ocasions, “trencar una relació de convivència requereix un gran esforç personal, pels vincles passats i per les incerteses del futur, i pot no aconseguir-se en la primera ocasió, per més que l’advocat, el policia o el fiscal hagin dedicat molta energia en el cas” (Larrauri, 2003, p. 276).

“Pel que fa a l’ordre d’allunyament, el trencament i la convivència, arrel dels canvis introduïts en les darreres modificacions legislatives, les conegudes penes d’allunyament, que en la Llei orgànica 15/2003 es trobaven previstes com a penes accessòries, es recullen a la LOPI com a principals, de manera que les mesures d’allunyament (que també es preveuen com a mesures cautelars en l’article 504 bis de la Llei d’enjudiciament criminal) inclouen actualment tres tipus de prohibicions. Entre el catàleg de penes privatives de drets de l’art. 39 del Codi penal, s’inclou expressament la privació del dret a residir en determinats llocs o acudir-hi; la prohibició d’aproximar-se a la víctima, o als seus familiars o altres persones que determini el jutge o tribunal; i la prohibició de comunicar-se amb la víctima, o aquells dels seus familiars o altres persones que determini el jutge o tribunal. Aquestes penes poden ser greus, menys greus o lleus en funció de la seva durada (art. 33 CP)” (Montaner, 2007).

Arrel de la reforma del Codi Penal de l’any 2003 (art. 57.2 CP) i com indica Magro (2011) el jutge ja no té la capacitat per decidir si imposa l’allunyament o no, sinó que l’ha d’imposar sense entrar a valorar ni la gravetat del cas ni la relació existent entre els subjectes. Aquesta aplicació legislativa i l’enduriment de les mesures anteriorment esmentades han generat un debat polèmic per dos motius principals, en primer lloc i tal com s’ha anat comentant anteriorment, perquè hi ha molts casos en que la víctima decideix reemprendre la relació amb el seu agressor i, en segon lloc, perquè en alguns casos no és possible no trencar l’ordre d’allunyament quan víctima i agressor han d’atendre els fills en comú, encara que aquests visquin en diferents modalitats de custòdia (Magro, 2011). En aquest sentit va crear jurisprudència la STS de 28 de setembre de 2007, en la que ens diu “que el consentiment de la víctima a la reanudació de la convivència o apropament no suposa en cap cas l’absolució del que ha trencat l’ordre; la raó d’aquesta afirmació és que ens trobem davant una pena, per la qual cosa és el ius puniendi de l’Estat el que protegeix, no només la integritat o vida de la víctima, com és el cas de la mesura cautelar”. Però les conseqüències que pot tenir la represa

de la convivència després de la fermesa de la sentència condemnatòria poden ser pitjors que la condemna imposada pel fet punible. Fins i tot, s'està qüestionant si el fet de reprendre la convivència hauria de suposar algun tipus de responsabilitat penal per la dona que col·labora o provoca el trencament de l'ordre, és a dir, si la persona a favor de la qual s'imposa la pena o mesura de protecció pot ser responsable de delictes de trencament quan consent o provoca el seu incompliment per part de l'agressor (Magro, 2011).

A la vista de la complexitat jurídica que envolta aquesta situació i de la disparitat de solucions doctrinals i jurisprudencials proposades, el trencament de l'ordre d'allunyament forma part d'un debat intens en l'actualitat (Magro, 2011). Tot i que la finalitat última de la mesura d'allunyament, com indica l'art. 544 ter de la LECRIM, és evitar una "situació de risc objectiu" per a la víctima, situació de risc que tampoc desapareix pel simple fet de la convivència, cal tenir també present que en molts casos la víctima no vol trencar la relació o castigar el seu agressor sinó que la seva voluntat és que "es curi".

Un darrer aspecte important a considerar és el del tractament de l'agressor. Amb l'entrada en vigor de la Llei Orgànica 1/2004 s'obre una alternativa vinculada al sistema penal pel que fa al tractament dels maltractadors. Si qualsevol penat té dret a la reinserció, en identificar la VCP com a delictes, l'home és considerat com a delinqüent i per tant també té dret a la reinserció. Això s'expressa, d'una banda, amb la reforma de l'art. 83 del Codi penal relatiu a la suspensió de penes privatives de llibertat, en virtut del qual serà obligatori imposar al condemnat per un delictes de violència de gènere el deure de "participar en programes formatius, laborals, culturals, de educació vial, sexual i altres similars" –art. 83.1. 5ª CP-. D'altra banda, la llei preveu la posada en marxa dins l'àmbit penitenciari de "programes específics per a interns condemnats per delictes relacionats amb la violència de gènere", l'aprofitament i el seguiment dels quals permeten als penats obtenir beneficis penitenciaris com la progressió en grau, permisos de sortida o llibertat condicional (Larrauri, 2003). La possibilitat de tractar psicològicament l'agressor sorgeix amb la finalitat d'aconseguir la seva reeducació i reinserció. Concretament, si el maltractador és primari i la pena imposada és inferior a dos anys, els jutges, segons els articles 80.1 i 87, poden condicionar la suspensió de la pena privativa de llibertat al compliment d'unes regles de conducta com la participació del subjecte a un programa de caràcter psicològic i reeducatiu. D'aquesta manera, la reeducació de l'agressor es presenta com una alternativa complementària i necessària per a poder acabar amb la VCP, i evitar la seva reincidència (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo i Amor, 2004).

L'aposta per la teràpia de l'agressor ha despertat des dels seus inicis un rebuig entre alguns dels sectors relacionats amb les víctimes de violència de gènere i, especialment, entre alguns grups feministes, doncs es pot considerar com una forma de desviar fons i esforços cap el responsable del maltractament en comptes de destinar-los a les víctimes (Larrauri, 2003; Themis, 2001). Tanmateix, el tractament psicològic dels agressors domèstics és, junt

amb altres mesures judicials i socials, una actuació necessària malgrat les veus crítiques que s'han alçat en contra d'aquest tipus de programes. Tractar un agressor no significa considerar-lo no responsable. Tal i com apunten (Marshall i Redondo, 2002), no es pot considerar l'home violent com a dolent (i, per tant, mereixedor de les mesures punitives adequades), o com a malalt (i, per tant, necessitat a d'un tractament mèdic o psiquiàtric), molts homes violents són responsables de les seves conductes, però no disposen de recursos psicològics pel afrontar-los (per exemple, control dels impulsos, l'abús d'alcohol, en el seu sistema de creences, en les habilitats de comunicació i solució de problemes, en el control de la gelosia, etcètera) (Debbonaire i Todd, 2012; Winstok, 2007). Com apunten Fernández-Montalvo i Echeburúa (1997) el tractament psicològic es contempla com a eina per afrontar les limitacions dels agressors, els quals no compten amb les habilitats necessàries per a resoldre els problemes de parella. Cal tractar la conducta violenta per tal que no es repeteixi, d'aquesta manera es protegeix la víctima i es tracta l'agressor (Sarasua i Zubizarreta, 2000).

Tractar psicològicament a un maltractador és una mesura de prevenció i rehabilitació, amb més possibilitats d'èxit quan l'agressor assumeix la responsabilitat dels seus fets i té una mínima motivació pel canvi (Hamberger, Lohr i Gottlieb, 2000). Tanmateix, un mal pronòstic no hauria de descartar l'intent d'un tractament, la qual cosa ens podria conduir a la consideració indefensable del simple emmagatzematge dels subjectes a les presons (Larrauri, 2003). A més a més de les funcions retributiva, exemplaritzant i protectora de la societat que s'atribueixen a les penes, segons estableixen l'art. 25.2 de la Constitució i l'art. 1 de la Llei General Penitenciària “no es pot prescindir de la seva funció prioritària de reeducació i reinserció social de l'infractor” tal i com reitera Echeburúa i el seu equip d'investigadors. Des d'una perspectiva preventiva, el fet que disminueixi el nombre d'homes violents en l'àmbit domèstic, implicarà una reducció de la violència futura, intervenint doncs envers la cessació de cadena de transmissió intergeneracional (Echeburúa, Corral i Amor, 2002).

A mode de compilació d'aquest capítol, s'ha fet palès que els agents i organismes polítics implicats en la lluita contra la VCP (siguin dels departaments de Justícia, Salut, Assistència Social, Família i altres sectors, i siguin aquests igual o homòlegs en els diferents països), han de treballar junts per desenvolupar enfocaments coherents i coordinats en la lluita del comportament de l'home violent i abusiú, així com garantir la seguretat de les dones i els nens afectats (Hester et al., 2006), apostant per una resposta comunitària coordinada. Al nostre continent, tal i com es comentava a l'inici d'aquest treball, “la Unió Europea careix d'una política coherent sobre violència domèstica i aquest buit es troba en perill de ser omplert per la política i la pràctica no impulsada pel sector acadèmic, la investigació clínica i les millors pràctiques, sinó per grups de presió polítics” (Graham-Kevan, 2007, p.1). Tanmateix, la voluntat de la Comissió Europea en la lluita i prevenció de la violència contra els nens, joves i dones, així com la protecció de les víctimes i els grups de risc, s'ha posat de manifest

àmpliament a través del Programa Daphne²⁷, el qual ha finançat el desenvolupament de 460 projectes arreu d'Europa entre els anys 1997 i 2006, i continua apostant per la recerca com a estratègia de prevenció i intervenció.

27 Els projectes es poden consultar a “Daphne Toolkit” : http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/html/welcome/dpt_welcome_en.html

Estratègies d'intervenció i prevenció: Els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella

5

Tal i com s'ha comentat en els capítols precedents, el tractament dels homes que exerceixen VCP es presenta com una alternativa vinculada al sistema penal que preten aconseguir la seva reeducació i la seva reinserció i que, al seu torn, es contempla com una estratègia de prevenció i de protecció envers les víctimes. Reeducar és una forma de prevenció i de protecció de la víctima, en aquest cas, la dona (Magro, 2011). Tanmateix, aquesta alternativa penal ha obert un debat que en qüestiona aspectes complexos, i en alguns casos provocatius, com per exemple si els recursos econòmics i socials que es destinen en aquests programes no s'haurien de destinar a la víctima que pateix les agressions (Themis, 2001), o la pròpia existència dels programes de tractament, tant si els agressors hi han d'assistir de forma obligatòria (com a pena substitutòria de presó) o de manera voluntària (quan l'agressor compleix condemna i l'assistència als esmentats programes representa un benefici) o per voluntat pròpia (no com a derivació de pena substitutòria de presó ni compliment de condemna), tenint en compte la seva qüestionada efectivitat (Hamel, 2010; Gondolf, 2011). Redondo (2008) no dubta en afirmar que les mesures punitives no són suficients sinó que són les mesures de prevenció les que poden donar noves solucions a la delinqüència i a la societat.

D'altra banda, no és poc rellevant que recents estudis posin de manifest la feble evidència empírica de les poques alternatives als programes de tractament existents (Murphy i Ting, 2010; Gondolf, 2011, 2012). Però, en general, més que apostar per un total canvi d'orientació del que s'ha fet fins ara, el que suggereixen els seus autors és apostar per una actualització dels esmentats programes de tractament per a homes maltractadors en funció dels resultats obtinguts fins a la data, i per una pràctica basada en l'evidència (Babcock, Green i Robie, 2004; Dutton i Corvo, 2006; Dunford, 2000; Gondolf, 2011; Feder i Wilson, 2005; Morran, Wolf-Light, Andrew i Macrae, 2010). S'ha reiterat fins ara que els programes d'intervenció per a homes que maltracten a les seves parelles és una qüestió oberta i debatuda i, a tot el que s'ha comentat fins ara, cal afegir també la seva pròpia denominació, ja que en funció d'aquesta definició en pot dependre la possibilitat d'accés a les fonts de finançament

(Creazzo, 2009). Aquesta és una dada rellevant ja que la majoria de programes establerts en molts països subsisteixen amb finançament governamental, molt pocs obtenen una part de finançament per part dels usuaris i, per la meua experiència, quan s'han intentat finançar amb les aportacions dels usuaris els programes no s'han pogut mantenir.

Abans de començar el capítol, es vol emfasitzar el que es comentava a l'inici d'aquest treball sobre la urgència amb la qual tots els professionals que treballen en l'eradicació de la VCP s'han vist involucrats. La urgència és conseqüència directa del fet que la VCP sigui un tema viu, que es troba en plena eferescència en el debat mundial i que requereix la implicació activa de les diferents administracions, grups i organitzacions que lluiten contra aquest tipus de delinqüència, impulsant i aconseguint la implementació de diferents mesures preventives, legislatives, d'intervenció i d'avaluació aplicades en una diversitat de països. Aquesta urgent implicació posa de manifest que hi ha hagut i continua havent-hi un gran esforç en la lluita contra aquest tipus de violència i que totes les administracions s'hi ha bolcat, en la mesura que està al seu abast i segons les circumstàncies de cada una. Però també significa que la urgència amb la qual s'ha hagut d'afrontar el problema ha suposat que moltes de les iniciatives s'hagin dut a terme amb més voluntat que coneixement. Aquest fet explica, en part, l'heterogeneïtat d'iniciatives que, concretament sobre el tractament dels homes agressors, han anat sorgint des que van aparèixer per primer lloc a EEUU i, posteriorment i també de forma simultània, en diversos àmbits internacionals, nacionals i inclús en diferents divisions territorials en un mateix àmbit nacional.

La fervent actualitat del tema implica també que encara no hi ha hagut prou temps per avaluar totes les iniciatives i que caldrà esperar algun temps per obtenir més resultats i un coneixement més ampli i científic del que s'ha fet fins ara, i del que s'està fent a dia d'avui envers el tractament d'homes que exerceixen VCP. En els últims anys hi ha hagut una important proliferació d'estudis i, lluny de minvar, la tendència és un significatiu augment dels mateixos, i cada vegada amb més pressió d'una rigorosa pràctica basada en l'evidència (Gondolf, 2012). S'intenta compilar en aquest capítol la realitat actual en el tractament dels maltractadors, amb la reiteració que és un dels aspectes clau en el debat obert a les diferents administracions internacionals i nacionals i que, per tant, està en el punt de mira mundial, en constant revisió i actualització.

5.1 Els programes formatius a EEUU i Canadà

Els primers programes d'intervenció amb maltractadors (Batterer Intervention Programmes) es van crear als EEUU al 1977 com a resposta al moviment de dones feministes contra la violència de gènere i als primers serveis de recolzament per a dones que havien patit violència en mans de les seves parelles (Mederos, 2002). D'altra banda, els programes per a maltractadors sorgits als EEUU també ho feren com a primera intervenció per part dels

Jutjats Criminals i, en algunes jurisdiccions, també per part dels Jutjats Civils o Familiars (Prince i Rosembaum, 2009). Per als responsables d'aquests programes pioners, identificar i tractar els homes que maltracten era tan important com donar el tractament necessari a les dones víctimes de VCP (Gondolf, 1998). En aquest context es van desenvolupar els programes EMERGE i RAVEN que utilitzaven fonamentalment la teràpia de grup de tipus educatiu (Gondolf, 1997b). EMERGE és l'organització pionera en el tractament d'homes que exerceixen VCP, oferint un programa d'intervenció per aturar les conductes abusives (Adams, 1988; Edleson i Tolman, 1992). The EMERGE Model (Counseling and Education to Stop Domestic Violence) està considerat el primer programa educatiu per a maltractadors el qual fou creat a Massachussets amb representants del moviment feminista (Dutton i Corvo, 2006).

A partir d'aquí, en un període de pocs anys sorgeixen centenars d'iniciatives semblants a tota Nord Amèrica, UK i altres països d'Europa. La difusió i pràctica de l'experiència fa que es diversifiquin els enfocaments i les modalitats d'intervenció (Creazzo, 2009) i, des d'aleshores, els programes han anat incorporant, majoritàriament, tècniques terapèutiques de tipus conductual/cognitiu o de desenvolupament d'habilitats socials, entre d'altres. Tot i que el currículum i l'operativa d'aquests programes sigui àmpliament variada, la majoria dels programes tenen una aproximació de gènere i un enfocament cognitiu-conductual, implementat en un format de grup de 8-15 membres estructurat amb una mitjana aproximada de 31 sessions d'1'30 hores cada una, majoritàriament de treball grupal (Price i Rosembaum, 2009). Una part no menor del debat mundial entorn el funcionament i efectivitat d'aquests programes rau, precisament, en si el seu model d'enfocament és el convenient (Mankowski, Haaken i Silvergleid, 2002) i en que el "café per a tots" no funciona, tenint en compte que els maltractadors no són un grup homogeni (Price i Rosembaum, 2009; Saunders, 1996). Dutton i Corvo (2006) apunten en un recent estudi que les intervencions psicològico-educacionals, recolzades per la legislació nordamericana en diferents estats, no tenen suport empíric ja que no tenen en compte tots els factors que en la VCP interactuen entre ells. L'efectivitat d'aquests programes inicials s'ha debatut des dels seus inicis (Feder i Willson, 2005) però, a dia d'avui, els EEUU tenen ja una dilatada experiència en l'aplicació de programes de rehabilitació per a maltractadors (Ruiz i Expósito, 2008) i a partir dels 80 els programes per a homes maltractadors contra la parella es van estendre al món anglosaxó, a Amèrica Llatina i a Europa i, des d'aleshores, s'han desenvolupat, majoritàriament a tots els països, sense interrupció. Un dels primers programes en aparèixer i més utilitzat és "The DULUTH Model²⁸" (Domestic Abuse Intervention Project, DAIP) i, avui dia, gran part dels programes de tractament o intervenció amb maltractadors implementats als EEUU i altres països es

28 The DULUTH Curriculum és el model resultat del Domestic Abuse Intervention Project. El Duluth model va ser conceptualitzat per Pence i Peymar el 1981, amb de la coordinació de distintes entitats públiques i privades amb l'objectiu de proporcionar atenció a les víctimes de violència domèstica, i oferir una oportunitat de rehabilitació als agressors (Lila, Herrero i Gracia, 2008; Lila, 2009; Price i Rosenbaum, 2009).

basen en aquest model (Prince i Rosenbaum, 2009). Es considera un programa educatiu que es recolza en el model de poder i control, com a eix fonamental de la violència de gènere. Els seus continguts s'estructuren en 26 sessions grupals en les quals es tracta de canviar els comportaments abusius, recollits en la roda de poder i control (veure figura 4), els quals es considera que mantenen relacions autoritàries i destructives, per instaurar formes alternatives de comportament relacionades amb la negació i la sinceritat, un comportament no amenaçant, el respecte, el recolzament i la confiança, l'honestedat i responsabilitat, el respecte sexual, l'educació responsable dels fills i l'economia compartida (DAIP, 2012; Ministerio del Interior, 2010; Price i Rosenbaum, 2009).



Font: The Duluth Model (2012)

Figura 4: Roda del poder i control²⁹

Tot i la seva dilatada implementació, segons Dutton (1994) es tracta d'un model incongruent amb els models psicològics i biològics ja que es basa en el gènere, focalitzant el problema en el poder i control que tenen els homes com a "privilegi" pel fet de ser homes (Dutton, 1985, 1994; Dutton i Corvo, 2006). Els autors consideren que si es volen desenvolupar models més efectius d'intervenció per a la violència domèstica cal considerar els factors psicològics, biològics, socials i polítics, ja que aquests coexisteixen en un model

²⁹ Els continguts del programa parteixen de l'aportació de més de 200 dones maltractades a la ciutat de Duluth que, després de la seva participació en 30 sessions educatives, van dissenyar la roda de control i poder, que ve a representar els comportaments abusius primaris experimentats per les dones que conviuen amb maltractadors, posant de manifest que la violència és part d'un patró de comportament i no una sèrie d'incidents aïllats d'abús o explosions cícliques de còlera continguda, de frustracions o de sensacions doloroses (Ministerio del Interior, 2010).

ecològic de 4 nivells, ja comentat en el capítol 3 d'aquest estudi. D'altra banda, a la literatura revisada (veure p. ex Gelles, 2001; Mauro, Hagar, Lin i Olson, 2001; Mills, 2003) s'indica que durant més de 30 anys les polítiques públiques en resposta al problema de la violència domèstica han estat influenciades pel paradigma patriarcal que ha dominat el discurs normatiu, legal i la política als EEUU, Canadà i altres països. I, malgrat les crítiques de Dutton i col·laboradors, destacades associacions de professionals com la American Psychological Association i la National Association of Social Workers, no s'han posicionat públicament en contra del poc suport científic que, segons aquests autors, tindrien els programes formatius que prenen com a model The Duluth Model.

Un altre dels programes utilitzats és "The AMEND Model" (Abusive Men Exploring New Directions), que sorgeix a Denver l'any 1977 sota els principis de l'assumpció de la responsabilitat, és a dir, l'home és el responsable de com se sent, de com actua i de les conseqüències dels seus propis comportaments. La durada del programa varia des de les 36 setmanes (casos normals) fins als 5 anys (casos més difícils). Utilitza un enfocament integrat per diferents models teòrics, amb un format de grups terapèutics i complementats, en alguns casos, amb recolzament psicològic individual i treball amb la parella. Igual que "the Duluth Model", considera essencial l'enteniment del problema de la violència de gènere des de la necessitat que l'home té d'exercir el control i el poder sobre la dona (Ministerio del Interior, 2010).

Pel que fa al Canadà, cal destacar la intervenció amb delinqüents sorgida a la dècada dels 70 i, concretament, incorporant de forma rellevant la intervenció sobre la cognició. Es destaca el treball desenvolupat per Ross i col·laboradors, els quals varen revisar nombrosos programes de tractament que s'havien aplicat al llarg dels anys anteriors, incorporant estudis avaluatius de programes de tractament amb dissenys experimentals o quasiexperimentals, publicats entre 1973 i 1978 (Redondo, 2008), i conclouent que els programes més efectius havien estat aquells que, malgrat les seves diferències, havien inclòs components dirigits a canviar les "maneres de pensament" (cognicions) dels delinqüents (Israel i Hong, 2006; Ross, 1987). Com a resultat d'aquest anàlisi, varen concebre un programa multifacètic, el Reasoning and Rehabilitation (R&R), que adaptava i incorporava diferents tècniques d'altres autors que havien mostrat ser més eficaces. Aquest programa, en distints formats i adaptacions posteriors, s'ha aplicat en el tractament amb delinqüents en diversos països, inclòs Espanya (Redondo, 2008).

En l'actualitat, existeixen diferents iniciatives envers els programes per a maltractadors que pretenen la seva evolució amb la incorporació de tècniques i conceptes alternatius, com són per exemple, a) el trastorn per dependència (Dutton, 1998; Sonkin i Dutton, 2003), b) la tipologia dels agressors (Holtzworth-Munroe, 1994; Holtzworth-Munroe et al., 2000), c) la teoria dels estadis del canvi (Prochaska i DiClemente, 1983), d) una orientació cultural (Hampton, Carrillo i Kim, 1998; Oliver, 1994; Saunders, 2008; Williams, 1998) i e) la

teràpia de parelles en casos concrets de baixos nivells de violència (Brannen i Rubin, 1996; O’Leary, Heyman i Neidig, 2002; Stith, Rosen, Collum i Thomsen, 2004). Tot i així, recents estudis de Gondolf (2011, 2012) indiquen que els resultats d’aquestes alternatives als programes de tractament per a homes agressors no han demostrat ser consistents (veure per exemple Buttell, Muldoon i Carney, 2005; Babcock *et al.*, 2000; Kesner, Teresa i McKenry, 1997).

5.2 Els programes formatius a Amèrica Llatina

Tal i com s’ha comentat, els primers programes reeducatius o de rehabilitació d’homes maltractadors contra la parella van sorgir als EEUU i Canadà i es van anar estenent a diversos països sota variades perspectives teòriques i formats, alhora que va anar sorgint una diversa terminologia per definir els seus conceptes. Per aquest motiu, és possible trobar termes com “grups de rehabilitació”, “educatius”, “psicoeducatius”, “reflexius”, “grups terapèutics”, definició relacionada amb l’abordatge teòric i els objectius de cada propi programa (Beiras i Cantera, 2011).

Aquesta és una realitat que s’ha posat de manifest en els darrers congressos i trobades que han tingut lloc a Llatinoamèrica, com el “Global Symposium on Engaging Men and Boys in Gender Equality”, celebrat a Rio de Janeiro (Brasil) el 2009, el “Seminário Políticas de Atenção a Homens Autores de Violência contra Mulher”, celebrat a Florianópolis (Brasil) el 2008. O, a Espanya, com el “Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo”, celebrat a Barcelona el 2011; o el “V Congreso Nacional de Psicología Jurídica y Forense”, celebrat a Granada el 2009. En termes legislatius, per exemple, la legislació brasilera parla de “programes de recuperació i reeducació” (Beiras i Cantera, 2011), i a Mèxic, segons un estudi de l’Instituto Nacional de Salud Pública de México realitzat per Hajar M. i Valdez-Santiago (2008), es parla de “programes d’Intervenció amb dones víctimes de violència de parella i amb agressors”, els quals estarien desenvolupats per diferents ONG de llarga trajectòria en intervencions en l’àmbit de la violència de gènere. En el mateix estudi, es subratlla la importància d’un treball integrat entre comissaries, educació, treball comunitari, governs, etc., per millor garantir l’eficàcia (Beiras i Cantera, 2011).

Actualment, arrel dels canvis legislatius que s’han donat en alguns dels països llatinoamericans, el treball amb homes va guanyant una major presència tot i que encara és reduït el nombre d’iniciatives governamentals que existeixen a Llatinoamèrica (Beiras i Cantera, 2011). Segons un recent estudi de Toneli, Beiras, Climaco i Lago (2010), només el programa d’Honduras seria estrictament governamental. Per la seva banda, a Brasil, amb l’aprovació de la Llei Maria da Penha (Llei 11340/2006), s’aconsegueix legitimitat suficient perquè aquest tipus de servei hagi de ser previst i, per tant, incentivat (Beiras, Ried i Toneli, 2011)³⁰

Una altra investigació realitzada per Toneli i col·laboradors (2010) amb la pretensió

30 Aquest nom és un homenatge a Maria de Penha Maia, víctima de maltractaments per part del seu marit, amb intent d’assassinat en dues ocasions. El seu marit va ser castigat només després de 19 anys de judici (Beiras, Ried i Toneli, 2011).

de conèixer les experiències més significatives en el treball d'homes maltractadors a Perú, Argentina, Brasil, Nicaragua, Hondures i Mèxic, indica que, “en el context llatinoamericà, la majoria dels grups investigats tenen un treball influenciat pel moviment feminista, amb intervencions de caràcter educatiu i reflexiu dirigit pel treball de resignificar concepcions de masclisme, masculinitat, poder i gènere, qüestionant el patriarcat i la iniquitat de gènere” (Beiras i Cantera, 2011, p.6). En la mateixa línia, segons l'estudi realitzat per Vargas Urías (2009), es recomana “que els programes revisin les seves polítiques i pràctiques internes a la qüestió de gènere, buscant reorganitzar-se i redefinir mecanismes que es fonamentin en la perspectiva de gènere que busquin promoure el qüestionament i la transformació de pràctiques culturals de dominació i control de caràcter masclista” (Beiras i Cantera, 2011, p.6). En el mateix estudi es ressalta la importància “d’una atenció integrada i en xarxa, i no de realitzar intervencions que siguin només conductuals, psicoanalítiques, mediació o negociació, teràpia de parella o que recolzin l’individualisme, principalment si no aborden qüestions de gènere; així com la indicació de coadjuvar en la protecció dels drets de les dones que han patit violència, no ser mesures substitutes de les sancions penals i que els programes es derivin segons acords interinstitucionals i intersectorials” (Beiras i Cantera, 2011, p. 6-7).

5.3 Els programes formatius a Europa

Poc després de sorgir als EEUU, els programes de tractament per a homes maltractadors comencen a estendre's a Europa desenvolupant-se inicialment al Regne Unit i als Països Nòrdics. D'aquests programes inicials, a la literatura revisada es destaquen a Europa el programa RESPECT³¹ (Ministerio del Interior, 2010) desenvolupat al Regne Unit; el programa CHANCE³² (Morran i Wilson, 2009) implantat a Escòcia des de l'any 1989 (Geldschläger et al., 2010; Lila, Herrero i Gracia, 2008; Lila, 2009); l'adaptació als països nòrdics del programa EMERGE per mitjà de l'organització “Alternativa contra la Violència” d'Oslo (ATV)³³ (Råkil, Isdal i Askeland, 2009); i el programa desenvolupat per Echeburúa i el seu equip a Espanya a finals dels 90 (Redondo, 2008), del qual se'n parlarà amb detall al punt

31 El Programa RESPECT es caracteritza per abordar el problema de la violència de gènere des d'una perspectiva integral, parant atenció a les víctimes, els fills i els agressors, tot això sota unes regles bàsiques d'intervenció i qualitat (Ministerio del Interior, 2010). Actualment coordina uns 40 programes distribuïts per tots els països de la Gran Bretanya, sent també un dels centres europeus més actius en la recerca. En aquest sentit, en l'actualitat estan programant dur a terme una exhaustiva investigació envers els programes europeus i internacionals per a homes maltractadors, especialment sobre la durada de la intervenció, metodologia, abandonament (i factors preventius i protocols que es duen a terme per evitar-lo), vincles entre gènere i violència contra la parella, i elements d'avaluació per a l'efectivitat de les diferents intervencions amb agressors (Debonnaire, 2011, comunicació personal). www.respect.uk.net

32 El Programa CHANCE es basa en l'experiència dels programes americans Duluth i Emerge i sorgeix com a un programa d'intervenció per a maltractadors que han estat condemnats per violència contra la parella (Ministerio del Interior 2010).

33 “Alternativa contra la Violència” a Oslo (ATV), s'implanta a finals dels 80 com el principal proveïdor de tractament a Noruega, i als Països Nòrdics, emparant-se en el programa EMERGE i basant-se, per tant, en el pro-feminisme. ATV disposa actualment d'una oficina principal a Oslo i de 7 oficines subsidiàries a les regions del sud de Noruega. Des dels inicis d'ATV l'any 1987 fins abans de finalitzar el 2009, 4.800 homes haurien contactat amb ATV per fer-se usuaris dels programes dels tractament (Råkil, Isdal i Askeland, 2009)

següent d'aquest capítol.

El programa RESPECT, tal i com apunta la pròpia organització, contempla els següents principis i filosofia de treball amb homes maltractadors: “a) La violència de gènere és inacceptable i pot evitar-se; b) succeeix en un context social; c) l'home és el responsable de l'ús de la violència; d) l'home pot canviar; e) requereix implicació de la comunitat; f) facilitat d'accés als serveis de la comunitat; i g) promoure relacions positives en la parella”. Pel que fa al programa CHANCE, el tractament dels homes agressors es contempla com a complement de l'atenció a les víctimes, amb l'objectiu que els homes es responsabilitzin de la seva conducta violenta i considerant que se'ls ha de donar l'oportunitat de canviar, ambdós programes consideren que la VCP té fortes arrels culturals i educacionals i es recomanen intervencions congitivo-conductuals que reforcin actituds i comportaments d'igualtat en la relació de parella (Landerberger i Lipsey, 2005).

En l'actualitat, cal tenir present que a la Gran Bretanya, on aquests programes han trobat gran difusió, és on s'han elaborat els primers estàndards que defineixen els requisits necessaris per a poder obtenir una acreditació, que sigui també reconeguda a nivell institucional. Aquest és un aspecte important considerant els estàndards necessaris per assegurar la qualitat del treball amb els homes i, especialment, perquè la seguretat de les víctimes sigui la prioritat dels projectes, de manera que el treball amb els homes violents no posi en perill a les parelles i als fills/filles involucrats (RESPECT, 2008). Tanmateix, en la mateixa línia que Dutton com a un dels principals portaveus als EEUU, RESPECT ha estat criticat també al Regne Unit per Dixon i el seu equip (veure Dixon, Graham-Kevan i Archer, 2011), per la seva tradició en l'enfocament de gènere en considerar, abastament, l'home violent (agressor) i la dona submissa (víctima).

Pel que fa als països nòrdics, “Alternativa contra la Violència” a Oslo (ATV), s'empara en el programa EMERGE, considerant que el model pro-feminista és el més útil donat que aquest s'enfoca clarament en els aspectes de poder i control de la violència masculina sobre les dones, la responsabilitat de l'home sobre la seva pròpia violència i les actituds que li ha imposat la societat, les quals són les raons per a la seva percepció d'estar habilitat per exercir la violència (Adams, 1988; Gondolf i Russell, 1986). El mètode de tractament basat en el pro-feminisme s'empara a la tradició dels tractaments psico-educatius anglosaxons, recalcant que la violència es relaciona amb estratègies masculines de poder i control (Råkil, Isdal i Askeland, 2009). En termes generals, i en base al Manual de Programa d'EMERGE, segueixen un tipus de tractament estructurat, de caràcter grupal, i es desenvolupa amb un termini fixat de setmanes. En el cas concret dels països nòrdics, la major part dels programes no tenen un termini prefixat de durada, no segueixen les indicacions d'un manual estrictament i els mètodes de tractament estan més orientats envers els processos, i són molt amplis al respecte de les causes i dimensions emocionals, així com al significat de l'experiència familiar

de violència durant la infantesa (Råkil, Isdal i Askeland, 2009). Segons Råkil (2002), hi ha un trencament amb les tradicions psico-educatives dels EEUU perquè l'enfocament suposa un desenvolupament addicional a aquesta alternativa.

En tots els països, el moviment polític de les dones ha desenvolupat un paper determinant en relació amb la construcció social del problema de la violència contra les dones i ha ajudat de manera determinant a que les víctimes de VCP disposin de suport i atenció integral. Però en diversos països europeus, sobretot als del sud i l'est, les estratègies d'intervenció amb els homes maltractadors encara són recents i preliminars. A banda d'Espanya, cas que es presenta amb detall al punt següent, on es consta de programes específics des de la dècada dels 90, la resta de països no disposa d'una llarga trajectòria en el desenvolupament de programes de tractament per a homes que utilitzen la violència en les seves relacions de parella.

En aquest sentit, ha estat estratègic el paper de la Comissió Europea comentat en el capítol 4 d'aquesta investigació que, per mitjà de la Decisió núm. 293/2000/CE del Parlament Europeu i del Consell, de 24 de gener de 2000 amb la qual s'aprova un programa d'acció comunitari (programa Daphne) sobre mesures preventives destinades a combatre la violència exercida envers els nens, els adolescents i les dones (Diari Oficial L 34 de 9.2.2000), s'ha impulsat la participació d'organitzacions privades sense ànim de lucre, autoritats i institucions públiques (autoritats locals competents, departaments universitaris i centres d'investigació) de tots els països de la Unió Europea en projectes transnacionals per a la prevenció de la violència i ajuda a les víctimes, especialment pel que fa a la violència contra les dones i els nens. Al primer programa Daphne segueixen el Daphne II i Daphne III, tots ells de cooperació comunitària i acabant les actuacions del Daphne III (actualment en vigor) el 2013.

Sota el paraigua dels programes Daphne s'han dut a terme diverses iniciatives específiques orientades a la intervenció amb homes maltractadors i s'ha traçat el full de ruta per a una futura definició de directrius europees sobre la intervenció amb homes exerceixen VCP així com el coneixement del context europeu envers aquesta problemàtica. En aquest sentit, existeixen actualment a França la Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales, o la Bundes-Arbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt a Alemanya. La xarxa Women Against Violence Europe (WAVE) va ser desenvolupada el 1997 també per la iniciativa Daphne. Però també per mitjà d'altres organismes, associacions o federacions de professionals han sorgit en les últimes dècades, i cada cop amb més freqüència, iniciatives i projectes transnacionals de cooperació i també de col·laboració en xarxa. Aquest és el cas del projecte Work with Perpetrators of Domestic Violence in Europe (WWP)³⁴ realitzat entre l'abril del 2006 i el juny del

34 Es pot consultar la informació envers el projecte i els resultats d'aquest estudi sobre els programes d'intervenció amb maltractadors existents a Europa realitzats per l'equip WWP (Work With Perpetrators), Daphne (2006-2008), a: <http://www.work-with-perpetrators.eu>

2008, per a facilitar un intercanvi a nivell europeu dels mètodes aprovats per al treball amb els homes agressors de la violència domèstica i per iniciar un debat continu sobre les normes envers aquest treball. El projecte WWP contempla també la realització de diferents estudis per conèixer les característiques dels programes formatius en els diferents països de la Unió Europea, com el realitzat per Geldschläger et al. (2010), que ofereix una visió general de les característiques i metodologia emprada en els diferents programes formatius que es desenvolupen a Europa així com els mètodes de finançament utilitzats en els diferents països.

També sota el paraigua Daphne, el desembre del 2009 es va organitzar a Berlín (Alemanya), el 1st Annual European Network Meeting for the Work with Perpetrators of Domestic Violence amb l'objectiu de promoure el diàleg entre les institucions europees de diversos països governamentals o no governamentals que treballen amb homes que exerceixen VCP. Hi varen assistir representants d'Anglaterra, França, Alemanya, Espanya, Polònia, Itàlia o Dinamarca, entre d'altres, i es pretenia l'intercanvi d'experiències de cada institució per tal de construir una xarxa permanent de contacte virtual amb trobades anuals.

Una altra de les recents iniciatives emparades en el projecte Daphne és el cas de la Casa Antiviolença de Bologna (Itàlia). En aquest país, tot i disposar d'una xarxa que engloba més d'un centenar de Centres Antiviolença que donen acollida i suport a les víctimes, pel que fa al tractament dels agressors només existeixen algunes experiències recents sorgides a Florència (per iniciativa del Centre antiviolença Artemisia), a Turí (per iniciativa del grup El cercle dels homes) i a Milà (dins d'un servei per a la mediació social i penal). L'ajuntament de Bolònia (Itàlia) des de la Casa de Dones per no patir violència, ha coordinat i promogut el projecte d'investigació Desenvolupar estratègies per a treballar amb homes que utilitzen violència en les relacions d'intimitat (MUVI-Men Using Violence), que té com a objectiu principal verificar les oportunitats i les condicions per introduir intervencions directes sobre homes que utilitzen, o han utilitzat, violència contra les seves parelles o exparelles, a tres països de l'Europa del Sud: Itàlia, Grècia i Espanya. En una recent publicació derivada d'aquest projecte, en col·laboració també amb Noruega amb l'objectiu d'intercanviar experiències entre els països del nord i el sud d'Europa, es posa de manifest la necessitat d'obrir un horitzó d'intervenció amb els homes que utilitzen violència contra la parella o ex-parella (Creazzo, 2009).

En aquest divers estat de la situació exposat fins ara cal afegir que, per exemple a Grècia, segons Creazzo (2009) no es coneix cap iniciativa específicament dirigida als homes que cometen VCP, excepte les intervencions de mediació que segueixen a l'aprovació d'una nova llei sobre la violència domèstica. Pel que fa a Portugal, tot i que la legislació preveu l'atenció dels homes que cometen VCP, a la pràctica es donen molts casos d'abandonament del servei, hi ha manca de recursos financers i/o la necessitat de protocols per a l'enfocament de la VCP per part dels professionals, circumstàncies que també es donen en la majoria de països llatinoamericans (veure Beiras i Cantera, 2011).

Tal i com es pot veure a la Taula 6, la majoria de programes desenvolupats en la majoria de països tenen un enfocament cognitivo-conductual (Alemanya, Bèlgica, Croàcia, Escòcia, Eslovènia, França, Irlanda del Nord, Portugal, República d'Irlanda, Suècia, Xipre), que en alguns casos coexisteix amb altres enfocaments com el psicodinàmic, sistèmic, educatiu, d'assessorament, anàlisi de gènere o programació neurolingüística.

En alguns països s'utilitza només un d'aquests enfocaments i, en d'altres, es combinen entre ells. La major part dels programes estan finançats, en part, per fons governamentals i, en part, per aportacions municipals, regionals, privades o pels propis clients, sent aquesta obligatòria en alguns casos (per exemple, en els programes austríacs). La condició hegemònica de la perspectiva cognitivo-conductual es basa en l'origen dels programes per a homes maltractadors que s'ha comentat anteriorment, i en els avantatges pràctics i teòrics que suposa adoptar una perspectiva teòrica tan extesa i generalitzada (Geldschläger et *al.*, 2010). Tenint en compte que els primers programes d'intervenció es van desenvolupar als EEUU, “bressol del desenvolupament i expansió del conductisme i el cognitivisme, no és estrany que l'aparició de programes principalment de tall psico-educatiu, adoptessin aquestes perspectives i principis epistemològics” (Ponce, 2011, p.11).

Taula 6: Característiques dels Programes Formatius (PF) a Europa segons l'estudi realitzat pel projecte WWP

País	Nombre de programes identificats i/o participants	Destinatari	Enfocament	Finançament	Recolzament a les víctimes	Garantia de qualitat i avaluació
Alemanya	66	<ul style="list-style-type: none"> • La majoria formen part d'una estratègia d'intervenció institucional contra la VCP. • La majoria treballa amb homes obligats per mandat judicial i amb homes que acudeixen voluntàriament 	<ul style="list-style-type: none"> • La major part, cognitivo-conductual • Enfocament sistèmic • De vegades combinats els dos enfocaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Només 1/5 dels PF compta amb finançament permanent • La majoria obté fons en base a projectes • Sovint, combinació regional, municipal i privada • 2 de cada 3 tenen aportació per part dels clients 	<ul style="list-style-type: none"> • Més de 2/3 dels PF estableixen contacte amb la parella del client, però ¼ dels mateixos no ofereix cap servei per a la parella de l'home que participa en el programa; 2/5 ofereixen serveis a través d'organitzacions col·laboradores; 1/7 a través de la pròpia organització 	<ul style="list-style-type: none"> • 59 PF tenen sessions d'equip • 58 ofereixen supervisió • 36 realitzen avaluacions internes • 7 han estat avaluats externament
Àustria	6 (de 8 PF identificats)	<ul style="list-style-type: none"> • Treballen amb homes obligats per mandat judicial i amb homes que acudeixen voluntàriament 	<ul style="list-style-type: none"> • Treballen amb conceptes diferents i entorns variables • La meitat no tenen currículum en especial, ni un sistema de documentació normalitzat 	<ul style="list-style-type: none"> • La majoria de fons són per a projectes específics, combinats amb finançament regional, municipal i governamental • És obligatòria una contribució per part del client 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 o 2 PF ofereixen contacte amb la víctima • 1 PF ofereix recolzament a la parella • 2 PF realitzen una col·laboració i planificació conjunta i de manera regular amb una organització associada de recolzament a les víctimes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cap PF ha tingut una avaluació externa fins a la data de realització de l'estudi
Bèlgica	3	<ul style="list-style-type: none"> • 2 formen part d'una aliança interinstitucional contra la VCP • 2 treballen amb homes obligats per mandat judicial • els 3 treballen amb homes que acudeixen voluntàriament o derivats d'altres institucions 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Es distribueix per projectes i és governamental • 1 PF és regional • 1 PF és finançat per aportacions dels clients 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots contacten amb la víctima i col·laboren amb els serveis de recolzament a la víctima 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots compten amb sessions d'equip i supervisió • 2 mesuren els resultats del seu treball • Cap realitza avaluacions de seguiment • 2 fan avaluació externa
Xipre	1 identificat	<ul style="list-style-type: none"> • És part d'una aliança interinstitucional contra la VCP 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocament mixt amb metodologia sistèmica i cognitivo-conductual • Ús de currículum i instruments de documentació estandaritzats 	<ul style="list-style-type: none"> • Fons governamentals per projectes específics 	<ul style="list-style-type: none"> • Es contacta amb la víctima i se li ofereix serveis de recolzament des de la pròpia organització 	<ul style="list-style-type: none"> • No s'ha efectuat cap avaluació externa fins a la data (degut a la creació recent del servei, l'any 2007)
Croàcia	1	<ul style="list-style-type: none"> • Executat per una ONG en 2 ciutats • Els participants són derivats des del sistema criminal judicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-conductual amb un currículum per escrit 	<ul style="list-style-type: none"> • Co-finançament per part del govern i els municipis, en base als projectes 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacten amb la parella del client, i els serveis de recolzament són ofertats per la pròpia organització 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Dinamarca	3	<ul style="list-style-type: none"> • Executats per ONGs • Treballen amb participants derivats des del sistema criminal judicial i voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic • Programació neurollingüística 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots reben finançament privat, governamental o municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 ofereixen serveis de recolzament a les víctimes 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta

País	Nombre de programes identificats i/o participants	Destinataris	Enfocament	Finançament	Recolzament a les víctimes	Garantia de qualitat i avaluació
Escòcia	10-12	<ul style="list-style-type: none"> • El desenvolupament dels PF són part clau del Pla escocès contra el Maltracte domèstic amb Menors i Joves • 1 és col·laboració d'una ONG (Sacro) • 1 funciona al marge del sistema judicial (Working with Men) • Gran part dels PF d'adhereixen a les normes de RESPECT 	<ul style="list-style-type: none"> • CHANGE, DVPP i Sacro estan desenvolupant el Caledonian System, un enfocament integrat dirigit al maltractament domèstic per part dels homes, per augmentar la protecció de les dones i les menors • Majoritàriament cognitivo-conductual/ d'aprenentatge social en un marc feminista 	<ul style="list-style-type: none"> • Els que són part del sistema de justícia criminal reben finançament del govern • Els serveis per a les dones i menors reben finançament del Fons de la Violència contra les Dones escocès • Working with Men rep finançament de la Loteria Nacional i les autoritats locals • El Govern escocès subvenciona el desenvolupament del Caledonian System 	<ul style="list-style-type: none"> • Gran part dels PF d'adhereixen a les normes de RESPECT i ofereixen serveis integrats a les dones 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Eslovènia	1	<ul style="list-style-type: none"> • Treballa amb participants derivats des del sistema criminal judicial i voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-conductual sense currículum per escrit 	<ul style="list-style-type: none"> • Basat en projectes i rep finançament gubernamental i municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • No es contacta amb lla víctima de forma sistemàtica, però hi ha un servei de recolzament a part, en la mateixa organització a disposició de les parelles/exparelles dels clients 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Finlàndia	1	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionat pel centre mòbil contra la crisi • Treballa amb participants derivats des del sistema criminal judicial, voluntaris i derivats d'altres institucions 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic 	<ul style="list-style-type: none"> • Fons regionals 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (no consten més detalls) 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
França	30	<ul style="list-style-type: none"> • 22 dels 30 programes identificats van participar • La major part formen part d'una aliança interinstitucional contra la VCP • La majoria treballa amb participants derivats des del sistema criminal judicial, voluntaris i derivats d'altres institucions 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic • Cognitivo-conductual • Sistèmic • De vegades combinats entre ells 	<ul style="list-style-type: none"> • Basada en projectes i amb freqüència és mixta (nacional, regional, municipal i la participació per part del client) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menys d'una tercera part estableixen contacte i ofereixen serveis de recolzament a les víctimes (servei integrat o a través d'organitzacions col·laboradores) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gairebé el total ofereixen sessions d'equip • La meitat compta amb supervisió • La meitat mesuren els resultats del seu treball • Gairebé cap realitza mesures de seguiment • 2 compten amb avaluació externa
Hongria	0	<ul style="list-style-type: none"> • Funciona una línia telefònica d'atenció als homes que maltracten • Els homes poden acudir a terapeutes individuals 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta

País	Nombre de programes identificats i/o participants	Destinataris	Enfocament	Finançament	Recolzament a les víctimes	Garantia de qualitat i avaluació
Anglaterra i Gales	450 *	<ul style="list-style-type: none"> • RESPECT • 42 PF de les àrees de Jutjats i llibertat provisional • 34 integrats sobre violència domèstica • 8 programes contra la violència domèstica a nivell dels Comtats • 5 de les autoritats locals i serveis per a presons • p.ex. pot haver-hi fins a 25 PF a Manchester 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic • Cognitiu • Anàlisi de gènere 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministeri de l'Interior del Regne Unit i autoritats locals 	<ul style="list-style-type: none"> • A través dels treballadors/es en la seguretat de les dones • A través de socis 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions d'equip • Supervisió • Proves psicomètriques des del principi al final
Irlanda del Nord	4	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionats per l'organització Men Overcoming Violence • Treballen amb participants derivats des del sistema criminal judicial 	<ul style="list-style-type: none"> • Educatiu • Psicodinàmic • Cognitiu-conductual • Anàlisi des de la perspectiva de gènere 	<ul style="list-style-type: none"> • Governamental basada en els projectes 	<ul style="list-style-type: none"> • S'ofereix contacte amb la parella a través dels serveis complementaris per a la dona 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions d'equip • Supervisió
Luxemburg	1	<ul style="list-style-type: none"> • Treballa amb participants derivats des del sistema criminal judicial, voluntaris i derivats d'altres institucions 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic 	<ul style="list-style-type: none"> • Pública nacional permanent 	<ul style="list-style-type: none"> • No s'ofereixen serveis de recolzament a les víctimes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions d'equip • Supervisió • Mesura dels resultats però sense seguiment ni avaluacions
Malta	1	<ul style="list-style-type: none"> • Forma parte de la National Social Welfare Agency (APPOGG) 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Noruega	15	<ul style="list-style-type: none"> • Es duen a terme per part del servei públic d'Assessorament per a les Famílies, hospitals universitaris, ONGs, i serveis a les presons i per a la llibertat condicional • La majoria treballa amb participants derivats des del sistema criminal judicial, i voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicodinàmic • Cognitiu • Models basats en l'assessorament 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots reben finançament governamental o municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 PF ofereixen serveis de recolzament a les víctimes • 2 estableixen contacte amb la parella del client 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Polònia	1	<ul style="list-style-type: none"> • Es gestiona al centre regional per a les addicions de la ciutat d'Olsztyn 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa educatiu per a homes segons el model Duluth 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta

País	Nombre de programes identificats i/o participants	Destinataris	Enfocament	Finançament	Recolzament a les víctimes	Garantia de qualitat i avaluació
Portugal	4	<ul style="list-style-type: none"> • Van participar 4 dels 5 contactats • 3 íntimament lligats o ubicats en Departaments de Psicologia de diferents Universitats • 1 gestionat per una ONG • 3 són part d'una aliança d'agències contra la violència domèstica • Tots treballen amb participants derivats des del sistema criminal judicial, i voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-conductual • Eclèctic-integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Privada • Altres fonts • Part dels participants • 1 consta de finançament permanent 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 estableixen contacte i ofereixen serveis de recolzament a les víctimes 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 fan supervisions • 3 dels 4 mesuren els resultats del seu treball i realitzen seguiment
República d'Irlanda	• No consta	<ul style="list-style-type: none"> • MOVE Ireland ofereix aquest programa a 10 ubicacions de tot el país i gran part és voluntari • El Programa Contra la Violència del sud-est, i el Programa d'Intervenció Contra la Violència Domèstica del nord-est gestionen programes a les zones respectives, i només és obligatòria l'assistència a 1 dels PF 	<ul style="list-style-type: none"> • Educatiu • Psicodinàmic • Cognitivo-conductual • Anàlisi de gènere 	<ul style="list-style-type: none"> • Finançament emparat per la llei a través del Departament de Justícia i altres departaments governamentals 	<ul style="list-style-type: none"> • El contacte amb la víctima és part integral del servei 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions d'equip • Supervisió • Formació • Avaluacions contínues
Suècia	20	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionats a través dels Serveis Socials i les presons, serveis de llibertat condicional • Treballen amb participants derivats des del sistema criminal judicial, i voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • Teràpia cognitivo-conductual i eclèctica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots reben finançament governamental o municipal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tots ofereixen serveis de recolzament a les víctimes, menys 1 que estableix contacte amb la parella del client 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta
Suïssa	26	<ul style="list-style-type: none"> • Dels 29, 19 van participar • ¾ parts formen part d'aliances interinstitucionals • Treballen amb participants derivats des del sistema criminal judicial, i voluntaris, però la majoria són voluntaris 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • No consta 	<ul style="list-style-type: none"> • 1/5 part estableix contacte amb la parella del client • 17 PF inclouen un servei de recolzament a les víctimes, 8 mitjançant la pròpia organització, 9 mitjançant entitats col·laboradores 	<ul style="list-style-type: none"> • Gran part realitza sessions d'equip • Poc més de 2/3 tenen supervisió • 1/3 ha tingut alguna vegada avaluació interna

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de l'estudi de Geldschlager et al. (2010)

*Dada estimada.

Des que es van implementar els primers programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella, és un fet consistent que a Europa s'han incrementat les polítiques públiques per fer front al problema de la violència de gènere mitjançant la dotació d'eines i recursos per oferir més suport a les víctimes. Ja s'ha comentat que aquestes polítiques públiques han fet possible que, en l'actualitat, nombroses organitzacions, associacions, fundacions, federacions, universitats i centres de recerca estiguin desenvolupant diferents iniciatives comunitàries en diferents països europeus en el marc del programa Daphne III, el període de realització del qual acaba l'any 2013.

Tanmateix, la situació política i econòmica europea fa trontollar el futur immediat de moltes iniciatives, algunes d'elles amb llarga trajectòria, i l'amenaça de les retallades en els dispositius de lluita contra la violència de gènere és present a tots els països. Concretament i com a exemple, l'anteriorment comentat projecte *Work with Perpetrators of Domestic Violence in Europe* es troba actualment aturat per falta de finançament. És alarmant, tal i com apunta Pence (2005) que les traves administratives i governamentals acabin passant per davant de les necessitats dels individus.

5.4 Els Programes Formatius a Espanya

A Espanya, les primeres experiències pioneres es van dur a terme a finals dels 80 i el primer programa va començar a funcionar a principis dels 90 (Geldschläger et al. 2010). “La possibilitat d'imposar l'obligació de realitzar un programa formatiu va ser introduïda en el Codi Penal de 1995 com una regla de conducta en els casos en que el jutge suspengués la pena de presó i, amb aquesta incorporació, el sistema espanyol de suspensió de la pena s'aproxima al sistema de la Probation anglosaxona” (Larrauri, 2010, p. 194 : Cid i Larrauri, 2005; Cid, 2009).

Paral·lelament, coexisteixen els programes de tractament per a interns condemnats per delictes de violència. El Programa SAC (Control de l'Agressió Sexual, en anglès) de Garrido i Beneyto (1996) va ser el primer programa estructurat, intensiu i integral de tractament dels agressors sexuals que es va desenvolupar a l'Estat espanyol. Entre els anys 96 i 97 es van fer les primeres experiències pilot d'aplicació del Programa SAC a les presons de Quatre Camins i Brians 1, a partir de les quals es va poder anar generalitzant la intervenció en matèria de violència sexual, així com altres intervencions intenses que van anar sorgint i dissenyant-se arran de la necessitat de tractar la conducta violenta (Programa de delictes violents, DEVI i Programa de delictes de violència domèstica, VIDO).

En l'àmbit penitenciari, la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias ha impulsat en aquests últims anys els programes de tractament per a interns condemnats per delictes de violència. La primera experiència va ser l'any 2001 i hi van participar 8 Centres Penitenciaris d'Espanya. D'aquesta experiència sorgeix un nou programa l'any 2004, el “Programa

de tratamiento en prisión para agresores en el ámbito familiar”, en el que hi van participar 20 Centres Penitenciaris i 162 interns. Entre les característiques definitòries dels programes s’hi troben la voluntarietat, un disseny d’intervenció grupal (entre 8 i 12 participants), una durada aproximada d’un any i freqüència d’una sessió setmanal de 2 a 3 hores de durada (Expósito i Ruiz, 2010). L’any 2008, segons dades de la Subdirecció de Tractament i Gestió Penitenciària, el nombre d’interns que van participar en el programa va ser de 744 distribuïts en 46 centres.

Taula 7: Estructura del programa de tractament a presó

Mòdul	Contingut
0	Presentació del grup i objectius de tractament
1	Assumpció de la responsabilitat i mecanismes de defensa
2	Identificació i expressió de les emocions
3	Empatia amb la víctima
4	Distorsions cognitives i creences irracionals
5	Control de les emocions (ansietat, gelosia, ira, ressentiment)
6	Habilitats de relació i comunicació
7	Resolució de problemes
8	Educació sexual
9	Autoestima i estil de vida positiu
10	Prevenició de recaigudes

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de Ministerio del Interior (2010)

A més a més dels programes de tractament per a interns condemnats per delictes de violència contra la dona, com ja s’ha comentat, els programes d’intervenció per a maltractadors s’han convertit en un recurs per al compliment de les suspensions de condemna condicionades en casos de VCP (Lila et al., 2010). Si el maltractador és primari i la pena imposada inferior a dos anys, els jutges, segons els articles 80.1 i 87 de la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, poden condicionar la suspensió de la pena privativa de llibertat al compliment de la participació del subjecte en un programa d’intervenció per a maltractadors (una diferència important entre els penats amb privació de llibertat i els sotmesos a una pena alternativa és la voluntarietat en la participació als programes que, en el cas de les mesures penals alternatives, la participació i el manteniment en el programa són de caràcter obligatori ja que forma part de la pròpia condemna).

Una vegada s'ha acordat suspendre la pena de presó, hi ha ocasions en que el Jutge d'execució imposa el Programa Formatiu de forma automàtica perquè és legalment obligatori. En altres, no obstant, acostuma a demanar un informe psicosocial sobre l'agressor als funcionaris del Departament de Justícia (Equip d'Assessorament Tècnic, EAT). “La funció d'aquest informe és precisament assistir els jutges en la presa de decisions judicials i si bé no és vinculant, ajuda a comprovar si la persona està en condicions d'assistir i no presenta, per exemple, problemes de drogoaddicció o malaltia que li impossibiliten complir el Programa Formatiu” (Larrauri, 2010, p. 201). Un cop el jutge ha decidit suspendre la pena de presó, no precisa quant de temps durarà el programa o de quantes sessions constarà. Tampoc la llei especifica la durada dels programes i el jutge únicament dicta que aquest s'haurà de dur a terme durant els següents dos anys” (Larrauri, 2010, p. 202). Tal i com afirma Lila (2010), amb l'entrada en vigor de la nova llei integral contra la violència de gènere es presenta un repte ja que es preten dotar de recursos per fer complir les sentències dels jutges les quals comporten una substitució de la pena de presó, però amb la condició d'assistir a programes d'intervenció per a homes acusats de VCP. Tanmateix, si bé l'obligació d'assistir a un programa formatiu s'ha d'imposar en tots els casos de delictes de violència de gènere en els quals es suspengui o substitueixi la pena de presó, a la pràctica, la majoria de persones que assisteixen a aquests programes solen ser agressors condemnats per violència ocasional (art. 153 CP), això és, de baix risc (Larrauri, 2010).

A Espanya s'han implantat un bon nombre de programes per poder respondre a la demanda creixent de programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, tant de caràcter obligatori com voluntari, sent la intervenció professional en els homes que exerceixen la violència sobre les dones una estratègia i una mesura fonamental per abordar la violència de gènere de forma integral. Tanmateix, l'obligació d'imposar programes formatius als homes condemnats per violència de gènere introduïda per la LOPI, ha tingut certa manca de recolzament per diferents motius. Tal i com indica Larrauri (2010, p. 198-199) “en primer lloc, el clima penal cada cop més punitiu porta a la idea segons la qual, si la pena se suspèn, “quelcom” s'ha d'imposar al condemnat (Bottoms, Rex i Robinson, 2004). En segon lloc, la possible influència d'Espanya del que s'ha denominat la “nova ortodòxia” dels programes basats en el mètode cognitiu-conductual (Robinson i McNeill, 2004), provinents del món anglosaxó i Canadà. I en tercer lloc, possiblement per la “manca d'alternatives” visibles, especialment degut a les crítiques que ha rebut la pena de multa, que va ser abolida com a pena directa per a casos de violència de gènere en la reforma de 2003 i com a pena substitutiva de la presó un any després, amb l'aprovació de la Llei Integral”.

En l'actualitat, existeixen diversos programes d'intervenció amb maltractadors en situació de suspensió de condemna (veure la Taula 8), alguns dels quals s'estan duent a terme amb la col·laboració de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias i desenvolupats

per diferents equips d'investigació. Un dels programes més importants d'intervenció en la violència familiar en el context comunitari és el desenvolupat per Echeburúa i el seu equip (Redondo, 2008). Aquest programa es va posar en marxa el 1997, inspirant-se en la perspectiva dels pioners models americans els quals, com ja s'ha mencionat anteriorment, a més d'intervenir amb les víctimes consideren necessari tractar els agressors que exerceixen la violència. Des d'aleshores, el programa ha estat un referent per a les diferents intervencions en homes agressors contra la parella a Espanya on, actualment, destaquen el Programa Galicia de Reeducación para Maltratadores de Género (Arce i Fariña, 2007), desenvolupat a la Unitat de Psicologia Forense de la Universitat de Santiago de Compostela; el Programa Terapéutico para Agresores en el Ámbito Familiar (Echauri, Rodríguez i Martínez, 2007), desenvolupat en col·laboració amb l'Instituto Navarro de Psicologia Jurídica; el Programa Contexto (Lila, 2009), desenvolupat en col·laboració amb la Universitat de València; el Programa Psicosocial para Agresores en el Ámbito de la Violencia de Género (Ruiz i Expósito, 2008), desenvolupat en col·laboració amb la Universitat de Granada; el Programa de Intervención Psicosocial en Personas que Maltratan a sus Parejas (Quinteros i Carbajosa, 2008), desenvolupat pel Grupo 5 Acción y Gestión, de Madrid; i el Programa para el Tratamiento Psicológico de Maltratadores (Graña, Muñoz, Redondo i González, 2008). En general, aquests programes troben nombroses dificultats per a la seva correcta execució, especialment pel que fa a la falta de voluntarietat dels usuaris que hi participen. Cal tenir present que els usuaris són homes condemnats per un delictes de violència de gènere i que tenen l'obligació d'acudir a teràpia psicològica i, en cas contrari, es produiria el seu ingrés immediat a presó. Davant d'aquesta disjuntiva els condemnats solen escollir la primera opció, però igualment es tracta d'una opció forçada i obligada, fet que acostuma a condicionar la intervenció futura (Ministerio del Interior, 2010). L'experiència recollida al llarg del temps de l'execució dels programes esmentats, així com el programa publicat l'any 2005, ha permès al Ministeri de l'Interior elaborar una proposta per a un nou programa d'intervenció per a homes condemnats per un delictes de violència de gènere, el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) (2010), que pretén integrar les aportacions contrastades de les corrents més rellevants en aquest àmbit. La integració ha donat com a resultat un programa del tall cognitiu conductual introduint aspectes relacionats amb la perspectiva de gènere (Ministerio del Interior, 2010).

Tal i com ja s'ha comentat, la condició hegemònica de la perspectiva cognitivo-conductual es basa en els avantatges que presenta l'ús d'aquesta perspectiva, com indica Ponce (2011, p.11) “pel seu perfil positivista i científicista, perquè posseeix una major contrastació empírica, i una metodologia que possibilita la descripció, pas a pas de les seves intervencions, facilitant la seva manualització i expansió a la comunitat”.

Taula 8: Programes d'intervenció externs per a maltractadors

Nom	Autors	Desenvolupament	Objectius i/o característiques	Estructura/Mòduls
Programa Galicia de Reeducación para Maltratadores de Género	Arce y Fariña (2007)	Unitat de Psicologia Forense de la Universitat de Santiago de Compostela	Reeducació psicosocial dels maltractadors de gènere mitjançant l'aprenentatge i generalització de diverses habilitats i destreses; Eradicació de patrons conductuals i culturals inadaptats	1) Acceptar la responsabilitat de les conductes violentes 2) Assoliment d'un adequat ajustament psicològic 3) Modificació de creences irracionals entorn al gènere i ús de la violència 4) Foment del respecte envers la dona: Drets de les dones vs. Obligacions dels homes 5) Internalització de conductes adaptatives 6) Manteniment i generalització
Programa Terapéutico para Agresores en el Ámbito Familiar	Echauri, Rodríguez y Martínez (2007)	En col·laboració amb l'Institut Navarro de Psicologia Jurídica	Té una adaptació per a tractament ambulatori (subjectes en llibertat) i una adaptació per a la presó. Segons la necessitat individual, pot adoptar el programa complet (casos més greus), programa mitjà (subjectes més motivats pel canvi) i programa breu (casos menys greus). L'objectiu general pretén canviar les actituds i creences que afavoreixen l'ús de la violència.	Tècniques d'autoobservació. Registre d'emocions. Reforçament de respostes no violentes. Entrenament en resolució de problemes. Reestructuració cognitiva per a modificar pensament sexista i justificació de la violència. Habilitats socials. Anticipació de situacions de risc
Programa Contexto	Lila (2009)	En col·laboració amb la Universitat de València	S'emmarca en el model ecològic de Bronfenbrenner (1979), tenint en compte els nivells d'anàlisi intrapersonal, interpersonal, situacional i macrosocial	1) Presa de contacte 2) Violència de parella: principis bàsics 3) Estratègies de canvi: variables personals 4) Estratègies de canvi: variables familiars 5) Estratègies de canvi: variables situacionals 6) Estratègies de canvi: variables socio-culturals 7) Fi de la intervenció: prevenció de recaigudes
Programa Psicosocial para Agresores en el Ámbito de la Violencia de Género	Ruiz y Expósito (2008)	En col·laboració amb la Universitat de Granada	Des d'una orientació de gènere, pretén centrar la intervenció en els comportaments concrets utilitzats pels homes violents per a mantenir el control i el poder en la relació de parella	1) Presentació del grup, objectius del programa i compromisos. 2) Minimització, negació i culpabilització. 3) Privilegis masculins. 4) Coaccions i amenaces. 5) Intimidació. 6) Abús emocional. 7) Abús sexual. 8) Aïllament social. 9) Abús econòmic. 10) Manipulació dels fills.

Nom	Autors	Desenvolupament	Objectius i/o característiques	Estructura/Mòduls
Programa de Intervención Psico-social en Personas que Maltratan a sus Parejas	Quinteros y Carbajosa (2008)	Desenvolupat pel Grup 5 Acción y Gestión Social (Madrid)	Fonamenta la intervenció amb maltractadors des de la perspectiva del Model Transteòric del Canvi (Prochaska i DiClemente, 1982 i 1986) ajustant les intervencions a les diferents etapes del procés de canvi recollides en el MTC (contemplativa, acció i manteniment)	<p>Etapa contemplativa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Creació de dinàmica grupal. 2) Assumir la responsabilitat per la conducta violenta. 3) Motivar la persona per al tractament. 4) Identificar les dificultats en les distintes àrees (social, laboral i familiar). 5) Desenvolupar eines per al cessament de la violència física. <p>Etapa d'acció</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Consolidació de la dinàmica grupal. 2) Cessament de tot tipus de violència i maltractament en les relacions. 3) Reestructurar les creences que mantenen el comportament violent i la desigualtat de poder en les relacions familiars. 4) Promoure idees i pensaments amb tendència a la igualtat en les relacions familiars. 5) Desenvolupar nous comportaments i actituds per afrontar els conflictes. 6) Millorar les habilitats socials per trencar l'aïllament. 7) Maneig de les emocions i l'estrès. <p>Etapa de manteniment</p> <p>Etapa de mantenimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Reelaborar i consolidar els canvis 2) Prevenir posibles recaídas
Programa para el tratamiento psicológico de maltratadores	(Graña, et al., 2008)		Sota una perspectiva cognitivo-conductual i pretén substituir els comportaments violents per comportaments adaptats en les relacions de parella	<ol style="list-style-type: none"> 1) La violència de gènere 2) Les emocions implicades en el maltractament 3) Creences que sustenten el maltractament 4) Habilitats en les relacions interpersonals 5) Consum d'alcohol 6) Construir una vida alternativa

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Ministerio del Interior (2010)

5.5 Els Programes Formatius a Catalunya

La primera experiència als Centres Penitenciaris Brians i Quatre Camins en un programa d'intervenció per a interns condemnats per delictes sexuals elaborat per Garrido i Beneyto (1996) dins d'una investigació del CEJFE, va ser l'esperó d'aquest tipus de programes tenint com a usuaris els interns condemnats per delictes contra la llibertat sexual i ingressats als centres penitenciaris de Catalunya. Aquest programa té com objectius que els usuaris: a) assumeixin responsabilitats, b) adquireixin coneixements, c) aprenguin a expressar sentiments sense violència, d) aprenguin a ser empàtics, e) aprenguin a actuar assertivament, f) aprenguin a identificar i comunicar les emocions, g) incrementin el control emocional i conductual, i h) integrin les habilitats adquirides al programa en la relació de parella.

La primera experiència a Catalunya fora de l'àmbit penitenciari es va desenvolupar l'any 1998 a la Fundació IReS, concretament a la delegació de Girona, amb el Servei per a Homes Maltractadors (SAHM) (Annex 1). El SAHM forma part del Programa d'Accions Contra la violència Domèstica de l'IReS a les comarques de Girona que va estar actiu fins l'any 2009, amb algunes intermitències. Des d'aleshores, el servei es continua executant a les delegacions de Barcelona i de les Illes Balears. El programa formatiu es basa en el programa desenvolupat per Echeburúa i el seu equip, i es tractarà amb més detall posteriorment. Amb l'aplicació de la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, el SAHM va ampliar el seu caràcter donant també servei als homes condemnats a efectuar un programa formatiu. Des d'aleshores i fins a dia d'avui, diferents organitzacions ofereixen programes formatius per a homes maltractadors cobrint la totalitat de províncies catalanes (veure taula 9).

Paral·lelament, existeixen també alguns altres organismes i/o institucions que ofereixen programes formatius de caràcter voluntari i que depenen econòmicament d'organismes, institucions o administracions d'àmbit local i/o comarcal, o bé d'altres que poden ser conveniats directament amb el Departament de Justícia o subcontractats per les institucions que han superat el concurs públic per a l'execució de programes formatius.

A Catalunya, és el Departament de Justícia el responsable de l'execució de les Mesures Penals Alternatives (MPA) imposades pels tribunals de Justícia, concretament la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil, i a través dels equips tècnics territorialitzats a Barcelona, Lleida, Tarragona i Girona. A cada Servei Territorial estan sectoritzats en funció del volum de cada sector territorial, i és a través del Serveis Territorials que es coordina la derivació dels condemnats a les entitats externes on s'executen els programes formatius conveniats. Aquestes institucions, esmentades anteriorment, tot i no desenvolupar un procés acreditatiu, sí que han de superar un concurs públic tant per a l'execució dels programes formatius en el marc de les MPA com per a l'execució de programes de caràcter voluntari.

Taula 9: Entitats que ofereixen actualment programes formatius per a homes maltractadors a Catalunya en el marc de les MPA conveniades regularment amb el Departament de Justícia: objectius, ingredients terapèutics i estructura de la intervenció

Entitat	Programa	Àmbit territorial	Objectius	Ingredients terapèutics	Estructura intervenció
Fundació Assis-tència i Gestió Integral (AGI)	ARHOM (Pro-grama d'Atenció i Reinsersió d'Homes que Maltracten)	Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Ofereix suport i intervenció terapèutica als homes que maltracten, amb la finalitat de normalitzar les seves accions i conductes per aconseguir una convivència familiar saludable • Atenció integral immediata i específica per a homes amb problemàtiques concretes • Intervenció i suport psicològic • Assessorament jurídic/legal • Seguiment i suport fins a l'adquisició de noves pautes de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxació • Cicle de la violència • Identificació del maltractament • Identificació de les pròpies sensacions • Aprendre a argumentar i a escoltar • Trencar mites en relació amb el paper de l'home dins la parella • Actituds envers la dona • Interiorització d'aprenentatges • Resolució de conflictes • Educar en sentiments aliens • Confiança • Afecte, amor i sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessions individuals d'1 h aproximadament (mínim 3 sessions i normalment se'n fan 4) • Sessions grupals (12 sessions de 2h cada una)
Associació per a la Reeducació Comunitària (ARC)	Programa d'Intervenció psicoeducativa destinat a homes que exerceixen violència contra les dones	Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Protegir les dones víctimes de violència de gènere • Prevenir els comportaments de violència de l'home sobre la dona • Eliminar les conductes violentes exercides per l'home sobre la dona • Evitar la reincidència 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilització • Reconeixement dels fets • Anàlisi dels episodis violents • La intervenció en els factors de risc • L'empatia amb la víctima • El compromís de canvi 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase inicial –individual- (3h) • Entrevista motivacional • Fase grupal (24h) • Fase de consolidació i manteniment (3h) [®] avaluació seguiment
Associació Institut GENUS	Programa formatiu i de tractament per a responsables de delictes de violència de gènere	Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Reconèixer la violència com a conducta no apropiada. Reconeixement de la Llei • Reconèixer la seva responsabilitat i implicació en les relacions violentes en l'àmbit familiar • Redefinir el significat de comportament violent • Conèixer els patrons propis de comportament violent • Revisar el sistema de creences • Trobar i aprendre formes d'expressió i de relació alternatives • Intervenir en la relació amb l'abús • Desenvolupar habilitats socials per a la resolució dels conflictes de forma no violenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilitat • Consciència emocional • Violència de gènere • La dona: percepció i respecte • Control de la resposta emocional • Entrenament en habilitats alternatives • Autoestima • Prevenció de recaigudes 	<ul style="list-style-type: none"> • Fase de diagnosi (individual) • Fase de desenvolupament (grupals) mínim 12 sessions de 2h • Fase de tancament (individual)

Institut de Treball Social i Serveis Socials (INTRESS)	Programa d'intervenció psicoeducativa individual i grupal per a homes que compleixen sentències relacionades amb delictes de violència de gènere	Girona Tarragona Lleida	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir el nivell de violència intrafamiliar per millorar el benestar de les famílies i la protecció de les víctimes. La intervenció es focalitza en la relació abusiva des de les diferents perspectives que aporta l'enfocament ecològic amb el propòsit de frenar l'exercici de la violència i desenvolupar habilitats emocionals i relacionals per a la resolució de conflictes 	<ul style="list-style-type: none"> • Relació de la persona amb la violència • Regular les emocions • Problemes associats • Fer una mirada al nen maltractat de la persona atesa • Situació legal • Xarxa social • Aprendre a identificar i a expressar sentiments. Habilitats de comunicació • Dependència emocional • Identitat i rols de gènere • Responsabilització de la pròpia conducta violenta • Reconeixement dels senyals de previolència • Identificació d'idees i creences • Alternatives a la violència • Discussió del diagrama de dependència 	<ul style="list-style-type: none"> • Acollida i avaluació inicial • Atenció grupal • Seguiment individual • Tancament de l'avaluació final
Institut de Reinserció Social (IRES)	<p>Servei d'Atenció a Homes per a la Promoció de Relacions no violentes (SAH) de caràcter voluntari</p> <p>Servei d'Atenció a Homes que maltracten (SAHM) derivats de MPA</p>	Barcelona Illes Balears	<ul style="list-style-type: none"> • Informació, assessorament i intervenció psicossocial a homes que maltracten amb l'objectiu de millorar la seguretat i el benestar de les víctimes (dones i filles i fills) a través d'una reducció o un cessament de la violència • Oferir un tractament psicoeducatiu per tal de eliminar la violència i per millorar la convivència en l'àmbit familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Estat d'ànim, ansietat i estrès • Habilitats emocionals • Aspectes biogràfics • Resolució de problemes • Control d'impulsos • Perspectiva de gènere: masculinitat 	<ul style="list-style-type: none"> -- Sessions individuals • Sessions quinzenals de grup (d'1h) • Durada del servei en funció de cada cas • Grups de màxim 8 persones

Fon: Elaboració pròpia a partir de les dades de: Fundació Ires (2012); Pérez i Martínez (2010); Subirana-Malaret (2006).

Amb la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere, la mesura obligatòria de realitzar un Programa Formatiu entrà en vigor el juny de 2005, i aquest nou marc d'actuació va suposar al Departament de Justícia de Catalunya haver d'acceptar les institucions existents per poder executar els programes, tot i no que prèviament no s'hagués efectuat un procés acreditatiu que permetés garantir l'aptitud i homogeneïtat de les mateixes (Geldschläger, 2009) ni els seus programes. Aquest és un punt important en el qual, actualment, hi està treballant l'Observatori contra la Violència Doméstica y de Género per tal d'obtenir una homogeneïtat de programes (Magro, 2011), així com establir algun tipus d'acreditació per als professionals que hi treballen, sigui l'assistència als programes de caràcter obligatori o voluntari.

5.5.1 EL SERVEI D'ATENCIÓ ALS HOMES QUE MALTRACTEN (SAHM)

El SAHM forma part del Programa d'Accions Contra la violència Domèstica de l'IREs a les comarques de Girona i ha estat actiu fins l'any 2009 amb algunes intermitències.

Es tracta de la primera experiència de tractament amb homes maltractadors a Catalunya iniciada l'any 1998, concretament a la delegació de Girona.

La modalitat terapèutica aplicada es basa en un tractament psicològic a nivell individual, d'enfocament cognitivo-conductual i aplicat en quatre fases (veure la Taula 26). Per a cada sessió s'estableixen uns continguts a treballar a través de tècniques o estratègies concretes i, un cop finalitzada la sessió, es marquen unes pautes a treballar a casa per tal de practicar els coneixements adquirits. Es considera aquesta pràctica bàsica per assolir els objectius establerts amb cada usuari.

En la primera o primeres sessions es recullen les dades de l'usuari i se l'informa sobre el funcionament del servei, així mateix, se l'informa d'altres recursos als quals pot accedir si es considera oportú. Una vegada iniciat el tractament, l'atenció es porta a terme a partir de sessions quinzenals (o setmanals, si s'escau) d'una durada d'entre 45 i 75 minuts, en funció de les característiques del cas i del moment del tractament en el qual es trobin els participants. En alguns casos es poden espaiar les sessions bé per demanda del propi usuari o perquè la dinàmica del tractament ho requereix. Finalitzada la intervenció, s'ofereix la possibilitat de fer un seguiment telefònic i presencial durant l'any immediatament posterior al termini de la intervenció amb periodicitat, normalment, trimestral.

Taula 10: Característiques del procés d'intervenció al SAHM

Fase	Procés d'intervenció
1a fase (1-2 entrevistes)	<ul style="list-style-type: none"> • Acollida • Demanda • Recollida de dades i avaluació inicial • Coordinació amb altres serveis o professionals • Diagnòstic • Pla d'intervenció terapèutica o altres • possibles derivacions
2a fase	<ul style="list-style-type: none"> • Tractament psicològic • Coordinacions amb altres serveis o professionals • Avaluacions • Plantejament treball parella
3a fase	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinacions • Avaluació final • Prevenció de recaigudes • Sortida (Alta)
4a fase	<ul style="list-style-type: none"> • Seguiment/control

Els continguts terapèutics són revisats i actualitzats en cada cas per tal de configurar millor les intervencions individualitzades, tot i que sigui a partir de continguts genèrics. Tanmateix, tot i l'adaptació dels continguts a cada cas i l'atenció individualitzada, la tasca terapèutica sovint resulta difícil per a la manca d'habilitats (cognitives, sobretot) presentades pels usuaris, i pel fet que s'aborden valors i creences molt arrelades en el funcionament d'aquests homes (Fundació IReS, 2004). Els continguts genèrics s'agrupen en els següents grans blocs:

1. **Autoestima i autoconcepte:** Acceptació de les limitacions personals; valoració de les virtuts pròpies; responsabilització per un mateix; culpabilitat; projeccions; mecanismes de defensa cognitius (minimitzacions, justificacions, racionalitzacions, etc.)
2. **Habilitats socials:** Estils comunicacionals; agressivitat, passivitat, assertivitat, agressivo-passivitat; respecte per un mateix versus respecte pels altres, empatia i simpatia; sosteniment i gestió de les tensions; expectatives sobre el funcionament social versus funcionament individual; violència versus agressivitat.
3. **Gestió de les emocions:** Identificació de les emocions bàsiques; auto-observació; expressió i gestió de les pròpies emocions: licitació, prohibició, bloqueig, confusió; identificació de les emocions dels altres; empatia i simpatia.
4. **Estereotips de gènere:** Identificació i anàlisi de creences estereotipades; drets deures segons pertinença a gènere; construcció social diferenciada; preceptes, normes, regles i càstigs; amor romàntic i gelosia; dependència, submissió, gestió del poder; sexualitat.
5. **Aspectes biogràfics:** Reconnectar amb l'experiència de violència en la família d'origen; potenciar l'empatia mitjançant el record de l'experiència personal.
6. **Control d'impulsos:** es parteix de la dificultat en el control dels impulsos com mecanisme de defensa, nocions estereotipades (provocació, estrès); discurs sobre l'ús de l'alcohol o drogues com a atenuants, dificultats per detectar senyals d'alarma; dificultats per a gestionar la tensió física i psicològica, contrastar el problema del control dels impulsos amb l'agressió com a decisió; introducció de tècniques de relaxació.
7. **Mecanismes de defensa:** Es parteix d'estils cognitius rígids, auto-protectors i interioritzats (negacions, minimitzacions, justificacions, desplaçaments) i es pretén reestructurar els pensaments que detonen l'agressió i els que interfereixen en la seva capacitat per a responsabilitzar-se'n.

- 8. Resolució de conflictes:** Es parteix d'una baixa tolerància a la frustració, necessitat de solucions ràpides i expeditives, percepció del conflicte com una pèrdua, facilitat per adoptar estratègies passivo-agressives; i es pretén fer entendre els processos que subjauen en la frustració (ansietat, aspectes cognitius), abordar diferents estils de resolució, entendre el conflicte com una oportunitat de diàleg, afrontar el malestar que provoca i desvincular-lo de la noció de pèrdua.
- 9. Habilitats socials:** Partint d'unes mínimes habilitats socials s'intenta anar cap a una homogeneïtzació entre l'aspecte públic (respectuós) i el privat; abordatge de discursos subjacents a la inhabilitat social.
- 10. El poder i la violència:** Discussió dels discursos extrems; minimització i/o justificació de la violència; la complementarietat en la relació; ser agressiu és propi de l'ésser humà, ser violent una decisió; posar en qüestió els mites que es deriven de l'amor romàntic.

Els objectius generals de la intervenció són 1) millorar el benestar de les famílies (evitar noves victimitzacions), 2) oferir un tractament terapèutic als agressors, 3) oferir estratègies d'afrontament per superar les situacions de VCP i domèstica actuals i passades. Així mateix, 4) oferir un espai on es puguin rebre suport emocional, tractament i informació sobre les conductes violentes dins la família, 5) abordar trastorns i simptomatologies que siguin tant causants com produïts pels episodis de violència, 6) afavorir els processos de desenvolupament personal per tal d'adquirir habilitats, capacitats i activitats que li permetin a l'agressor situar-se davant la situació, prendre decisions i assumir les conseqüències, 7) facilitar la derivació als altres serveis d'IReS o a serveis externs a la Institució, i 8) tenir en compte els aspectes biogràfics de l'agressor per valorar com han influït en l'inici i manteniment de la violència viscuda.

Els tractaments tenen una durada aproximada d'1 any, amb una amplitud de marge que va des de les intervencions de 6 a 16 mesos. Aquesta amplitud temporal es deu a la interrelació existent entre l'evolució del participant, els continguts a treballar, i també als continuats esforços tècnics que són necessaris per mantenir el nivell motivacional dels usuaris (Fundació IReS, 2004). Les sessions solen tenir caràcter quinzenal.

A banda dels programes de tractament voluntari, mereix una consideració a part l'accés al SAHM per derivació de les Mesures Penals Alternatives. Pel que fa a les MPA ateses al SAHM, segons la informació consultada s'han atès un total de 4 casos corresponents a l'any 2004. Tot i que aquests han estat exclosos de la investigació per no complir el requisit de voluntarietat, s'han observat una sèrie d'aspectes significatius a la literatura revisada i als propis expedients que s'han considerat d'interès per a ser comentats en aquesta investigació:

- Tot i que la proposta inicial constava de tres fases d'intervenció (amb un total de 26 sessions setmanals que sumaven 65 hores de treball teràpio-formatiu), raons administratives i econòmiques han impedit l'execució d'aquesta proposta reduint-la a 10 sessions individuals en les quals s'informa a l'home sobre conceptes relacionats amb la violència familiar i de gènere.
- La totalitat dels casos que s'han atès s'han mostrat d'acord en participar en la mesura proposada. Malgrat aquesta intencionalitat inicial, cap dels homes participants en el servei s'han responsabilitzat de la seva violència cap a llurs parelles i/o fills. Hi ha hagut negació de les sentències i aquesta ha estat una postura que ha impedit el treball plantejat.
- Envers els professionals del servei, se'ls ha considerat com a elements d'avaluació i judici, de manera que els participants han volgut mostrar una realitat ben diferent a l'existent. Això no ha afavorit la vinculació amb el servei, que tampoc s'ha disposat del temps suficient per poder visualitzar l'element d'ajuda que suposa un servei com aquest.
- Tot i que s'han desenvolupat les sessions i els continguts previstos no es pot parlar de canvis en els comportaments ni en les concepcions sobre el poder, el gènere ni les relacions familiars. Des del SAHM, es considera que deu sessions individuals i són un temps i unes condicions insuficients tant per poder treballar conceptes com l'abús del poder, la por a perdre el domini de les situacions familiars o l'egocentrisme masculí dins els sistemes familiars.
- Segons el SAHM, cal introduir més variables socials i educatives en la tasca per tal d'abordar la problemàtica com quelcom multicausal. Tanmateix, per desenvolupar la intervenció des d'aquesta perspectiva cal disposar d'uns requisits tant materials com de disponibilitat dels participants suficients per garantir l'eficàcia i validesa de la tasca i dels resultats que se'n deriven.

5.6 Models de tractament

Tal i com ja s'ha comentat al llarg d'aquest estudi d'investigació, des que es van desenvolupar els primers programes de tractament psicològic per a homes agressors contra la seva parella hi ha hagut un interès creixent, sobretot en el tractament en un medi comunitari (Echeburúa, Corral i Amor, 2004). També hem constatat que els programes de tractament, bé en un règim comunitari, bé a presó o sota control judicial (Cervelló, 2001) són cada vegada més freqüents i que a dia d'avui es disposa de diversos models de tractament que es basen en diferents aproximacions teòriques. Els programes de tractament actuals es poden donar principalment en tres contextos:

- a. desenvolupats en els centres penitenciaris
- b. desenvolupats com a mesures penals alternatives a la presó (MPA)
- c. d'assistència voluntària i desenvolupats en un context comunitari

En un recent article, Ponce (2011) apunta 4 tendències o enfocaments principals en la intervenció amb homes maltractadors: 1) enfocament psicopatològic-desordre de personalitat, que entén el problema de la VCP per qüestions de caràcter psicopatològic i de personalitat a la base, considerant que els homes que exerceixen violència repetidament pateixen desordres de personalitat (Dutton i Bodnarchuk, 2005), 2) enfocament psico-educatiu pro-feminista que, sota el prisma de gènere i social, considera que la VCP parella esdevé a causa de les relacions de poder i control, desiguals, dels homes envers les dones, 3) enfocament cognitivo-conductual, que conceptualitza la violència com a conseqüència de problemes amb els pensaments, creences i conductes de les persones, i 4) enfocament narratiu-constructiu, que “s’inscriu en un marc epistemològic “constructiu”, nominació que enllaça les perspectives socio-construccionistes i constructivistes” (Ponce, 2010, p.9).

Hamberger i Hastings (1993), pioners en l'estudi de la VCP i els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, distingeixen cinc tipus de models de tractament en funció de la comprensió etiològica de la VCP: el model feminista, el model conductual/cognitiu, el model de ventilació, el model d'orientació interior i el model sistèmic, comentats amb detall al capítol 3 d'aquest estudi.

Actualment i a la pràctica, se solen utilitzar components dels diferents models teòrics en els programes per a maltractadors, amb l'objectiu que els homes siguin conscients, es responsabilitzin i afrontin les conseqüències de les seves conductes (Medina, 2002). La majoria dels programes actuals també incorporen components orientats a solucionar les necessitats de control de la ira i l'estrès, i desenvolupar habilitats de comunicació (Davis i Taylor, 1999).

Les perspectives de futur contempnen l'aplicació d'un tractament individual, combinat amb sessions de grup, amb una perspectiva global de violència familiar, en un context precís (a la comunitat, a presó o sota vigilància judicial, segons els casos) i, quan calgui, incorporar tractament psicofarmacològic si existeixen trastorns de l'estat d'ànim o d'impulsivitat (Cervelló, 2001; Mauro i Avery, 1996). D'altra banda, les diferents institucions implicades en el desenvolupament dels programes formatius, focalitzen actualment part de les seves estratègies per aconseguir una homogeneïtzació dels esmentats programes, així com una homogeneïtzació en la formació dels professionals que els han d'impartir (Magro, 2011).

5.7 Eficàcia dels programes formatius i reincidència

Una qüestió pregonament debatuda en l'àmbit internacional i nacional és l'eficàcia dels programes per a homes maltractadors. El que Gondolf (1997b) ja qüestionava al segle

passat, segueix sent un debat obert malgrat l'evolució que els programes han experimentat. Crowell i Burgess (1996) sostenen que els estudis realitzats fins a la data proven de manera consistent que el tractament dels maltractadors és una mesura eficaç en la prevenció de la VCP. En la mateixa línia se situen Echeburúa i Fernández-Montalvo (1997); Austin i Dankwort (1999); o Babcock i Steiner (1999) i consideren que els tractaments psicològics d'homes que exerceixen VCP mostren resultats esperançadors. A l'altra cara de la moneda, Jacobson i Gottman (1998) se situen en una posició més crítica, qüestionant les limitacions que tenen aquests programes. En investigacions més recents, Pérez i Martínez (2009) parlen d'una efectivitat moderada dels programes formatius per homes que exerceixen VCP, realitzats per les diferents entitats implicades en l'execució penal a la comunitat de violència de Gènere a Catalunya. En referència als programes per a homes que estan empresonats, Loinaz, Torrubia, Echeburúa, Navarro i Fernández (2009) consideren que, al no tenir en compte l'heterogeneïtat dels usuaris, es poden desatendre les necessitats terapèutiques individuals, les teràpies que es realitzen poden ser ineficaces i no facilitar la reinserció dels subjectes. Arce i Fariña (2010) també subratllen que cal realitzar intervencions ajustades a les necessitats i característiques específiques de cada penat per millorar la seva eficàcia.

Taula 11: Resultats obtinguts en els programes d'intervenció amb maltractadors

Autor i any	Seguiment	Resultats
Dechner et al. (1986)	1 any	Millora significativa
Harris (1986)	Postractament	Millora en un 73% dels casos
Hamberger i Hastings (1988)	Postractament	Millora significativa 51% d'abandonaments
Edleson i Syers (1990)	6 mesos	Millora significativa 68% d'abandonaments
Faulkner et al. (1992)	Postractament	Millora significativa
Palmer et al. (1992)	1 any	Millora significativa en relació amb maltractadors no tractats
Rynerson i Fishel (1993)	Postractament	Millora significativa
Echeburúa i Fernández-Montalvo (1997)	3 mesos	48% de rebuigs terapèutics a l'inici del programa 69% d'èxit terapèutic en els casos tractats
Taylor et al. (2001)	1 any	Millora significativa

Font: Adaptat d'Echeburúa, de Corral, Fernández-Montalvo i Amor (2004)

Tal i com s'ha comentat anteriorment, a la literatura revisada també es recolza, de manera bastant unànime, els beneficis de les intervencions multimodal (cognitiu i comportamental) i multinivell (individual, grupal, xarxa social, laboral) (veure per exemple Pérez i Martínez, 2010). Tot i no poder obtenir conclusions definitives (Gondolf, 1997, 2011), tots

els investigadors coincidim en la necessitat de realitzar més estudis i recerca en les diferents esferes que intervenen en els programes de tractament per a homes que exerceixen VCP.

L'anàlisi de la reincidència és la forma més comuna d'avaluar l'eficàcia dels programes formatius, definint la variable reincidència com tota aquella nova denúncia policial o tot nou ingrés a la presó que hagi tingut lloc després de la finalització del programa formatiu, i mesurada en diferents períodes que oscil·len entre els 6 i els 48 mesos posteriors, majoritàriament (Pérez i Martínez, 2009). Ford i Regiola (1992); Gondolf (1997a); Olson i Stalans (2001) situen la taxa de reincidència dels agressors domèstics entre el 20% i el 30%. Babcock, Green i Robie (2004) la situen en un 21%, després de fer un programa de tractament i mesurada mitjançant denúncies policials.

Una altra forma de mesurar l'eficàcia dels programes formatius és mitjançant les dades reportades per les víctimes, prenent evitar d'aquesta manera el nombre de delictes en xifra negra, que poden deixar de banda els estudis que mesuren la reincidència mitjançant el nombre de denúncies policials. Sherman, Schmidt i Rogan (1992) van observar que les dades reportades per la policia eren similars a les reportades per les víctimes en 5 de cada 7 casos; i la investigació en la matèria indica que les denúncies policials són una millor mesura de la reincidència que la que s'aporta segons un nou empresonament (Maltz, 1984). Recentment, i en el nostre àmbit comunitari, pel que fa a la reincidència avaluada mitjançant denúncies policials, Pérez i Martínez (2010)³⁵ han trobat que el 8,8% de les persones que han seguit un programa formatiu reincideixen.

5.8 Indicadors d'èxit i fracàs terapèutic en els programes formatius

En el panorama actual, gran part dels estudis centren el seu objectiu en el coneixement dels factors relacionats amb l'abandonament dels programes i la forma de prevenir-los. Això, tant pel que fa al panorama internacional (Creazzo, 2009; Dutton i Corvo, 2006; Feazell, Mayers i Deschner, 1984; Gondolf, 2011; Helton, 2010; Stith i McMongle, 2010; Stoops, Bennet i Vincent, 2010), com al nacional (Arce, Fariña i Suárez, 2010; Echeburúa *et al.*, 2010; Expósito i Ruiz, 2010; Larrauri, 2010; Lila *et al.*, 2010; Magro, 2011; Redondo, 2008). L'interès que suscita el tema no és en debades, doncs segons algunes investigacions preliminars com la de Hamberger i Hastings (1989) el sol fet de rebre tractament podria reduir la taxa de reincidència, la qual s'ha relacionat en primer lloc amb les característiques individuals dels maltractadors, abans que amb el tipus d'intervenció rebuda (Gondolf, 2002). Posteriorment, Gondolf (2002), el qual ha dut a terme l'estudi longitudinal més extens arreu

³⁵ Per a una informació més detallada sobre la reincidència dels agressors contra la parella a Catalunya, es poden consultar les investigacions encarregades pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada del Departament de Justícia: "Avaluació de programes de formació aplicats des de l'execució penal a la comunitat en delictes per violència de gènere", de Pérez i Martínez (2009) (http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/SC_1_081_10.pdf) i "La reincidència dels condemnats per delictes de violència de gènere a programes formatius aplicats des de l'execució penal a la comunitat", de Pérez i Martínez (2010) (http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/SC_1_083_10.pdf)

del món amb més de 700 homes que van participar en un programa d'intervenció per a homes maltractadors als Estats Units, i les seves parelles, ex parelles i noves parelles, emfatitza que la majoria d'homes cessen la violència contra la parella i mantenen la conducta no violenta al menys durant els 4 anys següents després de finalitzar el programa (Debbonaire i Todd, 2012).

S'ha constatat unànimement que els programes de tractament resulten d'utilitat en els casos en que l'agressor és conscient del seu problema, assumeix la seva responsabilitat, té motivació per a modificar la seva conducta agressiva i efectua el programa de tractament adequadament (Echeburúa, Corral i Amor, 2004; Echeburúa i Amor, 2010; White i Gondolf, 2000).

Taula 12: Indicadors d'èxit terapèutic en els homes agressors contra la parella que assisteixen a un programa formatiu

Indicadors d'èxit terapèutic	
En relació amb l'agressor	<ul style="list-style-type: none"> • Ser conscient del seu problema • Assumir la seva responsabilitat en els episodis de violència • Estar motivat per a modificar la seva conducta agressiva
En relació amb el programa formatiu	<ul style="list-style-type: none"> • Finalització del programa • Caràcter voluntari

Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'Echeburúa, Corral i Amor (2004)

Si bé l'existència d'aquests factors són indicadors del possible èxit terapèutic, en els tractaments obligatoris com a substitució de la pena de presó acostuma a haver-hi una manca d'implicació per part de l'agressor que dificulta que els programes es puguin executar correctament. Segons Echeburúa, Corral i Amor (2004) les taxes d'èxit en subjectes derivats del jutjat i sotmesos obligatòriament a teràpia són molt baixes “perquè el maltractador no té una motivació genuïna per a canviar el seu comportament”. El rebuig al tractament sol ser més elevat en les primeres sessions i en els programes obligatoris, en els quals l'actitud dels subjectes es sol caracteritzar per la presència de negació o minimització dels fets delictius, atribució de la culpabilitat a la dona, a la justícia o a les feministes, junt amb conseqüències negatives per a la seva activitat laboral (Ministerio del Interior, 2010).

En aquest sentit, apostar exclusivament per les mesures coercitives o punitives és un error (Redondo, 2008) ja que el *ius puniendi* de l'Estat ha demostrat no poder resoldre el problema de forma únivoca. Tal i com indiquen Echeburúa, Corral, Fernández-Montalbo i Amor (2004, p.4) “colpejar o maltractar d'obra de forma no habitual és tal sols una *falta* sancionada amb arrest de 3 a 6 caps de setmana o, alternativament, amb multa d'un a dos mesos (article 617 del Codi Penal); al seu torn, l'exercici de la violència física o psíquica habitual,

segons l'article 153, és un delictes que està penalitzat amb una pena que oscil·la entre els 6 mesos i els 3 anys de presó. La qual cosa significa que el maltractador, en termes generals, o bé no entra a la presó (les penes de menys de 2 anys –o de 3, si és un toxicòman o alcohòlic– imposades a un delinqüent primari solen ser objecte de suspensió condicional) i mostra una irritació addicional per la condemna, o, si resulta empresonat, ho és per un període curt”.

Taula 13: Indicadors del fracàs terapèutic en els homes agressors contra la parella que assisteixen a un programa formatiu

Indicadors de fracàs terapèutic	
En relació amb l'agressor	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconeixement del problema • Actitud soberbia d'autosuficiència • Aparent domini de la situació • Resistència al canvi • Falta de motivació
En relació con el programa formatiu	<ul style="list-style-type: none"> • Rebuig envers el programa • Abandonament • Caràcter obligatori

Font: elaboració pròpia a partir de les dades d'Echeburúa, Corral i Amor (2004)

Redondo (2008, p. 90) conclou que “el *reforçament* del comportament apropiat, mitjançant recompenses convenients que incloguin, per damunt de tot, el “reforçament social”, és un mètode potent i durador de canvi i millora del comportament humà, mentre que el *càstig* de les conductes delictives i d'agressió, utilitzat de forma aïllada, és un mètode no només poc eficaç sinó de possibles efectes contraproductius. Si no, que ho diguin als impulsors de tots els enduriments penals propiciats a Espanya durant els últims anys, inclòs l'àmbit dels assassinats de dones per les seves parelles! Desgraciadament, pocs èxits a documentar”. En els programes de tractament per homes maltractadors, igual com en els de delinqüents, cal treballar la motivació dels subjectes perquè aprenguin repertoris més adaptats i cessin la conducta violenta (Redondo, 2008).

Tal i com s'ha pogut constatar al llarg d'aquest capítol i segons la literatura revisada, tant els estudis internacionals i nacionals actuals com alguns de preliminars apunten la motivació pel canvi dels subjectes com a factor clau de l'èxit terapèutic (Arce i Fariña, 2010; Cadsky, Hasen, Crawford i Lalonde, 1996; Echeburúa i Amor, 2010; Redondo, 2008; Gondolf, 2011, 2012; Larrauri i Anton, 2008; Morran, Wolf-Light, Andrew i Macrae, 2010; Murphy, Musser i Maton, 1998; White i Gondolf, 2000). Donada la importància d'aquest factor i sent un dels vectors clau d'aquesta investigació, es passa a tractar amb detall al capítol següent.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

La motivació com a factor clau en l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella

6

6.1 Consideracions prèvies sobre l'adherència al tractament en els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella

En un recent meta anàlisi realitzat per Jewell i Wormith (2010) per a determinar en quin grau les variables demogràfiques, les variables relacionades amb la violència i les variables personals prediuen el rebuig i abandonament dels programes de tractament, es van avaluar un total de 30 estudis publicats en anglès entre el 1985 i el 2010 i els resultats suggereixen que les variables que prediuen l'abandonament tendeixen a ser les mateixes que prediuen la reincidència i es relacionen amb la voluntat de l'agressor de canviar la conducta. Ja hem comentat que, malgrat l'increment i perfeccionament que hi ha hagut dels programes per a homes que exerceixen VCP, el seu abandonament prematur continua sent un problema a resoldre (Scott, 2004).

A l'altra extrem de l'abandonament prematur hi ha la finalització del programa de tractament, que es pot relacionar amb l'adherència terapèutica. En un recent estudi de Conchell, Lila, Catalá, Del Hierro i Lorenzo (2011) en el que s'avaluen les estratègies per incrementar l'adherència en els programes de reeducació per maltractadors en el programa Contexto (realitzat a la província de València i mencionat en el capítol anterior), s'han trobat uns índexs menors d'abandonaments que els autors han relacionat amb l'ús específic de tècniques motivacionals dirigides a augmentar l'adherència terapèutica dels participants i la seva motivació pel canvi.

En el camp de la psicologia de la salut, la importància d'estudiar l'adherència terapèutica es dona per diversos motius. En primer lloc, "perquè gran part de les indicacions terapèutiques no poden ser supervisades quotidianament per un agent extern al pacient sinó que, normalment, queden sota la seva directa responsabilitat" (Ortiz i Ortiz, 2007, p.1). Seguidament, com indiquen els mateixos autors, pel no compliment de les recomanacions

terapèutiques (entre el 30% i el 70% segons el National Heart, Lung and Blood Institute (1998) i un 40% segons Martín i Grau (2005). En tercer lloc, perquè s'ha demostrat que quan els tractaments generen canvis en els hàbits de vida, en una o diverses àrees de l'individu, els percentatges d'adherència disminueixen significativament (Rodríguez, 2001). Finalment, perquè "si un pacient no compleix les indicacions mèdiques és impossible estimar l'efecte del tractament" (Ortiz i Ortiz, 2007, p.2). En aquest sentit, s'ha constatat que l'adherència terapèutica és un bon predictor del resultat de diversos tipus de tractament (Bright, Baker i Niemeyer, 1999) i suposa un estalvi econòmic per a l'estat (Oldrige, 2001; Ortiz i Ortiz, 2007). Aquesta darrera data és molt important en el cas dels programes de tractament per a homes maltractadors, siguin obligatoris per suspensió de condemna siguin voluntaris, ja que en el debat sobre la seva efectivitat recordem que subjau també la qüestió sobre si aquests recursos econòmics són ben destinats o no (Larrauri, 2010).

Per entendre el significat de l'adherència terapèutica, tot i que actualment no existeix unanimitat en una definició unívoca del concepte (Ortiz i Ortiz, 2007), en termes generals és freqüent trobar a la literatura científic conceptes com compliment, adherència, cooperació, col·laboració, obediència, observança, aliança terapèutica, seguiment, adhesió i concordança (Basterra, 1999). Tanmateix, una definició ben difosa i acceptada en l'àmbit mèdic és la que conceptualitza l'adherència com el context en el qual la conducta d'una persona (el pacient) es correspon amb les instruccions lliurades per l'equip de salut (Haynes, 1979; DiMateo, 2004a; Sackett i Haynes, 1979). Una altra definició àmpliament acceptada és la de DiMatteo i DiNicola (1982, p. 33) la qual conceptualitza l'adherència com "una implicació activa i de col·laboració voluntària del pacient en un curs de comportament acceptat de mutu acord, amb la finalitat de produir un resultat preventiu o terapèutic desitjat". En definicions més actuals, com la de Zaldivar (2003) es proposa que l'adherència terapèutica es refereix a un repertori de conductes incloent la voluntat de formar d'un programa de tractament, posar en pràctica les seves indicacions, evitar comportaments de risc i incorporar a l'estil de vida conductes saludables. Pel que fa als factors personals que determinen la no adherència terapèutica en l'àmbit de la psicologia de la salut, es poden mencionar variables com la falta de motivació, desconeixement o baixa autoestima (Ortiz, 2004). Diferents models teòrics (com el Model de Creences de la Salut, la Teoria de la Conducta Planificada o el Model Trans-teòric) tenen com a objectiu entendre, predir i millorar l'adherència (Bowen, Helmes i Lease, 2001; DiMatteo i Martin, 2002), i comparteixen com a factors implicats en la consecució dels objectius la comunicació entre professional i pacient, els processos cognitius i socials dels pacients, i els recursos disponibles dels pacients en un ampli context (DiMatteo, 2004a).

Pel que fa al concepte d'adherència aplicat en el marc dels programes de tractament o formatius per a homes maltractadors contra la parella, s'ha relacionat amb la voluntat de l'usuari de continuar amb el tractament, assistir a les sessions i realitzar les tasques assignades (Redondo, 2008).

A la figura 5 es pot observar la confluència de definicions en el concepte d'adherència terapèutica tant en termes generals com específicament en el marc dels programes de tractament per a homes que exerceixen VCP.



Figura 5: Adherència al tractament

Tal i com s'ha constatat a la literatura revisada, l'adherència al tractament està íntimament relacionada amb la motivació, per això, la “simple presència” a les sessions terapèutiques no es pot considerar una variable d'adherència determinant, ja que l'assistència al programa per part dels subjectes també requereix implicació i motivació pel canvi per part seva (Quinteros i Carbajosa, 2008). Aquesta dada és especialment representativa en els casos dels programes formatius de caràcter obligatori, en els quals, com indica Larrauri (2010, p. 207) “els participants poden assistir, o “escalfar” la cadira com s'afirma col·loquialment, i no participar activament en el programa”.

Ortiz i Ortiz (2007) indiquen que la dificultat de trobar un consens en una definició única d'adherència, fa que la seva operacionalització i forma de mesura sigui més complexa i, de fet, a la literatura revisada els estudis varien àmpliament al respecte d'aquesta consideració (veure per exemple DiMatteo, 2004a). Aquesta és una consideració a tenir en compte, ja que tant la forma de mesura com les diferències del context produeixen variacions en les estimacions de l'adherència, els correlats i els resultats (DiMatteo, Giordani, Lepper et al., 2002; DiMatteo, Lepper i Croghan, 2000).

En un ambiciós metaanàlisi realitzat per DiMatteo (2004a) en el qual es va dur a terme una revisió quantitativa de 50 anys de recerca mitjançant 569 estudis publicats en l'àmbit de la medicina, per estudiar les variacions en l'adherència dels pacients a les recomanacions mèdiques, es va trobar l'evidència que, tot i que l'adherència és un constructe que es pot entendre en part en termes de coneguts models teòrics i específics, també són determinants importants dels resultats de la investigació les formes de mesura i el context de la investigació. Segons aquest metaanàlisi, un major nivell d'adherència s'aconsegueix amb règims més circumscrits (medicament davant dels comportaments de salut generalitzats), així com

en situacions en què els pacients compten amb majors recursos (com l'educació i els ingressos). També es va trobar que els factors metodològics, com són si l'adherència es mesura de manera objectiva o subjectiva i els factors contextuals que envolten la investigació, com poden ser la seva antiguitat, el trastorn (malaltia) específic i la població d'estudi, tenen efectes significatius en els resultats. Aquests resultats subratllen la idea que l'adherència no pot ser una construcció unificada i que, si bé la noció general d'adherència podria ser útil, el que s'aprèn del seu estudi és que es veu afectada per les decisions preses envers el seu disseny d'investigació. D'altra banda, també es posa de manifest que la falta d'adherència és molt elevada (amb una mitjana de 24,8%), la qual pot estar determinada per diversos factors com, per exemple, l'autodeterminació del pacient (Sieber i Kaplan, 2000), presència de depressió (Carney, Freedland, Eisen *et al.*, 1995; DiMatteo, Lepper i Croghan, 2000), o manca de suport social (DiMatteo, 2004b) entre d'altres. Com alerta DiMatteo (2004a) és preocupant que hi hagi un gran nombre de pacients que no entenen, obliden, o escullen no seguir les recomanacions dels seus professionals de la salut.

Si tenim en compte la consideració de Morse, Mitcham, Hupsey i Teason (1996) envers l'adherència, com un concepte conductual que implica accions complexes, emocions i fenòmens que poden ser no directament observables, els mateixos autors indiquen també l'ús de mètodes indirectes com les entrevistes per avaluar-la (veure també Kyngás, 2000). En el camp de la VCP, i més concretament en l'aplicació de programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, en l'actual treball d'investigació de Helton (2011) s'ha avaluat l'adherència als programes formatius a partir de l'anàlisi de documents, revisions telefòniques i revisió de la literatura professional. En els darrers estudis d'Scott (2001, 2004) s'ha utilitzat bàsicament la documentació existent, entenent per documentació els informes i avaluacions efectuades pels professionals que atenen els casos.

6.2 Conceptualització de la motivació pel canvi, motivació interna i motivació externa en els homes que exerceixen VCP

En termes generals, la motivació és una variable sumament relevant i no debades tot model d'aprenentatge es relaciona amb una teoria de la motivació (Maehr i Meyer, 1997; Alonso-Tapia, 1997; Walberg, 1981).

En sentit ampli, i segons el treball de Kleinginna i Kleinginna (1981) per definir el concepte de motivació citat en la publicació de Villamarín i Limonero (2006), es van seleccionar un total de 102 definicions de motivació de diferents procedències i van proposar a partir d'aquí una classificació en 10 categories, considerant les definicions globals les més complertes. També en la publicació de Villamarín i Limonero (2006, p. 22) s'indica que "la motivació inclou tres aspectes: un estat impulsor dins l'organisme que s'activa per necessitats corporals, estímuls ambientals o esdeveniments mentals com ara pensaments o records;

la conducta activada i dirigida per aquest estat; i l'objectiu cap al qual es dirigeix la conducta esmentada". Segons Villamarín i Limonero (2006), a motivació es pot considerar "un procés multideterminat que energitza i dirigeix el comportament partint d'un objectiu. El terme "procés" fa referència a un conjunt d'accions. Per "multideterminat" s'entén el conjunt de factors tant interns de la persona (factors biològics, cognoscitius, afectius, apresos) com externs (factors situacionals o ambientals) que actuen sobre la motivació i, per tant, sobre la conducta. "Energitza" es refereix tant a l'activació o inici del comportament, com al manteniment o persistència d'aquest en el temps, i també al seu vigor o intensitat. "Dirigeix" està relacionat amb el caràcter directiu i orientat de la conducta cap a un objectiu. Comprèn la selecció de la conducta adequada per aconseguir la finalitat perseguida. I, finalment, "objectiu" és la causa o factor principal que posa en marxa tot el procés" (p.22).

En el marc de la VCP, a la literatura revisada s'ha constatat unànimement que els programes de tractament resulten d'utilitat en els casos en que l'agressor és conscient del seu problema, assumeix la seva responsabilitat en els episodis de violència, es mostra motivat per a modificar el seu comportament agressiu i completa el programa de tractament (Echeburúa i Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell i Wormith, 2010). I especialment, és determinant per a garantir l'èxit de la intervenció que afrontin el tractament amb un alt nivell de motivació (Arce, Fariña i Suárez, 2010; Miller i Rollnick, 2002; Scott, 2004; Stuart, 2005). Per contra, quan no es donen aquestes circumstàncies apareixen alts nivells de rebuig i abandonament de la teràpia, un aspecte important i comú a tots els programes d'intervenció destinats a homes que exerceixen VCP (Alexander i Morris, 2008; Chang i Saunders, 2002; Daly, Power i Gondolf, 2001; Scott i Wolfe, 2003; Hamberger i Hastings, 1988). Per tot això, un dels principals factors a considerar en el marc terapèutic és el de la motivació per al tractament.

En el nostre objecte d'estudi, és també important tenir en compte que el terme motivació es pot emmarcar com el resultat d'una complexa barreja de continguts culturalment mediatitzats i processos psicològics (Stuart, 2005). En aquest sentit i tal i com s'ha comentat en anteriors capítols d'aquesta investigació, la cultura proporciona "vocabularis socialment aprovats" (Scott i Lyman, 1968) en contextos on la VCP pot estar regulada o prohibida (Stuart, 2005). Tanmateix, cal tenir també present que tot i que malauradament encara moltes cultures del món toleren la VCP com a mitjà de control i/o afirmació de la virilitat (Stuart, 2005), l'acceptació d'aquesta tolerància no és universal i, en cada una de les subcultures, és cada persona individual qui adquireix una visió única i personal pròpia, que afecta a la motivació pel canvi (Stuart, 2004; Stuart, 2005).

Com ja s'ha comentat en alguns dels capítols precedents, la motivació de la conducta humana pot tenir origen en una font externa (motivació extrínseca) o bé l'origen pot ser intern (motivació intrínseca), o bé una combinació de les dues. També és important tenir en compte que "els estats emocionals poden actuar com a veritables motius, per la seva capacitat d'impulsar o d'inhibir el comportament present i futur" (Villamarín i Limonero, 2006, p. 5).

Taula 14: Motivació intrínseca i motivació extrínseca: aspectes diferencials

Tipus de motivació	Aspectes diferencials
Intrínseca	Pot referir-se al coneixement (fa referència al fet de realitzar una activitat pel plaer que s'experimenta mentre s'aprèn, s'explora o s'intenta comprendre quelcom nou) a l'assoliment (pot ser definida com el compromís amb una activitat pel plaer i la satisfacció que s'experimenta quan s'intenta superar o arribar a un nou nivell) o a la recerca d'experiències estimulants (té lloc quan algú s'involucra en una activitat per divertir-se o experimentar sensacions estimulants i positives derivades de la pròpia dedicació a l'activitat)
Extrínseca	A diferencia de la anterior, cuando se da motivación extrínseca la conducta adquiere significado porque está dirigida a un fin, como la consecución de recompensas, la evasión de castigos, de emociones negativas, y no por ella misma.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de Nuñez, Martín-Albo, i Navarro (2005); Deci i Ryan (1985)

En el cas de la VCP, quan la motivació és interna parteix d'una necessitat pròpia de l'agressor per millorar una situació, és a dir, cessar la conducta violenta. I, per tal que es generi aquesta necessitat interna i motivacional, cal que l'home percebi que hi ha quelcom que és necessari millorar i que està a les seves mans canviar (Quinteros i Carbajosa, 2008). El reconeixement que la seva conducta és inadequada és un pas previ imprescindible per a iniciar un procés de canvi. Tanmateix, aquest reconeixement no és suficient sinó que, tal i com indiquen Miller i Rollnick (1991; 2002), ha d'anar acompanyat del convenciment que és possible mantenir un altre tipus de relacions i que aquesta forma nova de relacionar-se li proporcionarà a ell i a les persones que l'envolten uns beneficis.

Pel que fa a la motivació externa, l'home pot iniciar un procés de canvi perquè, en cas de no fer-ho, podria suposar-li perdre el gaudeix i perquè s'arrisca a ser sancionat (Quinteros i Carbajosa, 2008). Confrontar els agressors amb la necessitat d'efectuar canvis en el seu comportament, pel seu propi benefici i el de la seva família, pot ser un estímul extern (efectuat per la família, els amics, o la justícia, entre d'altres) perquè participin activament en un programa de tractament. (Redondo, 1998; Benítez, 1999). Lemire et al. (1996) també indiquen que la motivació externa pot ser un recurs útil, si la majoria dels agressors no disposen de motivació intrínseca per efectuar un canvi de conducta.

En referència al que s'acaba de comentar, en el mencionat estudi de Conchell et al. (2011) en el qual s'han trobat índexs d'abandonaments substancialment menors al programa Contexto que en d'altres programes de característiques similars, els autors apunten a l'entrevista motivacional, l'aliança terapèutica i les tècniques de retenció proactives i de recolzament com a elements que podrien estar a la base de l'adherència terapèutica i, per tant, als no-abandonaments prematurs.

6.3 La motivació com a procés de canvi en l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella

Normalment, en altres contextos terapèutics als quals acudeixen les persones aquestes ho fan reconeixent que tenen un problema i amb una voluntat de canviar allò que els afecta (Quinteros i Carbajosa, 2008). Tanmateix, tal i com s'ha reiterat en aquest estudi d'investigació, en el cas dels homes que cometen VCP una gran majoria no reconeix que té un problema que li produeix malestar a ell i que té repercussions, en una graduació de severitat, en la seva parella, família i comunitat. Aquesta és una diferència important perquè no es pot enfocar el tractament en un context on l'individu assisteix amb una motivació interna prèvia.

En aquest sentit, un dels aspectes que ha estat àmpliament estudiat és el de la voluntarietat *versus* l'obligatorietat dels programes formatius i com reverteix aquesta variable en la motivació pel canvi. Lemire et al. (1996), en una meticulosa revisió de 126 estudis avaluatius sobre els programes aplicats en la comunitat i en el marc del sistema judicial (especialment a presons) defensen la necessitat d'adoptar una perspectiva realista, en la qual molts agressors no reconeixen l'existència del problema i no tenen motivació intrínseca per al canvi de conducta. Però d'altra banda és molt important aconseguir que els agressors acceptin voluntàriament el tractament, perquè si només s'aposta per les mesures coercitives amb l'agressor es comet un error, ja que "les taxes d'èxit dels pacients derivats del jutjat o sotmesos obligatòriament a tractament són molt baixes" (Echeburúa i Corral, 1999, p.3), insistint en la importància de l'acceptació voluntària del tractament per part dels agressors. Segons Redondo i Garrido (1999) "és evident que la generalitat dels ciutadans coincidiríem en la necessitat d'aturar per la via penal les situacions greus de maltractament. Tanmateix, l'amplificació il·limitada del control penal en aquest problema resultaria, en tots sentits, ineficaç i contraproductiu". Segons Quinteros i Carbajosa (2008), la persona que assisteix només per complir amb el requeriment judicial no sent la necessitat de canviar i, en aquest cas, el subjecte pot concloure el procés però sense modificar gens la seva conducta. Altres estudis internacionals (Alexander i Morris, 2008; Daniels i Murphy, 1997; Murphy i Baxter, 1997; Kistenmacher i Weiss, 2008; Scott i Wolfe, 2003; Scott, 2004; Stuart, 2005; Hester et al., 2006) conclouen que els usuaris dels programes que arriben amb una condemna per violència de gènere, generalment assisteixen en etapa precontemplativa, amb escassa o nul·la motivació, caracteritzada per minimitzar i desresponsabilitzar-se dels fets, o negar-los completament.

En una revisió de Daly i Pelowski (2000) per examinar les variables relacionades amb l'abandonament prematur dels programes de tractament per a homes maltractadors, s'indica que els factors actitudinals, particularment la motivació pel canvi, són importants per entendre l'abandonament. A més a més, aquestes actituds individuals semblen ser particularment influents en aquesta població, en la qual bona part dels homes acudeixen al tractament a

contracor, bé per complir amb una ordre judicial bé evitar l'amenaça de la parella del trencament de la relació (Scott, 2001, 2004), per exemple. Més estudis recents posen de manifest que inclús pel que fa als maltractadors que han de complir tractament per ordre judicial, la decisió de canviar el seu comportament és una qüestió que recau en la seva volició i el seu control (Catlett, Toews i Walilko, 2010; Flinck i Paavilainen, 2008; Scott i Wolfe, 2000; Silvergleid i Mankowski, 2006).

En uns altres termes, segons Råkil et *al.* (2010) molts homes que exerceixen VCP busquen ajuda si l'ajuda està disponible, són conscients del seu problema i desitgen canviar la conducta abusiva. Els mateixos autors indiquen que la motivació d'aquests agressors pel canvi sol ser externa, i es presenten com un grup fortament motivat especialment a la vora després d'un episodi de violència quan el sentiment de crisi és més patent.

Gondolf i Foster (1991), en referència a la motivació basada en la interpretació, van trobar que els homes que pagaven taxes més altes i aquells que es desplaçaven més lluny per a rebre tractament tenien menys probabilitats d'abandonar prematurament la teràpia. Aquest és un punt important que es planteja de forma recurrent en el debat actual sobre el tipus de finançament que han de tenir els programes per a homes maltractadors i davant el qual una de les propostes per afrontar aquests costos és imposar la càrrega al condemnat que contribueixi al cost del programa, com sembla que ja succeeix en el 54% de programes europeus (Geldschlager, 2009). Al Regne Unit, per exemple, els costos imposats al condemnat s'estableixen en funció del nivell d'ingressos (Fitzgerald, 2012, comunicació personal). Tanmateix, la majoria de programes establerts en la major part de països disposen de finançament governamental (Creazzo, 2009) i és un risc per a la subsistència del programa que el finançament recaigui en mans dels usuaris.

A Espanya la participació sol ser gratuïta i, en el cas dels programes voluntaris en què s'ha intentat establir un cost econòmic, l'elevada taxa d'abandonaments prematurs és un fet evident³⁶.

6.4 El Model Transteòric del Canvi com a eina d'avaluació de la motivació interna pel canvi

Per avaluar el nivell de motivació pel canvi en el primer contacte amb l'agressor, diferents estudis identifiquen el Model Transteòric del Canvi (MTC; Prochaska i DiClemente, 1983) com una bona eina per identificar el grau de motivació inicial que té l'usuari, i a partir d'aquí poder planificar estratègies d'intervenció més adequades (Alexander i Morris, 2008; Alexander, Morris, Tracy i Frye, 2010; Babcock et *al.*, 2005; Brodeur et *al.*, 2008; Daniel

36 D'una banda, així ho demostren els expedients consultats a la Fundació IReS i, de l'altra, és important tenir en compte que, a Espanya, tots les entitats que ofereixen programes formatius per a homes maltractadors, independentment de la seva forma jurídica, són finançats per Organismes Públics i difícilment podrien subsistir sense aquest finançament.

i Murphy, 1997; Eckhardt et *al.*, 2008; Quinteros, 2010; Miller i Rollnick, 1991; Murphy i Mauro, 2008; Scott, 2004; Simons, Lehmann i Cobb, 2008). Aquest model, àmpliament utilitzat en els trastorns addictius i mitjançant el qual s'han estudiat els processos de canvi relacionats amb la motivació en altres poblacions, es considera també òptim per analitzar les etapes i processos de canvi en els homes que exerceixen VCP (Eckhardt, Babcock i Homack, 2004; Levesque, Gelles i Velicer, 2000), i també es contempla com un mètode útil per examinar la influència que la motivació pel canvi té en les taxes d'abandonament prematur. Des de la dècada dels vuitanta, el MTC s'ha consolidat com a eina teòrica important per a explicar el procés de canvi de les persones que presenten problemes en diversos contextos terapèutics (DiClemente i Hughes, 1990; Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992), i actualment és un dels models que major recolzament empíric ha rebut i que s'ha incorporat en un gran nombre d'investigacions (Tejero i Trujols, 1994). En altres tipus de mesura indirecta, com per exemple la severitat de l'abús o la satisfacció marital, es considera que la predicció significativa del valor de l'examinador és menor (DeHart, Kennerly, Burke i Follingstad, 1999; Harris, Savage, Jones i Brooke, 1988).

Segons el MTC (Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992) es distingeixen 5 fases en el procés de modificació de les conductes en els homes que exerceixen VCP (veure la Taula 15):

1. **Precontemplació.** En aquesta fase la persona nega que pugui tenir un problema i, per tant, mostra una elevada resistència al canvi; no és conscient de les conseqüències negatives que desencadena el seu comportament, creient que són insignificants o inexistents. No es tracta de que no puguin trobar una solució, sinó de que no poden veure el problema.
2. **Contemplació.** En aquesta etapa l'individu mostra un interès per canviar però no s'adquireix cap compromís ni es realitza cap presa de decisió envers l'acció o accions que s'han d'iniciar. Les persones que es troben en aquest estadi tenen una major probabilitat de reconèixer els avantatges o beneficis del canvi encara que seguiran sobreestimant el cost de l'esforç que es requereix, per la qual cosa se situaran en una posició intermèdia d'ambivalència en la qual la disposició al canvi no assolirà un nivell elevat.
3. **Preparació.** En aquesta etapa la persona es compromet a canviar i mostra la responsabilitat necessària per a facilitar el procés de canvi; es tracta d'un estadi en el qual s'identifiquen criteris intencionals i conductuals. Es tracta de l'etapa en la qual la persona pren una decisió i es compromet a abandonar la seva conducta. I en la qual l'individu realitza petits passos per a millorar.

4. **Acció.** En aquesta etapa s'intenta activament modificar la conducta, les experiències o els contextos, amb l'objectiu de superar el problema. El nivell de compromís amb el canvi és molt elevat, la persona fa tot el que està a les seves mans per modificar el seu problema o prendre noves pautes de comportament.
5. **Manteniment.** En aquesta etapa ja s'han desenvolupat amb èxit les estratègies per eliminar el problema. El treball consistirà en prevenir les possibles recaigudes i consolidar els beneficis manifestos i significatius obtinguts durant l'etapa d'acció.

Taula 15: Etapes del canvi en homes maltractadors segons el MTC

Etapes	Aspecte central	Descripció	Expressions freqüents
Precontemplació	Negar el problema	No tenen intenció de canviar el seu comportament violent	"El que ella diu és fals"; "ella em provoca"; "la que ha de canviar i necessita tractament és ella"; "ella també em maltracta psicològicament"; "puc controlar-me quan vulgui".
Contemplació	Mostrar ambivalència (dubtar entre canviar o no)	Estan interessats en canviar, però no han desenvolupat un compromís fidel de canvi	"Observo que la violència en la meva relació de parella és un problema"; "crec que seria interessant aprendre trucs que m'ajudessin a controlar-me"; "el problema és que ella mai cedeix, però veig que no podem continuar així".
Preparació	Estar motivat per canviar	Es comprometen a canviar i prenen decisions sobre com facilitar el procés de canvi	Des de fa dues setmanes no he tingut conflictes violents amb la meva dona"; "estic decidit a venir a tractament i posar de la meua part per estar bé amb la meua parella".
Acció	Modificar les conductes violentes per altres més adaptatives	Canvien la seva conducta o les condicions ambientals que afecten el seu problema a fi i efecte de superar-lo	Encara que no resulta fàcil, porto un temps sense agredir la meua dona"; "quan la meua parella em posa nerviós, l'evito marxant a una altra habitació"; "no és fàcil controlar-se, però crec que cada vegada ho faig millor".
Manteniment	Presentar un estil de vida desvinculat de les conductes violentes	Aconsegueixen eliminar amb èxit la conducta problemàtica i realitzen esforços per a prevenir la recaiguda i consolidar els guanys obtinguts	"Ara em controlo molt, però encara tinc por de tornar a ser violent"; "encara que no sóc agressiu amb la meua parella, de vegades tinc la sensació de ser-ho"; "acostumo a evitar els conflictes i discussions perquè temo que la meua ira es dispari".

Font: Adaptat de Prochaska i Clemente (1983), Echeburúa i col·laboradors (2009) i Scott (2004).

D'altra banda, el procés del canvi s'ha conceptualitzat com a una seqüència dinàmica d'estadis, en el qual les persones progressen en considerar, acceptar, iniciar i mantenir conductes noves, des d'"espais reflexius en els quals la motivació apareix amb menor o major mesura com a activadora o enlentidora de la progressió cap al canvi" (Fuentes-Pila, Calatayud, López i Castañeda, 2005, p.1). El canvi de conducta no es concep com una línia recta sinó com un procés cíclic en el qual la possible recaiguda queda inclosa en el cicle (Prochaska i DiClemente, 1983). La recaiguda és un fet que acaba amb la fase d'acció o manteniment generant un moviment enrera cíclic cap a les fases inicials de precontemplació, contemplació o, especialment (85% dels casos) a la preparació (DiClemente i Prochaska, 1985). Prochaska i Prochaska (1993) ho anomenen canvi en espiral.

6.5 Avaluació inicial de la motivació dels agressors que assisteixen als programes formatius

Malgrat que molts dels agressors de gènere no reconeixen l'existència dels maltractaments que infligeixen envers la/s seva/s parella/s i no tenen motivació intrínseca pel canvi (Redondo i Garrido, 1999), a la literatura revisada s'ha constatat unànimement que un requisit important per a l'eliminació de les conductes abusives mitjançant el canvi cognitiu, emocional i conductual, rau en que els agressors s'impliquin en el tractament (Birgden, 2005). Aquest fet és important perquè coneixent el moment en el qual es troben els subjectes pot contextualitzar el nivell d'implicació que tenen per a realitzar el tractament i, a partir d'aquest, poder establir procediments que augmentin la motivació i l'adherència.

L'avaluació inicial de la motivació es duu a terme, bàsicament, a la primera entrevista, tot i que en funció del servei per mitjà del qual l'home arriba al programa, possiblement ja es disposi d'informació facilitada per aquest servei. En aquest sentit, els usuaris que arriben amb una condemna per violència de gènere generalment assisteixen en etapa precontemplativa (Daniels i Murphy, 1997; Murphy i Baxter, 1997) amb escassa o nul·la motivació, i en els casos en que l'home arriba derivat del Jutjat però sense una condemna expressa de realització del programa formatiu, l'abandonament es produeix generalment després de la primera sessió (Daly i Pelowski, 2000; Fundació Ires, 2004).

Echeburúa et al. (2009, 2010) reiteren que l'home que exerceix VCP estarà realment motivat per canviar la seva conducta violenta quan sigui conscient que no maltractar té més avantatges que no pas fer-ho, i que el terapeuta el pot ajudar a realitzar aquest procés. Per això és important que es generi una bona aliança terapèutica en les primeres sessions i és una variable a tenir en compte quan arriba un agressor sense motivació pel canvi al programa (Quinteros i Carbajosa, 2008), que sol ser molt sovint en els homes que exerceixen VCP, sobretot en aquells pacients que acudeixen al tractament per via judicial, i que solen estar en una etapa de precontemplació (Murphy i Baxter, 1997). Encara que el temor a la pèrdua de la dona i dels fills, la perspectiva d'un futur en soledat, la por a les repercussions legals i/o a una pèrdua de poder adquisitiu puguin actuar com a revulsiu, en etapa de precontemplació no hi ha una motivació genuïna pel canvi (Dutton i Golant, 1997), i la resistència al canvi pot ser encara major si els individus ho perceben com una amenaça envers la seva identitat (Dowd, 1993).

Tal i com s'ha comentat anteriorment, en diversos estudis recents (veure per exemple, Echaury, 2010; Chang i Saunders, 2002; Quinteros, 2010; Scott, 2004) es posa de manifest que en les primeres sessions amb l'agressor, on es juga gran part de l'èxit terapèutic, és fonamental crear un bon enquadrament i vincle terapèutic, i es constata la importància del paper del terapeuta en aquest primer acompanyament terapèutic en el qual serà clau que l'agressor identifiqui, en major o menor mesura, els avantatges que li pot reportar un canvi de conducta.

Tanmateix, és important recordar que els homes que maltracten a les seves parelles tenen certes característiques que dificulten l'adherència al tractament i que sempre s'han de tenir en compte a l'hora d'avaluar la motivació, Quinteros i Carbajosa (2008, p. 147) apunten les següents: “a) minimitzen o neguen la magnitud del maltractament i les seves conseqüències; b) amb molta freqüència, culpabilitzen a altres (normalment, a la parella) com la causa de l'episodi o succés violent o simplement es limiten a denunciar que és el sistema judicial el que els posa en serioses dificultats amb conseqüències legals; c) experimenten una escassa motivació per romandre en el tractament; i d) nivells mínims d'empatia”. La qual cosa remarca la dificultat que els individus es responsabilitzin de la seva conducta violenta i reconeixin com a seva la necessitat de realitzar un tractament, i posa de manifest la importància que les primeres intervencions a efectuar s'enfoquin en el reconeixement de la responsabilitat i, en conseqüència, en la seva motivació. D'altra banda, cal tenir en compte que, com apunten Fuentes-Pila *et al.* (2005, p. 156), “la motivació no és un bé, una qualitat que es posseeixi o no. És un estat, en relació amb cognicions, relacions, emocions i context. És canviant en funció de diferents factors”.

6.6 Què es pot fer per motivar el canvi en els homes que maltracten a les seves parelles i propiciar l'adherència als programes formatius?

Aquesta és la pregunta clau per als investigadors i professionals que considerem la motivació com a veritable motor de canvi en les conductes agressives que es donen en la VCP, i com ajudar a que l'home agressor senti com a genuïna la necessitat de canviar. Quan la motivació interna és baixa, l'ajuda externa és molt important per ajudar a sentir aquesta necessitat i l'ús de diferents tècniques motivacionals és un recurs àmpliament utilitzat pels professionals que treballen en els programes formatius per a homes que exerceixen VCP.

6.6.1 L'ÚS DE TÈCNIQUES MOTIVACIONALS.

En els primers intercanvis que es donen entre l'usuari del servei i el professional que l'atén, s'acostuma a iniciar i dur a terme una tasca d'informació i assessorament sobre les causes i les conseqüències personals, legals, socials, etc. relacionades amb el cometiment de VCP, i intentant motivar a l'home per tal que aquest vagi prenent consciència de que la situació en la que es troba és problemàtica i s'impliqui en el seu propi procés de millora (Fundació IReS, 2006; Quinteros, 2010; Scott, 2004). Per dur a terme aquest primer intercanvi, un recurs freqüentment utilitzat és l'entrevista motivacional (veure la taula 16), definida com a aquella que ha d'activar el desig de canvi (Bosch, Cebrià, Massons i Casals, 1994). La força de voluntat per a canviar un hàbit o conducta insana és la motivació que es té per a desitjar aquest canvi, i el seu major motor està en “la incomoditat de la persona entre el que fa i el que desitjaria fer” (Lizarraga i Ayarra, 2001, p.1).

Taula 16: Diferències entre l'entrevista motivacional i l'entrevista informativa clàssica

Model informatiu	Model motivacional
Dóna consells experts	Estimula la motivació per a passar a l'acció
Intenta persuadir	Afaveix el posicionament ajudant a la reflexió
Repeteix els consells	Resumeix els punts de vista
Actua amb autoritat	Actua col·laborant per ajudar a decidir pel canvi
És ràpid	És d'aplicació progressiva

Fuente: Fuentes-Pila et al. (2005)

L'ús de l'entrevista motivacional focalitza l'atenció en l'usuari, en els seus arguments, amb l'objectiu de permetre espais de deconstrucció de creences (Fuentes-Pila et al. 2005) i està dirigida a escoltar, comprendre, detectar necessitats i dèficits i aclarir. És un mètode directe per augmentar la motivació intrínseca pel canvi a través de l'exploració i la resolució de l'ambivalència (Miller i Rollnick, 2002), així com reduir l'hostilitat inicial envers el tractament, facilitar la verbalització de la motivació pel canvi, resoldre ambivalències i incrementar la receptivitat per participar en un programa de tractament (Musser i Murphy, 2009).

En la mateixa línia, Fuller i Taylor (2008) van adaptar l'entrevista motivacional de Miller i Rollnick (1991, 2002) per a crear un manual encarregat inicialment pel National Probation Directorate en el tractament d'homes maltractadors al Regne Unit, amb l'ànim de proporcionar un seguit de tècniques motivacionals que exploren la manera en que la comunicació pot facilitar un entorn que condueixi a fer créixer la motivació interna en els altres. En aquest manual, Fuller i Taylor (2008, p.3) indiquen que “la motivació interna no és quelcom que es pugui donar a algú, ha de sorgir de forma individual, el que es pot fer és plantar la llavor des de fora perquè la motivació interna pugui créixer i alimentar l'entorn”. I proposen l'ús de preguntes obertes, socràtiques i evocatives, en un context d'escolta i reflexió. Diversos estudis (Lambert, DeJulio i Stein, 1978) han indicat que aquest tipus de preguntes utilitzades únicament no funcionen, és a dir, sense l'escolta i la reflexió. Segons Fuller i Taylor (2008), la reflexió i les preguntes obertes (evitant els per què) poden utilitzar-se per explorar la història en profunditat a fi i efecte d'entendre la realitat dels maltractadors, i amb aquesta comprensió acurada es poden utilitzar després preguntes dirigides per començar a explorar pensaments i comportaments alternatius. Les preguntes obertes, segons els autors, focalitzen, permeten l'exploració, creen desconfort, s'acompanyen de reflexió, i se sap quan parar.

A la taula següent es poden observar alguns exemples de preguntes i declaracions motivacionals.

Taula 17: Exemples de l'entrevista i tècniques motivacionals en el tractament d'homes que exerceixen VCP

Preguntes i declaracions motivacionals

Veig que realment et preocupes pels teus fills i vols mantenir-los fora de perill. Creus que si el programa pogués ajudar-te a aconseguir-ho valdria la pena assistir-hi?

Sé que parlar de violència no és fàcil, així que és molt positiu que vostè estigui disposat a fer-ho. M'agradaria centrar-me en aquest comportament ja que és vostè qui ha fet l'esforç de venir aquí avui. Què li sembla?

Molts homes no acudeixen a la primera visita, així que molt bé per haver fet el primer pas. Aquest fet em diu que probablement vulgui suport per ajudar-lo a canviar de comportament i això és molt important.

Preguntes obertes

Explica'm com et sents

En què pensaves quan ella et mirava?

Digues-me exactament què va passar abans que li peguessis

Preguntes dirigides

De quina altra manera haguessis pogut pensar sobre això?

Com t'haguessis sentit si ho haguessis fet d'aquesta altra manera?

Què hauria pensat el teu pare? (o algú que el maltractador sàpiga que no ha comès aquest tipus de violència)

Quins són els avantatges que et dóna la manera com penses?

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de Fuller i Taylor (2008) i DVIP (2004)

En les primeres sessions amb l'agressor és fonamental crear un bon enquadrament i vincle terapèutic (Taft i Murphy, 2007). Per a tal efecte i segons indiquen Miller i Rollnick (1991) o Fuentes-Pila et al. (2005) entre d'altres, els principis bàsics que s'han de tenir en compte a l'hora per contextualitzar un enquadrament motivacional es detallen tot seguit:

- a. Expressió d'empatia. Parla activa.
- b. Desenvolupar discrepància entre les metes o valors del pacient i el seu comportament.
- c. Evitar la confrontació directa.
- d. Adaptar-se a la resistència del client en lloc d'oposar-s'hi frontalment.
- e. Recolzar l'autoeficàcia i l'optimisme.

En molts estudis s'ha constatat que una de les estratègies que incrementa l'èxit dels programes d'intervenció amb maltractadors és l'ús de l'entrevista motivacional i el posterior seguiment dels objectius a assolir plantejats en les mateixes (veure per exemple els de Conchell et al. 2011, Kistenmacher i Weis, 2008; Murphy i Eckhardt, 2005; Musser, Semiatin, Taft i Murphy, 2007; Roffman, Edelson, Neighbors, Mbilinyi i Walter, 2008), així com aconseguir una bona aliança terapèutica i utilitzar les tècniques de retenció com a estratègies

per incrementar la motivació dels maltractadors, augmentar l'adherència al tractament i promoure la participació activa en les estratègies de canvi mateixes (Brown i O'Leary, 2000; Kistenmacher i Weis, 2008; Musser i Murphy, 2009; Musser, Semiatin, Taft i Murphy, 2008; Taft i Murphy, 2007; Walker, Neighbors, Mbilinyi, O'Rourke, Zegree, Roffman i Edleson, 2010).

L'aliança terapèutica és un factor de canvi positiu en els programes d'intervenció amb maltractadors (Eckhardt et al., 2006; Saunders, 2008), i s'enten com a l'actitud facilitadora per part dels professionals per a afavorir el canvi (Conchell et al., 2011). Les tècniques de retenció proactives són estratègies que disposa el professional perquè ajudar a que els usuaris es vinculin activament al programa (Conchell et al., 2011). Concretament (Conchell et al., 2011, p.5) “trucades telefòniques quan un participant no acudeix a la sessió (integració, motivació, informació). A través de potenciar coneixements adquirits com a resultat de la participació en el programa (conceptes, teories explicatives, dades estadístiques). Els propis aspectes formals i estructurals del programa (activitats, tasques, temps sessió, ritme, participació, elements de discussió, temporalitat del programa, vídeos, material real i actualitzat), es reforcen actituds i conductes adequades positives durant les sessions, com la participació continuada, l'aportació d'experiències personals, reflexions adequades relacionades amb el tema tractat que facilitin la marxa del grup i orientació i assessorament davant qualsevol problema relacionat amb la seva situació (judicial, laboral, recursos socials, custòdia dels fills, etc.)”.

L'ús de tècniques motivacionals és un recurs àmpliament utilitzat en el tractament dels homes agressors, sent habilitats valuoses que s'utilitzen en funció del context, les característiques i circumstàncies personals de cada cas i segons es desenvolupi cada conversa o entrevista específica³⁷.

37 Agraïco especialment aquest aclariment a Simon Driscoll, Clare Green, Jai Hart, Luke Martin, Ippo Panteloudakis, Natalie Talbot i Ali Ross, *professional workers* de la Helpline de Respect, així com als *practitioners* del Domestic Violence Intervention Project (DVIP, autoritat al Regne Unit sobre les pràctiques eficaces per a resoldre el problema de la violència domèstica, que treballa actualment amb més de 1.500 homes, dones i infants cada any a Londres i són referents a 30 districtes més que han participat en el questionari Developing motivation to Change elaborat per Subirana-Malaret i Debbonaire (2012).

Taula 18: Preguntes motivacionals més utilitzades a la línia telefònica d'ajuda de Respect per a homes que exerceixen VCP

En relació a la parella

Com creus que es va sentir la teva parella en aquell moment?

Recordes l'expressió de la seva cara?

Creus que va tenir por?

Com creus que deu ser per la teva parella estar en aquesta situació?

Com et sentiries si la teva parella et deixés?

En relació als fills

Com et sentiries si no poguessis veure els teus fills?

Ho varen veure?

Quin comportament creus que estan aprenent?

En relació al propi maltractador

Com et sentiries si no et calgués utilitzar aquest comportament?

T'agradaria que no tornés a succeir en futures relacions?

Has pensat que pots aprendre i millorar?

Font: Subirana-Malaret i Debbonaire (2012)

En els recents questionaris elaborats per Subirana-Malaret i Debbonaire (2012) per als professionals de Respect que atenen la línia telefònica d'ajuda per a homes que exerceixen VCP així com per als membres acreditats que duen a terme els programes formatius (n=33), per avaluar les eines i estratègies motivacionals utilitzades durant les trucades telefòniques amb l'ànim de motivar els homes pel canvi i inscriure's en algun dels programes formatius i avaluar les mateixes estratègies una vegada els homes s'han inscrit en els esmentats programes (en el cas dels segons), s'ha trobat que tots els professionals de la línia telefònica d'ajuda utilitzen tècniques i habilitats motivacionals en el decurs de les converses mantingudes amb els maltractadors, tot i que cap d'ells utilitza l'entrevista motivacional (a la taula 18 es poden observar algunes de les preguntes motivacionals més utilitzades pels professionals que atenen la línia telefònica de Respect per a homes que exerceixen VCP).

Pel que fa als professionals que atenen els programes per a homes maltractadors al Regne Unit, a les respostes dels qüestionaris s'ha trobat que utilitzen diverses tècniques en general que es poden agrupar segons el seu contingut, l'actitud/atributs del terapeuta i les destreses clau, com poden ser empatia, parla i escolta activa, no jutjar, deixar parlar, paciència, perseverança, honestat, confiança, en un ambient relaxat i amistós, emfatitzant allò positiu, apuntant als beneficis del canvi, què guanyen i què perden amb l'ús de la violència, encoratjant-los, focalitzant en les preocupacions dels homes així com cap al futur i les seves

relacions, o també el valor de l'experiència i la maduresa dels propis terapeutes (veure la Taula 19).

Taula 19: Tècniques motivacionals utilitzades pels professionals que atenen els programes de tractament per a homes maltractadors al Regne Unit acreditats per Respect

Tècniques motivacionals		
Contingut	Actituds/atributs dels terapeutes	Destreses clau
Ús de preguntes obertes	Calidesa	Escolta curosa
Ús de l'humor	Empatia	Escolta empàtica
Parla i escolta	Perseverança	Comprensió
Focus en allò positiu	Compromís	Focus en l'home
Focus en els beneficis del canvi	Obertura	Ser transparent
Ús del context i la pressió externa	Honestedat	Estil relaxat i amistós
	Experiència	Ajudar a donar-los seguretat
	Maduresa	Sensibilitat a l'hora de presentar les declaracions
	Encoratjadora	
	No defensiva	
	Amb veritable passió	
	Creença en el treball que es fa i les persones amb les quals es fa	

Font: Subirana-Malaret i Debbonaire (2012)

6.6.2 LA MOTIVACIÓ SEGONS ELS ESTADIS DEL CANVI DEL MTC

Entre les estratègies que es disposa per a ajudar els homes en el seu procés de motivació pel canvi, hi trobem estratègies motivacionals en funció del Model Transteòric del Canvi (Quinteros i Carbajosa, 2007; Quinteros, 2010; Miller i Rollnick, 2002). La Teràpia de Millora Motivacional (MET, en anglès) es presenta com una guia de recerca clínica per als terapeutes que treballen amb perpetradors de VCP i es basa en l'enfocament clínic conegut com "entrevista motivacional" (Miller i Rollnick, 1991) incorporant una "revisió" en forma d'avaluació retroalimentadora (Miller i Sovereign, 1989; Miller, Sovereign i Krege, 1988). Tanmateix, no s'han trobat estudis a la literatura revisada que avaluin els resultats de l'esmentada teràpia.

En el manual més recent de Quinteros i Carbajosa (2008), amb elements de la Teràpia de Millora Motivacional i prenent com a model el MTC, s'indica que quan l'home arriba en etapa precontemplativa, es poden destacar les següents situacions:

Arriba amb un discurs racional i tendeix a negar tot tipus de maltractament. “Tot ha sigut un complot contra mi. Ella i la seva germana ho van plantejar tot per quedar-se amb la nena i la casa...”. Quan l’home arriba amb una postura de negació total, el pronòstic sol ser descoratjador ja que no es deixa lloc per al qüestionament. En aquesta etapa s’arriba al tractament amb un discurs racionalitzat sobre la injustícia de la llei, que justifica qualsevol situació inclús les que estan provades a l’expedient judicial.

No reconeix, assenyalant que no es recorda de res o que ja no vol parlar-ne. “No sé què va passar, no recordo res, havia begut i ella diu que li vaig pegar, però jo no sóc d’aquests...”. En aquest exemple de casos els homes no reconeixen ni es responsabilitzen però tampoc ho neguen, sinó que es justifiquen per falta de memòria, generalment a causa de l’alcohol, o ja no en volen parlar. Tot i que es tracta de casos difícils, tenen un punt de partida diferent a la del negador ja que tot i que no es responsabilitzen, mínimament reconeixen que alguna cosa pot haver passat i en el seu interior saben que han maltractat a la seva parella. Aquest és el punt de partida perquè l’home pugui reflexionar sobre la seva conducta.

Reconeixen la violència però no se’n responsabilitzen ja que aquesta, segons ells, és utilitzada com a defensa. “Ella és la que hauria de venir aquí. Estava molt alterada, em va empènyer i m’insultava. Jo li vaig dir que es tranquil·litzés, va venir contra mi i la vaig agafar dels braços per aturar-la, res més”. En aquests casos, tot i reconèixer els incidents no se’n responsabilitzen i culpen a la parella, presentant-se ells com a víctimes. Igual que en cas anterior, es tracta que, encara que de vegades molt lentament, reconeguin i es responsabilitzin plenament de la seva conducta.

Quan l’home arriba en etapa contemplativa també existeixen diferents graus de contemplació i molt pocs arriben afirmant que són culpables de la situació.

Un primer grup, el més nombrós, es tracta d’homes que arriben al tractament que solen parlar dels fets violents però minimitzant, externalitzant gran part de la culpa i apuntant que només ha succeït aquell cop. Encara que mínimament, reconeixen que la conducta és inadequada. “Només va ser aquella vegada. Abans discutíem, com totes les parelles; però aquest cop ella estava molt insistent i alterada, no sé perquè; em va alterar i em vaig excedir”. En aquests casos sí reconeixen i es responsabilitzen de que tenen un problema, encara que sigui mínimament. Mantenen una actitud ambivalent envers la responsabilitat, s’han excedit però “no ha estat” culpa seva. Encara que es justifiquin, perceben que la seva conducta és en part inadequada.

Reconeixen mínimament la conducta violenta però consideren que no necessiten tractament perquè ja han canviat. Es tracta d’homes que expressen que sí, que s’han excedit una o dues ocasions amenaçant o colpejant, però que han après la lliçó i han canviat, per això no els fa falta el tractament. Indiquen que ja no ho tornaran a fer però

no argumenten perquè no, només diuen que no tornarà a passar. “Ja no tornarà a passar, he après la lliçó”; “Ara sí que em controlaré, sé que no ho he de tornar a fer, encara que ella em provoqui”. En aquests casos, és important que puguin veure que poden modificar la conducta però no màgicament i que necessiten realitzar un procés terapèutic per a canviar.

Assumeixen una responsabilitat compartida. Reconeixen i es responsabilitzen del maltractament que exerceixen però també externalitzen part de la culpa envers la seva parella. “No ho negaré, jo tinc un caràcter fort i em violento; a vegades l’he picat, però ella també. Hauríem de venir tots dos, els dos som agressius, però jo no sóc un maltractador”. En aquest cas, els homes veuen que la seva conducta és inadequada i agressiva, encara que no assumeixi la responsabilitat plena. Poden percebre que està a les mans canviar.

Assumeixen la responsabilitat de la seva conducta. Els homes assumeixen i es responsabilitzen dels actes violents que han exercit. “No tinc paciència a casa. Ala feina no puc dir que no i a casa no puc dir que sí”. En aquests casos, els homes parteixen d’assumir la seva responsabilitat i, tot i que minimitzin la seva agressivitat, reconeixen que són ells els culpables, mentre que les seves parelles són víctimes de la seva conducta. Arriben al tractament amb la intenció de canviar, encara que no saben com ni perquè són així.

Els mateixos autors, en el seu manual de tractament per homes que exerceixen VCP, indiquen que la falta de motivació fa que aquests homes no vulguin realitzar un tractament i, en conseqüència, que es resisteixin a les intervencions del terapeuta (veure la Taula 20).

Taula 20: Formes en que es presenta la resistència al tractament

Formes de resistència al tractament	
No reconeix el problema	<ul style="list-style-type: none"> • Negació • Minimització • Culpa als altres • Postura victimista: culpa la llei, el jutge, els amics, als terapeutes, etc. • Reconeix el que ha succeït però considera que ja ha canviat
Interrupcions i boicot	<ul style="list-style-type: none"> • Talla de forma intencionada al terapeuta • Es desvia permanentment del tema • Arriba tard, expressa equivocació amb el dia i l’hora • Canvia cites, posa excuses inversemblants • Apunta que ha de marxar abans d’hora
Actitud negativa amb el terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> • Demostra desacord amb el terapeuta • Desvaloritza el que diu o la seva funció i capacitats • Contradiu i discuteix amb el terapeuta • Culpa al terapeuta de la seva situació: problemes a la feina, perd diners, està obligat a anar-hi, etc.

Font: elaboració pròpia a partir de les dades de Quinteros i Carbajosa (2008)

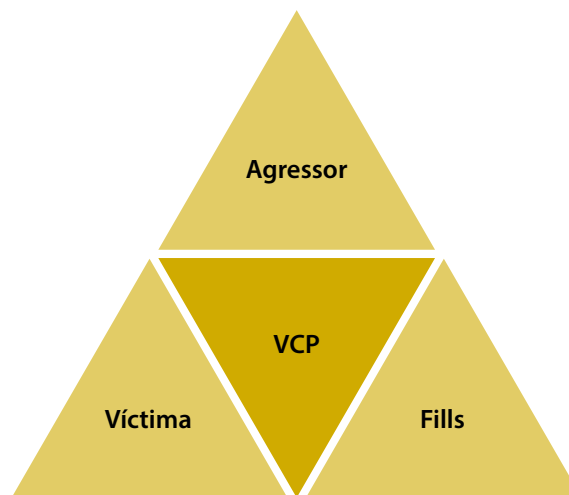
Tanmateix i tal i com s'ha comentat anteriorment, és important recordar que per a realitzar un procés de canvi aquest no pot estar basat en l'exigència externa o la pressió social sinó que, principalment, s'ha d'originar en una motivació personal per fer-ho. Recents estudis de Gondolf (2011, 2012) posen de manifest la dèbil funcionalitat dels estadis del canvi com a model per a planificar intervencions amb maltractadors, igual com succeeix en les intervencions basades en el *counselling* de parella, el trastorn per aferrament, les tipologies de maltractadors o l'enfocament cultural.

6.7 Una estratègia motivacional en el tractament dels homes maltractadors pionera a Catalunya

A literatura revisada no s'ha trobat cap estudi que posi de manifest l'ús d'aquestes estratègies per altres persones i/o organitzacions que no siguin els propis professionals involucrats en el procés del tractament terapèutic dels homes maltractadors. Per aquest motiu, la iniciativa duta a terme pel Departament d'Interior a través de la policia autonòmica a Catalunya, concretament a la Regió Policial de Girona, per mitjà del Grup d'Atenció a la Víctima i en col·laboració amb la Fundació IReS, que forma part d'aquest estudi, és una primícia.

El projecte va ser exposat al Congrés Internacional Aturar la violència domèstica, aturant l'home maltractador, organitzat el 2001 per la policia holandesa d'Utrecht i en el qual també van participar com a conferenciants representants de diversos països europeus (Northumbria Probation Service, de Regne Unit; Women's Counselling Service, d'Eslovènia; Domestic Abuse Intervention Project Viena, d'Àustria; Manscentrum, Crisis Center for Males de Suècia; i la Politie i Forensic Policlinic De Waag dels Països Baixos). L'objectiu principal del Congrés va ser la recerca de les millors accions en matèria de lluita contra la violència domèstica, des de la perspectiva dels professionals que treballen en diferents sectors implicats en aquesta problemàtica, per tal d'obtenir informació i intercanviar coneixements de metodologies pràctiques en aquest àmbit a Europa, principalment relacionades amb l'assistència i el tractament de l'home maltractador des de diferents perspectives (Planet i Pérez, 2001).

Sent la prevenció un dels objectius del Departament d'Interior en la lluita contra la violència de gènere, poc després del primer desplegament de Mossos d'Esquadra a les comarques gironines sorgeix, l'any 2000, mitjançant el Grup Regional d'Atenció a la Víctima (aleshores Unitat de Violència Domèstica) un projecte pioner amb l'objectiu de prevenir la reincidència així com intentar evitar les primeres conductes agressives i violentes. A la base del projecte subjau la motivació externa, atenent la necessitat d'assistència de l'home agressor en un marc de tractament integral de la violència de gènere que té en compte les víctimes (les dones), els descendents (els fills) i l'agressor (l'home) (veure figura 6).



A partir de les dades de Pérez (2011); Masegosa(2011) i Oliver (2011), en comunicació personal

Figura 6: Concepció integral de la violència de gènere al GRAV

Aquest projecte pioner consisteix en l'aplicació de tècniques de retenció proactives i de recolzament als homes denunciats per VCP a la Regió Policial de Girona i, concretament, rau en contactar els presumptes agressors, informar-los sobre la possibilitat d'acollir-se voluntàriament a un servei per a homes maltractadors contra la parella i, successivament, oferir-los seguiment i suport. Per poder dur a terme el projecte van ser necessaris l'existència d'un recurs gratuït on poder derivar les persones i l'assessorament jurídic del Col·legi d'Advocats i la Fiscalia per no vulnerar la presumpció d'innocència. Per no vulnerar la presumpció d'innocència, s'informava als presumptes agressors del servei per a homes agressors després d'haver declarat i amb presència del seu advocat, i el recurs gratuït existent on poder derivar les persones era el Servei d'Atenció a Homes Maltractadors (SAHM), que oferia a Fundació IReS a Girona (Masegosa, 2011; Pérez, 2011; Oliver, 2011, en comunicació personal).

6.7.1 PROTOCOL DE COORDINACIÓ MOSSOS D'ESQUADRA-IREs

Des de l'inici del funcionament del Programa d'Accions Contra la Violència Domèstica que l'IReS portava a terme a les comarques de Girona, va existir una fluida col·laboració entre els Serveis de l'IReS i els Mossos d'Esquadra, de manera que un gran nombre de les derivacions que es feien al Servei d'Informació i Atenció a les Dones (SIAD)³⁸ provenia dels Mossos d'Esquadra. Aquesta coordinació va generar un contacte permanent entre ambdues entitats i va facilitar un acurat coneixement de les accions contra la violència de gènere dutes a terme per la Fundació.

Amb la incorporació al Grup d'Atenció a la Víctima (aleshores Unitat de Violència

38 Els Serveis d'informació i atenció a les dones (SIAD), de titularitat municipal o comarcal, ofereixen informació, orientació i assessorament en tots aquells aspectes relacionats amb la vida de les dones: àmbit laboral, social, personal, familiar i altres (Institut Català de les Dones, 2011).

Domèstica) d'un nou efectiu per tirar endavant el projecte envers l'atenció als homes el juliol de l'any 2001, el nombre de derivacions procedents dels Mossos d'Esquadra augmenta considerablement (veure la taula 21). El mateix any, la participació dels Mossos d'Esquadra en el Congrés Internacional "Aturar la violència domèstica, aturant l'home maltractador" organitzat per la policia holandesa a Utrech i convidats per donar a conèixer la iniciativa, va constatar la importància de la tasca desenvolupada pels Mossos d'Esquadra i a les conclusions del Congrés es va considerar necessari incidir i desenvolupar línies de treball en relació amb l'home agressor i possibilitats d'oferir-li el tractament adequat.

Taula 21: Nombre d'homes denunciats per episodis de violència familiar informats sobre els serveis

Any	Nombre d'homes informats*	Nombre d'homes derivats
2001	55	9
2002	271	38
2003	192	24
2004	227	33
2005	207	13
2006	79	8
2007	51	3
2008	37	3
Total	1119	131

Font: Mossos d'Esquadra (2011)

*A la xifra d'homes informats consten tots els episodis denunciats per violència familiar (inclosa aquí la VCP i tot tipus de violència en el sí de la llar) (Pérez, 2011, en comunicació personal).

També es va concloure al congrés que la participació de la policia és essencial per derivar correctament els maltractadors als organismes que ofereixen programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, per evitar una segona victimització i també per millorar la qualitat de l'atenció i de l'assistència que es dona a les víctimes (Planet i Pérez, 2001).

Els primers anys de funcionament del projecte el volum de casos atesos per ambdues institucions és molt elevat, sobretot a partir de l'aplicació de les darreres reformes legislatives que propicien un augment de les denúncies i, poc a poc, es van creant, ajustant i consolidant els circuits de comunicació entre els professionals. Aquesta coordinació és la que motiva a formalitzar aquest procés de treball (Fundació IReS, 2004), i la concreció del procediment de derivació i coordinació de casos es va realitzant a partir del funcionament dut a terme i que ha resultat eficaç pel que fa a l'arribada i l'atenció dels usuaris.

Una vegada l'home és informat per l'agent professional dels Mossos d'Esquadra i mostra disponibilitat i interès per rebre ajuda, l'agent del GRAV es posa amb contacte amb

els professionals del SAHM, per tal de demanar una hora de visita o per informar que el propi home es posarà en contacte el servei. Un cop realitzada la primera visita de l'home al SAHM, des de l'IREs es truca als Mossos d'Esquadra (GRAV) per informar de l'assistència i de l'actitud mostrada per l'home davant la proposta de tractament que se li fa. L'agressor pot, igualment, contactar directament al professional del GRAV si així ho considera, així com personar-se a comissaria per mantenir-hi una entrevista tu-a-tu.

A mesura que evoluciona el protocol de coordinació, s'incorpora una nova possibilitat que és la de posar a disposició dels professionals de Mossos d'Esquadra del GRAV una borsa de possibles hores de visita per tal que aquests les puguin donar directament als homes que en facin demanda. Aquest procediment garanteix l'arribada de l'home al SAHM ja que no depèn de que ell truqui sinó que ja es fa la gestió entre els professionals (Masegosa, 2011; Oliver, 2011, en comunicació personal).

En tots casos, és important clarificar bé a l'usuari quines són les funcions dels diferents professionals i la relació existent entre ells, per tal que l'home se senti segur i tingui clar quina és l'ajuda que pot rebre de cada un d'ells i, alhora, quines són les seves pròpies responsabilitats quan decideix demanar ajuda.

6.7.2 APLICACIÓ DE LES TÈCNiques DE RETENCIÓ PROACTIVA I RECOLZAMENT

El juny del 2001 s'incorpora al GRAV un efectiu (un agent) que té la funció d'informar i motivar els homes implicats en episodis violents contra la parella sobre els recursos existents en la seva zona geogràfica per tal que aquests puguin beneficiar-se'n, responnent a una estratègia de prevenció i abordatge de la VCP de manera integral (veure figura 25). Això sigui millorar la situació personal i familiar de l'agressor, eliminar les conductes violentes i reduir la victimització.

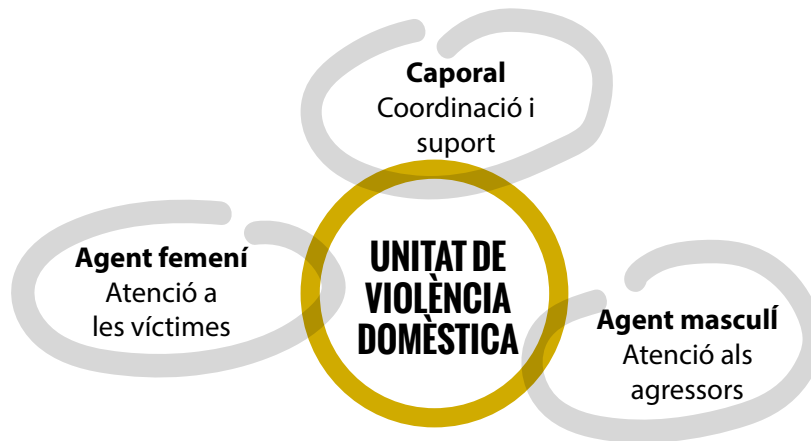


Figura 7: Estructura organitzativa del GRAV*

* Nota: es va considerar que l'atenció als homes l'havia de fer un agent del mateix sexe per a obtenir un millor vincle amb el terapeuta (Pérez, 2011, en comunicació personal).

Al final de la declaració del denunciat per un delictes o falta³⁹ de violència domèstica que es porta a terme a l'Oficina d'Atenció al Ciutadà (OAC), l'instructor de l'atestat li fa lliurament d'un tríptic informatiu de l'esmentat servei (annex 2) perquè el possible usuari del SAHM disposi de la informació necessària si decideix acudir al servei. D'altra banda, si el presumpte agressor declara en qualitat d'imputat o detingut, el lliurament de l'esmentat tríptic es realitza davant del seu advocat en finalitzar la declaració.

Amb la incorporació d'un nou efectiu (un agent masculí llicenciat en Psicologia) al grup, aquesta informació prèvia rebuda a l'OAC és el punt de partida perquè, passats dos o tres dies del dia de la declaració, en funció de cada cas, aquest agent contacti l'home amb l'objectiu de motivar-lo per a la participació en el programa formatiu (SAHM). En termes generals, es donen tres circumstàncies:

- Telefònicament amb els homes que han rebut el tríptic del servei IRES des de l'OAC per tal de facilitar-los més informació al respecte.
- Telefònicament amb altres presumptes agressors que en la seva declaració en l'OAC no han estat informats del servei IRES i que poden estar interessats en el mateix.
- Amb la realització d'entrevistes personalitzades amb els presumptes agressors en aquells casos en que aquests ho sol·licitin explícita i voluntàriament.

Aquest professional aplica diferents estratègies amb l'ús de tècniques de retenció pro-activa i recolzament, consistents principalment amb la realització de trucades i seguiments

39 Recordem que és a partir de l'aplicació de la Llei Orgànica 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere que l'exercici de VCP es considera, en tot cas, un delictes. disminuir la taxa de reincidència i que les recaigudes depenen més de les característiques personals dels maltractadors que no pas del tipus d'intervenció que s'efectui (Hamberger i Hastings, 1989; Shepard, 1992).

telefònics i també amb trobades presencials en aquells casos que ho considera oportú. Les primeres trucades telefòniques acabem d'esmentar que tenen com a finalitat que l'home participi al SAHM, i posteriorment es poden produir altres trucades telefòniques quan un participant no acudeix a la sessió (integració, motivació, informació), per reforçar actituds i conductes adequades positives, per assessorar envers qualsevol problema relacionat amb la seva situació (judicial, laboral, recursos socials, custòdia dels fills, etc.), potenciar coneixements adquirits o els propis aspectes formals i estructurals del programa.

D'altra banda, es demana a l'home si té algun inconvenient en que l'agent es posi en contacte amb la seva parella, amb la finalitat de contrastar com es va desenvolupant el procés, i, en els casos en que l'agressor hi està d'acord, també es fa un seguiment amb la víctima.

Amb l'ús i aplicació de tècniques de retenció proactives i de suport per part de l'agent es pretén optimitzar els resultats fent que el major nombre d'homes assisteixin de manera voluntària al servei, la qual cosa podria ser rellevant tenint en compte que algunes investigacions preliminars (veure per exemple Hamberger i Hastings, 1989) indiquen que el sol fet de rebre tractament podria reduir la reincidència.

A tall de resum, la iniciativa duta a terme pels Mossos d'Esquadra en col·laboració amb la Fundació IReS respon a les estratègies preventives per fer front a les elevades taxes d'abandonament prematur en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella, així com donar resposta a l'increment creixent que, des d'una perspectiva terapèutica, s'ha observat en el tractament dels agressors en un medi comunitari com a mesura integral d'atenció a la víctima, amb l'objectiu principal d'evitar noves victimitzacions i garantir la seva seguretat.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT



7.1 Objectius

A la investigació que es presenta tot seguit ens interessa analitzar els factors actitudinals i motivacionals que intervenen en l'adherència terapèutica als programes formatius per a homes que exerceixen violència contra la parella. S'estudien doncs, les variables demanda inicial que fan els usuaris del SAHM en el moment d'acudir al servei, l'atribució del problema, la motivació interna dels participants pel canvi, així com l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament per part dels Mossos d'Esquadra.

Nogensmenys, s'estudien també les variables sociodemogràfiques i les variables posteriors al tractament, és a dir, la durada del tractament, el número de sessions efectuades i els motius de tancament de l'expedient. D'altra banda, s'estudien també el tipus d'agressió realitzada i la relació dels usuaris del SAHM amb la Justícia pel seu exercici de VCP.

En aquesta segona part, es pretén centrar l'atenció en aquells aspectes de la investigació que puguin donar resposta als interrogants que se'ns plantegen com a professionals de la psicologia i, concretament, en relació a les variables que en els estudis actuals es perfilen com a motors de l'èxit terapèutic en els programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, especialment la motivació interna pel canvi.

En la mateixa línia, que la recerca teòrica demostrada en aquest estudi d'investigació serveixi per a la pràctica d'un exercici professional posat al dia, basat en l'evidència. Que els coneixements es posin al servei de la pràctica assistencial i aquesta, al seu torn, pugui atendre les necessitats terapèutiques reals i actuals de la demanda.

7.2 Hipòtesis

Les dues hipòtesis generals d'aquest estudi proposen que les tècniques motivacionals prèvies al tractament així com els factors actitudinals i motivacionals dels homes que acudeixen a un programa de tractament per a homes maltractadors contra la parella poden ser variables predictorres de l'adherència terapèutica i, al seu torn, de l'èxit terapèutic.

Concretament:

1. L'ús de tècniques motivacionals (retenció proactiva i recolzament) aplicades pels Mossos d'Esquadra prèviament al programa de tractament serà una variable predictora de l'adherència als programes formatius i, al seu torn, de l'èxit terapèutic en homes maltractadors contra la parella tractats psicològicament en un programa voluntari.
2. Les variables actitudinals i motivacionals dels homes que acudeixen a un programa de tractament per a homes maltractadors contra la parella seran variables predictores de l'adherència terapèutica i, al seu torn, de l'èxit terapèutic en homes maltractadors contra la parella tractats psicològicament en un programa voluntari.

De la segona hipòtesi general d'aquesta investigació, se'n presenten les següents:

- a. Les variables sociodemogràfiques no seran bones predictores d'una major adherència terapèutica dels usuaris que participen en un programa de tractament per a homes maltractadors contra la parella.
- b. La demanda inicial que fan els homes en acudir al programa serà un predictor de l'adherència terapèutica al tractament, sent més alta quan els usuaris hi acudeixen per solucionar el problema, corregir la conducta o perquè tenen malestar psicològic en relació a la seva conducta violenta.
- c. L'atribució del problema que fan els homes serà un predictor de l'adherència terapèutica, sent més elevada quan l'atribució que els homes fan és interna, i sent més baixa quan l'atribució del problema que aquests fan és envers la parella o a altres causes externes.
- d. La motivació interna es comportarà com a variable predictora de l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella. Concretament, com més baix sigui el nivell de motivació dels participants més baixa serà la seva adherència a la teràpia mentre que una motivació interna alta predirà també una alta adherència al tractament.

PART**EMPÍRICA**

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

8

8.1 Participants

La mostra final d'aquest estudi consta de 142 homes que van acudir de forma voluntària i gratuïtament al Servei d'Atenció a Homes Maltractadors (SAHM) de l'Institut de Reinserció Social (IReS) a la delegació de Girona (corresponent a la Regió Policial de Girona) entre el gener de l'any 2001 i l'abril del 2008, a un tractament psicològic individualitzat relacionat amb les seves conductes violentes contra la parella.

Els criteris de selecció d'accés al programa SAHM són: a) ser major de 18 anys i exercir o haver exercit violència contra la parella; b) mostrar disponibilitat a realitzar un treball terapèutic-educatiu i una actitud voluntària per a resoldre i/o millorar la situació; c) no patir trastorns mentals que puguin interferir en el desenvolupament de les sessions i/o dependència de substàncies tòxiques (alcohol i/o drogues); i d) firmar un document de compromís. (veure la Taula 22).

Taula 22: Condicions d'accés al servei SAHM

Criteris d'inclusió al SAHM

Ser major d'edat

Fer voluntàriament una demanda d'ajuda en relació a l'exercici de VCP Tenir recursos per a desplaçar-se fins a la ciutat de Girona (seu IReS)

Mostrar una actitud voluntària positiva i col·laboradora a resoldre i/o millorar la seva situació

No patir problemes relacionats amb trastorns mentals que puguin interferir en el desenvolupament de les sessions

Condicions detallades en el Contracte de Participació (annex 4)

A banda dels criteris esmentats a la Taula anterior, els criteris afegits de participació en aquest estudi són: e) la participació voluntària al programa (quedant exclosos els casos derivats del jutjat com a pena substitutòria de presó); i f) que la participació al programa sigui de manera gratuïta.

8.2 Disseny

En aquesta investigació s'ha dut a terme un disseny *ex post facto* de tipus retrospectiu (Montero i León, 2007), en el qual la variable dependent és l'adherència als programes formatius (3 categories) i les variables independents són: demanda inicial (5 categories), atribució del problema (5 categories), motivació interna (3 categories) i retenció i suport externs al programa (2 categories).

S'estudien també les variables sociodemogràfiques, la relació dels participants amb la Justícia per denúncies de VCP, el tipus de maltractament exercit, la durada del tractament i el número de sessions, així com el motiu de tancament de l'expedient, en funció dels objectius d'aquesta investigació.

Les dades han estat analitzades amb les proves de contrast taules de contingència, anàlisi de la variança i correlacions, utilitzant en tots casos el nivell de confiança del 95%. Per a determinar les variables predictores i el seu nivell d'incidència s'ha aplicat la anàlisi de regressió logística.

Les anàlisis estadístiques s'han realitzat mitjançant el programa estadístic SPSS 17.0

8.3 Instruments

Les dades s'han obtingut a partir de quatre vies:

- Buidatge de la informació continguda en els expedients dels usuaris del SAHM de la delegació de Girona.
- Memòries de l'IREs corresponents al SAHM (1998-2008) —Entrevistes realitzades als membres del GRAV.
- Entrevistes realitzades als professionals de l'IREs que van atendre els casos del SAHM entre l'any 2000 i el 2008.

Aquestes vies es detallen a continuació.

8.3.1 EXPEDIENTS

Pel que fa al buidatge de la informació continguda en els expedients dels usuaris del SAHM de la delegació de Girona, els expedients consultats corresponen als usuaris que van ser atesos al servei entre l'any 2001 i el 2008 i contenen la major part dels instruments que s'han utilitzat per a l'obtenció de les dades d'aquesta investigació. Els instruments utilitzats són els següents:

- **Dades sociodemogràfiques.** Consta de 8 ítems estructurats que permeten recollir les dades sociodemogràfiques del participants: edat, nacionalitat (o procedència), fills, estat civil, amb qui viu actualment, nivell d'estudis, situació laboral i situació econòmica.

- **Demanda inicial.** Inclou les necessitats psicològiques del participant i permet indicar la motivació inicial pel canvi, l'atribució del problema i l'assumpció de responsabilitat del subjecte envers la seva conducta abusiva.
- **Derivació del cas.** Permet detectar la via per la qual els participants han arribat al SAHM. També permet identificar si als participants se'ls ha aplicat expressament tècniques de retenció proactiva i recolzament abans d'incorporar-se a la teràpia o si bé no han rebut cap tècnica motivacional anterior al procés terapèutic.
- **Tipus de agressió.** Consta de 3 ítems (psicològica, física i sexual) que poden combinar-se entre ells i permet identificar el tipus de violència exercida per l'usuari.
- **Relació amb la Justícia.** Permet detectar si els usuaris han estat denunciats per l'exercici de VCP.
- **Informes psicològics.** Aquests informes corresponen al registre de les sessions i contenen, en una àmplia majoria:
 - Sessions de seguiment. Permeten conèixer l'evolució del cas, el desenvolupament de la teràpia, l'assoliment de continguts i els canvis realitzats pels usuaris. També permeten aprofundir en el coneixement de les necessitats psicològiques del participants, la seva motivació pel canvi, l'atribució del problema i l'assumpció de responsabilitat del subjecte envers la seva conducta abusiva.
 - Tancament i Avaluació. Permet detectar la causa de finalització de la teràpia i el tipus de adherència al tractament.

8.3.2 MEMÒRIES

Les memòries de l'IReS permeten obtenir informació sobre el SAHM, concretament:

- Històrica i administrativa.
- Metodologia i procediments.
- Objectius, avaluació i resultats del programa.

8.3.3 ENTREVISTES REALITZADES ALS MEMBRES DEL GRAV

Es van realitzar un total de 5 entrevistes d'una durada aproximada de 3 hores cada una amb els membres del GRAV de Girona encarregats del projecte Mossos d'Esquadra-IReS. Concretament:

- 4 amb la Caporal del grup
- 1 amb cada un dels aleshores agents que van aplicar les tècniques de retenció proactiva i de recolzament (2 agents consecutius fins a la finalització del projecte del GRAV).

La informació obtinguda a partir de les entrevistes consisteix en tots els aspectes relacionats amb la posada en marxa, procediment i finalització del projecte dut a terme entre els Mossos d'Esquadra (regió policial de Girona, GRAV) i l'IREs (delegació de Girona). Concretament:

- Com sorgeix. Si hi havia antecedents de projectes similars, en què es fonamenta i objectius del mateix.
- Com es posa en marxa. Aspectes legals a tenir en compte. Com es duu a terme la coordinació amb l'IREs i com evoluciona el projecte a mesura que aquest es va desenvolupant.
- Funcionament. Quins protocols i metodologia s'aplica. Quins requisits són requerits per part de l'agent que aplica les tècniques motivacionals.
- La seva experiència personal al respecte.
- Avaluació i valoració. Saber si es van aplicar i, en cas afirmatiu, quins són els mecanismes emprats per avaluar els resultats.
- Finalització i Prospectiva. Conèixer els motius pels quals es va posar fi al projecte i si la iniciativa es va desenvolupar en altres regions policials.

D'altra banda, també es va obtenir prèvia sol·licitud oficial als Mossos d'Esquadra, les dades corresponents al número d'homes que havien estat denunciats a la regió policial de Girona durant els anys objecte d'estudi d'aquesta investigació.

8.3.4 ENTREVISTES REALITZADES ALS PROFESSIONALS DE L'IREs

Es van realitzar 2 entrevistes als psicòlegs que havien atès els casos del SAHM entre el 2001 i el 2008:

- **La primera**, realitzada amb el psicòleg que pràcticament havia atès tots els casos compresos en aquesta investigació, va tenir una durada de 3 hores aproximades i la informació obtinguda consisteix en contrastar:
 - La informació recollida en els diferents expedients del SAHM, en termes de metodologia i tractament psicològic aplicat als homes atesos al servei, factors psicològics dels participants i altres aspectes detallats en els expedients i en les memòries.
 - La metodologia utilitzada per classificar i codificar els usuaris del SAHM en diferents grups segons les variables estudiades i les seves categories.
 - La informació corresponent a la posada en marxa, procediment i finalització del

projecte dut a terme entre els Mossos d'Esquadra (regió policial de Girona, GRAV) i l'IREs (delegació de Girona).

- **La segona**, realitzada al psicòleg que havia atès alguns dels darrers casos corresponents als expedients d'aquesta investigació, va tenir una durada aproximada de 1 hora i la informació obtinguda consisteix en contrastar la informació recollida en els diferents expedients del SAHM, en termes de metodologia i tractament psicològic aplicat als homes atesos al servei, factors psicològics dels participants i altres aspectes detallats en els expedients i en les memòries.

També es van realitzar diferents consultes puntuals al Director de l'IREs de la Delegació de Girona, per tal de conèixer:

- Els mecanismes burocràtics implicats en la posada en marxa, desenvolupament, finançament i finalització del programa per a homes maltractadors contra la parella, SAHM.

8.4 Procediment

8.4.1 PROCÉS DE RECOLLIDA DE LES DADES DELS USUARIS DEL SAHM

Per dur a terme aquest estudi, en primer lloc es va contactar amb les institucions i organismes col·laboradors (Mossos d'Esquadra, Fundació IRES demarcació de Girona, Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya) per a l'obtenció dels permisos pertinents per tenir accés a les dades. Obtinguts els permisos, es va procedir a la signatura de compromís de les normatives vigents en matèria de protecció de dades i confidencialitat.

La fase de recollida de dades es concentrà entre els mesos de març a juny de 2011 i la recollida s'efectuà per mitjà dels instruments detallats en el punt anterior d'aquest capítol. Recollides les dades, es procedí al seu anàlisi i a la redacció de textos.

8.4.2 DESCRIPCIÓ DE LES DADES OBTINGUDES

8.4.2.1 *Variables sociodemogràfiques*

Les variables sociodemogràfiques del participants que es van obtenir en una àmplia majoria dels expedients consultats són l'edat, la nacionalitat (procedència), si tenen o no tenen fills i quants, el seu estat civil, amb qui viu actualment, el nivell d'estudis acabats, la situació laboral i la situació econòmica.

Pel que fa a la nacionalitat, en els casos en que hi havia poques freqüències de la variable o bé no constava la informació a l'expedient es van agrupar en la categoria altres, trobant-se en aquest grup els usuaris d'ètnia gitana o procedents d'algun dels països de l'est com Rumania.

Pel que fa a la variable amb qui viu, en els casos que hi havia poques freqüències de la variable es van agrupar en la categoria d'altres, comprnent aquesta els casos en què l'usuari del SAHM viu amb els pares, amb algun dels fills, amb algun familiar que no són els pares ni els fills, amb un company de pis, a la presó o bé no consta la informació a l'expedient.

Pel que fa a la resta de les variables sociodemogràfiques, es va crear una categoria específica pels casos en que la informació no constava a l'expedient.

8.4.2.2 Tipus de violència exercida

En una menor primera part dels expedients consultats s'especifica exactament el tipus d'agressió realitzada (humiliacions, insults, empentes, trencament d'objectes, etc...) però, a partir d'un canvi de model de documentació utilitzada pel psicòleg del SAHM, el tipus d'agressió passa a concretar-se en psicològica, física i sexual o possibles combinacions d'aquestes. Tanmateix, una vegada revisats els expedients es va fer difícil operativitzar la variable ja que en una gran majoria no hi havia la informació detallada.

En pocs casos és l'agressor qui reconeix el tipus d'agressió efectuada a l'entrevista inicial i, generalment però de forma poc explícita, aquesta es pot identificar a mesura que avança el tractament en el registre de les sessions. En alguns casos minoritaris, la informació al respecte s'obté a través de la denúncia quan còpia d'aquesta està inclosa a l'expedient.

8.4.2.3 Relació de l'usuari amb la Justícia

En una minoritària part dels expedients consultats s'especifica si els usuaris han estat denunciats i quantes vegades en relació al seu exercici de VCP, però en la majoria d'expedients consultats no es disposa d'aquesta informació. Tot i la manca d'informació, de la relació de l'usuari amb la Justícia es van obtenir algunes dades a partir de les quals s'ha pogut determinar l'absència o presència de denúncies a l'expedient així com el número de denúncies que hi consten.

No consta la informació sobre altres fets delictius a part de la VCP.

8.4.2.4 Via de derivació al SAHM

En una majoria dels expedients consultats s'especifica el servei pel qual l'usuari arriba al programa de tractament, podent-ne identificar així la via d'accés al SAHM.

A partir del registre de les dades s'han obtingut diferents categories corresponents a les vies de derivació sent aquestes els Mossos d'Esquadra, la xarxa de Serveis Socials, altres programes de l'IREs, centres penitenciaris, per iniciativa pròpia, per la parella i altres. La categoria altres s'ha establert donat que hi havia, majoritàriament, una sola freqüència o poques d'aquestes en cada categoria i sent les categories d'indole molt diferent, com són ser l'advocat de l'usuari, un centre de tractament de l'alcoholisme, un centre de drogoaddicció, l'Institut Català de les Dones, el terapeuta personal de l'usuari atès fora del SAHM o el telèfon de la dona maltractada.

8.4.2.5 Demanda inicial dels usuaris en arribar al SAHM

Els homes que s'han dirigit al SAHM ho han fet per motius diversos i amb diferents demandes que, de forma oberta i generalment a la primera entrevista, recull el psicòleg del SAHM. Aquesta demanda inicial dels usuaris en arribar al SAHM fa referència al que els subjectes exposen en la primera entrevista amb el psicòleg en relació al seu comportament violent contra la parella i, una vegada revisats els informes i en funció de les demandes especificades, vaig procedir a la codificació de les dades i a la categorització de la variable, tal i com es pot observar a la taula 23.

Les categories d'aquesta variable les vaig crear tenint en compte que fossin suficientment exhaustives però que no se solapessin entre elles, havent-hi un grup que acudeix per corregir la conducta, a causa del malestar psicològic que els provoca la situació i perquè volen solucionar el problema (“No sé com resoldre els problemes i exploto”; “Vull aprendre a controlar-me”; “No vull ser com el meu pare”, etc.). Un segon grup acudeix per por al trencament de la relació, que la parella l'abandoni o perquè vol una reconciliació (“Si em deixa em suïcido”; “Tinc por de que em deixi”, “Ha conegut un altre home”, etc.). Un tercer grup, tot i que aparentment de forma contradictòria, acudeix voluntàriament al tractament però en la seva demanda inicial nega, minimitza, eludeix la culpa, no es responsabilitza expressament i acudeix “per obligació” (“No sé perquè estic aquí”, “Jo no he fet res”; “Tot és mentida”; etc.). Un quart grup acudeix amb una demanda inicial difusa, sense concreció (“No sé què em passa”; “Vinc per moltes coses”; etc.). Un darrer grup està format pels casos en què els usuaris del SAHM acudeixen amb demandes diverses que s'ha agrupat sota la categoria altres. Aquesta categoria, a banda d'agrupar les categories amb poques freqüències, també inclou aquells casos en què la demanda inicial que fan els usuaris no està especificada als seus expedients corresponents (“No entenc aquesta cultura”; “Tinc problemes d'alcohol”; “Ens van fer casar sense conèixer-nos”; etc.).

Taula 23: Demandes inicials més freqüents

Demanda inicial	Expressions utilitzades
Corregir la conducta, malestar psicològic	No sé com resoldre els problemes i exploto Vull aprendre a controlar-me No vull ser com el meu pare M'excito molt i m'obsessio amb les coses No sé com sortir-me'n Volem que em curi
Difusa, sense concreció	No sé què em passa Vinc per moltes coses
Por al trencament de la relació, abandonament, vol reconciliació	Si em deixa em suïcido Tinc por de que em deixi Ha conegut un altre home

Nega, minimitza, eludeix la culpa (no es responsabilitza)	No sé perquè estic aquí Jo no he fet res Jo sóc la víctima No ha sigut tant, no és important Tot és mentida
Altres	Tinc problemes d'alcohol No tinc feina Ens van fer casar sense conèixer-nos No entenc aquesta cultura Sóc ludòpata Jo només he de parlar amb el jefe de la tribu

8.4.2.6 Atribució del problema

Fa referència al punt de vista de l'usuari envers la "causa" del problema i s'ha obtingut a partir de la informació continguda en els informes dels usuaris realitzats pels psicòlegs del SAHM. La informació s'ha extret a partir de les expressions més freqüentment utilitzades pels usuaris del SAHM i transcrites pels terapeutes en algun moment del tractament.

Una vegada revisats els informes i a partir de la informació continguda en els mateixos, vaig crear les categories que es poden observar a la taula 24, tenint en compte que les categories fossin suficientment exhaustives però que no se solapessin entre elles.

Un primer grup correspon als homes que acudeixen al SAHM que reconeixen la culpa, volen solucionar el problema o tenen un malestar psicològic que expressen clarament ("No em sé controlar"; "Exploto"; "Vull saber què em passa"; etc.). Un segon grup comprèn els usuaris que culpabilitzen la parella ("Ella em provoca"; "Em menysprea i em tracta malament"; "És un muntatge seu per prendre'm els diners", etc.). Hi ha un tercer grup del qual formen part els homes que fan una atribució externa del problema però no és la parella i solen apuntar motius com l'alcohol, consum de substàncies, la feina, problemes econòmics, altres persones (per exemple la cunyada), la cultura occidental (en aquells casos que l'home procedeix d'altres cultures). Un quart grup correspon als casos que l'home fa una atribució mixta del problema i "reparteix" la culpa entre el que fa ell o com és ell i el que fa la seva parella o com es comporta aquesta ("Reconec que jo tinc fredor emocional però ella sempre està ara em separo ara no"; "Jo no em sé controlar però ella sempre vol manar", etc.).

Una darrer grup és el que engloba tots els casos en què no es fa una atribució directa del problema sinó que aquest s'esquiva, no es reconeix, no s'especifica, o bé no consta aquesta informació a l'expedient.

Taula 24: Expressions freqüentment utilitzades en l'atribució del problema

Atribució del problema	Expressions utilitzades
Interna	No sé com resoldre els problemes i exploto Sé que em passa alguna cosa però no sé què és Vull aprendre a controlar-me No vull ser com el meu pare M'excito molt i m'obsessiono amb les coses
La parella	Ella em provoca Quan arribo de treballar al vespre la casa no està recollida i el menjar encara està per fer Estic malalt i no em cuida He perdut la feina i em menysprea i em tracta malament Des que ella ha perdut la feina l'he de mantenir Tot és un muntatge d'ella per prendre'm els diners La dona m'ha pres el fill i em vol enfonsar
Externa	Tota la culpa és de la cunyada La gent em pren el pèl La culpa és de l'alcohol La culpa és del sistema i jo sóc la víctima Tot és per culpa de la venda d'un terreny Per problemes econòmics La cultura occidental La gent em tracta malament perquè sóc immigrant
Mixta	Reconec que jo tinc fredor emocional però ella sempre està ara em separo ara no Jo no em se controlar però ella sempre vol manar Quan consumim droga i alcohol ens descontrolam
Altres	Tot és mentida No ha sigut tant No és important

8.4.2.7 Motivació pel canvi

Els homes que han arribat al SAHM ho han fet amb nivells motivacionals diversos. Per avaluar aquesta motivació dels subjectes pel canvi s'ha utilitzat el model transteòric d'etapes del canvi de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004), especificat a l'apartat 6.4 d'aquesta investigació.

Tenint en compte el model esmentat, així com les expressions utilitzades pels usuaris del SAHM en el decurs de l'entrevista inicial o les primeres sessions i recollides pels psicòlegs del SAHM en els diferents informes, he pogut categoritzar els individus en una o altra etapa del canvi. Concretament, la categorització ha donat lloc a tres categories corresponents a l'etapa de precontemplació (quan arriben al SAHM tenen un nivell motivacional baix), l'etapa de contemplació (quan arriben al SAHM tenen un nivell motivacional moderat), i

l'etapa de preparació (quan arriben al SAHM tenen un nivell motivacional alt), tal i com es pot observar a la taula 25.

Taula 25: Nivell motivacional dels homes en arribar al SAHM segons el model de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004)

Etapes	Aspecte central	Descripció	Motivació pel canvi
Precontemplació	Negar el problema	No tenen intenció de canviar el seu comportament violent	Baixa
Contemplació	Mostrar ambivalència (dubtar entre canviar o no)	Estan interessats en canviar, però no han desenvolupat un compromís fidel de canvi	Moderada
Preparació	Estar motivat per canviar	Es comprometen a canviar i prenen decisions sobre com facilitar el procés de canvi	Alta

Aquesta categorització va ser consensuada amb els psicòlegs que van atendre els casos del SAHM tal i com s'especifica en l'apartat 8.3.4 d'aquesta investigació.

Cap dels usuaris del SAHM en el moment d'acudir al servei es va poder categoritzar en les etapes posteriors model transteòric d'etapes del canvi, corresponents als estadis d'acció (canvien la seva conducta o les condicions ambientals que afecten el seu problema a fi i efecte de superar-lo) i manteniment (aconsegueixen eliminar amb èxit la conducta problemàtica i realitzen esforços per a prevenir la recaiguda i consolidar els guanys obtinguts).

8.4.2.8 Retenció proactiva i recolzament

Els subjectes que han participat al programa terapèutic derivats dels Mossos d'Esquadra han tingut un tipus de motivació externa consistent en l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament prèvies al tractament, per part d'un agent dels Mossos d'Esquadra membre del GRAV de la regió policial de Girona, tal i com s'especifica a l'apartat 6.7 d'aquesta investigació. Els usuaris del SAHM que han estat derivats per qualsevol altra via no han rebut cap tipus de tècnica motivacional específica anterior al tractament.

Les categories d'aquesta variable s'han pogut determinar a través de la via de derivació al SAHM i són absència o presència de tècniques de retenció proactiva i recolzament prèviament al tractament.

8.4.2.9 Nombre de sessions realitzades

El nombre de sessions realitzades per cada usuari que ha acudit a programa de tractament per a homes que maltracten, SAHM, s'ha obtingut a través del registre de les dades que consten en cada un dels expedients dels participants. Cada sessió en la qual han acudit els usuaris ha estat registrada en el seus expedients i correspon a una sessió de tractament.

8.4.2.10 Durada del tractament

La durada del tractament s'ha pogut determinar a través del registre de les dades dels expedients. Una vegada determinada la durada de cada un dels tractaments dels usuaris del SAHM es va categoritzar la variable en intervals de 3 mesos per fer-la més operativa, obtenint com a resultat 6 categories: menys d'1 mes; d'1 a 3 mesos; de 4 a 6 mesos; de 7 a 9 mesos; de 10 a 12 mesos; i més de 12 mesos.

8.4.2.11 Motiu de tancament de l'expedient

Els motius pels quals s'han tancat els expedients dels homes que han participat al SAHM són diversos i a partir del registre de les dades he pogut establir diferents categories que corresponen a l'abandonament prematur del programa, a la finalització de tractament, la reconciliació amb la parella o bé a altres motius diversos com poden ser un canvi de domicili dels participants, marxar al seu país d'origen, algun tipus d'accident, canvis en els horaris laborals, derivació a un centre de toxicomanies o problemes econòmics per arribar al servei (transport).

La categorització es va fer tenint en compte que les categories fossin suficientment exhaustives i que no se solapessin entre elles.

8.4.2.12 Adherència al tractament

L'adherència al tractament, que serà el nostre criteri principal, es va determinar en funció dels factors especificats a l'apartat 6.1 d'aquesta investigació. En primer lloc, segons el concepte d'adherència aplicat en el marc dels programes de tractament o formatius per a homes maltractadors contra la parella, el qual implica el seu desig de continuar amb el tractament, d'assistir a les sessions i de realitzar les tasques assignades (Redondo, 2008). La qual cosa es pot determinar a partir de la informació continguda en les sessions de seguiment i tancament de cada usuari del SAHM. I, en segon lloc, com que l'assistència en sí mateixa no és una variable d'adherència determinant sinó que també ha de contemplar el grau d'implicació i la motivació pel canvi (Quinteros i Carbajosa, 2008), el nivell d'adherència s'ha determinat també en funció de la introducció de canvis en les seves conductes agressives. Això significa que els usuaris del SAHM han d'haver superat, com a mínim, les fases de precontemplació i contemplació en el moment en que el seu expedient es dona per tancat que són, tal i com s'especifica a l'apartat 6.1 d'aquesta investigació, l'àmplia majoria on es troben els homes

que accedeixen als programes de tractament terapèutic per a homes que exerceixen VCP.

Per poder determinar els canvis que els usuaris del SAHM han introduït en les seves conductes agressives una vegada s'ha tancat el seu expedient, s'ha utilitzat el model teòric d'etapes del canvi de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004) especificat a l'apartat 6.4 d'aquesta investigació, prenent com a referència inicial l'etapa del canvi en la qual es trobaven els usuaris en el moment d'acudir al tractament i que va servir per agrupar els homes en funció de la seva motivació interna pel canvi, tal i com es detalla a l'apartat 8.4.2.6 d'aquesta investigació. Tal i com s'ha comentat anteriorment, els canvis obtinguts en les seves conductes agressives una vegada s'ha tancat l'expedient s'han pogut determinar a partir de les dades que els psicòlegs del SAHM van registrar en cada una de les sessions i recollides en els expedients dels usuaris del SAHM.

Tenint en compte les premisses anteriors, s'han obtingut 3 categories de la variable que són adherència baixa, adherència mitjana o moderada, i adherència alta. L'adherència baixa correspon a aquells homes que no han superat la fase de precontemplació o contemplació i que, per tant, quan el seu expedient s'ha donat per tancat, o bé no tenen intenció de canviar el seu comportament violent o bé estan interessats en canviar però no han desenvolupat un compromís fidel de canvi i continuen igual. L'adherència moderada o mitjana correspon a aquells usuaris han superat la fase de contemplació i, per tant, s'han compromès a canviar i han pres decisions sobre com facilitar el procés de canvi. L'adherència alta correspon als homes que han superat la fase de preparació i han passat a l'acció, canviant la seva conducta o les condicions ambientals que afecten el seu problema a fi i efecte de superar-lo (veure la taula 26).

Taula 26: Adherència al tractament dels usuaris del SAHM segons el model de Prochascka i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004) en el moment que el seu expedient es dona per tancat

Etapes	Aspecte central	Descripció	Adherència al tractament
Precontemplació/	Negar el problema	No tenen intenció de canviar el seu comportament violent Estan interessats en canviar, però no han desenvolupat un	Baixa
Contemplació	Mostrar ambivalència (dubtar entre canviar o no)	compromís fidel de canvi	
Preparació	Estar motivat per canviar	Es comprometen a canviar i prenen decisions sobre com facilitar el procés de canvi	Moderada

Acció	Modificar les conductes violentes per altres més adaptatives	Canvien la seva conducta o les condicions ambientals que afecten el seu problema a fi i efecte de superar-lo	Alta
--------------	--	--	------

No consta als expedients la informació corresponent a l'etapa de manteniment, quan els homes aconsegueixen eliminar amb èxit la conducta problemàtica i realitzen esforços per a prevenir la recaiguda i consolidar els guanys obtinguts.

8.4.3 IMPLICACIONS ÈTIQUES

Donades les característiques d'aquesta investigació, s'ha garantit la confidencialitat de les dades dels usuaris que van participar al SAHM ometent les seves dades personals (nom, cognoms, adreça, telèfon de contacte i lloc de treball). Així mateix, tal i com s'ha comentat anteriorment, vaig signar els documents de compromís de confidencialitat pertinents⁴⁰.

8.5 Resultats

En aquest apartat es presenten els resultats obtinguts a partir de les anàlisis aplicades a la mostra.

Es presenten en primer lloc els descriptius de la mostra, les característiques sociodemogràfiques, la relació dels participants amb la Justícia segons les denúncies per VCP, el tipus d'agressió exercida, la via de derivació al SAHM, la demanda inicial que fan els usuaris en arribar al SAHM, l'atribució del problema que fan els participants, la seva motivació interna pel canvi, l'absència o presència de tècniques motivacionals (retenció proactiva i recolzament) prèvies al tractament, el nombre de sessions realitzades, la durada del tractament i el motiu de tancament de l'expedient.

Seguidament, es presenten les anàlisis bivariades entre les variables sociodemogràfiques, les variables prèvies al tractament i les variables posteriors al tractament i, finalment, es presenta l'anàlisi de les variables predictores de l'adherència al programa formatiu a fi i efecte de comprovar les hipòtesis d'aquest estudi.

40 Es considera que no hi ha més implicacions ètiques en aquesta investigació donat que:

- No hi ha implicats: Embrions humans o fetus; Teixit embrionari o fetal; Altres teixits humans; Persones sense el seu consentiment; Primats no humans; Animals transgènics; Animals genèticament modificats; Plantes genèticament modificades.
- El projecte no està afectat per regulacions nacionals i no requereix autorització o aprovació per comissions ètiques nacionals.
- El projecte no està implicat amb materials o organismes infectats o manipulats.

8.5.1 CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LA MOSTRA

Al respecte de les característiques demogràfiques dels participants, els subjectes tenen una edat mitjana de 38,7 anys ($DT = 9,2$; rang 20-70) i, majoritàriament, són espanyols, estan casats o amb parella, tenen fills, han finalitzat els estudis primaris, es troben laboralment actius i disposen d'un nivell econòmic suficient, tal i com es pot observar a la Taula 27.

Taula 27: Característiques sociodemogràfiques dels homes atesos al SAHM (N = 142)

Variables		n	%
Nacionalitat	Espanyola	96	67,6
	Marroquí	12	8,5
	Sudamericana	14	9,9
	Africana	8	5,6
	Europa Occidental	7	4,9
	Altres/no consta	5	3,5
Estat civil	Solters	20	13,6
	Casats/parella de fet/ajuntats	86	58,5
	Divorciats/separats	29	19,7
	No consta	7	8,2
Fills	Sí	95	66,9
	No	26	18,3
	No consta	21	14,8
Amb qui viu	Amb parella	74	52,1
	Sol	23	16,2
	Altres	25	17,6
	No consta	20	14,1
Estudis acabats	Sense estudis	77	52,4
	Educació primària	34	23,1
	Educació secundària	6	4,1
	Educació superior	2	1,4
	No consta	23	19,0
Situació laboral	Actiu	108	73,5
	En atur	19	12,9
	Altres	4	2,7
	No consta	18	10,9
Situació econòmica	Insuficient	41	27,9
	Suficient	45	30,6
	Alta	21	14,3
	No consta	35	27,2

Pel que fa la nacionalitat/procedència dels participants, s'observa un grup destacable de nacionalitat espanyola (67,6%). Aquesta gran majoria es pot atribuir al fet que, durant els primers anys de funcionament del programa formatiu, encara no hi havia hagut l'eclosió del fenomen de la bombolla immobiliària⁴¹.

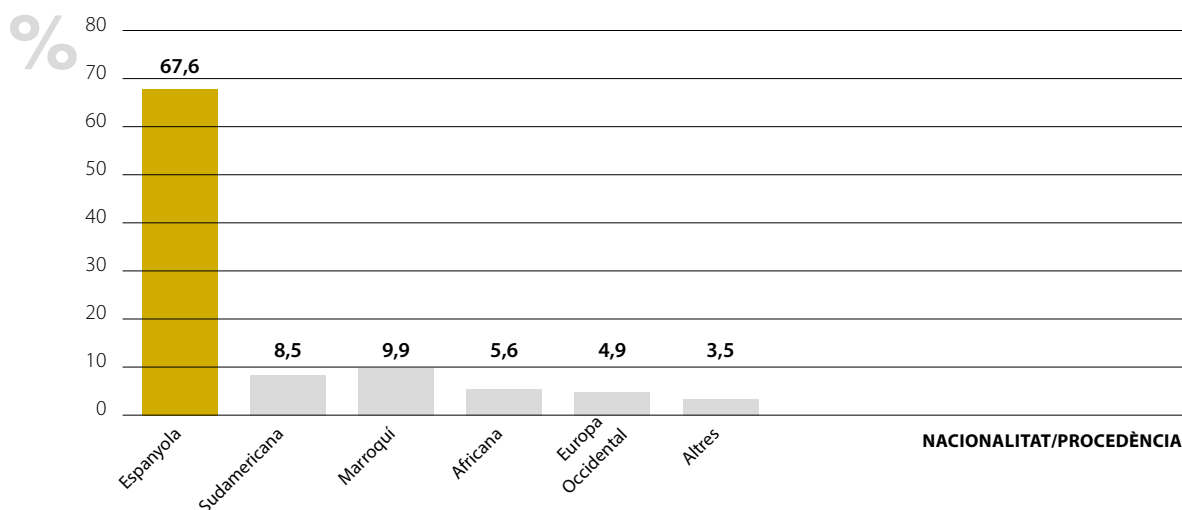


Figura 8: Nacionalitat i/o procedència dels participants al SAHM

En referència a l'estat civil, a la figura següent es pot observar com la majoria dels homes que acudeixen estan casats, seguit dels que estan divorciats i, en darrer lloc, els que estan solters.

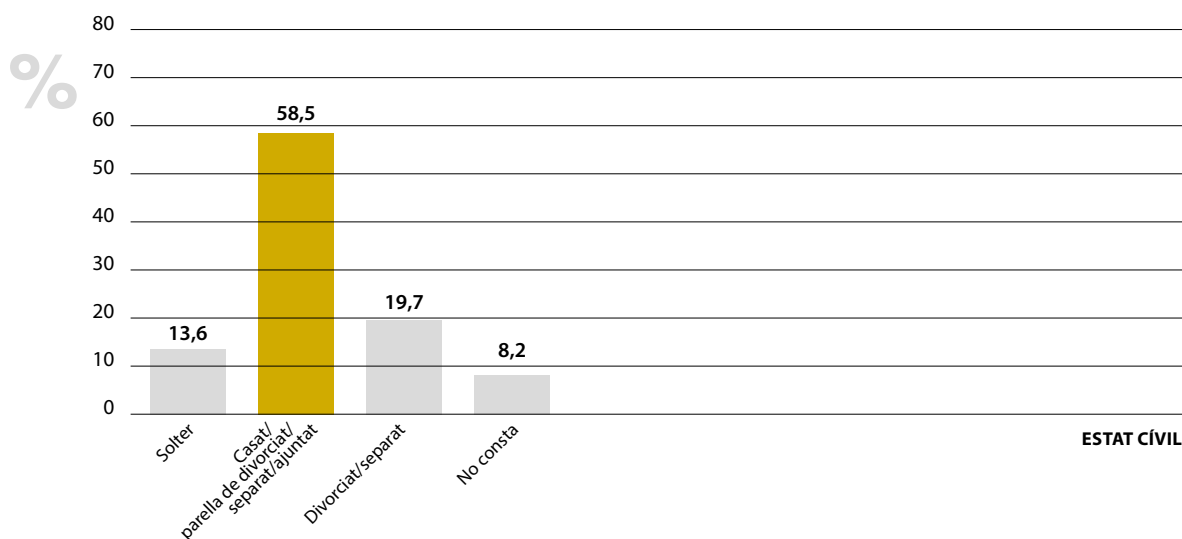


Figura 9: Estat civil dels participants al SAHM en el moment d'acudir al servei

41 Segons un recent estudi de Jordi (2010) sobre les dades de la immigració a Catalunya i les seves repercussions econòmiques, encarregat per la Generalitat de Catalunya i publicat al número 20 de la Revista Catalana de Dret Públic, "el nombre de persones estrangeres que viuen a Catalunya ha passat de 121.361 l'any 1998 a 1.184.192 l'1 de gener de 2009, i de representar l'1,97% de la població al començament del període al 15,86% de l'any 2009. Es constata que es tracta d'un fenomen global, d'abast mundial, que durant aquests darrers anys ha afectat els països més desenvolupats d'Europa i amb especial intensitat l'Estat espanyol i particularment Catalunya. En el cas de Catalunya, es parla d'un milió de persones a partir d'una població inicial d'uns sis milions, coincidint l'entrada de nova població amb el que s'ha anomenat *bombolla immobiliària*".

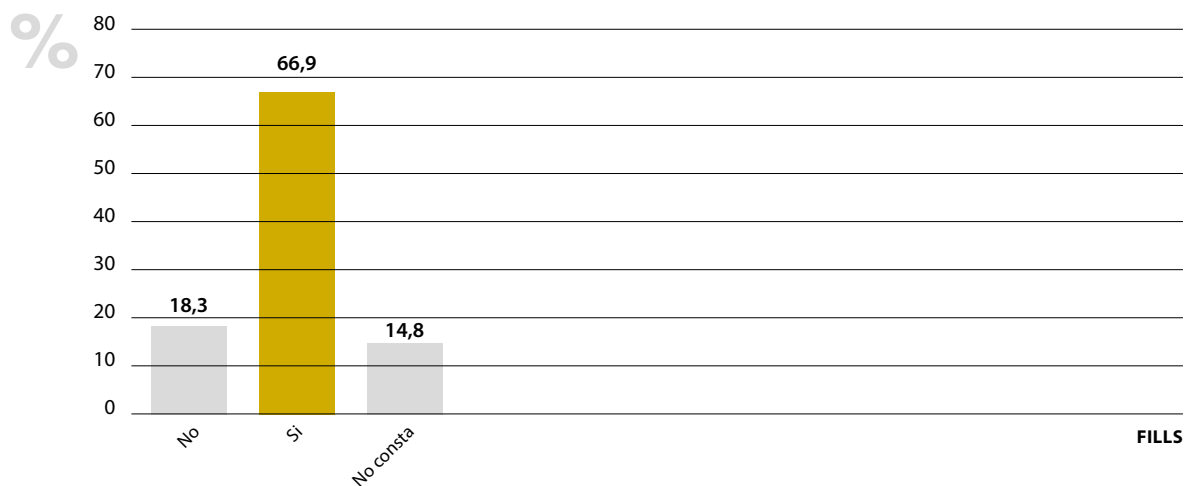


Figura 10: Estat de la paternitat dels usuaris en arribar al SAHM

Al respecte dels fills, tal i com es pot observar a la figura 10, la majoria dels participants en tenen (66,9%)

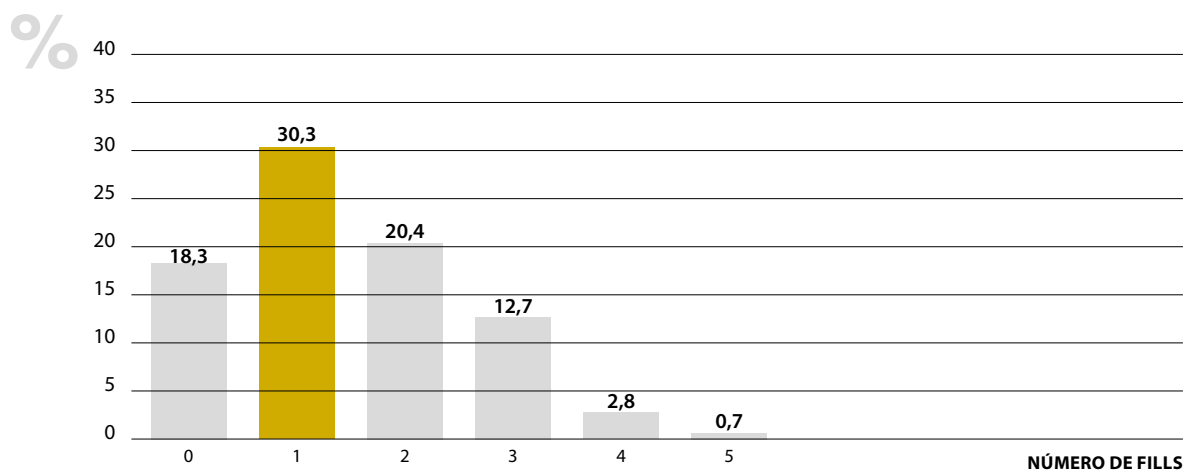


Figura 11: Número de fills

Pel que fa al número de fills, a la figura 11 podem observar com la majoria en tenen 1 (30,3%) o 2 (20,4%).

En relació amb qui viuen els usuaris del SAHM en el moment d'acudir al servei, a la figura 12 podem observar com una gran majoria dels homes viu amb parella (52,1%), seguit dels que viuen segons diferents opcions com són amb un company de pis, els pares, algun familiar, amb algun dels fills o a la presó (17,6%), i finalment els que viuen sols (16,2%).

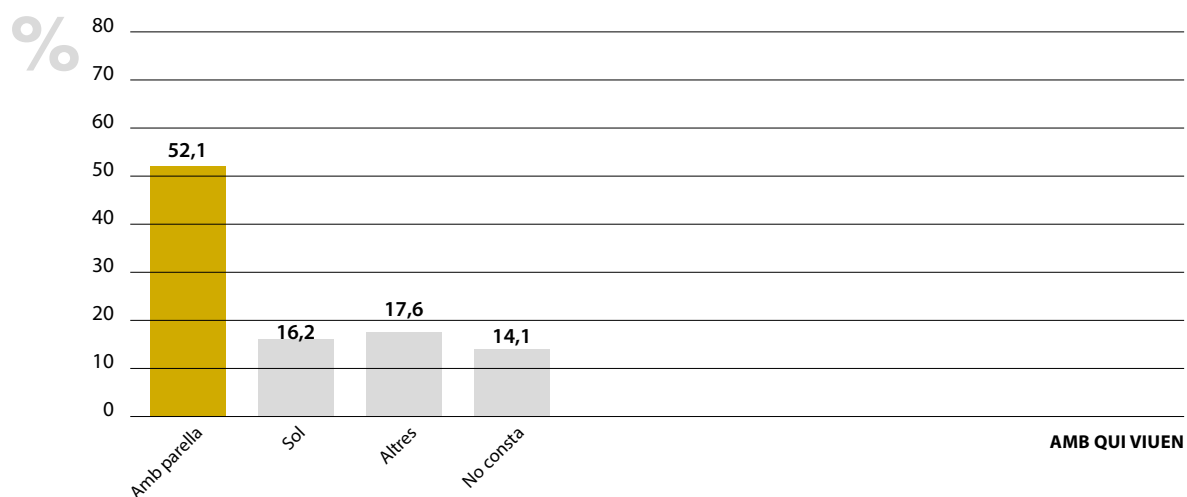


Figura 12: Amb qui viuen els participants al SAHM en el moment d'acudir al servei

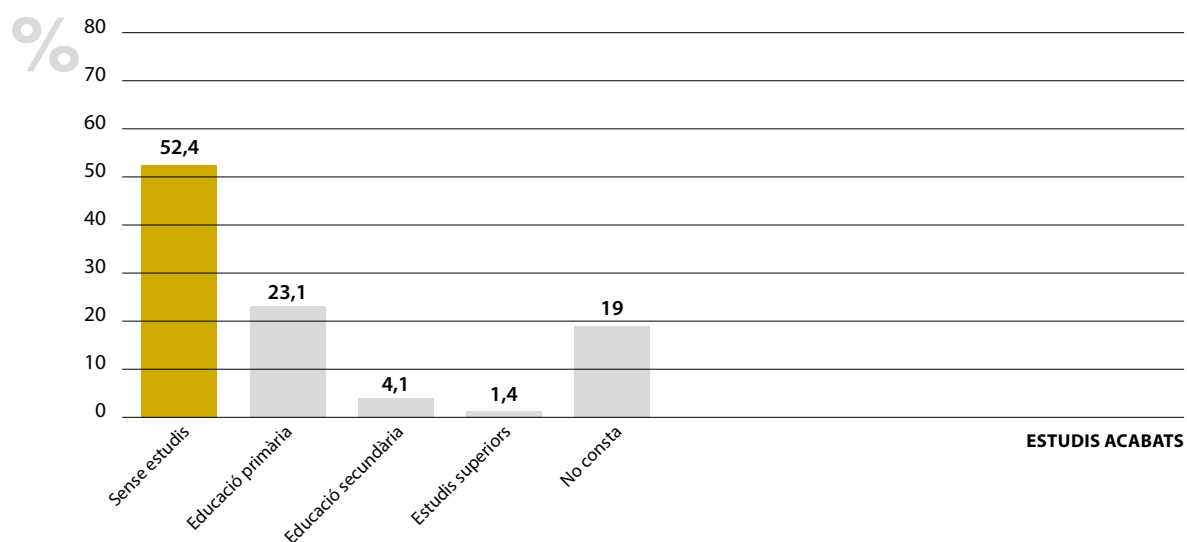


Figura 13: Nivell d'estudis acabats dels participants al SAHM.

Pel que fa al nivell d'estudis acabats, a la figura 13 es pot comprovar com la majoria dels participants no té estudis (54,2%); seguit dels que han finalitzat els estudis primaris (23,9%), els que han finalitzat l'educació secundària (4,2%) i, finalment, els que disposen d'estudis superiors (1,4%).

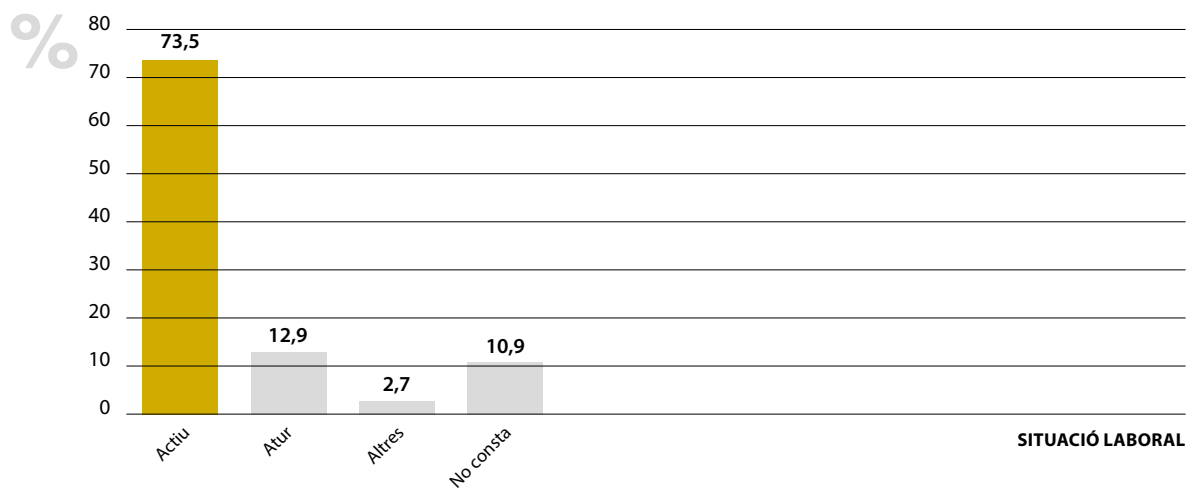


Figura 14: Situació laboral els participants al SAHM en el moment d'acudir al servei

Pel que fa a la seva situació laboral, a la figura 14 es pot observar com una àmplia majoria dels usuaris estan en actiu (76,1%), seguit dels que estan a l'atur (13,4%).

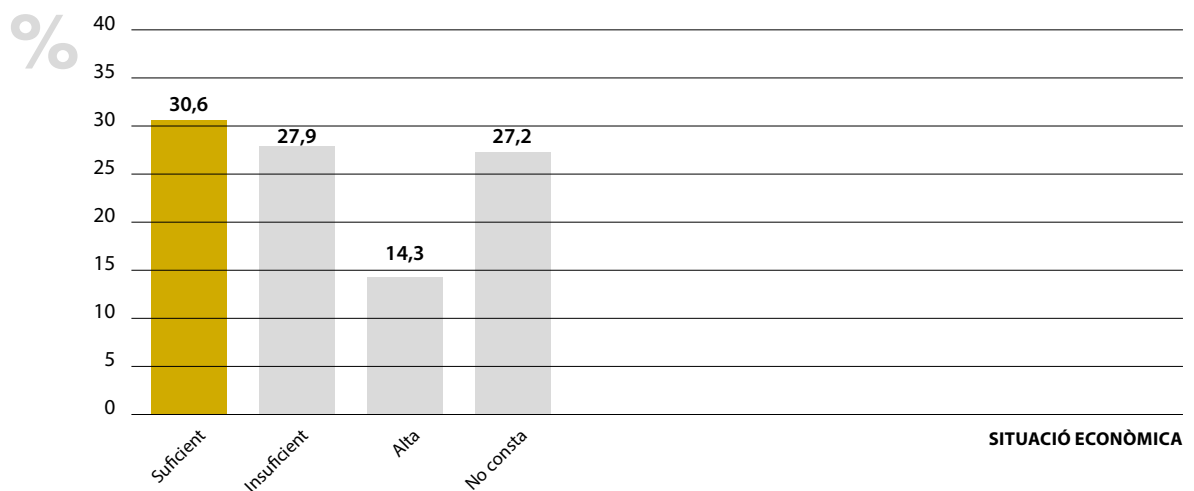


Figura 15: Situació econòmica dels participants al SAHM

En referència a la situació econòmica dels usuaris del SAHM, podem veure a la figura 15 que una lleugera majoria disposa d'una situació econòmica suficient, seguit del grup que disposa d'una situació econòmica insuficient i, en darrer terme, un petit grup que gaudeix d'una situació econòmica alta.

8.5.2 RELACIÓ DELS PARTICIPANTS AMB LA JUSTÍCIA PER DENÚNCIES DE VCP

Al respecte de la relació dels usuaris amb la Justícia quan arriben al SAHM, per denúncies de VCP, als expedients consultats hi ha una gran majoria de casos en els quals no consta aquesta informació (45,8% de la mostra). Pel que fa als casos dels quals sí es disposa de la informació, la majoria d'homes han estat denunciats 1 vegada (26,6%) tal i com es pot observar a la figura 16.

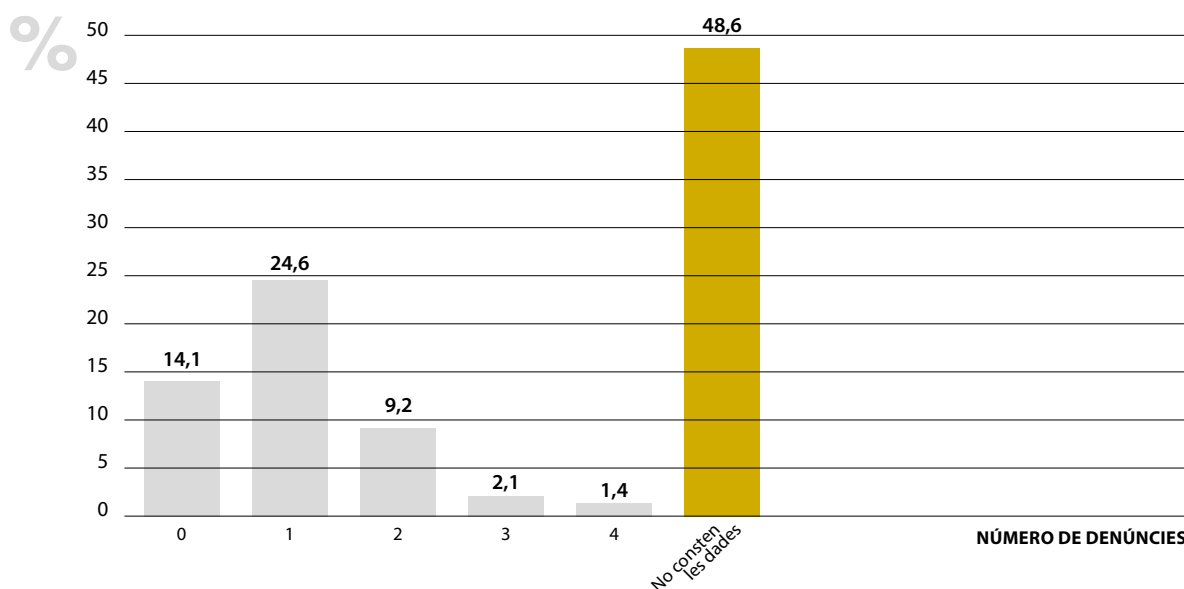


Figura 16: Número de denúncies que tenen els participants als SAHM

Una vegada revisades les dades dels expedients consultats, no s'ha pogut obtenir informació al respecte d'altres tipus de denúncies que els participants puguin tenir en relació amb altres fets delictius a part dels que estan vinculats a l'exercici de VCP.

Donat que no es disposa d'aquesta informació en pràcticament la meitat dels expedients consultats, la variable no s'ha inclòs en els anàlisis estadístics bivariats per evitar resultats significatius per atzar.

8.5.3 TIPUS DE VIOLÈNCIA EXERCIDA PELS PARTICIPANTS AL SAHM

Pel que fa al tipus de violència exercida pels homes i segons les dades obtingudes als expedients tal i com s'indica al punt 8.4.2.2 d'aquesta investigació, a la figura 17 es pot observar que la majoria d'ells han exercit indistintament violència psicològica i física (68,5%), seguit dels que han exercit només violència psicològica (26,77%) i, finalment, els que han exercit només violència física (1,57%) o tot tipus de violència (3,15%), incloent en aquest grup la violència sexual.

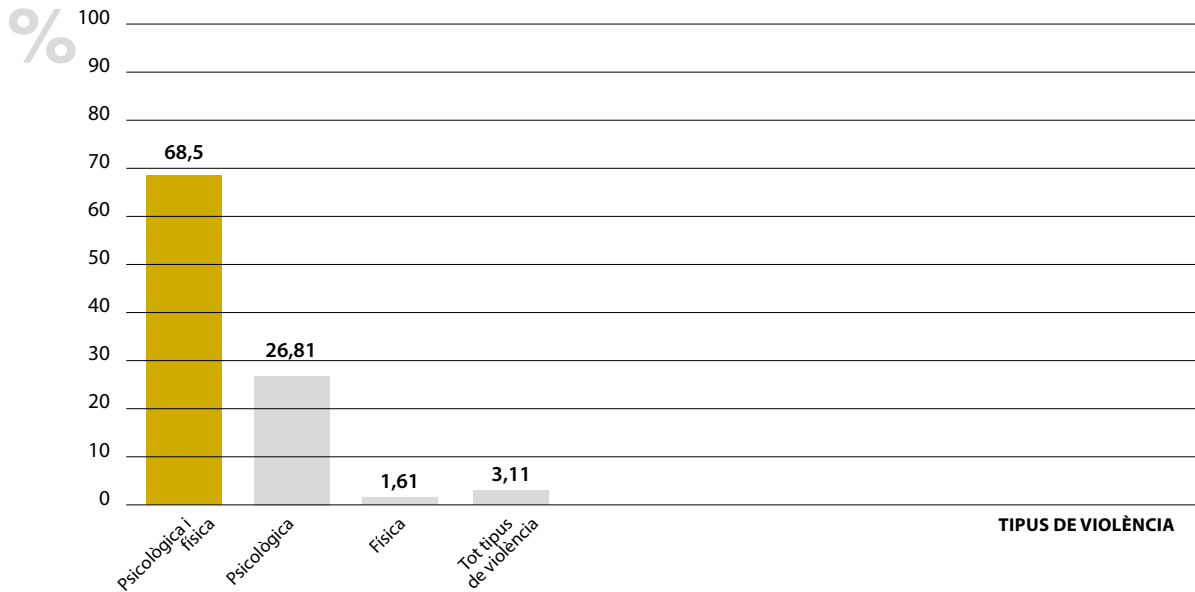


Figura 17: Tipus de violència exercida pels homes assistents al SAHM

8.5.4 VIES D'ACCÉS AL SAHM

Els homes que han arribat al SAHM de forma voluntària ho han fet per mitjà de diverses vies d'accés, provenint principalment de la policia autonòmica Mossos d'Esquadra (46,5%) i la xarxa de Serveis Socials (20,4%). Hi ha alguns usuaris que han acudit al SAHM derivats d'altres programes de la Fundació IReS (7,7%) i també, minoritàriament, alguns homes que acudeixen per iniciativa pròpia (2,1%) o perquè els "ho ha dit" la parella (2,1%). Així mateix, hi ha també alguns casos derivats pels professionals dels centres penitenciaris (4,2%) i, per finalitzar, trobem un grup nombrós de participants que han arribat per altres vies especificades a l'apartat 8.4.2.3 d'aquest estudi o bé no se'n coneix la via de derivació (17%).

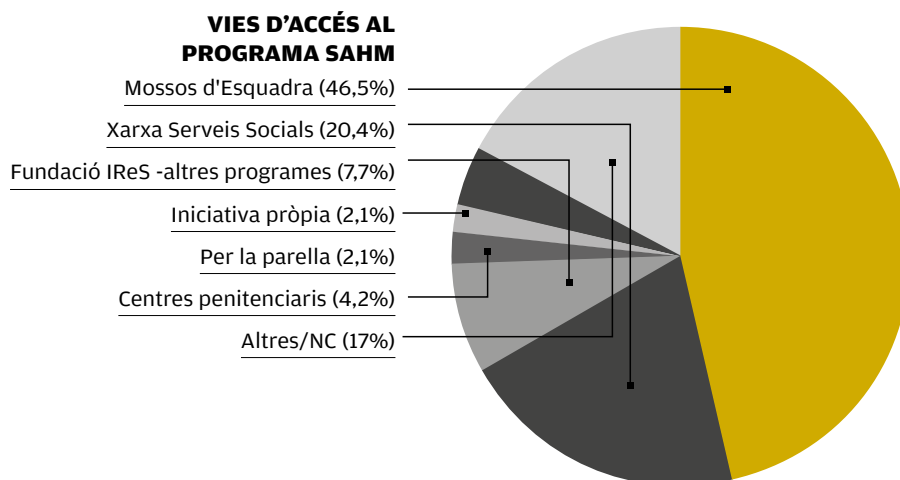


Figura 18: Vies d'accés al programa SAHM

8.5.5 DEMANDA INICIAL I REONEIXEMENT DE LA CONDUCTA ABUSIVA DELS HOMES QUE HAN ACUDIT AL SAHM

Els homes que han acudit al SAHM ho han fet per motius diversos i amb diferents demandes. Hi ha un grup que ha acudit al servei en busca d'ajuda per corregir la conducta, malestar psicològic i/o solucionar el problema (24,6%). Un nombre lleugerament superior dels homes que acudeixen al servei ho fan sense una demanda clara, difusa o sense concreció (25,4%). Seguidament, hi ha també un grup que inicialment, de forma contradictòria aparentment, tot i que l'assistència al programa sigui de caràcter voluntari acudeix "per obligació", eludint la culpa, negant o minimitzant (16,2%).

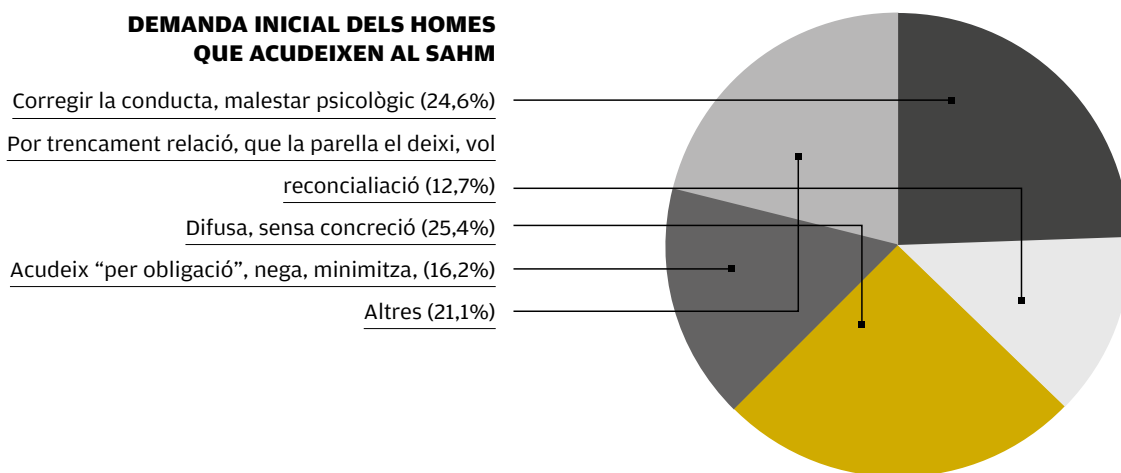


Figura 19: Demanda inicial dels homes que acudeixen al SAHM

Tal i com es pot observar a la figura anterior, hi ha també un grup en el qual els homes acudeixen al SAHM per por a que la parella els deixi, del trencament de la relació o perquè busquen una reconciliació amb la parella (12,7%). Per finalitzar, també es pot observar a la figura 19 que hi ha un nombre important de casos (21,1%) que acudeixen amb demandes de tot tipus o bé no consta la informació als expedients i que, donat el baix nombre de freqüències en cada factor, s'han agrupat en un mateix grup tal i com s'ha especificat a l'apartat 8.4.2.4 d'aquest estudi.

8.5.6 ATRIBUCIÓ I REONEIXEMENT DEL PROBLEMA

La gran majoria dels homes que acudeixen al SAHM fan una atribució externa del problema (36,6%), seguit dels que atribueixen la culpa a la parella (19,7%) o fan una atribució interna i se'n responsabilitzen (19,7%). Un grup menor fa una atribució mixta de la culpa, envers ell mateix i envers la parella (9,9%), i en darrer terme hi ha un grup en el qual no consta l'atribució del problema i que inclou els casos especificats en el punt 8.4.2.5 d'aquest estudi.

Es pot observar gràficament la distribució dels grups a la figura 20.

ATRIBUCIÓ I RECOONEIXEMENT DEL PROBLEMA

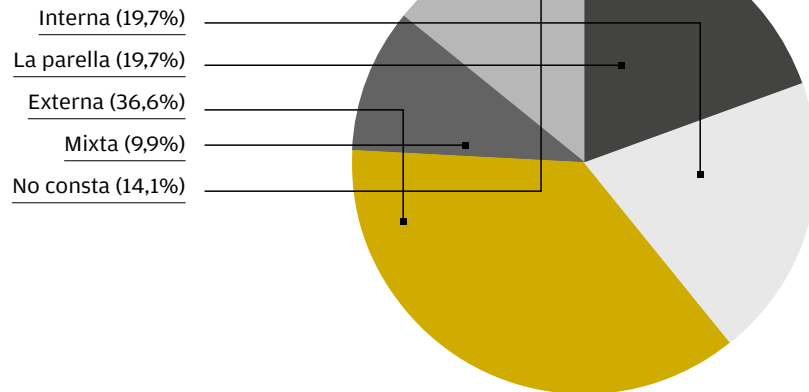


Figura 20: Atribució i reconeixement del problema

8.5.7 MOTIVACIÓ INTERNA PEL CANVI

Els homes que han arribat al SAHM ho han fet amb nivells motivacionals diversos que s’han identificat mitjançant el model transteòric d’etapes del canvi de Prochascka i DiClemente (1983) adaptat per Echeburúa (2004) tal i com s’especifica a l’apartat 8.4.2.6 d’aquest estudi. Aquest model ha classificat els usuaris del SAHM en 3 grups segons el seu nivell de motivació inicial pel canvi (baixa, mitjana o moderada, alta).

MOTIVACIÓ INTERNA PEL CANVI DELS PARTICIPANTS AL SAHM

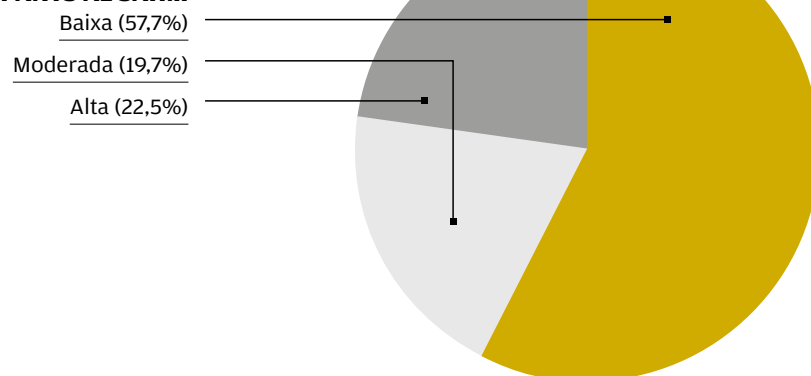


Figura 21: Motivació interna pel canvi dels participants al SAHM

Tal i com es pot observar a la figura 21, un 57,7% dels individus té una motivació baixa, un 19,7% té una motivació moderada i un 22,5% té una motivació alta pel canvi en el moment d’accedir al SAHM.

8.5.8 RETENCIÓ PROACTIVA I RECOLZAMENT

Els casos els quals els homes han estat derivats pels Mossos d'Esquadra, han rebut tècniques de retenció proactiva i recolzament pel part del professional de la policia autonòmica contractat des del GRAV per a aquesta finalitat.

A la figura 22 es pot observar la distribució dels usuaris segons l'absència o presència de tècniques motivacionals prèvies al tractament per part de la policia autonòmica. Tal i com es pot veure, hi ha una lleugera majoria del grup que sí ha rebut tècniques motivacionals prèvies al tractament envers el grup que no ha rebut cap tècnica motivacional prèvia al tractament.

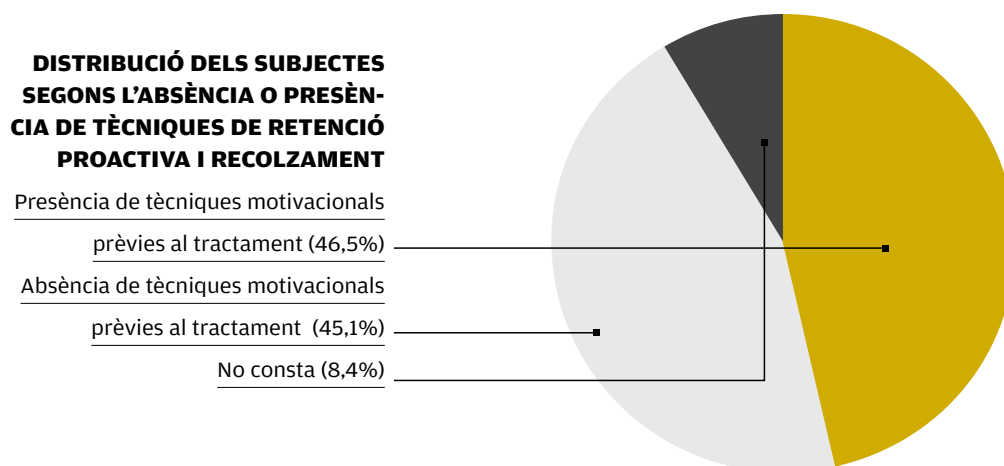


Figura 22: Distribució dels subjectes segons l'absència o presència de tècniques de retenció proactiva i recolzament

8.5.9 DURADA DEL TRACTAMENT

Si tenim en compte tots els casos ($N=142$), incloent doncs els casos que només s'ha assistit a la fase d'entrevista inicial (una única sessió), el tractament tindria una durada mitjana de 3,2 mesos ($DT=5,02$; rang 0-42,3).

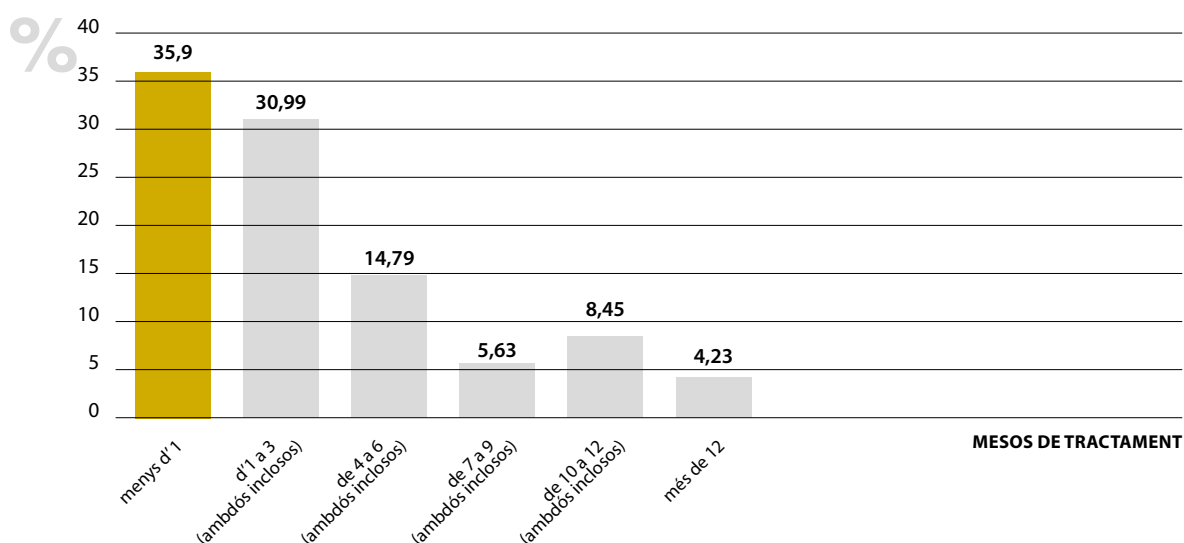


Figura 23: Durada del tractament (n=142)

A la figura 23 es pot observar com la major part dels programes de tractament dels participants (35,92%) han tingut una durada inferior a 1 mes (35,9%), seguits dels que oscil·len entre 1 i 3 mesos (30,9%). A partir dels 4 mesos, el percentatge de casos que romanen a la teràpia va disminuint, tot i que no ho fa de forma estrictament progressiva.

Excloent els casos en que s'ha assistit només a la primera sessió ($N=102$), el tractament tindria una durada mitjana de 4,2 mesos ($DT=5,55$; rang 0-42,3)

8.5.10 NÚMERO DE SESSIONS REALITZADES

Pel que fa al número de sessions realitzades, si tenim en compte tots els casos ($n=142$) obtenim una mitjana de 4,6 sessions per participant ($DT=4,21$; rang 1-22).

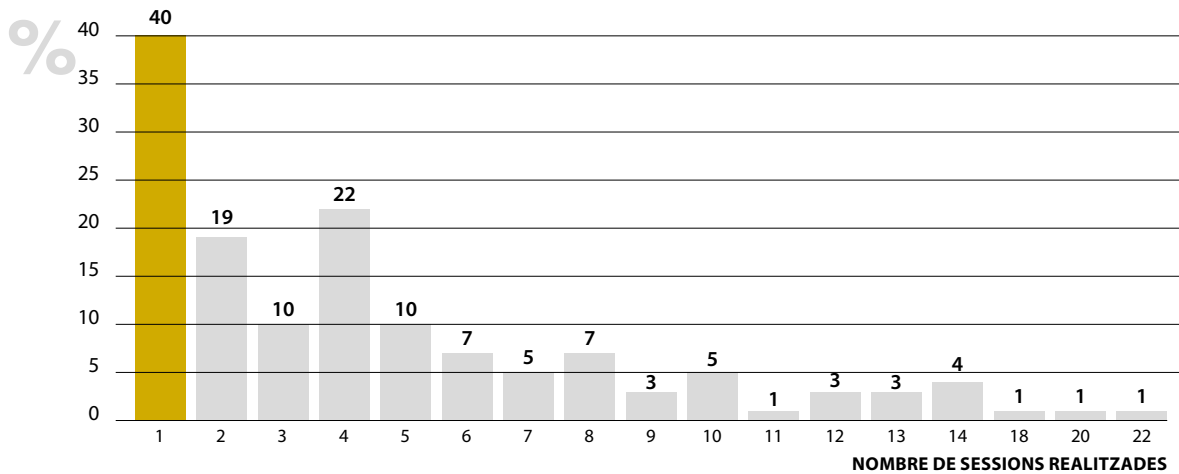


Figura 24: Número de sessions realitzades tenint en compte el total de la mostra

La majoria dels casos ($n=40$) han assistit exclusivament a la primera entrevista (28,2%) i, pel que fa a la resta, el nombre ha estat desigual tal i com es pot observar a la figura 24.

Pel que fa al número de sessions realitzades tenint en compte els participants del SAHM que han començat el tractament ($n=102$), és a dir, obviant els casos en que només s'ha assistit a la fase d'entrevista inicial (1 única sessió), el tractament tindria una durada mitjana de 6 sessions ($DT = 4,17$; rang 2-22).

8.5.11 FINALITZACIÓ DEL PROGRAMA DE TRACTAMENT

Els motius pels quals s'han tancat els expedients dels homes que han participant al SAHM són diversos.

Tal i com es pot observar a la figura 25, en primer lloc i majoritàriament, els expedients s'han donat per tancats donat a l'elevat nombre de casos d'abandonament del programa (57%). El nombre d'expedients que es tanca per motiu de finalització de tractament (19%)

és el mateix que es tanca per altres motius diversos especificats a l'apartat 8.4.2.10 d'aquesta investigació. Finalment, hi ha també alguns casos que el motiu de tancament de l'expedient va relacionat amb la reconciliació amb la parella (5%). En aquests casos, l'abandonament de la teràpia es produeix quan l'home s'ha reconciliat amb la parella.

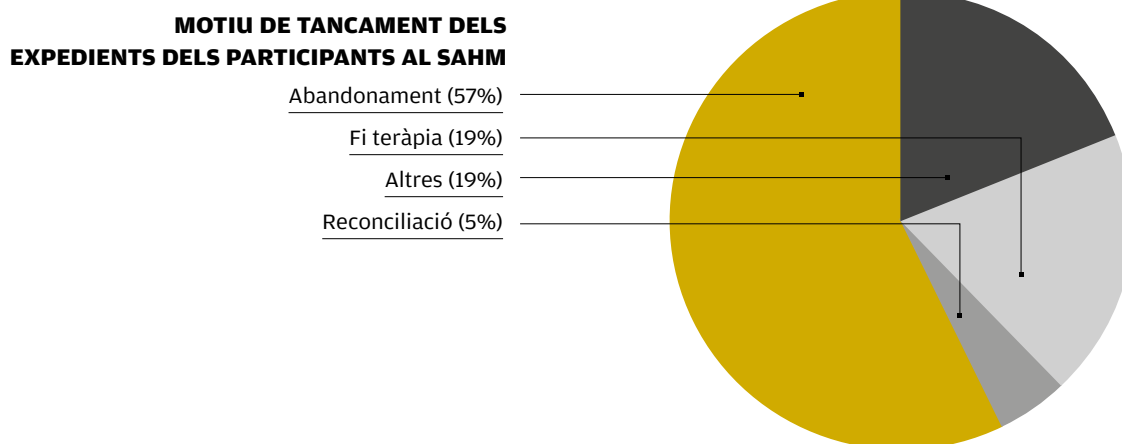


Figura 25: Motiu de tancament dels expedients dels participants al SAHM

8.5.12 ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Realitzades les taules de contingència, no s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM. No s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM i el seu estat civil. Tampoc s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris amb el seu nivell d'estudis acabats. No s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM i el tenir o no tenir fills. Així mateix, no s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM i amb qui viuen. No s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM i la seva situació econòmica. Finalment, no s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM i la seva situació laboral, tal i com es pot observar a la taula 28.

8.5.13 ANÀLISI DE LA RELACIÓ ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES I LES VARIABLES ACTITUDINALS I MOTIVACIONALS PRÈVIES AL TRACTAMENT.

Realitzades les taules de contingència, no s'han obtingut resultats estadísticament significatius pel que fa a la relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables actitudinals i

motivacionals prèvies al tractament com són la demanda inicial, l'atribució del problema i la motivació interna. Concretament, als resultats de la taula 29 es pot observar que la nacionalitat o procedència dels usuaris del SAHM, així com el seu estat civil, si tenen fills o no, si viuen sols o amb companyia, no és estadísticament significatiu pel que fa a la demanda inicial que fan en acudir al tractament. Tampoc ha resultat estadísticament significativa la relació entre el nivell d'estudis acabats, la situació laboral i la situació econòmica dels usuaris del SAHM amb la demanda inicial.

A la taula 30 es pot observar que l'estat civil dels participants, si tenen fills o no, si viuen sols o amb companyia, el seu nivell d'estudis acabats, la seva situació laboral i la seva situació econòmica no és estadísticament significativa en relació a l'atribució del problema que fan els usuaris del SAHM.

A la taula 31 es pot observar que les variables sociodemogràfiques esmentades no són estadísticament significatives en relació a la motivació interna pel canvi dels usuaris del SAHM.

Tabla 29: Relació entre les variables sociodemogràfiques i la demanda inicial

Demanda inicial													
	Nega, minimitza, eludeix culpa, acudeix "per obligació"		Corregir la conducta, solucionar el problema, malestar psicològic		Por trencament/vol reconciliació amb la parella		Difusa/sense concreció		Altres		$\chi^2(g)$	p	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Nacionalitat/ Procedència											25,2 ^a (20)	.193	
Espanyola	14	15,4	21	23,1	10	11,0	28	30,8	18	19,8			
Marroquí	3	25,0	7	58,3	1	8,3	1	8,3		0			
Sudamericana	2	14,3	4	28,6	2	14,3	2	14,3	4	28,6			
Àfrica		3	37,5	2	25,0	1	12,5	2	25,0		0		
Europa Occidental	0		1	14,3	3	42,9	2	28,6	1	14,3			
No consta	1	20,0	0		1	20,0	1	20,0	2	40,0			
Estat civil											4,8 ^b (8)	.776	
Solter		3	16,7	5	27,8	2	11,1	7	38,9	1	5,6		
Casat/parella fet/ajuntat	13	15,7	24	28,9	10	12,0	20	24,1	16	19,3			
Divorciat/separat	6	20,7	5	17,2	5	17,2	8	27,6	5	17,2			
Fills											4,7 ^c (8)	.779	
No		3	12,5	7	29,2	3	12,5	6	25,0	5	20,8		
Si	16	17,4	24	26,1	13	14,1	21	22,8	18	19,6			
No consta	4	19,0	4	19,0	2	9,5	9	42,9	2	9,5			
Amb qui viu actualment											10,3 ^d (8)	.241	
Sol		3	13,0	8	34,8	6	26,1	4	17,4	2	8,7		
Amb parella	15	21,1	20	28,2	5	7,0	18	25,4	13	18,3			
Altres		3	12,5	4	16,7	5	20,8	7	29,2	5	20,8		
Estudis acabats											7,03 ^e (12)	.856	
Sense estudis	13	17,6	19	25,7	9	12,2	21	28,4	12	16,2			
Educació primària	4	12,5	7	21,9	5	15,6	9	28,1	7	21,9			
Educació secundària	0		2	33,3	1	16,7	1	16,7	2	33,3			
Estudis superiors	1	50,0	0		0		0		1	50,0			
Situació laboral											11,6 ^f (8)	.169	
Actiu		15	14,4	28	26,9	15	14,4	26	25,0	20	19,2		
Atur		3	16,7	4	22,2	1	5,6	8	44,4	2	11,1		
Altres		2	50,0	0		0		0		2	50,0		
Situació econòmica											11,2 ^g (8)	.187	
Insuficient	9	22,5	10	25,0	4	10,0	12	30,0	5	12,5			
Suficient	5	11,6	13	30,2	5	11,6	12	27,9	8	18,6			
Alta		3	15,0	3	15,0	4	20,0	2	10,0	8	40,0		

a. 25 caselles (83,3%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,66.

b. 8 caselles (53,3%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 2,35.

c. 6 caselles (40,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 2,76.

d. 33 caselles (82,5%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,54.

e. 11 caselles (55,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,26.

f. 10 caselles (66,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,51.

g. 3 caselles (20,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 2,52.

Taula 30: Relació entre les variables sociodemogràfiques i l'atribució del problema

	Atribució del problema										$\chi^2(g)$	p
	Interna		La parella		Externa		Mixta		Altres			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nacionalitat/ Procedència											28,5a(20)	.097
Espanyola	17	19,3	14	15,9	39	44,3	9	10,2	9	10,2		
Marroquí	1	8,3	5	41,7	4	33,3	1	8,3	1	8,3		
Sudamericana	4	28,6	1	7,1	7	50,0	1	7,1	1	7,1		
Àfrica (no marroc)	2	25,0	5	62,5	0	0	1	12,5	0	0		
Europa Occidental	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0	0	0		
No consta	1	20,0	1	20,0	0	0	2	40,0	1	20,0		
Estat civil											8,2b(8)	.405
Solter		1	6,7	6	40,0	7	46,7	1	6,7	0	0	
Casat/parella fet/ajuntat	19	22,6	17	20,0	30	35,7	10	11,9	8	9,5		
Divorciat/separat	5	17,9	4	14,3	14	50,0	2	7,1	3	10,7		
Fills											4,5c(8)	.808
No		7	31,8	5	22,7	7	31,8	2	9,1	1	4,5	
Si		17	18,5	19	20,7	35	38,0	11	12,0	10	10,9	
No consta	4	20,0	4	20,0	10	50,0	1	5,0	1	5,0		
Amb qui viu actualment											4,5d(8)	.807
Sol		3	14,3	4	19,0	8	38,1	4	19,0	2	9,5	
Amb parella	16	22,9	13	18,6	28	40,0	5	7,1	8	11,4		
Altres		3	12,5	6	25,0	11	45,8	2	8,3	2	8,3	
Estudis acabats											19,8e(12)	.070
Sense estudis	8	11,3	16	22,5	32	45,1	8	11,3	7	9,9		
Educació primària	13	40,6	5	15,6	8	25,0	4	12,5	2	6,3		
Educació secundària	1	16,7	1	16,7	4	66,7	0	0	0	0		
Estudis superiors	0	0	1	50,0	0	0	1	50,0	0	0		
Situació laboral											5,3f(8)	.718
Actiu		23	22,3	21	20,4	38	36,9	13	12,6	8	7,8	
Atur		1	5,9	4	23,5	10	58,8	1	5,9	1	5,9	
Altres		1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0	0	0	
Situació econòmica											13,7g(8)	.089
Insuficient	8	20,5	5	12,8	19	48,7	4	10,3	3	7,7		
Suficient	7	16,7	15	35,7	12	28,6	4	9,5	4	9,5		
Alta		5	23,8	2	9,5	9	42,9	5	23,8	0	0	

- 24 caselles (80,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,45.
- 6 caselles (40,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 1,30.
- 33 caselles (82,5%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,38.
- 8 caselles (53,3%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 2,01.
- 12 caselles (80,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,16.
- 9 caselles (60,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,29.
- 7 caselles (46,7%) tenen una freqüència esperada

Taula 31: Relació entre les variables sociodemogràfiques i la motivació interna

	Motivació interna						$\chi^2(g)$	<i>p</i>
	Baixa		Moderada		Alta			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Nacionalitat/ Procedència							12,5 ^a (10)	.251
Espanyola	57	59,4	20	20,8	19	19,8		
Marroquí	9	75,0	2	16,7	1	8,3		
Sudamericana	4	28,6	3	21,4	7	50,0		
Àfrica (no Marroc)	5	62,5	2	25,0	1	12,5		
Europa Occidental	3	42,9	1	14,3	3	42,9		
No consta	4	80,0	0		1	20,0		
Estat civil							8,6 ^b (4)	.070
Solter	15	75,0	5	25,0	0			
Casat/parella fet/ajuntat	45	52,3	20	23,3	21	24,4		
Divorciat/separat	18	62,1	3	10,3	8	27,6		
Fills							2,9 ^c (4)	.564
No	14	53,8	7	26,9	5	19,2		
Si	53	55,8	19	20,0	23	24,2		
No consta	15	71,4	2	9,5	4	19,0		
Amb qui viu actualment							9,4 ^d (4)	.051
Sol		7	30,4	9	39,1	7	30,4	
Amb parella	48	64,9	13	17,6	13	17,6		
Altres	16	64,0	4	16,0	5	20,0		
Estudis acabats							3,5 ^e (6)	.741
Sense estudis	44	57,1	19	24,7	14	18,2		
Educació primària	20	58,8	6	17,6	8	23,5		
Educació secundària	2	33,3	2	33,3	2	33,3		
Estudis superiors	1	50,0	0		1	50,0		
Situació laboral							4,8 ^f (4)	.308
Actiu		57	52,8	24	22,2	27	25,0	
Atur		13	68,4	3	15,8	3	15,8	
Altres	100		0		0			
Situació econòmica							3,8 ^g (4)	.426
Insuficient	26	63,4	6	14,6	9	22,0		
Suficient	22	48,9	13	28,9	10	22,2		
Alta		9	42,9	6	28,6	6	28,6	

- a. 13 caselles (72,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,99.
- b. 2 caselles (22,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 4,15.
- c. 2 caselles (22,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 4,14.
- d. 2 caselles (22,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 4,71.
- e. 6 caselles (50,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,42.
- f. 5 caselles (55,6%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de ,82.
- g. 2 caselles (22,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és de 4,91.

8.5.14 ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE LES VARIABLES ACTITUDINALS I MOTIVACIONALS PRÈVIES AL TRACTAMENT.

En aquest apartat s'han analitzat les relacions existents entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i es presenten les anàlisis estadístiques descriptius bivariats a partir dels procediments de taules de contingència.

Pel que fa a la demanda inicial, a la taula 32 i a la figura 26 podem observar la relació estadísticament significativa entre la demanda inicial i la resta de variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament que és, concretament, en relació a la motivació interna dels participants al SAHM. Així mateix, no s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la demanda inicial i les tècniques de retenció i suport prèvies al tractament.

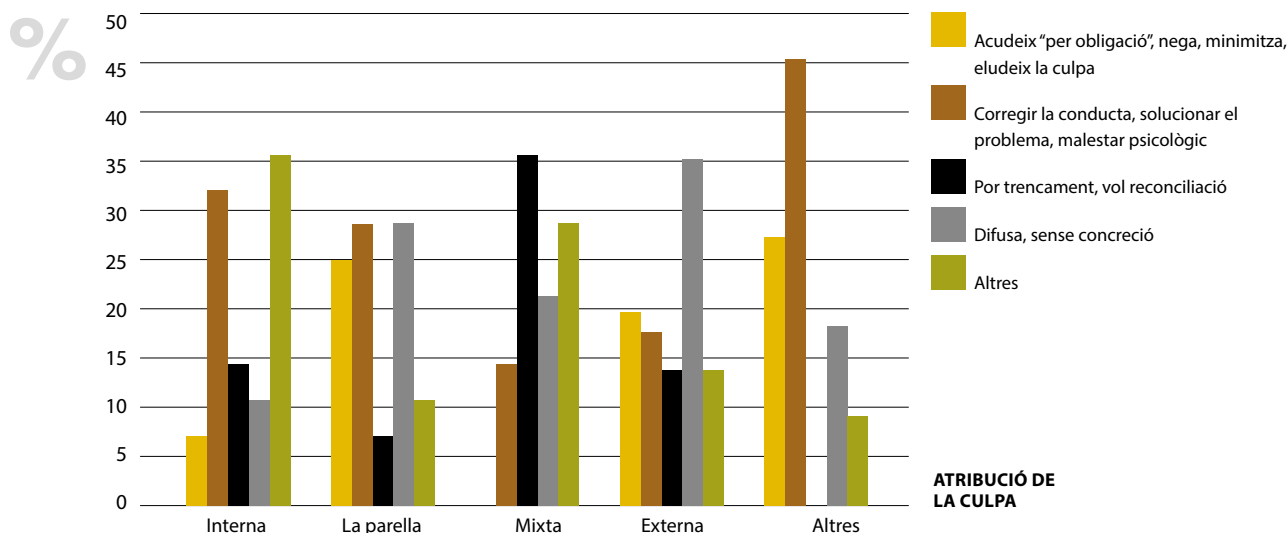
Tanmateix, podem observar una tendència significativa a la relació entre la demanda inicial i l'atribució del problema ($p=0,21$). Concretament, els usuaris del SAHM que fan una atribució interna del problema hi acudirien, majoritàriament, per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic (32,1%) o bé amb altres demandes especificades al punt 8.4.2.4 d'aquesta investigació (35,7%). Els usuaris que atribueixen la culpa a la parella acudirien, majoritàriament, per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic (28,6%) així com amb una demanda difusa i sense concreció (28,6%). Els usuaris que fan una atribució mixta del problema, acudirien principalment al servei per la por al trencament de la relació o perquè volen una reconciliació amb la parella (35,7%). Els usuaris que fan una atribució externa del problema acudirien al SAHM, majoritàriament, amb una demanda difusa o sense concreció (35,3%)

Taula 32: Relació entre la demanda inicial i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament

	Demanda inicial										$\chi^2(gl)$	p
	Nega, minimitza, eludeix culpa, acudeix "per obligació"		Corregir la conducta, solucionar el problema, malestar psicològic		Por trencament/vol reconciliació amb la parella		Difusa/sense concreció		Altres			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Retenció i suport											2,1 ^a (4)	.714
No	11	17,7	16	25,8	7	11,3	19	30,6	9	14,5		
Si	8	12,3	18	27,7	9	13,8	16	24,6	14	21,5		
Atribució del problema											29,5 ^b (16)	.021
Interna	2	7,1	9	32,1	4	14,3	3	10,7	10	35,7		
La parella	7	25,0	8	28,6	2	7,1	8	28,6	3	10,7		
Mixta	0		2	14,3	5	35,7	3	21,4	4	28,6		
Externa	10	19,6	9	17,6	7	13,7	18	35,3	7	13,7		
Altres	3	27,3	5	45,5	0		2	18,2	1	9,1		
Motivació interna											38,3 ^c (8)	.000
Baixa	21	27,3	14	18,2	6	7,8	27	35,1	14	17,1		
Moderada	1	3,6	8	28,6	7	25,0	8	28,6	4	14,3		
Alta	1	3,1	13	40,6	5	15,6	1	3,1	12	37,5		

Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de p és significatiu a $<0,016$

- 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 7,81.
- 14 caselles (56,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,50.
- 3 caselles (20,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 3,68.

**Figura 26:** Demanda inicial i atribució del problema

Pel que fa a la demanda inicial i la motivació interna pel canvi dels usuaris del SAHM, podem observar també a la taula 32 o a la figura 27 que el grup d'homes que tenen una motivació interna baixa acudeixen, principalment, amb una demanda inicial difusa i sense concreció (35,1%). Els usuaris que acudeixen al servei amb una motivació moderada fan, en la seva majoria, tant una demanda inicial per a corregir la conducta, solucionar el problema i perquè tenen malestar psicològic (28,6%) com una demanda difusa i sense concreció (28,6%). Observem també que el grup d'usuaris que acudeixen amb una motivació interna alta són els homes que, majoritàriament, ho fan amb una demanda inicial de corregir la conducta, solucionar el problema i perquè tenen malestar psicològic (40,6%).

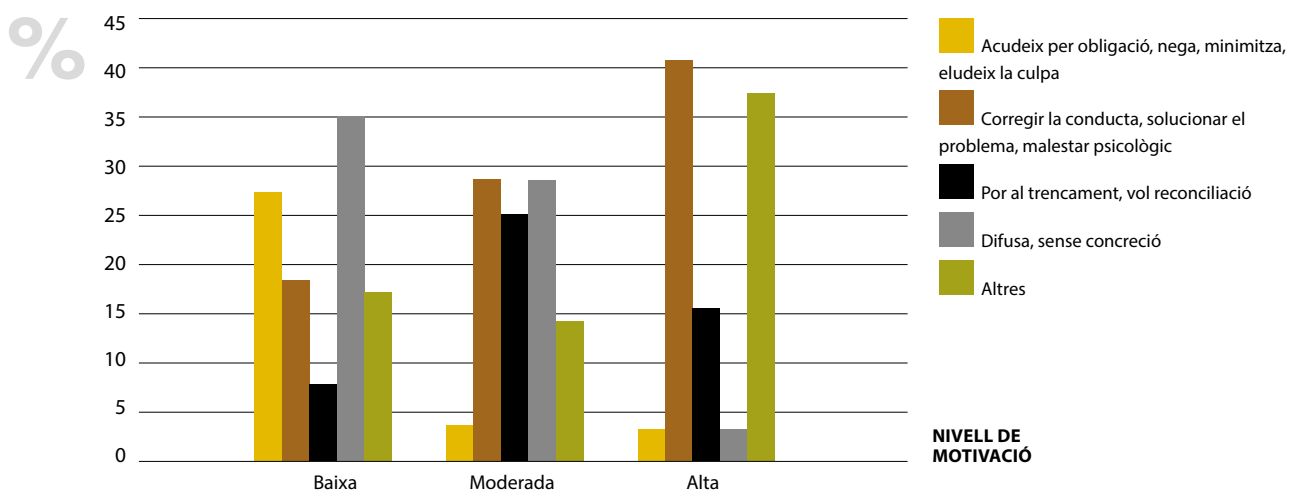


Figura 27: Demanda inicial i motivació interna

Pel que fa a la relació entre l'atribució del problema i les demás variables actitudinals i motivacionals, tal i com es pot observar a la taula 33 hi ha una relació estadísticament significativa entre l'atribució del problema i la seva motivació interna pel canvi. Concretament, els usuaris del SAHM que reconeixen la culpa i en fan una atribució interna són els que tenen una motivació interna pel canvi més alta (50,0%), mentre que els usuaris que atribueixen el problema a la parella són els que tenen una motivació interna més baixa (28,9%) igual com els que fan una atribució externa del problema (48,7%). Els usuaris que fan una atribució mixta són els que tenen una motivació interna més moderada (23,1%).

Taula 33: Relació entre l'atribució del problema i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament

	Atribució del problema										$\chi^2 (gl)$	<i>p</i>
	Interna		La parella		Externa		Mixta		Altres			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Retenció i suport											2,9 ^a (4)	.564
No	12	20,0	12	20,0	27	45,0	6	10,0	3	5,0		
Si	14	21,9	14	21,9	22	34,4	6	9,4	8	12,5		
Demanda inicial											29,5 ^b (16)	.021
Nega, minimitza, eludeix culpa, acudeix per obligació	2	7,1	7	25,0	10	19,6	0		3	27,3		
Corregir la conducta, solucionar el problema, malestar psicològic	9	32,1	8	28,6	9	17,6	2	14,3	5	45,5		
Por trencament/vol reconciliació amb la parella	4	14,3	2	7,1	7	13,7	5	35,7	0			
Difusa/sense concreció	3	10,7	8	28,6	18	35,3	3	21,4	2	18,2		
Altres	10	35,7	3	10,7	7	13,7	4	28,6	1	9,1		
Motivació interna											36,9 ^c (8)	.000
Baixa	5	6,6	22	28,9	37	48,7	5	6,6	7	9,2		
Moderada	7	26,9	4	15,4	6	23,1	6	23,1	3	11,5		
Alta	16	50,0	2	6,3	9	28,1	3	9,4	2	6,3		

Nota: Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de *p* és significatiu a <0,016

- 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 7,81.
- 14 caselles (56,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,50.
- 4 caselles (26,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,33.

No s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a l'atribució del problema i les tècniques de retenció i suport prèvies al tractament, tal i com es pot observar també a la taula 33.

A la figura següent es pot observar gràficament la relació entre l'atribució del problema que fan els usuaris del SAHM i la seva motivació interna pel canvi.

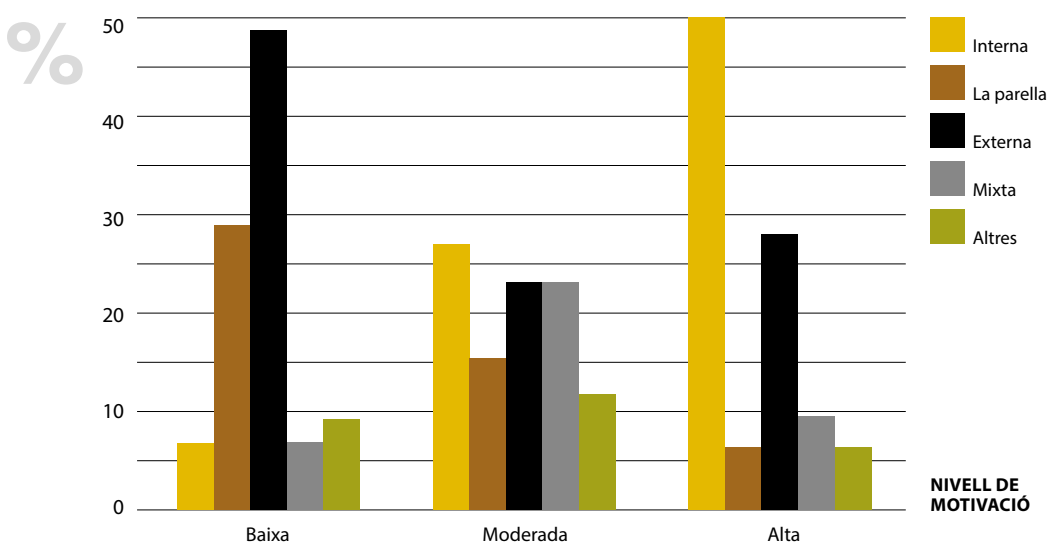


Figura 28: Atribució del problema i motivació interna dels participants al SAHM

Pel que fa a la relació entre la motivació interna i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament, a la taula 34 es pot observar la relació estadísticament significativa entre la motivació interna pel canvi i la demanda inicial que fan els homes que han acudit al SAHM així com entre la motivació interna i l'atribució del problema, tal i com s'ha comentat anteriorment. No s'observen resultats estadísticament significatius pel que fa a la motivació interna dels usuaris del SAHM i les tècniques de retenció i suport prèvies al tractament.

Taula 34: Relació entre la motivació interna i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament

	Motivación interna						$\chi^2(g)$	p
	Baja		Moderada		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
Retenció i suport							3,07(2)	.215
No	38	59,4	15	23,4	11	17,2		
Si	33	50,0	13	19,7	20	30,3		
Demanda inicial							38,3(8)	.000
Nega, minimitza, eludeix culpa, acudeix "per obligació"	21	27,3	1	3,6	1	3,1		
Corregir la conducta, solucionar el problema, malestar psicològic	14	18,2	8	28,6	13	40,6		
Por trencament/vol reconciliació amb la parella	6	7,8	7	25,0	5	15,6		
Difusa/sense concreció	27	35,1	8	28,6	1	3,1		
Altres								
Atribució del problema							36,9(8)	.000
Interna (reconeix la culpa)	5	6,6	7	26,9	16	50,0		
La parella	22	28,9	4	15,4	2	6,3		
Externa	37	48,7	6	23,1	9	28,1		
Mixta	5	6,6	6	23,1	3	9,4		
Altres	7	9,2	3	11,5	2	6,3		

Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de p és significatiu a $<0,016$

- 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 13,78.
- 3 caselles (20,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 3,68.
- 4 caselles (26,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,33.

A la taula anterior es pot observar que la majoria dels homes que acudeixen "per obligació", que neguen, minimitzen o eludeixen la culpa tenen, majoritàriament, una motivació baixa pel canvi, mentre que els homes que acudeixen per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic en relació a la seva conducta violenta, tenen majoritàriament una motivació interna pel canvi elevada. Així mateix, s'ha trobat que els homes que acudeixen al SAHM per por al trencament de la relació o perquè volen reconci-

liar-se amb la parella solen tenir una motivació interna moderada i el grup d'homes que acudeix amb una demanda difusa i sense concreció tenen majoritàriament una motivació interna baixa. Pel que fa a l'atribució del problema, en el nostre estudi s'ha trobat que els homes que fan una atribució interna del problema són els que en una majoria tenen una motivació interna elevada mentre que els que fan una atribució externa de la culpa, sigui envers la parella sigui envers a altres causes externes, tenen principalment una motivació interna pel canvi baixa. Pel que fa al grup d'homes que fan una atribució mixta del problema s'ha trobat que en una majoria solen tenir una motivació pel canvi moderada.

A la matriu de correlacions (veure taula 35) es pot observar la força amb la qual estan associades les variables anteriorment comentades, sent les variables demanda inicial i atribució del problema les que tenen una associació més elevada amb la motivació interna pel canvi que presenten els usuaris del SAHM quan acudeixen al servei.

Taula 35: Matriu de correlacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament

	Demanda inicial	Atribució del problema	Motivació interna	Retenció i suport
Atribució del problema	237*	–		
Motivació interna	374***	371***	–	
Retenció i suport	129	155	154	–

Nota: correlacions obtingudes amb el coeficient V de Cramer; * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

D'altra banda, la variable retenció i suport, tal i com s'ha comentat anteriorment, no es troba relacionada amb la resta de variables actitudinals i motivacionals dels usuaris del SAHM prèvies al tractament.

8.5.15 ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES, LES VARIABLES ACTITUDINALS I MOTIVACIONALS PRÈVIES AL TRACTAMENT I LES VARIABLES POSTERIORIS AL TRACTAMENT.

En aquest punt, s'han analitzat d'una banda les relacions existents entre les variables sociodemogràfiques i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament (tècniques de retenció i suport aplicades per un agent dels Mossos d'Esquadra, i demanda inicial, atribució del problema i motivació interna dels usuaris del SAHM) amb les variables posteriors al tractament (número de sessions realitzades, durada del tractament i motiu de tancament de l'expedient).

Així mateix, s'han analitzat les relacions de les variables post tractament entre elles mateixes i, finalment, es presenten els anàlisis estadístics descriptius bivariats a partir dels procediments de taules de contingència, correlacions i anàlisis de la variància.

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, no s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa al nombre de sessions realitzades, la durada del tractament i el motiu de tancament de l'expedient.

Pel que fa a les variables posteriors al tractament i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament esmentades anteriorment, tal i com es pot observar a la taula 36 s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la durada del tractament amb la demanda inicial que fan els homes quan acudeixen al SAHM així com entre la durada del tractament i la motivació interna dels usuaris del SAHM. No s'han trobat resultats estadísticament significatius pel que fa a la durada del tractament i l'atribució del problema que fan els usuaris del SAHM, ni pel que fa a la durada del tractament i les tècniques de retenció i recolzament prèvies al tractament.

Taula 36: Relació entre la durada del tractament i les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament

	Durada del tractament										$\chi^2(g)$	p		
	Menos de 1 mes		De 1 a 3 mesos		De 4 a 6 mesos		De 7 a 9 mesos		De 10 a 12 mesos				Més de 12 mesos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
Retenció i recolzament											4,02 ^a (5)	.545		
Si	20	30,3	24	36,4	7	10,6	5	7,6	6	9,1	4	6,1		
No	23	35,9	19	29,7	12	18,8	2	3,1	6	9,4	2	3,1		
Demanda inicial											43,6 ^b (20)	.002		
Nega/ minimitza/ eludeix culpa/ acudeix per obligació	14	60,9	6	26,1	0	0	0	0	3	13	0	0		
Corregir conducta/ solucionar problema/ malestar psicològic	6	17,1	11	31,4	12	34,3	2	5,7	2	5,7	2	5,7		
Por trencament/ vol reconciliació	7	38,9	1	5,6	4	22,2	2	11,1	4	22,2	0	0		
Difusa/sense concreció	16	44,4	11	30,6	3	8,3	3	8,3	1	2,8	2	5,6		
Altres	8	26,7	15	50,0	2	6,7	1	3,3	2	6,7	2	3,3		
Atribució del problema											22,8 ^c (20)	.296		
Interna	4	8,9	13	30,2	5	23,8	2	25,0	2	18,2	2	33,3		
La parella	9	20,0	3	14,3	3	14,3	1	12,5	3	27,3	1	16,7		
Externa	23	51,1	12	27,9	6	28,6	4	50,0	5	45,5	2	33,3		
Mixta	3	6,7	3	7,0	6	28,6	0	0	1	9,1	1	16,7		
Altres	6	13,3	4	9,3	1	4,8	1	12,5	0	0	0	0		
Motivació interna											57,9 ^d (10)	.000		
Baixa	46	90,2	22	50	11	52,4	1	12,5	1	8,3	1	16,7		
Moderada	4	7,8	12	27,3	2	9,5	5	62,5	3	25	2	33,3		
Altres	1	2,0	10	22,7	8	38,1	2	25,0	8	66,7	3	50		

Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de p és significatiu a <0,0125

- 4 caselles (33,3%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,95.
- 18 caselles (60,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,76.
- 23 caselles (20,0%)tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,54.
- 7 caselles (46,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,59.

Tal i com es mostra a la taula anterior i a la figura 29, els usuaris que acudeixen “per obligació”, neguen, minimitzen o eludeixen la culpa, tenen una durada de tractament majoritàriament inferior a un mes (60,9%), sent els que, majoritàriament, abandonen més prematurament el programa de tractament. Es pot veure també com els usuaris que acudeixen per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic són els que tenen una durada majoritària d’entre 4 i 6 mesos de tractament (34,3%), o bé d’entre 1 i 3 mesos (31,4%). Els usuaris que acudeixen al SAHM per por al trencament de la relació o perquè busquen la reconciliació amb la parella tenen una durada de tractament majoritàriament inferior a un mes (38,9%) o bé d’entre 4 i 6 mesos (22,2%) i igualment entre 10 i 12 mesos (22,2%).

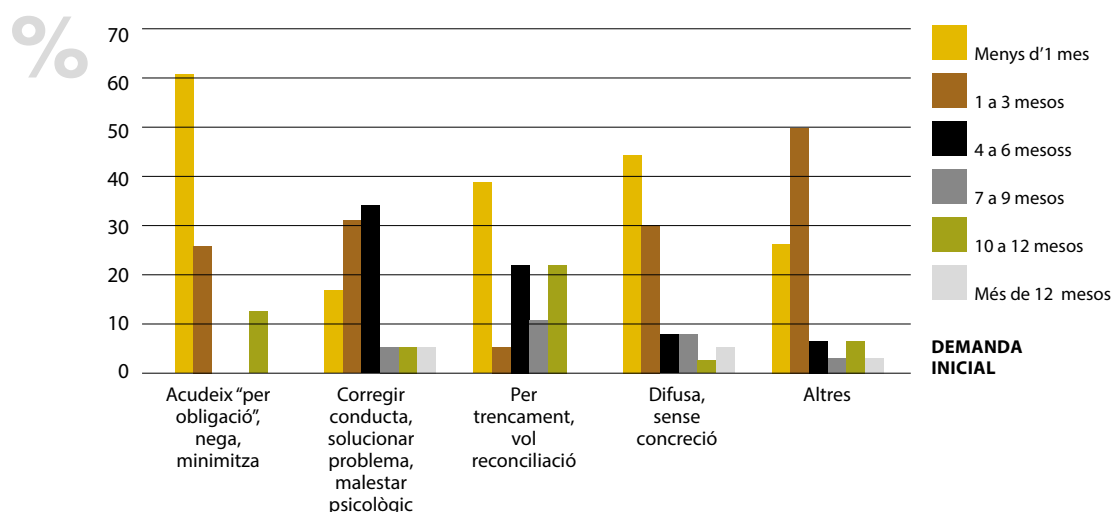


Figura 29: Demanda inicial i durada del tractament

Pel que fa a la motivació interna i la durada del tractament, també es pot observar a la taula 36 i a la figura 30 que els usuaris amb una motivació interna baixa són els que, en primer lloc, la seva durada del tractament és inferior a 1 mes (90,2%) mentre que els usuaris que tenen una motivació interna alta la durada del seu tractament sol ser, en la majoria dels casos (66,7%) d’entre 10 i 12 mesos o superior a 12 mesos (50%). En referència als usuaris amb una motivació interna moderada es pot veure com, majoritàriament, la durada del seu tractament oscil·la entre els 7 i els 9 mesos.

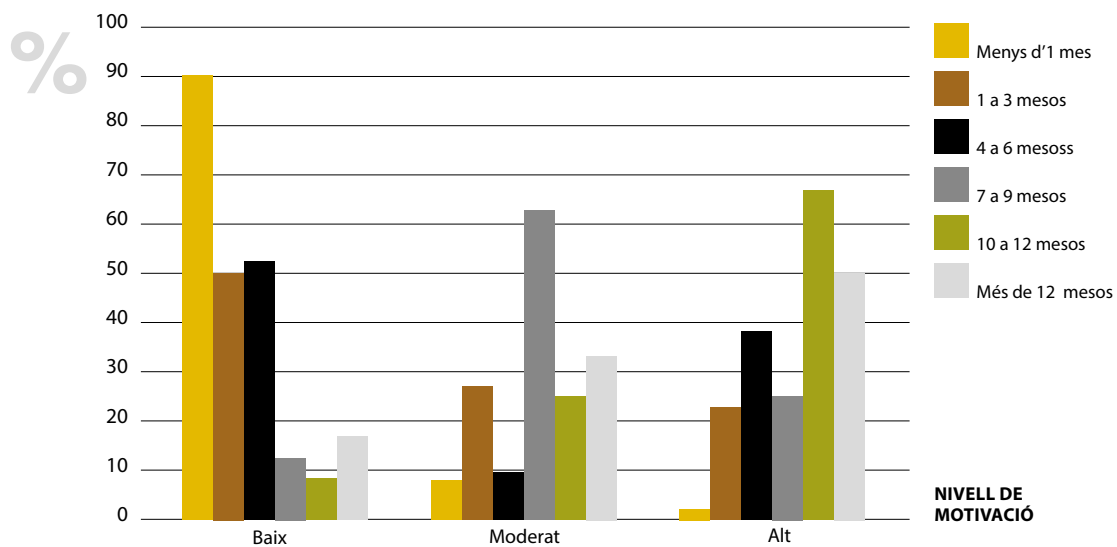


Figura 30: Nivell de motivació i durada del tractament

Pel que fa al motiu de tancament de l'expedient, a la taula següent podem observar la seva relació estadísticament significativa amb la motivació interna pel canvi que fan els usuaris del SAHM.

Taula 37: Motiu de tancament de l'expedient i variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament.

Motiu de tancament de l'expedient												$\chi^2(g)$	p
		Abandonament		Fi de la teràpia		Reincidència/ empresonament		Reconciliació		Altres			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Retenció i recolzament												2,2 ^a (4)	,694
	Si	33	50,0	16	24,2	2	3,0	4	6,1	11	16,7		
	No	38	59,4	10	15,6	1	1,6	3	4,7	12	18,8		
Demanda inicial												24,6 ^b (16)	,077
	Nega/ minimitza/ eludeix culpa/ acudeix "per obligació"	15	65,2	2	8,7	1	4,3	0	0	5	21,7		
	Corregir conducta/ solucionar problema/ malestar psicològic	14	40	9	25,7	2	5,7	2	5,7	8	22,9		
	Por trencament/ vol reconciliació	10	55,6	5	27,8	0	0	3	16,7	0	0		
	Difusa/sense concreció	26	72,2	4	11,1	0	0	0	0	6	16,7		
	Altres	16	53,3	7	23,3	0	0	2	6,7	5	16,7		
Atribució del problema												26,9 ^c (16)	,042
	Interna	12	42,9	9	32,1	0	0	3	10,7	4	14,3		
	La parella	16	57,1	4	14,3	0	0	0	0	8	28,6		
	Externa	32	61,5	8	15,4	1	1,9	3	5,8	8	15,4		
	Mixta	10	71,4	3	21,4	0	0	1	7,1	0	0		
	Altres	5	41,7	3	25,0	2	16,7	0	0	2	16,7		
Motivació interna												76,8 ^d (8)	,000
	Baixa	65	79,3	1	1,2	1	1,2	1	1,2	14	17,1		
	Moderada	13	46,4	6	21,4	0	0	4	14,3	5	17,9		
	Alta	3	9,4	20	62,5	2	6,3	2	6,3	5	15,6		

Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de p és significatiu a <0,0125

- 4 caselles (40,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,48.
- 14 caselles (56,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,38.
- 16 caselles (64,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,27.
- 7 caselles (46,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,59.

Concretament, tant a la taula 37 així com a la figura 31 es pot observar que pel que fa a l'abandonament prematur del programa, correspon aquest principalment als usuaris amb una atribució mixta i externa de la culpa (71,4% i 61,5% respectivament). D'altra banda, la finalització del programa de tractament és més elevada en els casos que els usuaris fan una atribució interna de la culpa (32,1%). Els usuaris que han reincidit o han estat empresonats són els que majoritàriament no fan cap atribució concreta del problema (16,7%) i pel que fa al tancament de l'expedient atribuït aquest a la reconciliació amb la parella, observem que, majoritàriament, els usuaris fan una atribució interna del problema (10,7%) o bé mixta (7,1%).

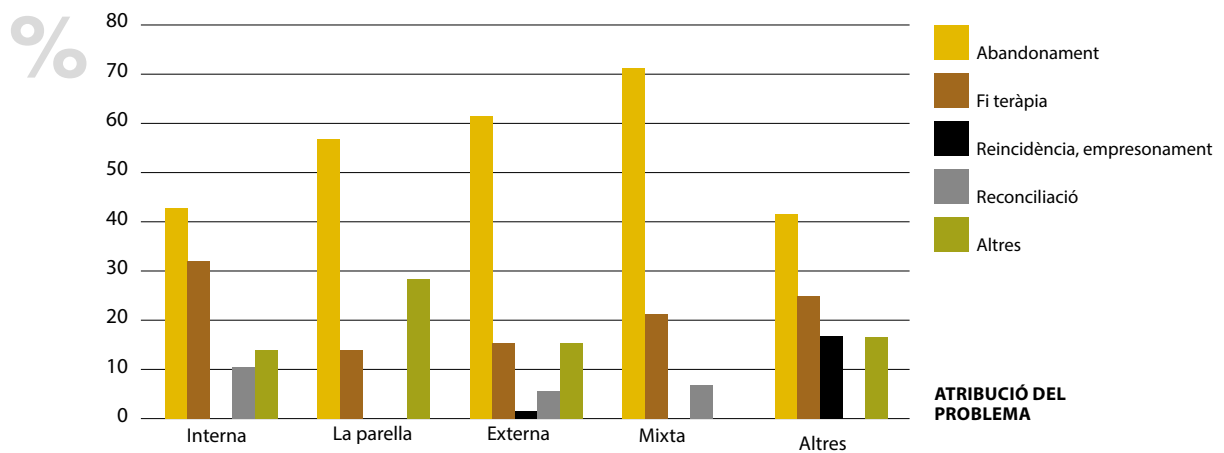


Figura 31: Motiu de tancament de l'expedient i atribució del problema

Al respecte del motiu de tancament de l'expedient en relació a la motivació interna pel canvi dels usuaris del SAHM, es pot observar a la taula 37 i a la figura 32 que els usuaris amb una motivació interna baixa són els que, majoritàriament, abandonen prematurament el programa de tractament (79,3%), mentre que els usuaris amb una motivació interna alta són els que més finalitzen la teràpia (62,5%).

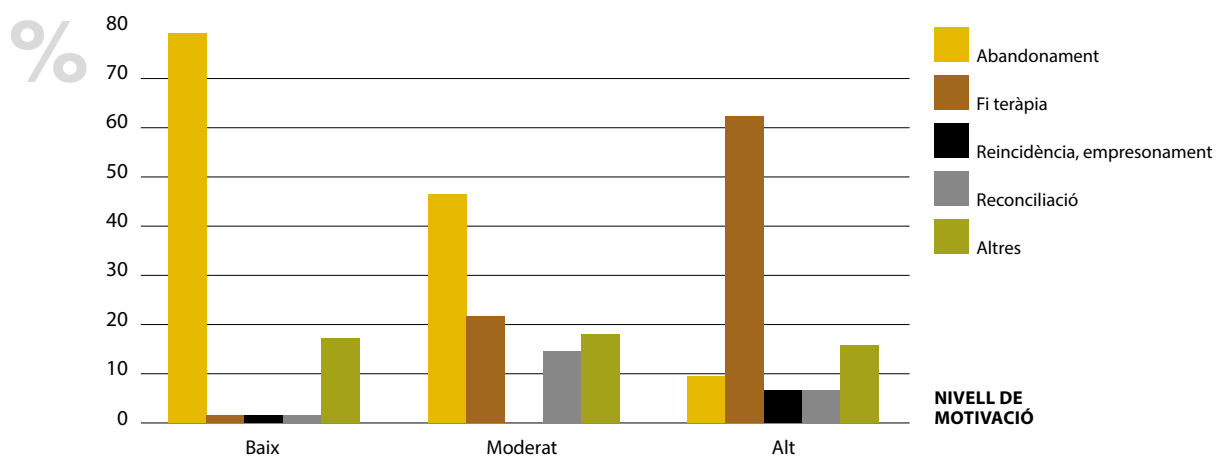


Figura 32: Motiu de finalització del tractament i motivació interna pel canvi

Pel que fa a la relació entre el motiu de tancament de l'expedient i les variables posteriors al tractament, tal i com es pot observar a la taula 38, es dona una relació estadísticament significativa entre el motiu de tancament de l'expedient i la durada del mateix. Concretament, veiem que en els casos en que la durada del tractament és inferior a un mes és quan es produeixen més abandonaments prematurs del programa (82,4%), igual com en els casos en que el tractament té una durada d'entre 1 i 3 mesos (59,1%) o bé de 4 a 6 (47,6%). D'altra banda, podem veure com en els casos en que el tractament té una durada de 7 a 9 mesos el

motiu de finalització majoritari del tractament és la seva finalització (62,5%), igual com en els casos en que el tractament dura entre 10 i 12 mesos (75%) o bé més de 12 mesos (50%).

Taula 38: Motiu de tancament de l'expedient i durada del tractament

	Motiu tancament expedient										$\chi^2(gl)$	p
	Abandonament		Fi teràpia		Reincidència/ empresonament		Reconciliació		Altres			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Durada del tractament											68,17 ^a (20)	.000
menys de 1 mes	42	82,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	8	15,7		
de 1 a 3 mesos	26	59,1	4	9,1	2	4,5	2	4,5	10	22,7		
de 4 a 6 mesos	10	47,6	5	23,8	1	4,8	2	9,5	3	14,3		
de 7 a 9 mesos	1	12,5	5	62,5	0	0,0	1	12,5	1	12,5		
de 10 a 12 mesos	1	8,3	9	75,0	0	0,0	1	8,3	1	8,3		
més de 12 mesos	1	16,7	3	50,0	0	0,0	1	16,7	1	16,7		

a . 22 caselles (73,3%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,3

En relació al nombre de sessions realitzades, s'ha utilitzat el procediment estadístic anàlisi de la variància per estudiar la seva relació amb les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament així com amb les variables posteriors al tractament, obtenint com a significatius els resultats que relacionen el nombre de sessions realitzades amb la demanda inicial que fan els usuaris en acudir al SAHM, el nombre de sessions amb la motivació interna dels participants, així com el nombre de sessions i la durada del tractament i, finalment, entre el nombre de sessions i el motiu de tancament de l'expedient. A continuació es passa a detallar aquests resultats.

Tal i com s'acaba d'esmentar, han resultat significatius els testos estadístics pel que fa a la relació entre el nombre de sessions realitzades i la demanda inicial que fan els usuaris del SAHM $F(4,137)=4,11$, $p<0,05$, tal i com es pot observar a la taula 39.

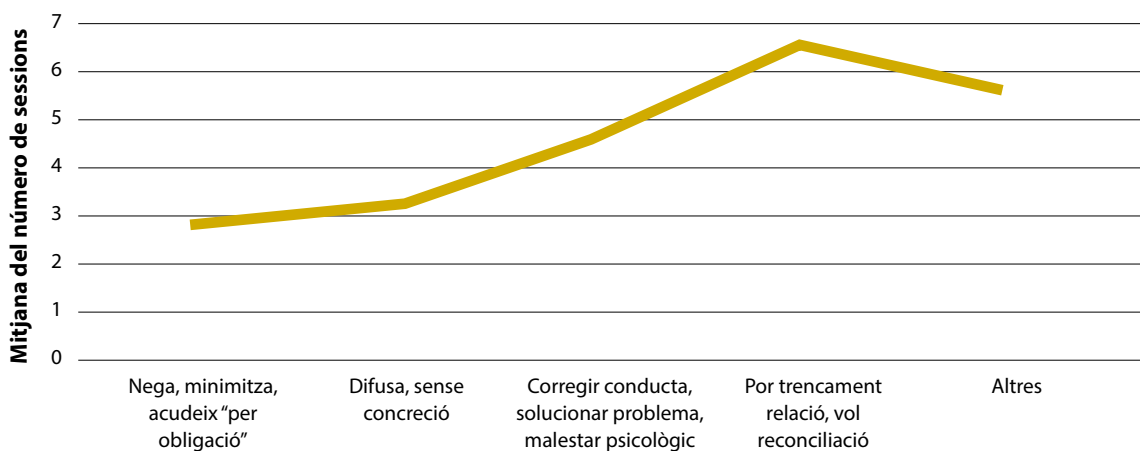
Taula 39: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la demanda inicial dels usuaris del SAHM en el número de sessions realitzades

	gl	SS	MS	F	p
Inter-grups	4	238,445	59,61	4,11	004
Intra-grups	137	1984,80	14,48		
Total	141	2223,24			

Rebutjada la hipòtesi d'igualtat de mitjanes, concloem que els grups de la variable durada del tractament difereixen en el número de sessions realitzades. Per tal d'identificar on es troben concretament aquestes diferències, s'ha realitzat una comparació *post hoc* amb el procediment HSD de Tukey donat que el nivell crític de l'estadístic de Levene $F(4,137)=$

2,42, $p > 0,05$ indica la igualtat de variàncies entre els grups de la variable demanda inicial. La diferència de mitjanes del grup que nega, minimitza, eludeix la culpa i acudeix al SAHM “per obligació” i el grup que acudeix per por al trencament de la relació o perquè vol reconciliar-se amb la parella és de 3,68 i significativa a nivell $<0,05$. La diferència entre el grup que acudeix amb una demanda de por al trencament de la relació o perquè vol una reconciliació amb la parella i el grup que fa una demanda difusa o sense concreció és de 3,36 i significativa a nivell $<0,05$. La diferència de mitjanes no és significativa entre la resta de grups.

A la figura següent es pot observar gràficament de la diferència de mitjanes dels grups de la variable demanda inicial amb el número de sessions realitzades.



DEMANDA INICIAL

Figura 33: Número de sessions realitzades i demanda inicial

També han resultat significatius els testos estadístics pel que fa a la relació entre el nombre de sessions realitzades i la motivació interna pel canvi dels usuaris del SAHM $F(2,139)=49,14$, $p < 0,01$, tal i com es pot observar a la taula 40.

Taula 40: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la motivació interna en el número de sessions realitzades.

	gl	SS	MS	F	p
Inter-grups	2	920,93	460,46	49,14	.000
Intra-grups	139	1302,31	9,36		
Total	141	2223,24			

Rebutjada la hipòtesi d'igualtat de mitjanes, concloem que els grups de la variable motivació interna difereixen en el número de sessions realitzades. Per tal d'identificar on es troben concretament aquestes diferències, s'ha realitzat una comparació *post hoc* amb el procediment Games-Howell donat que el nivell crític de la prova de Levene $F(2,139)=$

16,67, $p < 0,01$ indica que les variàncies dels grups de la variable motivació interna no són iguals, i perquè no assumint la igualtat de variàncies és el procediment que més controla la taxa d'error. La diferència de mitjanes del número de sessions realitzades entre el grup de motivació baixa i el grup de motivació moderada és de 4,29 i significativa a nivell $< 0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de motivació baixa i el grup de motivació alta és de 5,74 i significativa a nivell $< 0,01$. La diferència de mitjanes no és significativa entre el grup de motivació moderada i el grup de motivació alta.

A la figura següent es pot observar la representació gràfica de la diferència de mitjanes dels grups de la variable motivació interna amb el número de sessions realitzades.

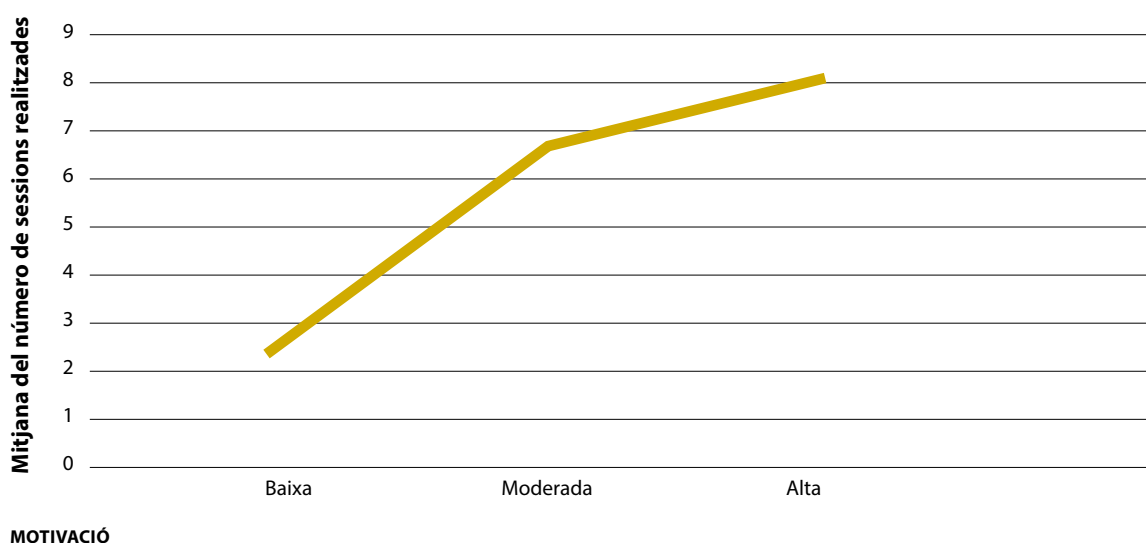


Figura 34: Número de sessions realitzades i motivació interna

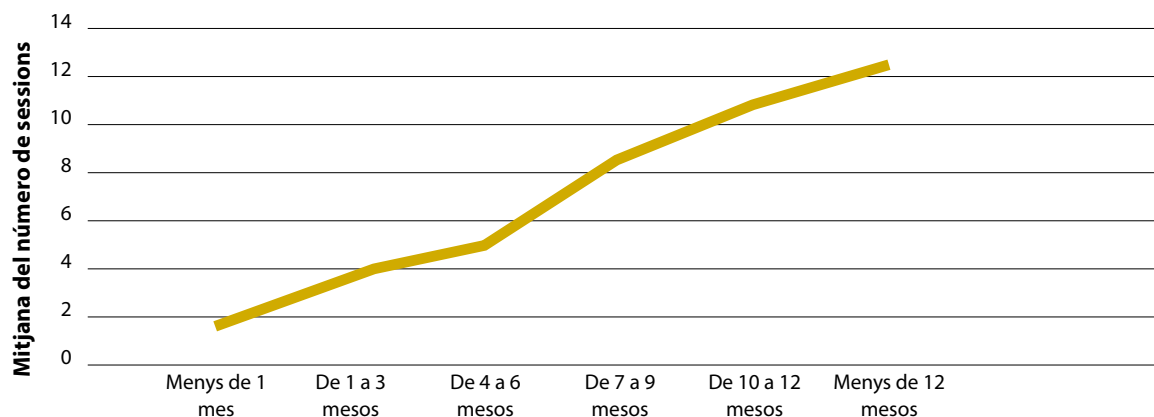
També han resultat significatius els testos estadístics pel que fa a la relació entre el nombre de sessions realitzades i la durada del tractament $F(2,139)=49,14$, $p < 0,01$, tal i com es pot observar a la taula 41.

Taula 41: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes de la durada del tractament en el número de sessions realitzades

	gl	SS	MS	F	p
Inter-grups	5	1443,02	288,60	50,30	.000
Intra-grups	136	780,21	5,73		
Total	141	2223,24			

Rebutjada la hipòtesi d'igualtat de mitjanes, concloem que els grups de la variable durada del tractament difereixen en el número de sessions realitzades. Per tal d'identificar on es troben concretament aquestes diferències, s'ha realitzat una comparació *post hoc* amb el procediment Games-Howell donat que el nivell crític de la prova de Levene $F(5,136)=8,47, p<0,01$ indica que les variàncies dels grups de la variable durada del tractament no són iguals, i perquè no assumint la igualtat de variàncies és el procediment que més controla la taxa d'error. La diferència de mitjanes del número de sessions realitzades entre el grup de motivació baixa i el grup de motivació moderada és de 4,29 i significativa a nivell $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament inferior a un mes i el grup de 1 a 3 mesos és de 2,04 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament inferior a un mes i el grup de 4 a 6 mesos és de 3,45 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament inferior a un mes i el grup de 7 a 9 mesos és de 6,81 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament inferior a un mes i el grup de 10 a 12 mesos és de 9,23 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament inferior a un mes i el grup superior a 12 mesos és de 10,81 i significativa a $<0,05$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament de 1 a 3 mesos i el grup de durada de 10 a 12 mesos és de 7,16 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup de durada de tractament de 4 a 6 mesos i el grup de 10 a 12 mesos és de 5,77 i significativa a $<0,01$. La diferència de mitjanes no és significativa entre la resta de grups.

A la figura 35 es pot observar la representació gràfica de la diferència de mitjanes dels grups de la durada del tractament amb el número de sessions realitzades.



DURADA DEL TRACTAMENT

Figura 35: Número de sessions realitzades i durada del tractament

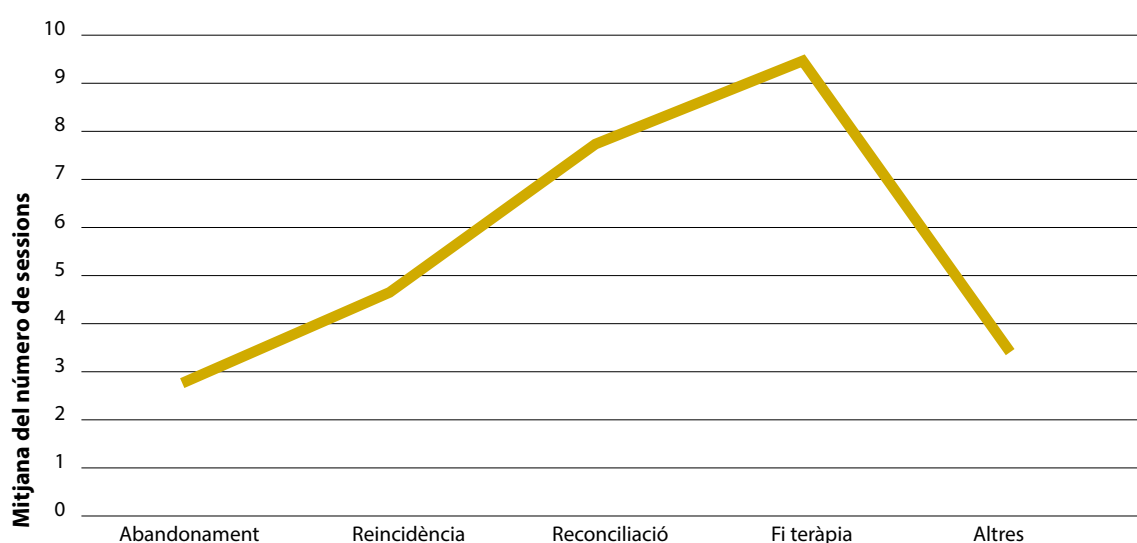
Finalment, han resultat també significatius els testos estadístics pel que fa a la relació entre el nombre de sessions realitzades i el motiu de tancament de l'expedient $F(4,137)=26,92, p<0,01$, tal i com es pot observar a la taula 42.

Taula 42: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes del motiu de tancament de l'expedient en el número de sessions realitzades

	gl	SS	MS	F	p
Inter-grups	4	978,45	244,61	26,92	.000
Intra-grups	137	1244,79	9,08		
Total	141	2223,24			

Rebutjada la hipòtesi d'igualtat de mitjanes, concloem que els grups de la variable motiu de tancament de l'expedient difereixen en el número de sessions realitzades. Per tal d'identificar on es troben concretament aquestes diferències, s'ha realitzat una comparació *post hoc* amb el procediment Games-Howell donat que el nivell crític de la prova de Levene $F(4, 137) = 4,77, p < 0,01$ indica que les variàncies dels grups de la variable durada del tractament no són iguals, i perquè no assumint la igualtat de variàncies és el procediment que més controla la taxa d'error. La diferència de mitjanes del número de sessions realitzades entre el grup que abandona prematurament el programa i el grup que finalitza la teràpia és de 6,5 i significativa a nivell $< 0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup que abandona prematurament la teràpia i el grup que es reconcilia amb la parella és 4,89, i significativa a $< 0,05$. La diferència de mitjanes entre el grup que finalitza la teràpia i el grup que és reincident o ingressen a presó és de 4,74, i significativa a $< 0,05$. La diferència de mitjanes entre el grup que finalitza la teràpia i el grup que altres (com són un canvi de domicili, un canvi en l'horari laboral, un accident, etc.) és de 5,9, i significativa a $< 0,01$.

A la figura 36 es pot observar la representació gràfica de la diferència de mitjanes dels grups de la variable motiu de tancament de l'expedient amb el número de sessions realitzades.



MOTIU DE TANCAMENT DE L'EXPEDIENT

Figura 36: Motiu de tancament de l'expedient i número de sessions realitzades

Seguidament, es passa a comentar amb detall els resultats obtinguts en relació a la variable criteri d'aquest estudi, l'adherència al tractament.

8.5.16 ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES, LES VARIABLES PRÈVIES AL TRACTAMENT, I LES VARIABLES POSTERiors AL TRACTAMENT AMB L'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT

L'adherència al tractament, variable criteri d'aquesta investigació, s'ha mesurat a partir del model transteòric del canvi de Prochaska i DiClemente (1983) i adaptat per Echeburúa (2004). Els subjectes s'han distribuït en 3 grups segons el nivell d'adherència que aquests han tingut quan el seu expedient s'ha donat per tancat, que pot ser baixa, mitjana o moderada i alta (veure la figura 37) tal i com s'especifica a l'apartat 8.4.2.11 d'aquesta investigació.

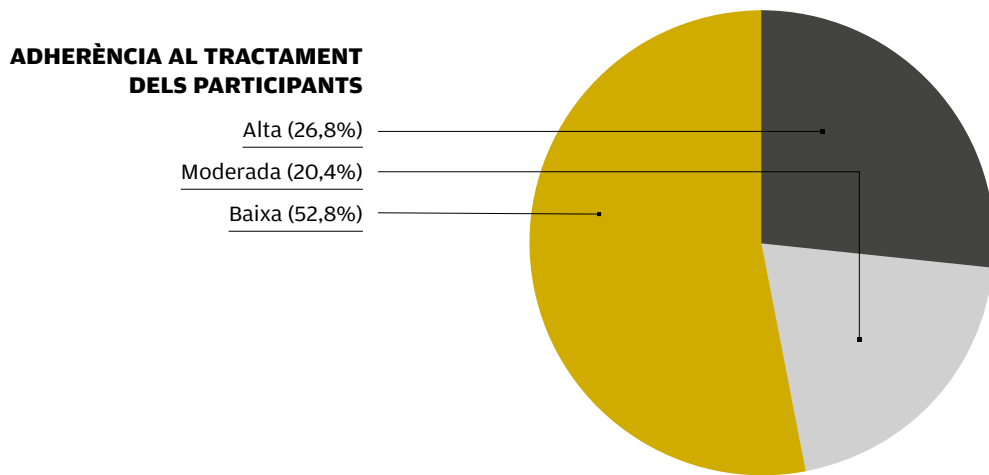


Figura 37: Adherència al tractament dels participants en el moment en que es dona per tancat el seu expedient

Per determinar quines són les variables relacionades amb l'adherència al programa formatiu s'han realitzat, en primer lloc, taules de contingència amb cada una de les variables independents i la variable dependent, obtenint els resultats que es comenten a continuació i que es poden observar a les taules 43, 44 i 45.

Taula 43: Variables sociodemogràfiques i adherència al tractament

	Adherència al tractament						$\chi^2(g)$	p
	Baixa		Moderada		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
Nacionalitat/procedència							10,1 ^a (10)	.424
Espanyola	51	53,1	21	21,9	24	25,0		
Marroquí	8	66,7	3	25,0	1	8,3		
Sudamèrica	6	42,9	1	7,1	7	50,0		
Àfrica (no Marroc)	4	42,9	2	25,0	2	25,0		
Europa occidental	2	28,6	2	28,6	2	28,6		
No consta	4	80,0	0	0	1	20,0		
Estat civil							11,7 ^b (4)	.020
Solter	16	80,0	2	10,0	2	10,0		
Casat/parella fet/ajuntat	37	43,0	24	27,9	25	29,1		
Divorciat/separat	18	62,1	3	10,3	8	27,6		
Edat							75,1 ^c (72)	.377
Fills							1,8 ^d (4)	.759
No		13	50,0	6	23,1	7	26,9	
Si		49	51,6	21	22,1	25	26,3	
No consta	13	61,9	2	9,5	6	28,6		
Amb qui viu actualment							3,1 ^e (4)	.527
Sol		9	39,1	5	21,7	9	39,1	
Amb pareja	40	54,1	18	24,3	16	21,6		
Altres	14	56	5	20,0	6	24,0		
Estudis acabats							3,1 ^f (4)	.541
Sens estudis	39	50,6	19	24,7	19	24,7		
Educació primària	18	52,9	8	23,5	8	23,5		
Educació secundària	3	50,0	1	16,7	2	33,3		
Estudis superiors	1	50,0	0		1	50,0		
Situació laboral							3,1 ^g (4)	.541
Actiu		54	50,0	23	21,3	31	28,7	
Atur		11	57,9	4	21,1	4	21,1	
Altres	2	50,0	2	50,0	0			
Situació econòmica							1,6 ^h (4)	.791
Insuficient	22	53,7	8	19,5	11	26,8		
Suficient	22	48,9	11	24,4	12	26,7		
Alta		8	38,1	5	23,8	8	38,1	

a. 13 caselles (72,2%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,02.

b. 1 caselles (11,1%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 4,30.

c. 110 caselles (99,1%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,22.

d. 1 caselles (11,1%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 4,29.

e. 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 5,28.

f. 4 caselles (44,4%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,89.

g. 4 caselles (44,4%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,89.

h. 1 caselles (11,1%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 4,71.

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, a la taula anterior podem observar que la nacionalitat dels usuaris del SAHM, l'estat civil, l'edat, el tenir o no fills, amb qui visquin, el nivell d'estudis acabats, la situació laboral o la situació econòmica no són estadísticament significatives en relació amb l'adherència al tractament. Recordem que, aplicada la correcció de Bonferroni, el nivell de significació del valor de p disminueix (en aquest cas, p és significatiu a $<0,006$).

Pel que fa a les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament, a la taula 44 podem observar els resultats estadísticament significatius en pràcticament totes les variables estudiades i l'adherència al tractament.

Concretament, s'observa a l'esmentada taula que el grup d'homes que no ha rebut tècniques de retenció i recolzament prèvies al tractament té, majoritàriament, una adherència baixa al tractament (59,4%), però en el cas del grup que sí ha rebut tècniques de retenció i recolzament prèvies al tractament, la part del grup d'homes que té una adherència baixa (39,4%) és lleugerament superior a la part del grup que té una adherència alta (37,9%). Pel que fa a l'adherència moderada, el grup d'homes que ha rebut tècniques de retenció i recolzament prèvies al tractament (22,7%) és lleugerament superior al que no n'ha rebut (21,9%).

A la figura 38 es poden observar les freqüències en l'adherència segons les tècniques motivacionals de retenció proactiva i recolzament.

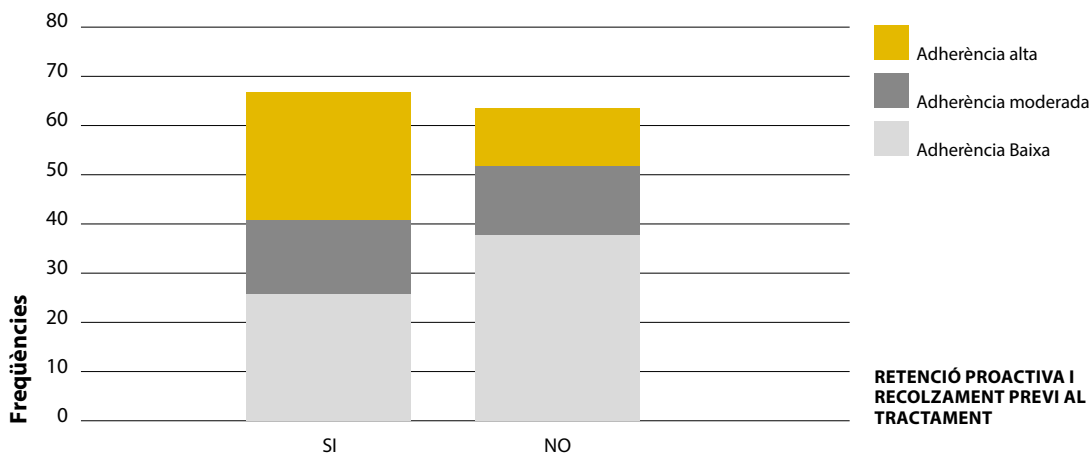


Figura 38: Retenció proactiva i recolzament i adherència al tractament.

En referència a la demanda inicial i l'adherència al tractament, a la taula 44 es pot observar com el grup d'homes que acudeix al SAHM "per obligació", negant o minimitzant el problema de conducta violenta contra la parella té, majoritàriament, una adherència baixa al tractament (78,3%). El grup que acudeix amb una demanda inicial per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè els homes tenen malestar psicològic té principalment una adherència moderada al tractament (37,1%), però la xifra és lleugerament superior al percentatge que tenen una adherència baixa (34,3%) així com els que tenen una adherència

alta (28,6%). El grup que acudeix per por al trencament de la relació o perquè busca una reconciliació amb la parella té, a parts iguals, tant una adherència baixa (38,9%) com alta (38,9%). El grup que acudeix amb una demanda difusa té, majoritàriament, una adherència baixa al tractament (66,7%). I, finalment, els que acudeixen amb diferents tipus de demandes especificades al punt 8.4.2.4 d'aquesta investigació tenen majoritàriament una adherència alta (48%) o baixa (36%).

Pel que fa a l'atribució del problema dels usuaris del SAHM, tot i no ser estadísticament significatiu el resultat aplicada la correcció de Bonferroni, a la taula 44 s'observa també que els usuaris que assumeixen la culpa, reconeixen el problema i en fan en una atribució interna, són els que tenen, majoritàriament, una adherència més alta al tractament (53,6%). D'altra banda, els usuaris que atribueixen la culpa a la parella tenen, majoritàriament, una adherència baixa al tractament (64,3%), igual com els usuaris que fan una atribució externa del problema (61,5%) o bé aquells que no fan cap atribució específica (50%), estant en aquest grup els homes que neguen o minimitzen la conducta violenta tal i com s'especifica al punt 8.4.2.5 d'aquesta investigació. El grup que fa una atribució mixta de la culpa té, principalment, una adherència baixa (42,9%) però la xifra és lleugerament superior als que tenen una adherència alta (35,7%).

Taula 44: Variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i adherència al tractament

	Adherència al tractament						X ² (gl)	Sig.
	Baixa		Moderada		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
Retenció i suport							6,8 ^a (2)	.003
No	38	59,4	14	21,9	12	18,8		
Si	26	39,4	15	22,7	25	37,9		
Demanda inicial							23,08 ^b (8)	.003
Nega, minimitza, eludeix culpa, acudeix "per obligació"	18	78,3	2	8,7	3	13,0		
Corregir la conducta, solucionar el problema, malestar psicològic	12	34,3	13	37,1	10	28,6		
Por trencament/vol reconciliació amb la parella	7	38,9	4	22,2	7	38,9		
Difusa/sense concreció	24	66,7	6	16,7	6	16,7		
Altres	9	36,0	4	16,0	12	48,0		
Atribució del problema							18,54 ^c (8)	.017
Interna (reconeix la culpa)	8	28,6	5	17,9	15	53,6		
La parella	18	64,3	5	17,9	5	17,9		
Mixta	6	42,9	3	21,4	5	35,7		
Externa	32	61,5	9	17,3	11	21,2		
Altres	6	50,0	5	41,7	1	8,3		
Motivació interna							91,53 ^d (4)	.000
Baixa	67	81,7	13	15,9	2	2,4		
Moderada	8	28,6	10	35,7	10	35,7		
Alta	0	0,0	6	18,8	26	81,3		

Nota: Aplicada la correcció de Bonferroni el valor de p és significatiu a <0,012

- 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 14,28.
- 3 caselles (20,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 3,81.
- 4 caselles (26,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 2,42.
- 0 caselles (0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 5,72.

Pel que fa a la motivació interna dels usuaris del SAHM i l'adherència al tractament, a la taula anterior podem observar com els usuaris que tenen una motivació interna pel canvi baixa tenen, en una àmplia majoria, una adherència baixa al tractament (81,7%) mentre que els usuaris que acudeixen amb una motivació interna alta tenen, principalment, una adherència alta a la teràpia (81,3%).

A la figura següent es poden observar les freqüències en l'adherència segons la motivació interna dels grups.

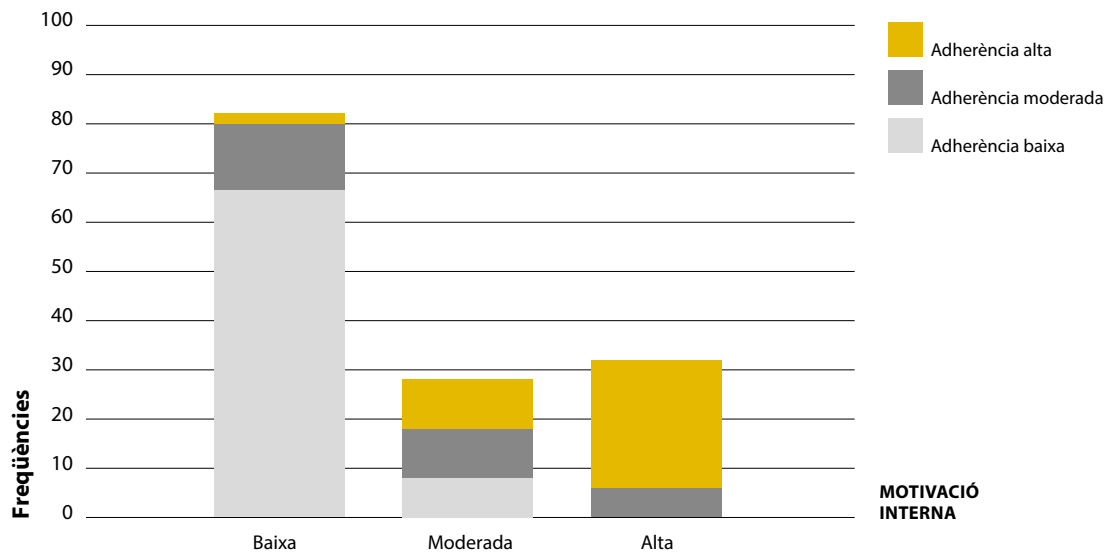


Figura 39: Motivació interna i adherència al tractament.

Pel que fa a les variables posteriors al tractament durada del tractament i motiu de tancament de l'expedient, a la taula 45 podem observar els resultats estadísticament significatius entre l'adherència al tractament i la seva durada així com entre l'adherència i el motiu de tancament de l'expedient.

Concretament, veiem com els tractaments que la seva durada és inferior a 1 mes tenen en la seva àmplia majoria una baixa adherència al tractament (90,2%) mentre que els tractaments la durada dels quals és d'entre 7 i 9 mesos tenen en la seva àmplia majoria una adherència alta al tractament (75%), igual com els que tenen una durada de 10 a 12 mesos (91,7%) i els que tenen una durada superior a 12 mesos (100%). Els tractaments que tenen una durada d'entre 1 i 3 mesos tenen, majoritàriament, una adherència baixa (50%) mentre que els tractaments amb una durada de 4 a 6 mesos tenen, majoritàriament una adherència moderada (42,9%).

Pel que fa al motiu de tancament de l'expedient, podem observar a la taula 45 com en els casos en que s'ha abandonat prematurament la teràpia l'adherència a la teràpia ha estat majoritàriament baixa (77,8%), mentre que en els casos en que s'ha completat el programa

de tractament l'adherència és alta en una àmplia majoria (88,9%). En els casos els quals els homes han abandonat el tractament quan s'han reconciliat amb la parella, la seva adherència al tractament és principalment alta (57,1%). En els casos en què els homes han estat reincidents o empresonats, l'adherència a la teràpia és moderada en tots els casos (100%), i en el grup d'altres motius de tancament especificats a l'apartat 8.4.2.10 d'aquesta investigació l'adherència és baixa en una majoria dels casos (45,%).

Taula 45: Variables posteriors al tractament i adherència al tractament

	Adherència al tractament						$\chi^2(gl)$	p
	Baixa		Moderada		Alta			
	n	%	n	%	n	%		
Durada tractament							94,4 ^a (10)	.000
Menys de 1 mes	46	90,2	3	5,9	2	3,9		
de 1 a 3 mesos	22	50	15	34,1	7	15,9		
de 4 a 6 mesos	6	28,6	9	42,9	6	28,6		
de 7 a 9 mesos	1	12,5	1	12,5	6	75,0		
de 10 a 12 mesos	0	0	1	8,3	11	91,7		
més de 12 mesos	0	0	0	0	6	100		
Motiu tancament expedient							96,1 ^b (8)	.000
Abandonament	6	77,8	14	17,3	4	4,9		
Fin teràpia	0	0	3	11,1	20	74,1		
Reincidència/ empresonament	0	0	3	100	0	0		
Reconciliació	1	14,3	2	28,6	4	57,1		
Altres	11	45,8	7	29,2	6	25,0		

a. 9 caselles (50,0%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és 1,23.

b. 7 caselles (46,7%) tenen una freqüència esperada inferior a 5. La freqüència mínima esperada és ,61.

Pel que fa al número de sessions realitzades i l'adherència al tractament, els testos estadístics han resultat significatius $F(2,139)=131,53$, $p<0,01$, tal i com es pot observar a la taula 46.

Taula 46: Anàlisi de la variància d'un factor pels efectes del número de sessions realitzades en l'adherència al tractament

	gl	SS	MS	F	p
Inter-grups	2	1454,64	727,32	131,53	.000
Intra-grups	139	768,60	5,53		
Total	141	2223,24			

Rebutjada la hipòtesi d'igualtat de mitjanes, concloem que els grups de la variable número de sessions realitzades difereix en l'adherència al tractament. Per tal d'identificar on es troben concretament aquestes diferències, s'ha realitzat una comparació *post hoc* amb el procediment Games-Howell donat que el nivell crític de la prova de Levene $F(2,139)=24,51$, $p<0,01$ indica que les variàncies dels grups de la variable número de sessions no són

iguals, i perquè no assumint la igualtat de variàncies és el procediment que més controla la taxa d'error. La diferència de mitjanes del número de sessions realitzades entre el grup d'adherència baixa i el grup d'adherència moderada és de 3,01 i significativa a nivell $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup d'adherència baixa i el grup d'adherència alta és de 7,58 i significativa a nivell $<0,01$. La diferència de mitjanes entre el grup d'adherència moderada i el grup d'adherència alta és de 4,56 i significativa a nivell $<0,01$.

A la figura següent es pot observar la representació gràfica de la diferència de mitjanes dels grups de la variable adherència al tractament amb el número de sessions realitzades.



ADHERÈNCIA A LA TERÀPIA

Figura 40: Número de sessions realitzades i adherència al tractament

A continuació, es presenta a la taula 47 la matriu de correlacions entre les variables estudiades on es poden observar les correlacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i les variables posteriors al tractament. S'observa als resultats les correlacions positives i amb una forta associació entre la motivació interna i totes les variables posteriors al tractament, així com les correlacions positives i també amb una forta associació pel que fa a la durada del tractament i nombre de sessions amb l'adherència a la teràpia. També estan associades positivament les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament amb l'adherència terapèutica, amb un índex d'associació moderat.

Observem així mateix que la variable tècniques de retenció proactiva i recolzament només correlaciona amb l'adherència al tractament, de forma positiva.

Taula 47: Matriu de correlacions entre les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i les variables conseqüència i posteriors al tractament

	Demanda inicial	Atribució problema	Motivació interna	Retenció i suport	Número sessions realitzades	Duració tractament	Motiu tancament expedient	Adherència al tractament
Demanda inicial	-							
Atribució del problema	,237 ^{*a}	-						
Motivació interna	,374 ^{***a}	,371 ^{***a}	-					
Retenció i suport	,129 ^a	,155 ^a	,154 ^a	-				
Número sessions realitzades	-	-	,700 ^{***b}	,140 ^e	-			
Duració tractament	,299 ^{***a}	,296 ^a	,477 ^{***c}	,176	,781 ^{***b}	-		
Motiu tancament expedient	,215	,224 ^{*a}	,520 ^{***a}	,131 ^a	-	,346 ^{***a}	-	
Adherència al tractament	,290 ^{*a}	,263 ^{*a}	,713 ^{***d}	,229 ^{*a}	,846 ^{***b}	,687 ^{***c}	,582 ^{***a}	-

Nota: a. correlacions obtingudes amb el coeficient V de Cramer

b. correlacions obtingudes amb índex de correlació de Spearman;

c. correlacions obtingudes amb índex de correlació Tau-c;

d. correlacions obtingudes amb índex de correlació Tau-b

e. correlacions obtingudes amb l'índex de correlació biserial puntual

* correlació significativa a $<0,05$; ** correlació significativa a $<0,01$; *** correlació significativa a $p < 0,001$

Recordem que a les proves de contrast previ amb l'aplicació de la correcció de Bonferroni el nivell de significació del valor de p disminueix i, de fet, a la matriu de correlacions podem observar que aquesta disminució correspon als valors de les associacions entre variables que tenen un índex d'associació més dèbil.

8.5.17 ANÀLISI DE LES VARIABLES PREDICTORES DE L'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT

A efectes de comprovar quines variables prediuen amb major exactitud l'adherència al tractament, tal i com s'ha comentat anteriorment s'ha realitzat un anàlisi de regressió logística multinomial. En l'anàlisi s'han inclòs com a variables potencialment predictores les variables prèvies al tractament que han resultat estadísticament significatives en les proves de contrast prèvies, que són la demanda inicial que fan els homes en acudir al SAHM, la motivació interna pel canvi i les tècniques de retenció proactives i recolzament. Les variables posteriors al tractament com són la seva durada, el número de sessions realitzades i el motiu de tancament de l'expedient no s'han inclòs en el model ja que es volen analitzar les variables predictores anteriors a la realització del tractament.

El càlcul de la regressió logística s'ha realitzat amb una entrada de les variables segons el model de passos cap endavant, amb la categoria de referència alta. A les taules de la regressió logística es mostren els coeficients de predicció de les covariables no estandarditzats (β), l'error típic (ET), l'estadístic de Wald, la probabilitat associada, i el valor de l'odds ratio estimat (OR) amb el seu interval de confiança (IC 95%). L'odds ratio estimat és el coeficient beta no estandarditzat exponenciat que indica l'increment de la probabilitat d'adherència al tractament per cada unitat d'increment del predictor.

La prova de significació global ha eliminat la variable demanda inicial, deixant com a model resultant significatiu el que formen part de l'equació com a variables predictores la motivació interna i l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament. Totes les interaccions amb dues variables i la interacció de les quatre variables han estat eliminades del model. El valor de χ^2 per a la seva inclusió està basat en la prova de la raó de verosimilituds. De manera que les mesures considerades individualment que fan contribucions significatives a l'adherència al tractament són la motivació interna dels usuaris del SAHM i les tècniques de retenció proactiva i recolzament aplicades pels Mossos d'Esquadra prèviament al tractament.

En el model resultant el R^2 de Nagelkerke explica el 65% de la variància de l'adherència al tractament ($c^2= 109,29; p < 0,01$). Els estadístics de Pearson ($p = 0,9$) i de Desviació ($p > 0,05$) indiquen un bon ajustament del model. Així mateix, els estadístics R^2 de Cox i Snell (0,57) i R^2 de Nagelkerke (0,65) estimen un valor d'ajustament correcte. Recordem que el resum dels valors de la regressió logística són típicament més petits que els observats en un model de regressió lineal i no són comparables en magnitud.

A la taula següent es pot observar el resum de l'anàlisi de regressió logística per a l'adherència al tractament.

Taula 48: Resum de l'anàlisi de regressió logística per a l'adherència al tractament

Variable	B	ET	OR	95% CI	Wald	p
Adherència baixa al tractament						
Demanda inicial						
Acudeix per obligació, nega, minimitza	-2,21	1,55	0,10	[0.005, 2,277]	2,04	0,153
Corregir la conducta, solucionar problema	0,48	1,12	1,62	[0.180, 14,719]	0,18	0,665
Por trencament relació, vol reconciliació	-0,4	1,23	0,67	[0.059, 7,610]	0,10	0,747
Difusa, sense concreció	-0,83	1,19	0,43	[0.042, 4,504]	0,48	0,485
Motivació interna						
Baixa	25,09	1,19	7,92E+10	[7.671E9, 8.175E11]	443,93	<0,001
Moderada	20,52	0,00	8,23E+08	[8,225E8, 8,225E8]		<0,001
Tècniques de retenció i recolzament	1,44	0,71	4,23	[1.042, 17,215]	4,07	0,044
Adherència moderada al tractament						
Demanda inicial						
Acudeix per obligació, nega, minimitza	-2,47	1,63	0,84	[0.003, 2.060]	2,30	0,129
Corregir la conducta, solucionar problema	1,37	0,91	3,95	[0.663, 23,601]	2,27	0,131
Por trencament relació, vol reconciliació	-0,1	1,11	0,89	[0.101, 7,978]	0,01	0,922
Difusa, sense concreció	-0,7	1,13	0,49	[0.054, 4,557]	0,38	0,534
Motivació interna						
Baixa	5,03	1,34	153,21	[10.933, 2147.122]	13,95	<0,001
Moderada	2,05	0,82	7,77	[1.548, 39.022]	6,20	0,013
Tècniques de retenció i recolzament	0,79	0,64	2,22	[0.635, 7.787]	1,56	0,212

Nota: la categoria de referència és adherència alta

Tal i com es pot observar a la taula 48, donada la no significació de la variable demanda inicial que fan els usuaris en acudir al SAHM aquesta no ha estat inclosa en el model final predictor de l'adherència al tractament. De manera que les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament que poden explicar l'adherència al tractament són la motivació interna dels participants i l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament, tal i com es pot observar a la taula 49.

Taula 49: Resultats de l'anàlisi de regressió logística per a l'adherència al tractament

Predictor	B	ET	p	OR	95% CI
Adherència baixa al tractament					
Demanda inicial					
Acudeix per obligació, nega, minimitza	-2,21	1,55	0,153	0,10	[0.005, 2,277]
Corregir la conducta, solucionar problem	0,48	1,12	0,665	1,62	[0.180, 14,719]
Por trencament relació, vol reconciliació	-0,40	1,23	0,747	0,67	[0.059, 7,610]
Difusa, sense concreció	-0,83	1,19	0,485	0,43	[0.042, 4,504]
Motivació interna					
Baixa	25,09	1,19	0,000	7,92E+10	[7.671E9, 8.175E11]
Moderada	20,52	0,00	.	8,23E+08	[8,225E8, 8,225E8]
Tècniques de retenció i recolzament	1,44	0,71	0,044	4,23	[1.042, 17,215]
Adherència moderada al tractament					
Demanda inicial					
Acudeix per obligació, nega, minimitza	-2,47	1,63	0,129	0,84	[0.003, 2,060]
Corregir la conducta, solucionar problem	1,37	0,91	0,131	3,95	[0.663, 23,601]
Por trencament relació, vol reconciliació	-0,10	1,11	0,922	0,89	[0.101, 7,978]
Difusa, sense concreció	-0,70	1,13	0,534	0,49	[0.054, 4,557]
Motivació interna					
Baixa	5,03	1,34	0,000	153,21	[10.933, 2147.122]
Moderada	2,05	0,82	0,013	7,77	[1.548, 39.022]
Tècniques de retenció i recolzament	0,79	0,64	0,212	2,22	[0.635, 7.787]

Nota: la categoria de referència és alta

També es pot observar a la taula 49 que els homes que no se'ls ha aplicat tècniques de retenció proactiva i recolzament aplicades pel membre del GRAV dels Mossos d'Esquadra tenen 4,2 vegades més de risc de tenir una adherència baixa que no alta. Així mateix, els homes que no se'ls ha aplicat tècniques de retenció i recolzament tenen poc més de 2 vegades més de risc de tenir una adherència moderada que no alta.

A continuació, es discutiran els resultats d'aquesta investigació a fi i efecte de donar significat al les dades analitzades en aquest capítol, mitjançant la seva comparació amb els coneixements els quals es disposa fins a la data.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT

9

Recordem que els objectius del treball empíric pretenien analitzar les variables sociodemogràfiques, el tipus de violència exercida, la relació dels participants amb la Justícia per delictes de VCP, les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament, les variables posteriors al tractament així com les variables predictores de l'adherència al tractament.

En aquest capítol es procedirà a comentar els resultats obtinguts en el capítol anterior, seguint el mateix ordre utilitzat en la presentació dels resultats i les hipòtesis d'aquesta investigació, les quals recordem que són: 1) l'ús de tècniques motivacionals (retenció proactiva i recolzament) aplicades pels Mossos d'Esquadra prèviament al programa de tractament serà una variable predictora de l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella tractats psicològicament en un programa voluntari, 2) les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament es comportaran com a bons predictors de l'adherència terapèutica, concretament, a) les variables sociodemogràfiques no seran bones predictors de l'adherència terapèutica a un programa de tractament per a homes maltractadors contra la parella; b) la demanda inicial que fan els homes en acudir al programa formatiu serà una predictor de l'adherència terapèutica al tractament, sent més alta quan els usuaris hi acudeixen per solucionar el problema, corregir la conducta o perquè tenen malestar psicològic en relació a la seva conducta violenta; c) l'atribució del problema serà un predictor de l'adherència terapèutica, sent aquesta més elevada quan l'atribució que fan els homes és interna mentre que l'atribució del problema a la parella o altres causes externes predirà una baixa adherència terapèutica; d) la motivació interna pel canvi es comportarà com a variable predictora de l'adherència als programes formatius per a homes maltractadors contra la parella tractats psicològicament en un programa de tractament, concretament, com més baix sigui el nivell de motivació dels participants més baixa serà la seva adherència, mentre que quant més elevada sigui la seva motivació interna més alta serà la seva adherència al tractament.

9.1 Discussió dels resultats

9.1.1 CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES

Podem afirmar que els subjectes de la mostra avaluada presenten les mateixes característiques sociodemogràfiques que els homes que exerceixen violència contra la parella avaluats en diferents estudis nacionals o internacionals. En un recent estudi realitzat per Echeburúa et al. (2009) sobre una mostra final seleccionada de 196 maltractadors tractats en un programa individual en un marc comunitari entre els anys 1997 i 2007 al País Basc, s'indica que els subjectes participants tenen una edat mitjana de 39,7 anys, estan casats o emparellats en la seva majoria, disposen d'estudis primaris o secundaris, es troben laboralment actius i disposen d'un nivell econòmic mig o mig-baix. En el nostre estudi presentem uns resultats molt semblants, on l'edat mitjana dels participants és de 38,7 anys, la majoria estan casats o amb parella, han finalitzat els estudis primaris, es troben laboralment actius, disposen d'un nivell econòmic suficient, i viuen amb parella. Tanmateix, val a dir que la situació econòmica dels usuaris del SAHM és suficient en un 30,6% dels casos mentre que la situació econòmica és insuficient en el 27,9%.

En un exhaustiu estudi realitzat per Gondolf (1999) amb una mostra de 840 homes assistents a programes formatius per a maltractadors en 4 ciutats diferents d'Estats Units i Canadà, les dades sociodemogràfiques són també similars a les del nostre estudi amb algunes lleugeres diferències. En concret, pel que fa a l'edat dels participants a l'estudi de Gondolf la mitjana és de 32 anys i els participants tenen un nivell socioeconòmic baix en un 64% de la mostra. Així mateix, hi ha diferències significatives entre el grup d'homes de raça blanca i la resta de minories ètniques. En el cas dels homes de raça blanca (caucàsics) (45%), el 38% té algun tipus d'educació escolar, el 64% es troba laboralment actiu i el 49% viu amb les seves parelles, mentre que els de la resta de minories ètniques (55%) es troben en condicions més precàries. Sigui dit de pas que a la mostra de Gondolf hi ha també un percentatge d'homes afroamericans que no estan representats a la mostra del nostre estudi.

També podem afirmar que en el nostre estudi la majoria dels participants tenen fills. En aquest sentit, en la investigació d'Echauri (2010) amb una mostra de 217 subjectes que havien iniciat tractament en el programa terapèutic per a maltractadors de VCP a l'Institut Navarrès de Psicologia Jurídica, tant els agressors com les víctimes refereixen al fet de tenir fills en comú com un nexe d'unió permanent entre ambdós encara després d'haver finalitzat la relació de parella i haver-se separat físicament, per la qual cosa sol desprendre's moltes vegades una utilització dels fills per seguir mantenint el contracte amb l'exparella.

Pel que fa al nombre de fills, les dades són consistents amb les d'altres dades d'estudis realitzats al nostre país que indiquen que el promig de fills de les dones maltractades és d'1,3 (Davins, 2005). Aquesta és una dada interessant ja que, tal i com indica Hidalgo (1998), la

transició a la paternitat pot provocar situacions i processos amb grans càrregues d'estrès. Tanmateix, tal i com argumenta Davins (2005) en el seu estudi sobre l'estil de personalitat, simptomatologia i ajustament diàdic d'un grup de dones maltractades derivades a un centre d'urgències, més que provocar “canvis espectaculars i inexplicables”, la transició a la paternitat accentua unes dificultats i tendències prèvies, ja presents amb anterioritat en la relació.

9.1.2 CARACTERÍSTIQUES DE LA VIOLÈNCIA EXERCIDA I DE LA RELACIÓ AMB LA JUSTÍCIA

Una vegada analitzats els resultats, podem afirmar que les característiques de la violència exercida pels subjectes avaluats presenten les mateixes característiques que aquells subjectes avaluats en altres estudis realitzats al nostre país o bé en l'àmbit internacional. Concretament, en el citat estudi d'Echeburúa et al. (2009) s'indica que el 70,4% dels participants avaluats exerceix un maltractament físic i psicològic contra la parella, que és crònic en un 86% dels casos i que la VCP es fa extensiva als fills en una tercera part dels casos (el 34%). En el nostre estudi s'ha pogut observar que la gran majoria d'homes exerceixen indistintament violència física i violència psicològica contra la parella i que en molt pocs casos s'especifica un tipus concret de violència sexual, la qual seria exercida simultàniament amb els altres tipus de violència. Tal i com apunta Davins (2005), a part del maltractament psicològic, sempre que es produeix maltractament físic hi ha maltractament psicològic, i quan es produeix violència sexual aquesta va acompanyada d'agressió física i maltractament psicològic. En aquest sentit, les dades que s'han trobat en els resultats es podrien acostar a l'aportació de Coker et al. (2000) referent a que la presència d'agressió sexual pot ser un indicador de major gravetat i, de fet, aquesta té una alta correlació amb el maltractament físic i emocional (Widding i Janson, 1999). Segons aquestes aportacions, el tipus de violència exercida pels homes que assisteixen al SAHM no seria, en la seva àmplia majoria, de tipus greu.

En concordància amb el que s'ha exposat anteriorment, pel que fa a la perillositat o gravetat de la violència, en cap dels informes consultats s'indica que algun dels participants al SAHM tingui un risc d'exercir violència greu contra la parella. Tot i que en la metodologia de la intervenció no es contempla l'ús de guies o protocols específics per a la valoració del risc, recordem que existeix entre l'IREs i la policia autonòmica un acord de col·laboració així com un contacte permanent i fluid entre els professionals implicats en ambdues institucions, de manera que tot i no fer un ús estandaritzat de protocols d'avaluació del grau de perillositat, aquest pot ser identificat i comunicat als organismes competents mitjançant altres mètodes no protocolitzats. D'altra banda, cal tenir en compte que l'adaptació al context espanyol dels protocols i guies de valoració del risc que tenen múltiples aplicacions en els casos més greus de VCP és molt recent, i que la precisió d'aquests instruments encara es troba lluny de les altres eines de predicció ja establertes en la pràctica forense (Ministerio del Interior, 2010). Així mateix, encara falten instruments específics per poder valorar el risc

de VCP (Andrés-Pueyo, 2009).

Pel que fa a la relació dels participants amb la Justícia, s'ha comprovat que un 42,1% dels casos dels quals es disposa d'aquesta informació han estat denunciats per VCP. Al respecte d'aquesta dada, val a dir que és lleugerament inferior a la de l'estudi d'Echeburúa et al. (2010) realitzat amb una mostra de 451 subjectes que havien acudit al programa de tractament psicològic per a homes que exerceixen VCP al centre d'Assistència Psicològica per a la Violència familiar i Sexual de la Diputació Foral d'Àlava entre el 1997 i el 2007 i, segons el qual, el 52,1% dels participants havia estat denunciat per aquest tipus de delictes. Tanmateix, cal recordar que en el nostre estudi no es disposa d'aquesta informació en un 45,8% dels casos del total de la mostra i que no es disposa de l'historial delictiu de cap dels participants pel que fa la comissió de delictes no relacionats amb la VCP. En tot cas, 3 dels homes del total de la mostra van reincidir o delinquir mentre estaven en tractament al SAHM (2,1%).

En un recent estudi longitudinal de Klein i Tobin (2008) dut a terme als EEUU amb una mostra de 356 maltractadors i consistent amb altres estudis anteriors (veure Klein, Wilson, Crow i DeMichele, 2005) es confirma que el 56% dels maltractadors han comès algun tipus de delictes anterior (incloent no VCP) i que aproximadament el 10% té condemnes per delictes greus en el passat. A Espanya, en un recent estudi quasi-experimental d'Echeburúa i Fernández-Montalbo (2009) amb una mostra de 148 subjectes que complien condemna en una presó espanyola i formant part d'un projecte d'intervenció psicològica amb presos per delictes de VCP, desenvolupat entre el 2005 i el 2006, s'ha trobat que el 17,1% de la mostra ha comès un delictes d'homicidi (o ho ha intentat) contra la seva parella, que el 34,2% presenta antecedents penals, principalment per lesions i amenaces (39%), per robatoris (30%) i, en menor mesura, per delictes contra la salut pública (17%), per trencament de condemna o de l'ordre d'allunyament (10%) i per agressió sexual (4%). Així mateix, 2 de cada 3 subjectes no presenta cap tipus d'antecedents penals. Sigui també dit de pas que en els anteriors estudis mencionats d'Echeburúa et al. (2009, 2010) realitzats en un medi comunitari no s'estudia aquesta variable.

En una altra línia, tot i que no es pot avaluar el percentatge de maltractadors els quals l'ús de la violència es fa extensiu als fills ja que no es tracta de manera específica en els informes consultats, recordem que en els continguts terapèutics es tracten els aspectes biogràfics que han de permetre reconnectar l'usuari amb l'experiència de violència en la família d'origen, i que un dels objectius de la intervenció és millorar el benestar de les famílies. No debades el model d'intervenció exercit a l'IREs és un model integral, que ofereix servei a les víctimes, als agressors, i als fills.

9.1.3 CARACTERÍSTIQUES DE LES VIES D'ACCÉS AL SAHM

En relació a les vies d'accés al SAHM, hem pogut comprovar que aquestes vies d'accés al

servei són coincidents en algunes de les fonts de derivació representades en altres estudis realitzats al nostre país en altres comunitats autònomes, però també s'han trobat diferències importants que es detallen a continuació. Concretament, en el nostre estudi pràcticament la meitat dels usuaris participants han estat derivats per la policia autonòmica de Catalunya,

Mossos d'Esquadra, seguit dels que han estat derivats per la xarxa de Serveis Socials i, ja en menor proporció, els que ho han estat per altres programes que es desenvolupen a la mateixa Fundació IReS, per centres penitenciaris, per voluntat pròpia o per la parella. En un estudi realitzat per Echeburúa et al. (2009) amb una mostra final seleccionada de 196 usuaris, la principal font de derivació al programa són les parelles dels agressors (54,6%), seguit dels Serveis Socials (19,9%), la iniciativa pròpia (12,3%), els Centres de Salut Mental (6,6%) i les mesures d'execució penal. Pel que fa a l'estudi d'Echauri (2010), amb una mostra final de 217 subjectes que havien iniciat el programa de tractament de forma ambulatoria (sent aquest per suspensió de condemna o de forma voluntària) o bé al programa de presó, només el 19,4% dels del programa ambulatori hi assisteixen de forma voluntària mentre que el 80,6% ho fa per suspensió de condemna, no sent indicat el motiu de la conducta volitiva en el 19,4% dels casos que assisteixen de forma voluntària.

Igual que a l'estudi dut a terme per Echeburúa et al. (2009) entre el 1997-2007, s'ha de tenir en compte que aquest estudi s'ha realitzat amb els usuaris del SAHM que han acudit al servei entre els anys 2001-2008, la qual cosa implica que la judicialització de la VCP era encara escassa donat que les mesures judicials instantes al tractament són relativament recents (a partir del 2005) i aleshores encara no del tot implantades. Tal i com s'ha comentat en el capítol 8, només 4 casos dels expedients revisats havien estat derivats per condemna substitutòria de presó (mesures penals alternatives) i han estat exclosos de l'estudi per no complir la condició de voluntarietat.

9.1.4 ANÀLISI DE LES VARIABLES ACTITUDINALS I MOTIVACIONALS PRÈVIES AL TRACTAMENT

Els presumptes agressors denunciats a les comissaries dels Mossos d'Esquadra de la Regió Policial de Girona per la comissió de VCP han rebut posteriorment a la denúncia tècniques motivacionals per part d'un agent especialitzat. Concretament, tècniques de retenció proactiva i recolzament consistents en l'aplicació d'una sèrie d'estratègies a fi i efecte que els presumptes agressors denunciats per VCP es vinculin al programa de tractament per a homes maltractadors SAHM. Tal i com es comentava a la part teòrica d'aquesta investigació, les tècniques de retenció són estratègies per incrementar la motivació dels maltractadors, augmentar l'adherència al tractament i promoure la participació activa en les estratègies de canvi mateixes (Brown i O'Leary, 2000; Kistenmacher i Weis, 2008; Musser i Murphy, 2009; Musser, Semiatin, Taft i Murphy, 2008; Taft i Murphy, 2007; Walker, Neighbors, Mbilinyi, O'Rourke, Zegree, Roffman i Edleson, 2010). La seva aplicació es tradueix en "trucades

telefòniques quan un participant no acudeix a la sessió (integració, motivació, informació), els propis aspectes formals i estructurals del programa (activitats, tasques, temps sessió, ritme, participació, elements de discussió, temporalitat del programa, vídeos, material real i actualitzat), reforçant actituds i conductes adequades, orientació i assessorament davant qualsevol problema relacionat amb la seva situació (judicial, laboral, recursos socials, custòdia dels fills, etc.) i/o potenciant coneixements adquirits (conceptes, teories explicatives, dades estadístiques)” (Conchell et al., 2011, p. 5).

En el cas de les tècniques aplicades per l’agent dels Mossos d’Esquadra, es tracta majoritàriament de les trucades telefòniques prèvies al tractament per facilitar que aquests homes es posin en contacte amb el SAHM amb la voluntat de participar en el programa terapèutic, així com de les trucades telefòniques quan un participant no acudeix a la sessió, aspectes formals i estructurals del programa, reforçament d’actituds i conductes adequades, i orientació i assessorament davant qualsevol problema relacionat amb la seva situació. En alguns casos, les estratègies no s’han aplicat només per mitjà de les trucades telefòniques sinó també per mitjà d’entrevistes efectuades a la comissaria dels Mossos d’Esquadra de la Regió Policial de Girona. Recordem el que comentàvem a la part teòrica d’aquesta investigació, que a mesura que evoluciona el protocol de coordinació entre els Mossos d’Esquadra i l’IREs, s’incorpora una nova possibilitat que és la de posar a disposició dels Mossos d’Esquadra del GRAV una borsa de possibles hores de visita per tal que l’agent les pugui distribuir directament entre els homes. Aquest procediment pretén garantir l’arribada de l’home al SAHM ja que no depèn de que ell truqui al servei sinó que la gestió ja es fa entre els professionals (Masegosa, 2011, en comunicació personal; Oliver, 2011, en comunicació personal). En tots casos, és important clarificar bé a l’usuari quines són les funcions dels diferents professionals i la relació existent entre aquests, per tal que l’home se senti segur i tingui clar quina és l’ajuda que pot rebre de cada un d’ells i, alhora, quines són les seves responsabilitats quan decideix demanar ajuda.

En el mencionat estudi de Conchell et al. (2011) s’han trobat índexs d’abandonaments substancialment menors al programa de tractament per a homes maltractadors Contexto comentat a la part teòrica d’aquest estudi, en relació als índexs d’abandonament prematurs d’altres programes similars. Al nostre estudi s’han trobat també resultats estadísticament significatius pel que fa al grup d’homes que ha rebut tècniques de retenció proactiva i recolzament en relació a l’adherència terapèutica al programa, sent aquesta més elevada en el grup d’homes als quals s’ha aplicat les mencionades tècniques motivacionals, tal i com es comenta a l’apartat 9.1.7 d’aquesta investigació.

En relació a les variables actitudinals i motivacionals dels usuaris del SAHM, en primer lloc, i pel que fa a la demanda inicial que fan els homes en acudir al servei, s’ha trobat que una part nombrosa dels homes que acudeixen al servei ho fan ho fan “per obligació”, elu-

dint la culpa, justificant o minimitzant la conducta violenta, i un altra part dels homes que hi acudeix ho fa sense una demanda clara, difusa o sense concreció. Si tenim en compte que l'assistència al SAHM és de forma voluntària, aquest fet pot semblar d'entrada contradictori i, tanmateix, és un fet recurrent en els programes formatius per a homes maltractadors tant en el nostre país com en la resta de països en els quals es duen a terme aquest tipus de programes. En el recent estudi de Scott i King (2007) o d'altres ja mencionats al llarg de diferents capítols d'aquest estudi d'investigació s'indica que, entre els professionals que atenen els programes per a homes maltractadors, es considera que molts dels usuaris no tenen interès en participar i no estan motivats per canviar la seva conducta. En l'àmbit nacional, Echeburúa *et al.* (2009) arriben a la conclusió que “la decisió genuïna d'acudir a un programa terapèutic només s'adopta quan es donen diversos requisits previs, com reconèixer que existeix un problema i que, a més a més, causa patiment a altres persones; donar-se compte que el subjecte no el pot resoldre per si sol; i, per últim, valorar que el possible canvi millorarà el nivell de benestar actual”. Segons Fitzgerald (2012, en comunicació personal)⁴², la majoria dels homes que, a priori, acudeixen de forma voluntària en busca d'ajuda terapèutica als programes formatius, en la majoria dels casos ho fan per un motiu secundari com pot ser la por al trencament de la relació o per la pressió del grup (la família o altres institucions).

Continuant amb la demanda inicial que fan els usuaris del SAHM en acudir al servei, al nostre estudi hi ha una part dels usuaris que acudeix al servei amb una demanda clara per a corregir la conducta, solucionar el problema o el malestar psicològic en relació a la conducta violenta. Aquesta és una dada important ja que, tal i com hem pogut contrastar als resultats i es detalla a l'apartat 9.1.7 d'aquesta investigació, l'adherència al tractament i finalització de la teràpia per part dels participants és més elevada quan es dona aquesta circumstància. En una recent revisió realitzada per Sheehan, Thakor i Stewart (2012) per avaluar els punts d'inflexió que porten als homes maltractadors a canviar la seva conducta (factors, situacions o actituds que faciliten al maltractador prendre la decisió de canviar el seu comportament agressiu), s'han analitzat un total de 180 estudis qualitius dels quals 19 estudis han format part de la mostra final, i s'ha trobat que un d'aquests punts d'inflexió que dona pas al canvi conductual és que els homes prenguin responsabilitat de la seva conducta realitzada.

Per acabar amb la demanda inicial que fan els homes quan acudeixen al servei, s'ha trobat també que una part dels usuaris acudeix al SAHM per por que la parella el deixi, del trencament de la relació, o perquè busca una reconciliació. En aquests casos podem corroborar la falsa voluntarietat comentada anteriorment ja que l'assistència a la teràpia no vindria determinada per la pròpia voluntat de canvi sinó per la por al trencament de la relació. Aquesta és una dada interessant si tenim en compte que en el citat estudi d'Echeburúa *et al.* (2010) s'afirma que la falta d'expectatives de reconciliació pot representar una motivació

42 Agraïxo a Collin Fitzgerald, Oficial de Desenvolupament de Respect (London) la constatació d'aquestes dades, en una entrevista personal duta a terme el Febrer del 2012.

fluctuant i poc sòlida per a la finalització de la teràpia.

Pel que fa a l'atribució del problema que fan els usuaris quan arriben al SAHM, en primer lloc s'ha trobat que la majoria dels homes fan una atribució externa del problema i també hi ha un grup important que atribueix la culpa a la parella. Concretament, el total d'aquestes atribucions externes correspon al 56,3% del total de la mostra avaluada, tractant-se d'una dada rellevant que ens situa davant un fet preocupant des del moment que aquests usuaris no es responsabilitzen del problema (veure per exemple Alexander i Morris, 2008; Daniels i Murphy, 1997; Scott i Wolfe, 2003; Scott, 2004; Stuart, 2005). En la revisió realitzada per Sheehan et al. (2012) i citada anteriorment, recordem que un dels punts d'inflexió que porta als homes maltractadors a canviar la seva conducta és que prenguin responsabilitat de la seva conducta realitzada. En la mateixa línia, Quinteros (2010), en les seves indicacions per a l'elaboració d'un protocol d'intervenció en el tractament psicològic a homes que exerceixen VCP, apunta que l'externalització de la responsabilitat (el que es coneix com a locus de control extern) és indicador d'una més baixa motivació pel canvi. En el nostre estudi hem pogut contrastar que els homes que fan una atribució interna del problema i que, per tant, assumeixen la responsabilitat, tenen una motivació interna més elevada per a canviar la seva conducta violenta, tal i com s'ha constatat en altres estudis recents (veure Jewell i Wormith, 2010; Larrauri, 2010).

En referència a la motivació interna dels participants, en els resultats del nostre estudi hem pogut contrastar que aquesta variable correlaciona i està fortament associada amb les altres variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament que són la demanda inicial que fan els usuaris del SAHM en acudir al servei i l'atribució del problema. Concretament, la majoria dels homes que acudeixen “per obligació”, que neguen, minimitzen o eludeixen la culpa tenen, principalment, una motivació baixa pel canvi, mentre que els homes que acudeixen per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic en relació a la seva conducta violenta, tenen majoritàriament una motivació interna pel canvi elevada. Així mateix, s'ha trobat que els homes que acudeixen al SAHM per por al trencament de la relació o perquè volen reconciliar-se amb la parella solen tenir una motivació interna moderada i el grup d'homes que acudeix amb una demanda difusa i sense concreció tenen majoritàriament una motivació interna baixa. Pel que fa a l'atribució del problema, en el nostre estudi s'ha trobat que els homes que fan una atribució interna del problema són els que, en una majoria, tenen una motivació interna elevada mentre que els que fan una atribució externa de la culpa, sigui envers la parella sigui envers a altres causes externes, tenen principalment una motivació interna pel canvi baixa. Pel que fa al grup d'homes que fan una atribució mixta del problema s'ha trobat que majoritàriament tenen una motivació pel canvi moderada. En l'anteriorment citat estudi d'Echeburúa et al. (2009, p. 215) la motivació interna s'ha perfilat com a “motor de canvi i la pedra angular de l'èxit en un programa

terapèutic amb maltractadors”. Segons els mateixos autors “no es tracta només de la motivació inicial per acudir a la consulta, sinó de la motivació necessària per mantenir-se en el programa i complir adequadament les prescripcions terapèutiques” (p.215).

Per a realitzar un procés de canvi, tal i com indiquen Quinteros i Carbajosa (2007) “aquest no pot estar basat en l’exigència externa o la pressió social sinó que, principalment, s’ha d’originar en una motivació personal, per la qual cosa és necessari que la persona reconegui i accepti que en l’actualitat hi ha alguna cosa que cal modificar i percebi i estigui convençuda que és possible mantenir amb els demés una forma de relacionar-se més satisfactòria, i que aquesta nova forma li proporcionarà més gratificacions que el model que utilitza actualment”. Segons Echeburúa et al. (2009) l’home que exerceix VCP estarà realment motivat pel canvi quan s’adoni que “els inconvenients de seguir maltractant superen els avantatges de fer-ho”. En l’àmbit internacional, tal i com s’ha detallat àmpliament en la part teòrica d’aquest estudi, diferents investigacions donen suport a aquestes afirmacions (veure Gondolf, 2012; Morrel, Elliott, Murphy i Taft, 2003; Scott, 2004). Recordem que en el recent metaanàlisi realitzat per Jewell i Wormith (2010) per a determinar en quin grau les variables demogràfiques, les variables relacionades amb la violència i les variables personals prediuen el rebuig i l’abandonament dels programes de tractament, es van avaluar un total de 30 estudis publicats en anglès entre el 1985 i el 2010 i els resultats apunten que les variables que prediuen l’abandonament tendeixen a ser les mateixes que prediuen la reincidència i es relacionen de manera consistent amb la voluntat de l’agressor de canviar la conducta.

La rellevància de la motivació interna com a motor de canvi s’ha pogut contrastar també amb la seva relació amb les variables posteriors al tractament, com són la durada del tractament, el número de sessions realitzades i el motiu de finalització de la teràpia, indicant que, a major motivació interna, major durada del tractament, més número de sessions realitzades i més tancament d’expedients per motiu de finalització de la teràpia, tal i com s’especifica a l’apartat 9.1.6. Finalment, la motivació interna ha resultat també estar relacionada amb l’adherència terapèutica, tal i com es detalla a l’apartat 9.1.7 d’aquest estudi.

9.1.5 ANÀLISI DE LES VARIABLES POSTERiors AL TRACTAMENT

Els homes que han participat al nostre estudi han rebut un tipus d’intervenció individual, que ofereix la possibilitat de fer un treball personalitzat, adaptat al ritme de treball personal, sense temporalitat definida i amb una periodicitat de sessions quinzenals. Aquest tipus d’intervenció difereix, doncs, de la tendència majoritària que s’aplica tant a Espanya com en l’àmbit internacional. Quinteros (2010) apunta que la majoria dels programes implementats a Espanya tenen un format d’intervenció grupal, que es desenvolupa al llarg de 12, 24 o 36 sessions (siguin 4, 6 i 9 mesos respectivament) i en les quals no es pot incloure noves persones al grup una vegada realitzades aproximadament les 3 primeres sessions. També s’indica que

aquest tipus de format terapèutic té diferents inconvenients i és limitat en la seva eficàcia perquè, entre d'altres aspectes, suposa que els seus usuaris necessiten la mateixa intervenció i que tots avancen conjuntament quan, en realitat, ja s'ha constatat al llarg d'aquest estudi d'investigació que els homes maltractadors no són un grup homogeni i, per tant, s'aconsella adaptar i individualitzar el tractament. En aquest sentit, el SAHM seria consistent amb el que apunten Price i Rosenbaum (2009) o Quinteros (2010) en afirmar que la durada del programa d'intervenció ha d'estar determinada per temps lògics i no cronològics, és a dir, que la persona rebí l'alta una vegada s'han complert els objectius de la intervenció i no pas per haver realitzat un número determinat de sessions, concretades en un protocol o programa d'intervenció/tractament.

Tal i com s'ha especificat a la part teòrica d'aquesta investigació, la modalitat terapèutica del SAHM es basa en el tractament individual aplicat en 4 fases, en les quals per a cada sessió s'estableixen uns continguts a treballar mitjançant tècniques o estratègies concretes. Es tracta d'un procediment adaptat del programa descrit a Echeburúa i Fernández-Montalbo (1998) i a Echeburúa, Sarasúa et al. (2009) però a diferència d'aquest, que consta de 20 sessions d'una hora de duració i que té una periodicitat setmanal, al SAHM l'atenció es porta a terme amb sessions quinzenals d'una durada d'entre 45 i 75 minuts, en funció de les característiques del cas i del moment del tractament en el qual es trobin els usuaris. Tanmateix, en alguns casos es poden espaiar les sessions bé per demanda del propi usuari bé perquè la dinàmica del tractament ho requereix. Aquestes característiques fan que el SAHM tingui més en comú amb el programa de tractament terapèutic per a maltractadors que aplica l'Institut Navarrès de Psicologia Jurídica mencionat a l'estudi d'Echauri (2010) el qual, tot i que parteix del model d'intervenció dissenyat per Echeburúa i Fernández-Montalbo (1998), el número de sessions és orientatiu a l'hora de planificar el procés terapèutic ja que sempre es té en compte la particularitat de cada subjecte. Recordem que els tractaments del SAHM tenen una durada aproximada d'un any, amb una amplitud de marge que va des de les intervencions de 6 a 16 mesos, amb sessions que solen tenir caràcter quinzenal i que aquesta amplitud es deu a la interrelació existent entre l'evolució del participant, els continguts a treballar i també als continuats esforços tècnics que són necessaris per mantenir el nivell motivacional dels usuaris (IReS, 2004). Tanmateix, pel que fa a la mostra avaluada en el nostre estudi i donat l'alt índex d'abandonaments prematurs, la durada del tractament tindria una durada mitjana de 3,2 mesos amb una mitjana de 4,6 sessions per usuari. Excloent els casos els quals només haurien assistit a la primera sessió, la durada mitjana del tractament augmentaria a 4,2 mesos i la mitjana de sessions efectuades seria de 6.

En l'àmbit internacional, i concretament al Regne Unit on es disposa d'una llarga tradició en la implementació de programes formatius per a homes maltractadors contra la parella, Respect, tal i com s'ha exposat a la part teòrica d'aquesta investigació, acredita diferents

tipus de programes amb diferents estructures que, tot i que la majoria són de format grupal, abans de començar la teràpia grupal es donen sempre 4 sessions individuals que, en funció de cada usuari, es poden ampliar. La major part dels programes acreditats per Respect tenen un format grupal amb un mínim d'assistència de 60 hores i es permet la inclusió de nous participants en qualsevol punt del programa. Aquesta característica, que no es dona en tots els programes, té com a objectiu que els diferents membres el grup puguin aprendre de les diferents experiències dels participants i es considera una de les millors formes d'intervenció, llevat d'alguns casos concrets (Debbonaire, 2012, en comunicació personal)⁴³. En referència a aquests casos, recordem que en el manual de Quinteros i Carbajosa (2008) es recomana un tractament individual als homes que: a) han exercit violència circumstancial o generalitzada, en aquests casos es realitzarà la psicoteràpia individual de forma exclusiva; b) no reconeixen ni es responsabilitzen, per la qual cosa és necessari començar amb intervenció individual i a posteriori, en assumir la seva responsabilitat es pot plantejar la seva inclusió al grup (aquesta és una dada important ja que, en paraules del mateix autor, s'ha comprovat que una persona que nega la seva conducta i és reàcia al tractament, si se la inclou en el procés pot boicotejar-lo i destruir la dinàmica terapèutica); c) característiques particulars que impedeixen la inclusió al grup, com els líders negatius o individus amb patologies entre altres; i d) en situacions de crisi, que es pot combinar amb el tractament grupal i es poden realitzar a sol·licitud de la persona o per suggeriment dels terapeutes. Tanmateix, Respect ha iniciat el 2012 un nou format d'intervenció exclusivament individual, donant resposta a les repetides peticions rebudes per part dels usuaris del servei de poder assistir a un tipus de teràpia individual (*one-to-one*) encara que aquest servei només s'ofereix en una regió administrativa determinada i amb una limitació de 18 sessions.

Als EEUU i Canadà, països amb dilatada experiència en la teràpia grupal, la majoria dels programes tenen un format de grup, que acostumen a ser de 8 a 15 membres, i s'estructuren per a ser aplicats en 31 sessions de mitjana, d'1'30 hores cada sessió. (Price i Rosebaum, 2009).

Recordem que l'àmpliament comentat model "Duluth" és de format grupal i desenvolupat, generalment, en 26 sessions. En termes generals, tant als EEUU, Canadà o Nova Zelanda, la tendència és semblant a la que es duu a terme al Regne Unit (Blacklock, 2012, en comunicació personal)⁴⁴.

En una altra línia, tal i com s'ha comentat a la part teòrica del nostre estudi, s'ha de tenir present que en el debat obert sobre els avantatges i desavantatges del format individual o grupal, una de les variables més importants del context és el cost econòmic de la intervenció.

43 Agraïco a Thangam Debbonaire, Responsable de Recerca de RESPECT, l'aclariment d'aquest aspecte en una entrevista realitzada el febrer de 2012.

44 Agraïco a Neil Blacklock, Director de Desenvolupament de Respect, la constatació d'aquestes dades en una entrevista realitzada el març de 2012.

En aquest sentit, tal com va apuntar Magro (2011) en la seva conferència inaugural de les I Jornades de Psicologia i Llei celebrades a Barcelona, la teràpia individual resulta ser generalment més costosa que la grupal. Això es converteix en un inconvenient important alhora d'elaborar els protocols d'intervenció i, més encara actualment, tenint en compte la delicada situació econòmica en la que es troben la majoria de països europeus i que pot influenciar a l'hora d'elaborar els pressupostos governamentals.

En referència al motiu de finalització del programa, en primer lloc i segons els resultats del nostre estudi, hem de mencionar l'elevat percentatge de participants que l'han abandonat prematurament, sent aquesta una dada preocupant i que es repeteix en la majoria dels estudis nacionals o internacionals tal i com s'ha comentat pregonament a la part teòrica d'aquesta investigació (veure Arce, Fariña i Suárez, 2010; Dutton i Corvo, 2006; Gondolf, 2011; Helton, 2010; Stith i McMongle, 2010; Stoops, Bennet i Vincent, 2010; Expósito i Ruiz, 2010; Larrauri, 2010; Lila *et al.*, 2010). Concretament, en el mencionat estudi d'Echeburúa *et al.* (2009) un 45% del total de participants que es van incorporar al programa el va abandonar prematurament, xifra inferior a l'obtinguda en els nostres resultats. En estudis preliminars, com per exemple el de Feazell, Mayers i Descher (1984) en el qual l'objecte d'estudi van ser 90 programes de tractament, es va trobar que entre un terç i la meitat dels homes l'abandonaven després de la primera sessió. Pirog-Good i Stets-Kealey (1985), segons les dades obtingudes amb una enquesta de 59 programes per a maltractadors, van trobar que el 48% dels homes no va completar el programa. Gairebé trenta anys després les xifres continuen sent les mateixes. La xifra actual d'abandonaments oscil·la entre el 50% i el 75% (Daly i Pelowski, 2000) i concretament Scott (2004) en un estudi amb 308 homes que van participar en un programa de tractament durant un any al Canadà, indica que el 61,4% dels participants va abandonar-lo prematurament. Recordem que en el nostre estudi l'abandonament prematur s'ha donat en un 57% dels casos i que en l'àmbit actual de la recerca gran part dels estudis centren el seu objectiu en el coneixement dels factors relacionats amb l'abandonament prematur dels programes de tractament.

Relacionat també amb el motiu de tancament de l'expedient, en el nostre estudi hem trobat que el 5% dels participants ha abandonat el programa quan s'han reconciliat amb la parella. De manera que, tal i com hem comentat anteriorment, es tracta d'un resultat a tenir en compte considerant que la falta d'expectatives de reconciliació pot representar una motivació no adequada per a la finalització de la teràpia i, al seu torn, aquesta variable pot estar relacionada amb sentiments i emocions negatives que fan que afrontin el tractament com un càstig (Echeburúa *et al.*, 2010) i no com una solució.

Pel que fa a la finalització del programa de tractament, els resultats del nostre estudi indiquen que s'ha donat en un 19% dels casos. El 62,5% d'aquests casos correspon als usuaris del SAHM amb una motivació elevada pel canvi mentre que, a l'altra cara de la moneda,

se situa el 57% dels abandonaments prematurs del programa dels quals gairebé el 80% correspon als homes amb una motivació interna baixa. En la mateixa línia, també hem trobat que pràcticament la meitat dels homes que tenen una motivació interna moderada també abandonen prematurament el programa. Així mateix, s'ha trobat que la motivació interna és l'única variable actitudinal i motivacional prèvia al tractament relacionada estadísticament de forma significativa amb el motiu de tancament de l'expedient. Recordem que a la part teòrica d'aquesta investigació s'ha constatat unànimement que els programes de tractament resulten d'utilitat en els casos en que l'agressor és conscient del seu problema, assumeix la seva responsabilitat en els episodis de violència, es mostra motivat per a modificar el seu comportament agressiu i completa el programa de tractament (Echeburúa, 2004; Echeburúa i Amor, 2010). En aquests casos, els programes per a homes que exerceixen VCP poden ser eficaços, amb uns resultats esperançadors si els usuaris conclouen el programa (White i Gondolf, 2000).

9.1.6 ANÀLISI DE LES RELACIONS ENTRE LES VARIABLES PRÈVIES AL TRACTAMENT I LES VARIABLES POSTERIORIS AL TRACTAMENT

Volem apuntar en primer lloc que als resultats del nostre estudi hem trobat que les variables sociodemogràfiques no estan relacionades amb les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament, ni amb les variables posteriors al tractament. Si tenim en compte que en el ja mencionat metaanàlisi de Jewell i Wormith (2010) per a determinar en quin grau les variables demogràfiques, les variables relacionades amb la violència i les variables personals prediuen el rebuig i abandonament dels programes de tractament, se suggereix que les variables que prediuen l'abandonament tendeixen a ser les mateixes que prediuen la reincidència i es relacionen de manera consistent amb la voluntat de l'agressor de canviar la conducta, de manera que els resultats del nostre estudi serien concordants amb aquestes dades.

A l'apartat anterior hem avançat que les variables actitudinals i motivacionals dels usuaris del SAHM prèvies al tractament estan relacionades amb les variables posteriors al tractament. Passem ara a comentar que als resultats del nostre estudi hem trobat que els homes que acudeixen al servei “per obligació”, negant, minimitzant o eludint la culpa són els que més abandonen prematurament el programa i, per tant, la seva durada del tractament és en una gran majoria d'aquests casos inferior al 1 mes o bé se situa entre 1 i 3 mesos. La demanda inicial també correlaciona amb el número de sessions realitzades, la mitjana de les quals en el cas d'aquests homes que acudeixen “per obligació”, negant, minimitzant o eludint la culpa és la més baixa. Seguidament, hem trobat que els homes que acudeixen amb una demanda difusa i sense concreció també tenen una durada més curta de tractament, sent aquesta bé inferior a 1 mes bé entre 1 i 3 mesos, de manera que el percentatge d'abandonaments prema-

turs del programa també és elevat i, per tant, realitzen poques sessions de tractament. També s'ha trobat als resultats del nostre estudi que quan la durada del tractament és superior als 6 mesos, no es tracta en tots els casos els homes que acudeixen al SAHM per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic. De fet, en aquests casos, la majoria de tractaments tenen una durada d'entre 4 a 6 mesos i només poc més del 5% tenen una durada de 7 a 9 mesos, de 10 a 12 o més de 12, respectivament. En aquests casos que els homes acudeixen al SAHM per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic, també hem trobat un percentatge d'abandonament prematur considerable, tot i que bastant inferior al dels casos dels homes que acudeixen al servei "per obligació", negant, minimitzant o eludint la culpa. Els resultats també indiquen que el grup d'homes que acudeix al SAHM per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic no són els que fan més sessions sinó que són els homes que acudeixen per por al trencament de la relació o perquè busquen una reconciliació amb la parella els que tenen una mitjana més alta de sessions realitzades. En tot cas, en el nostre estudi la mitjana del número de sessions és sempre més baixa en el cas d'abandonament prematur del programa, seguit dels casos en què hi ha reincidència. Quan el motiu de tancament de l'expedient dels usuaris ve donat per una reconciliació amb la parella, la mitjana del nombre de sessions és força elevada i aquesta és màxima quan el motiu de tancament de l'expedient és la finalització de la teràpia. En els casos que es finalitza la teràpia la durada del tractament és sempre elevada, oscil·lant principalment entre els 10 i els 12 mesos, i la mitjana del número de sessions realitzades també és la més elevada.

Recordem que la variable actitudinal i motivacional prèvia al tractament, atribució del problema, en els resultats del nostre estudi no ha resultat relacionada amb les variables posteriors al tractament, durada del tractament, nombre de sessions realitzades i motiu de tancament de l'expedient, després d'aplicar la correcció de Bonferroni.

Pel que fa a la motivació interna dels usuaris del SAHM, en primer lloc hem de comentar que l'ús del Model Transteòric del Canvi (MTC; Prochaska i DiClemente, 1983) ha estat una eina eficaç per a identificar el grau de motivació dels usuaris del SAHM, tal i com proposen altres estudis que analitzen les etapes i processos de canvi en els homes violents contra la parella (Eckhardt, Babcock i Homack, 2004; Levesque, Gelles i Velicer, 2000) que s'han exposat en la part teòrica d'aquesta investigació. En una altra línia, recordem que diferents estudis posen de manifest la importància d'analitzar el nivell d'implicació que els participants tenen per a realitzar el tractament a fi i efecte de proporcionar-los les eines més adequades (Chang i Saunders, 2002; Echauri, 2010; Quinteros i Carbajosa, 2008; Quinteros, 2010; Scott, 2004).

Seguidament, hem avançat en els apartats anteriors d'aquesta part empírica que els resultats del nostre estudi posen de manifest la rellevància de la motivació interna, i que

aquesta es troba relacionada tant amb les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament, deixant de banda l'aplicació de tècniques motivacionals per part dels Mossos d'Esquadra, com amb les variables posteriors al tractament. D'una banda, hem pogut contrastar que els usuaris amb una motivació interna baixa són els que tenen una durada del tractament més curta, els que realitzen un número inferior de sessions i, de fet, són també els que abandonen més prematurament el programa. En el grup d'homes que acudeixen al SAHM amb una motivació interna moderada, hem obtingut als resultats que la durada del seu tractament és majoritàriament llarga, d'entre 7 i 9 mesos principalment. Tanmateix, hem observat també que la diferència del número de sessions realitzades és significativa en comparar el grup d'homes amb una motivació interna baixa amb el grup d'homes amb una motivació interna moderada però aquestes diferències no són significatives en comparar el grup d'homes amb una motivació interna moderada amb el grup d'homes amb una motivació interna elevada. Aquestes diferències també són significatives quan es compara el grup d'homes amb una motivació interna baixa amb el grup d'homes amb una motivació interna alta. Encara en relació al grup d'homes que té una motivació interna moderada, hem observat també que el seu percentatge d'abandonaments prematurs és força elevada, tot i que molt inferior al del grup d'homes que acudeix al SAHM amb una motivació interna baixa. De fet, un percentatge important dels homes amb una motivació interna moderada acaba el programa de tractament, encara que es tracta d'un percentatge força inferior al del grup d'homes amb una motivació interna elevada. Hem obtingut també als resultats que el percentatge d'homes amb una motivació interna elevada que abandona prematurament el programa és molt baix, similar al del grup d'homes que, una vegada iniciat el tractament, reincideix o es reconcilia amb la parella i per aquest motiu deixa d'assistir a les sessions de tractament, no continuant amb la teràpia fins a la seva finalització. Els usuaris que finalitzen el tractament tenen en la seva àmplia majoria una motivació interna pel canvi elevada en el moment que acudeixen SAHM, mentre que els homes que abandonen prematurament el programa tenen majoritàriament una motivació interna baixa.

Amb tot això, podem corroborar que els nostres resultats són consistents amb els del citat estudi d'Echeburúa et al. (2009, p.215) en el qual es posa de manifest que "la motivació interna és el motor de canvi i la pedra angular de l'èxit en un programa terapèutic amb maltractadors, no es tracta només de la motivació inicial per acudir a la consulta, sinó de la motivació necessària per mantenir-se en el programa i complir adequadament les prescripcions terapèutiques". Recordem que la motivació interna correlaciona i està associada amb força amb les altres variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament que són la demanda inicial que fan els homes en acudir al SAHM i l'atribució que fan del problema, de manera que els resultats del nostre estudi també són consistents amb la literatura científica revisada (Echeburúa, 2004; Echeburúa i Amor, 2010; Larrauri, 2010; Quinteros i Carbajosa,

2008; Sheenan et al., 2012) en afirmar que un dels factors que condueix als homes maltractadors a canviar la seva conducta és que prenguin responsabilitat de la seva conducta realitzada. Així com també són consistents amb els estudis que apunten que per a garantir l'èxit de la intervenció és determinant que els usuaris del programa afrontin el tractament amb un alt nivell de motivació (Arcel, Fariña i Suárez, 2010; Miller i Rollnick, 2002; Scott, 2004; Stuart, 2005). O bé, en la línia de l'extensament comentat estudi d'Echeburúa et al. (2009) en apuntar que el rebuig i l'abandonament prematur de la teràpia són reveladors de l'escassa i fluctuant motivació dels maltractadors així com de l'ús de la negació o de la minimització del problema (en altres casos, de l'atribució del fet succeït a la parella).

Falta en aquest apartat comentar els resultats obtinguts en l'estudi de la relació que tenen l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament amb les altres variables estudiades. Comentàvem anteriorment a la part empírica del nostre estudi que aquesta variable no ha resultat relacionada amb les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament. Ara hem d'esmentar que l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament tampoc s'ha trobat relacionada amb les variables posteriors al tractament a excepció de l'adherència al tractament. Recordem que en el comentat estudi de Sheenan et al. (2012), en el qual s'argumenta que un dels punts d'inflexió que porten als homes a canviar la seva conducta és el fet d'estar involucrat en el sistema Judicial, també s'esmenta que fins i tot en aquells maltractadors derivats per la justícia a realitzar un programa formatiu per a homes maltractadors, el canvi de comportament ve determinat per la seva pròpia voluntat i sota el seu control (Catlett, Toews i Walilko, 2010; Flinck i Paavilainen, 2008; Scott i Wolfe, 2000; Silvergleid i Manokowski, 2006). Així mateix, hem de recordar també que a la part teòrica d'aquesta investigació hem constatat que els programes de tractament resulten d'utilitat en els casos que l'agressor és conscient del seu problema, assumeix la seva responsabilitat en els episodis de violència, es mostra motivat per a modificar els seu comportament agressiu i completa el programa de tractament (Echeburúa i Amor, 2010; Helton, 2011; Jewell i Wormith, 2010). Dit això, els resultats del nostre estudi podrien ser consistents amb les afirmacions de Lizarraga i Ayarra (2001, p.2) en indicar aquestes que "no es possible motivar a ningú a sacrificar-se si no veu molt clar que en traurà un benefici o que ningú comença un canvi si no té molt clar que podrà amb aquest, sent molt subjectiva la magnitud d'aquesta tasca".

L'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament sí ha resultat relacionada amb l'adherència al tractament en el nostre estudi, relació que es passa a comentar amb detall en el següent apartat d'aquesta investigació.

9.1.7 ANÀLISI DE LES VARIABLES RELACIONADES AMB L'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT I CONFIRMACIÓ DE LES HIPÒTESIS DE L'ESTUDI

Recordem en primer lloc que encara existeixen pocs estudis que valorin de manera consistent l'eficàcia dels tractaments realitzats amb homes maltractadors i, encara pitjor, ni investigacions que analitzin les variables predictores dels seus resultats (Echeburúa i Fernández-Montalvo, 2009). Amb aquesta premissa volem emfatitzar l'objecte d'estudi principal de la nostra investigació tot i que cal també esmentar que els resultats que es presenten a continuació no s'han pogut comparar àmpliament amb altres estudis nacionals o internacionals de la literatura científica revisada ja que aquests estudien, en la seva àmplia majoria, un altre grup de variables i amb uns plantejaments metodològics diferents.

En segon lloc, hem de comentar, tal i com s'especifica a la part teòrica d'aquesta investigació, que la dificultat de consensuar una definició única d'adherència fa difícil la seva operacionalització i forma de mesura (Ortiz i Ortiz, 2007), i que l'adherència com a concepte conductual porta implícit accions complexes, emocions i fenòmens que potser no s'observen directament (Morse, Mitcham, Hupsey i Teason, 1996). En el nostre estudi, tal i com s'ha fet en el recent treball d'investigació de Helton (2011), s'ha avaluat l'adherència al SAHM a partir de l'anàlisi de documents i revisió de la literatura professional. En els darrers estudis d'Scott (2001, 2004) s'ha utilitzat bàsicament la informació existent, sent aquesta documentació els informes i avaluacions efectuades pels professionals que atenen els casos, tal i com també s'ha utilitzat per a la realització del nostre estudi. En aquest sentit, l'ús del Model Transteòric del Canvi (MTC; Prochaska i DiClemente, 1983) ha estat una eina eficaç per a identificar tant el grau de motivació interna inicial dels usuaris del SAHM com la seva adherència al tractament, tal i com proposen diferents estudis (veure per exemple Eckhardt, Babcock i Homack, 2004; Levesque, Gelles i Velicer, 2000) per a analitzar les etapes i processos de canvi en els homes violents contra la parella.

A l'estudi de Scott (2004) realitzat amb una mostra de 308 maltractadors inscrits en un programa per a homes maltractadors amb una durada d'un any, classificats segons els estadis de canvi del Model Transteòric per part dels professionals que atendien els programes de tractament per tal de predir-ne l'adherència, es va obtenir com a resultat que els homes que van ser classificats en l'etapa de precontemplació eren 2,3 vegades més propensos que els homes classificats a l'etapa de contemplació i 8,8 vegades més propensos que els homes classificats a l'etapa d'acció d'abandonar prematurament el programa de tractament. Tanmateix, no podem comparar aquests resultats amb els nostres ja que les variables estudiades no són les mateixes i el plantejament metodològic de l'estudi és diferent.

En termes generals, a l'estudi que presentem s'ha trobat que les variables sociodemogràfiques no estan relacionades amb l'adherència al tractament, que les variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament i relacionades amb l'adherència al mateix són la

presència de tècniques de retenció proactiva i recolzament, la demanda inicial que fan els usuaris en arribar al SAHM, l'atribució del problema i la motivació interna pel canvi, i que les variables posteriors al tractament relacionades amb l'adherència terapèutica són la durada del tractament, el número de sessions realitzades i el motiu de tancament de l'expedient.

Pel que fa a l'aplicació de tècniques motivacionals prèvies al tractament, a la part teòrica d'aquesta investigació s'ha comentat pregonament que en diferents estudis es posa de manifest l'ús d'estratègies motivacionals en el tractament dels homes que exerceixen VCP (Fuller i Taylor, 2004, 2008; Miller i Rollnick, 1991, 2002; Musser i Murphy, 2009; Taft i Murphy, 2007) les quals poden estar a la base d'una major adherència terapèutica (Conchell et al. 2011). Entre les tècniques utilitzades, també s'ha comentat que un recurs majoritàriament utilitzat és l'ús de l'entrevista motivacional, el vincle o aliança terapèutica (Fuller i Taylor, 2004, 2008; Miller i Rollnick, 1991, 2002; Quinteros i Carbajosa, 2008; Quinteros, 2010), l'ús de preguntes obertes en un context d'escolta i reflexió (Fuller i Taylor, 2004, 2008; Miller i Rollnick, 1991, 2002; Subirana-Malaret i Debbonaire, 2012) i l'aplicació de tècniques de retenció proactives i de recolzament (Conchell et al. 2011).

Pel que fa als resultats del nostre estudi, aquests indiquen que el grup d'homes al qual els Mossos d'Esquadra de la Regió Policial de Girona han aplicat tècniques de retenció proactiva i recolzament tenen una adherència al tractament més elevada que els usuaris del servei als quals no se'ls ha aplicat cap tècnica motivacional prèviament al tractament. Concretament, els resultats obtinguts ens indiquen d'una banda que els homes als quals no se'ls ha aplicat tècniques de retenció i recolzament prèviament al tractament tenen 4,2 vegades més de risc de tenir una adherència baixa que no alta al tractament i, de l'altra, que els homes als quals no se'ls ha aplicat tècniques de retenció i recolzament prèviament al tractament tenen 2,2 vegades més de risc de tenir una adherència moderada que no alta al tractament. Aquests resultats serien doncs consistents amb les afirmacions de Broudeur et al. (2008) en suggerir que els factors motivacionals externs poden estar involucrats en la decisió de completar el programa de tractament, així com les de Lemire et al. (1996) en indicar que en ocasions cal ajudar la naturalesa, referint-se al fet d'ajudar a la motivació pel canvi en aquells homes que per sí mateixos no tenen prou motivació interna. Aquesta ajuda externa (motivació extrínseca) pot ser efectuada tant per la família, com per la comunitat, com per la Justícia.

Podem corroborar, doncs, que l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament és un predictor de l'adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella, amb aquesta mostra, en aquest estudi i amb aquestes condicions.

Hem d'esmentar també que en l'estudi de Conchell *et al.* (2011) s'apunta a l'entrevista motivacional, l'aliança terapèutica i les tècniques de retenció proactives i de recolzament com a elements que podrien estar a la base de l'adherència terapèutica i, per tant, dels no-abandonaments prematurs. Al programa de tractament per a homes maltractadors Contexto, en el qual s'ha basat l'estudi de Conchell *et al.* (2011), s'han trobat uns índexs d'abandonaments prematurs inferiors als que s'indiquen a la resta de la literatura revisada. Tanmateix, els índexs d'abandonament prematurs del programa SAHM en el qual es basa el nostre estudi i que hem trobat als resultats, són concordants amb els trobats a la literatura revisada (veure per exemple Feazell, Mayers i Descher, 1984; Pirog-Good i Stets-Kealey, 1985; Daly i Pelowski, 2000; Scott, 2004); Daly i Pelowski, 2000; Scott, 2004; i no amb els de l'esmentat estudi de Conchell *et al.* (2011).

Passem ara a comentar les demés variables actitudinals i motivacionals prèvies al tractament relacionades amb l'adherència terapèutica.

En referència a la demanda inicial que fan els homes en acudir al SAHM, els resultats del nostre estudi posen de manifest que aquesta variable està relacionada amb l'adherència terapèutica. Concretament, ens indiquen que els homes que acudeixen al SAHM “per obligació”, que neguen, minimitzen o eludeixen la culpa són els que tenen en una gran majoria una adherència baixa al tractament. El grup d'homes que acudeixen per corregir la conducta, solucionar el problema o perquè tenen malestar psicològic en relació a la seva conducta violenta tenen majoritàriament una adherència moderada al tractament, tot i que el percentatge d'aquests homes és lleugerament superior als que tenen una adherència baixa així com els que tenen una adherència alta. Els homes que acudeixen perquè tenen por del trencament de la relació o perquè busquen una reconciliació amb la parella tenen indistintament una adherència baixa o alta. Finalment, també hem trobat que els homes que acudeixen amb una demanda difusa o sense concreció solen tenir principalment una adherència baixa a la teràpia.

Tanmateix, els resultats de la regressió logística ens indiquen que la demanda inicial que fan els homes en acudir al SAHM no és un bon predictor de l'adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella, amb aquesta mostra, en aquest estudi i amb aquestes condicions.

En referència a l'atribució del problema que fan els homes en acudir al SAHM, els resultats de la correlació ens indiquen que aquesta variable està associada amb l'adherència terapèutica. Tanmateix, en les proves de contrast previ i aplicada la correcció de Bonferroni, el resultat obtingut és que aquesta variable actitudinal i motivacional prèvia al tractament no es pot incloure al model de la regressió logística. Per tant, l'atribució del problema que fan els homes en acudir al SAHM no es comporta com a bon predictor de l'adherència terapèutica, amb aquesta mostra, en aquest estudi i amb aquestes condicions. Tot i així consi-

derant que hem de comentar les tendències observades als resultats, aquestes indiquen que en els casos que els homes fan una atribució interna del problema, reconeixent la culpa, l'adherència al tractament sol ser majoritàriament elevada, mentre que en els casos que els homes atribueixen la culpa a la parella o a altres causes externes, l'adherència al tractament és principalment baixa. En els casos en que els homes fan una atribució mixta de la culpa el percentatge d'adherència més elevat indica que aquesta és baixa, tot i que aquest percentatge és lleugerament inferior als dels casos en que l'adherència és alta. En els casos que no es fa cap atribució específica, l'adherència és principalment baixa i seguidament moderada.

Pel que fa a la motivació interna dels usuaris del SAHM, els resultats de la nostra investigació indiquen que una motivació interna elevada es relaciona bàsicament amb una major adherència al tractament i, minoritàriament, amb una adherència moderada al mateix. En cap cas, una motivació interna elevada es relaciona amb una adherència baixa al tractament. A l'extrem oposat, els resultats indiquen que els homes que tenen una motivació baixa pel canvi també tenen, en una amplíssima majoria, una adherència baixa a la teràpia, i en molt pocs casos una motivació interna baixa es relaciona amb una adherència elevada a la teràpia (2,4%). Pel que fa als homes que tenen una motivació interna moderada, als resultats del nostre estudi hem observat que, generalment, o bé tenen una adherència moderada o bé tenen una adherència alta a la teràpia, de manera proporcional. En canvi, presenten de forma minoritària una adherència baixa al tractament. Aquestes dades ens permeten corroborar les afirmacions dels recents estudis nacionals i internacionals que consideren la motivació interna com a un factor clau de l'èxit terapèutic en un programa de tractament per a maltractadors (veure Arce i Fariña, 2010; Echeburúa i Amor, 2010; Redondo, 2008; Gondolf, 2011, 2012; White i Gondolf, 2000).

Finalment, una vegada realitzat l'anàlisi de regressió logística per a contrastar les variables que millor expliquen l'adherència al tractament, s'ha pogut observar que la variable que millor explica l'adherència al tractament és la motivació interna dels participants pel canvi, amb aquesta mostra, en aquest estudi i amb aquestes condicions.

Concretament, hem trobat que els homes que acudeixen al SAHM amb una motivació interna baixa tenen un risc extremadament elevat de tenir una adherència baixa a la teràpia i no alta. Igualment, els homes amb una motivació interna moderada tenen també un risc molt elevat de tenir una adherència baixa i no alta al programa de tractament. Donat que la notació científica és una xifra estadísticament acceptable (Field, 2012, en comunicació personal; Maydeu-Olivares, 2012, en comunicació personal)⁴⁵, hem de considerar que la magnitud d'aquests resultats pot estar determinada tant pel fet que tenim molt pocs casos en alguns dels grups (de fet, no hi ha cap cas a la casella corresponent al grup d'homes amb una

45 Agraïxo als Professors Andy Field i Alberto Maydeu-Olivares l'aclariment d'aquest punt, en una comunicació realitzada de forma virtual.

motivació interna alta i una adherència baixa al tractament) com perquè hi ha molta diferència entre les categories. Paral·lelament, hem trobat que els homes que acudeixen al servei amb una motivació interna moderada corren un risc bastant elevat de tenir una adherència mitjana al tractament i no alta. Tanmateix, tot i que el risc és elevat, és molt menor que el cas dels homes que acudeixen al SAHM amb una motivació interna baixa. En la mateixa línia, hem trobat que els homes que acudeixen al servei i tenen una motivació interna pel canvi moderada, tenen gairebé 8 vegades més de risc de tenir una adherència moderada i no alta al tractament.

Podem confirmar, doncs, que els resultats del nostre estudi són concordants amb els d'Echeburúa et al. (2009, p.215), que consideren la motivació interna com “la pedra angular de l'èxit terapèutic, tractant-se no només de la motivació inicial per acudir a la consulta sinó també de la motivació necessària per a mantenir-se en el programa i complir adequadament les prescripcions terapèutiques”. En la mateixa línia, els nostres resultats són també concordants amb l'estudi de Cadsky et al. (1996, p. 60) en apuntar que “el predictor més fort de romandre en el tractament va ser la identificació d'un mateix de la necessitat de tractament”.

Tot i que en els resultats de la nostra investigació l'aplicació de tècniques motivacionals prèvies al tractament han sortit relacionades amb l'adherència al tractament, segons els resultats de la regressió logística el millor predictor de l'adherència terapèutica, tal i com acabem d'exposar, és la motivació interna pel canvi. Aquests resultats concorden doncs amb els de comentat estudi de Sheenan et al. (2012) en els qual s'exposa que, tot i que un dels punts d'inflexió que porten als homes a canviar la seva conducta és el fet d'estar involucrat en el sistema Judicial, també s'esmenta que fins i tot en aquells maltractadors derivats per la justícia a realitzar un programa formatiu per a homes maltractadors, el canvi de comportament ve determinat per la seva pròpia voluntat i sota el seu control (Catlett, Toews i Walilko, 2010; Flinck i Paavilainen, 2008; Scott i Wolfe, 2000; Silvergleid i Manokowski, 2006).

Per finalitzar aquesta discussió, faltaria comentar els resultats obtinguts en relació a l'adherència al tractament i les variables posteriors al tractament, com són la seva durada, el número de sessions realitzades i el motiu de tancament de l'expedient dels homes atesos al SAHM.

Els resultats del nostre estudi indiquen que, en una amplíssima majoria, en els casos dels tractaments dels homes la durada dels quals és inferior a 1 mes, aquests tenen una adherència baixa al tractament i, a mesura que augmenta la durada, augmenta també l'adherència. Hem observat que entre els 4 i els 6 mesos de durada de tractament és quan es dona, principalment, una adherència moderada i, a partir dels 6 mesos, l'adherència és progressivament més elevada, arribant al seu màxim en els casos dels tractaments amb una durada superior als 12 mesos. Pel que fa als resultats obtinguts amb el número de sessions realitzades, aquests són semblants als que acabem de comentar en relació a la durada del tractament. Concretament,

hem trobat que a, mesura que augmenta el nombre de sessions, augmenta també l'adherència al tractament i que la diferència de mitjanes entre el grup d'adherència baixa amb el grup d'adherència moderada és menor que la diferència de mitjanes entre el grup d'adherència moderada amb el grup d'adherència alta, la qual cosa ens indica que el nombre de sessions és més elevat una vegada els homes ja parteixen d'una adherència moderada.

En referència al motiu de tancament de l'expedient dels homes atesos al SAHM, recordem, tal i com exposàvem a la part teòrica d'aquesta investigació, que en l'aplicació del tractament un dels objectius fonamentals és aconseguir l'adherència de cada subjecte al tractament, la qual cosa implica el seu desig de continuar amb el tractament, d'assistir a les sessions i de realitzar les tasques assignades (Redondo, 2008). Freqüentment, durant la realització del tractament apareixen resistències al canvi (Preston, 2001; Ruiz i Villalobos, 1994) que s'interpreten com a absència de motivació i/o col·laboració, o com a rebuig a alterar les pròpies idees, actituds o conductes. En els resultats del nostre estudi hem trobat que en els casos dels homes que abandonen prematurament el programa de tractament, la gran majoria d'aquests tenen una baixa adherència al tractament, així mateix, un petit grup té una adherència moderada i només un 4,9% tindria una adherència baixa al tractament. A l'extrem contrari, hem trobat que en els casos que es donen per tancats degut a que els usuaris han finalitzat el tractament, tenen en una àmplia majoria una adherència alta a la teràpia i un petit grup té una adherència moderada. En cap cas hem trobat que els homes que finalitzen la teràpia tinguin una adherència baixa al tractament. Pel que fa als homes que han reincidit, motiu pel qual s'ha donat per tancat el seu expedient, hem trobat que aquests han tingut tots una adherència moderada al tractament. En els casos que l'expedient dels usuaris s'ha donat per tancat perquè aquests s'han reconciliat amb la parella, motiu pel qual no han finalitzat la teràpia, hem trobat que la majoria dels homes té una adherència alta a la teràpia, en segon lloc, moderada i, finalment, una adherència baixa al tractament.

En aquest sentit, recordem que Echeburúa et al. (2010) afirmen que "la falta d'expectatives de reconciliació pot representar una motivació fluctuant i inconsistent per a la finalització de la teràpia", que podem considerar consistent amb els nostres resultats.

Per finalitzar amb aquest apartat, volem recordar el que exposàvem a la part teòrica de la nostra investigació en referència a que en altres contextos terapèutics, les persones que hi assisteixen, en termes generals, solen reconèixer que tenen un problema i hi acudeixen amb cert ànim de modificar allò que els afecta. Però en el cas dels maltractadors, una gran majoria no considera que tingui un problema, de manera que no es pot contextualitzar el programa com es faria en una teràpia, diguem-ne tradicional, on l'interessat hi sol acudir sent conscient del problema i amb una certa voluntat per resoldre'l (Quinteros y Carbajosa, 2008). Malgrat l'increment de coordinació entre els programes per a homes maltractadors i l'amplitud d'esforços per acabar amb aquest tipus de violència, l'abandonament prematur dels programes

continua sent un problema a resoldre (Scott, 2004). Perquè s'iniciï un procés motivacional d'origen intern, és precís que l'home percebi que hi ha quelcom que és necessari millorar i que amb determinades accions es podrà canviar (Quinteros i Carbajosa, 2008), i els resultats del nostre estudi són consistents amb el fet que el reconeixement de la conducta inadequada per part dels maltractadors és un pas previ imprescindible per a iniciar un procés de canvi. Tanmateix, aquest reconeixement no és suficient sinó que també ha d'anar acompanyat del convenciment que és possible mantenir un altre tipus de relacions i que aquesta nova forma de relacionar-se alternativa serà beneficiosa per a ell i les persones que l'envolten (Miller i Rollnick, 1999, 2002).

9.2 Limitacions de l'estudi

En primer lloc, cal mencionar les pròpies de qualsevol estudi *ex post facto* de tipus retrospectiu, havent d'assumir el risc que altres possibles variables independents hagin quedat fora de l'estudi.

Una segona limitació és que manca la comparabilitat amb un altre grup que hagi rebut tècniques de motivació per un actor extern al propi circuit de tractament terapèutic, tal i com el que es presenta en aquest estudi amb la participació de la policia autonòmica, els Mossos d'Esquadra. En la mateixa línia, es desconeixen també altres estudis en els quals en el circuit d'intervenció previ al tractament existeixi un agent extern que apliqui tècniques motivacionals vinculat a altres departaments socials i externs al cos policial.

Una tercera limitació és la manca de formació específica en habilitats i tècniques motivacionals en el tractament d'homes que exerceixen VCP per part dels agents del cos dels Mossos d'Esquadra que han aplicat les tècniques de retenció proactiva i recolzament. Desconeixem doncs si un entrenament específic en l'aplicació de tècniques motivacionals hauria modificat els efectes de la variable en la predicció de l'adherència terapèutica en els programes de tractament per a homes que exerceixen VCP.

Una altra limitació a comentar és la que fa referència a la fiabilitat interobservadors. Tot i que el procés de registre i codificació de les dades fos consensuat durant l'entrevista mantinguda amb el psicòleg que va atendre la major part de casos del SAHM que formen part d'aquest estudi, es tracta d'una concordança informal. L'exigència no es va poder considerar donada la confidencialitat de les dades i la disponibilitat dels tècnics.

Com a darrera limitació a tenir en compte, hem d'esmentar que per poder obtenir una radiografia completa de l'evolució del comportament dels usuaris envers l'exercici de

VCP i la cessació de les seves conductes abusives, seria convenient analitzar les taxes de reincidència dels participants a l'estudi. Coneixent aquestes dades es podria determinar si la modificació de la conducta abusiva s'ha mantingut en el temps una vegada finalitzat el tractament tot i que els resultats d'estudis preliminars així ho indiquin.

Aquesta darrera és una limitació important que hem hagut d'afrontar en la realització d'aquest estudi donat que l'accés a les dades de reincidència no està autoritzat ni se'n facilita l'accés per part de les autoritats competents. No es tracta d'un fet puntual sinó d'una limitació recurrent a la que s'han d'afrontar la majoria d'estudis realitzats en el nostre país, en el qual les limitacions existents pel que fa a la consulta i accés a les dades dificulten enormement la tasca de recerca. Una realitat que, malauradament, no fomenta ni potencia una investigació científica que ajudi a situar-nos en la primera línia de la investigació Europea o mundial.

10

10.1 Conclusions generals i prospectiva

La complexa situació que estem vivint en els nostres dies en termes polítics, econòmics i socials està obligant a tots els agents involucrats en la lluita contra la VCP a ser extremadament rigorosos en la recerca i en la pràctica professional. En els darrers anys d'experiència i recerca acumulada en aquest camp, especialment durant les dues últimes dècades, s'ha desencadenat un intens debat entorn a l'eficàcia i els recursos econòmics destinats als programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella que continua obert i és present en l'àmbit nacional i internacional. En última instància, i donades les controvèrsies existents que han arribat a enfrontar les principals perspectives abanderades per diferents grups d'investigació i professionals, es planteja actualment si aquests programes de tractament haurien d'anar més lluny, en la mateixa línia, o bé si haurien de fer un canvi total de direcció (Gondolf, 2012).

Comentàvem a la part teòrica d'aquesta investigació que, actualment, existeix una àmplia varietat de programes i models de tractament. Hem vist que les diferents perspectives teòriques consideren, principalment, que la causa del maltractament és de tipus individual (personalitat o anomalies psicològiques dels maltractadors), de tipus familiar (per exemple, relacions disfuncionals) o de tipus social (per exemple, actituds favorables a l'ús de la violència) (Echauri, 2010). També hem exposat que, a la pràctica, s'acostumen a utilitzar components dels diferents models programats i elaborats en funció de les perspectives teòriques que donen suport, així com també en base als components apresos mitjançant la pròpia experiència dels professionals i la pròpia evolució dels programes. Els programes han evolucionat i es continuen modelant a mesura que s'aprofundeix en el cos teòric que es desenvolupa per mitjà de la recerca. En l'actualitat, els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella tenen una orientació principalment psicològica i recordem

que el seu objectiu final ha de ser la cessació de les conductes violentes per part dels maltractadors, garantint la seguretat de les víctimes i evitant noves victimitzacions. En aquest sentit, els programes de tractament pretenen que els homes afrontin les conseqüències de la seva conducta, es responsabilitzin dels abusos comesos, i que eliminin les racionalitzacions i justificacions que utilitzen els maltractadors per a explicar la seva conducta (Medina, 2002).

Malgrat tot, es considera que encara hi ha pocs estudis que valorin l'eficàcia dels tractaments per a homes que exerceixen VCP o que analitzin les variables predictores dels seus resultats (Echeburúa i Fernández-Montalbo, 2009).

Ja comentàvem a la primera part d'aquesta investigació que hi ha una dilatada tradició d'estudis que mesuren les possibles variables psicopatològiques i de personalitat dels agressors, acudeixin aquests de forma obligatòria o de forma voluntària al tractament, i alguns autors apunten que els trastorns psicopatològics pròpiament dits semblen situar-se per sota del 10% dels casos (Saraúa et al., 1994; Tolman i Bennet, 1990). Les variables sociodemogràfiques ocupen també una part important de les investigacions realitzades, sobretot en els estudis preliminars i, segons els resultats del metaanàlisi dut a terme per Jewell i Wormith (2010), aquestes no prediuen l'abandonament prematur dels programes ni tampoc la reincidència. També s'ha posat de manifest que la reincidència es pot duplicar en aquells subjectes que no completen la teràpia (Dutton, Bodnarchuk, Kropp, Hart i Ogloff, 1997; Gondolf, 2000) i donat que els subjectes condemnats per violència contra la parella solen ser especialment resistent al tractament, calen intervencions que tinguin en consideració l'adherència terapèutica (Arce i Fariña, 2010). Recordem que algunes investigacions preliminars (Hamberger i Hastings, 1989; Shepard, 1992) posen de manifest que el sol fet de rebre tractament poden reduir la taxa de reincidència i que les recaigudes depenen més de les característiques personals dels maltractadors que del tipus d'intervenció rebuda. El citat metaanàlisi realitzat per Jewell i Wormith (2010) gairebé 20 anys més tard posa de manifest que les variables que prediuen el rebuig i l'abandonament dels programes de tractament tendeixen a ser les mateixes que prediuen la reincidència i es relacionen de manera consistent amb la voluntat de l'agressor de canviar la conducta.

Tenint en compte les premisses anteriors, a l'estudi que presentem la conclusió més considerable és que els factors actitudinals i motivacionals prediuen l'adherència terapèutica en un programa formatiu per a homes maltractadors contra la parella tractats en un medi comunitari. Concretament, la motivació interna és la variable que millor prediu l'adherència terapèutica dels maltractadors que participen en el programa de tractament i, al seu torn, la finalització del programa o bé el seu abandonament prematur. En la mateixa línia, recordem que la motivació interna està relacionada amb la resta de variables actitudinals i motivacionals, com són la demanda inicial que fan els homes en acudir al programa de tractament, l'atribució que fan de la culpa i, al seu torn, la responsabilització o desresponsabilització de les seves conductes violentes.

Com a segona conclusió, hem pogut contrastar que els participants que no veuen la necessitat de tractament, que neguen, minimitzen o justifiquen la seva conducta violenta, tenen un risc més elevat d'abandonar prematurament el programa terapèutic, independentment de l'atribució externa que facin de la culpa. Podem corroborar, doncs, que entre un quart i la meitat dels homes que exerceixen VCP que assisteixen a un programa formatiu l'abandonen abans de completar-lo, tal i com indica el National Institute of Justice (2009) i que la majoria d'homes que assisteixen als programes formatius ho fan “per obligació”, no es responsabilitzen de les seves conductes abusives, neguen, minimitzen o justifiquen aquestes conductes. Consideració molt rellevant tenint en compte que l'acabament del programa pot reduir la probabilitat d'un arrest futur (Cattaneo i Goodman, 2005; Kingsnorth, 2006), fins i tot en un 67% (Stoops, Bennett i Vincent, 2010).

Una tercera conclusió a considerar és en relació a l'aplicació de tècniques motivacionals en el procés terapèutic. En primer lloc, s'ha pogut constatar que les tècniques motivacionals poden ser aplicades per un professional extern al procés terapèutic que disposi d'una sèrie de coneixements sobre les dinàmiques de la VCP i les estratègies i tècniques motivacionals. En segon lloc, en el nostre estudi podem confirmar que prèviament al tractament, els Mossos d'Esquadra van dur a terme l'aplicació de tècniques de retenció proactiva i recolzament en els presumptes agressors denunciats per VCP a la Regió Policial de Girona i que l'aplicació d'aquestes tècniques té una incidència en l'adherència terapèutica. Finalment, hem pogut contrastar que l'aplicació de tècniques de retenció proactives i recolzament pot fer augmentar l'adherència terapèutica en el tractament dels homes que exerceixen VCP.

Aquesta tercera conclusió ens porta a constatar diferents aspectes. D'una banda, la importància de programar intervencions terapèutiques amb l'ús de tècniques motivacionals adequades a fi i efecte d'augmentar l'adherència al tractament. D'altra banda, també posa de manifest la importància del fet que els professionals que intervenen en l'aplicació de la teràpia en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella disposin de formació específica en l'entrenament de tècniques i estratègies motivacionals. Recordem per exemple que els professionals que atenen els programes per a homes maltractadors al nostre país són principalment psicòlegs i no sempre entrenats en tècniques motivacionals específiques, mentre que en altres països de parla anglosaxona com el Regne Unit no és necessari haver obtingut la graduació en psicologia però sí un entrenament en el tractament de maltractadors que ja porta implícita una part de motivació pel canvi. Recordem, paral·lelament, que Echeburúa et al. (2009) en el seu estudi longitudinal sobre l'avaluació de l'eficàcia d'un tractament en un medi comunitari consideren que s'han de desenvolupar estratègies motivacionals per atraure i mantenir els subjectes en el tractament, o que altres estudis internacionals (Morrel, Elliot, Murphy i Taft, 2003) indiquen que el terapeuta ha d'ajudar a l'agressor a assolir aquesta atribució correcta de la situació actual i a descobrir-li les solucions que estan

al seu abast. Ja havíem posat de manifest a la primera part d'aquesta investigació que en les primeres sessions amb l'agressor, on es juga gran part de l'èxit terapèutic, és fonamental crear un bon enquadrament i vincle terapèutic i es constata la importància del paper del terapeuta en aquest primer acompanyament en el qual és clau que l'agressor identifiqui, en major o menor mesura, els avantatges que li pot reportar un canvi de conducta.

Relacionat amb el punt anterior, cal esmentar ara que el projecte entre els Mossos d'Esquadra de la Regió Policial de Girona i l'IREs, va finalitzar per una confluència de circumstàncies. En primer lloc, l'augment de denúncies propiciat per l'aplicació de la Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere va fer que un sol agent no pogués atendre el mateix volum de denúncies que hi havia prèviament a l'aplicació de la Llei. Paral·lelament, diferents modificacions en la política del GRAV van fer reconsiderar el projecte al qual se li va acabar donant un canvi d'orientació. I, en darrer lloc, la finalització de la gratuïtat del SAHM a l'IREs, fent que no es poguessin fer derivacions (ni recomanacions) a un centre de pagament. Aquesta realitat ens porta a una quarta conclusió, corroborant el que s'exposava en la part teòrica d'aquesta investigació en relació a la cautela que cal tenir davant les polítiques governamentals que han de gestionar els programes de prevenció i intervenció en la VCP. Concretament, en referència "a la carència d'una política coherent sobre violència domèstica i el fet que aquest buit es troba en perill de ser omplert per la política i la pràctica no impulsada pel sector acadèmic, la investigació clínica i les millors pràctiques, sinó per grups de pressió polítics" (Graham-Kevan, 2007, p.1).

Com a cinquena conclusió, podem afirmar que es fa necessari continuar investigant les variables relacionades amb els factors psicològics dels usuaris envers el programa de tractament, doncs aquests han resultat ser importants predictors de l'adherència al tractament, relacionada amb la finalització del programa. Recordem, tal i com hem anat exposant al llarg de la part teòrica i a la part empírica, que la finalització del programa s'ha relacionat també amb la reducció de les conductes abusives i l'evitació de noves victimitzacions. Malauradament, i per les circumstàncies que hem exposat en la part de la discussió, no hem pogut contrastar en aquesta investigació si la finalització del programa ha evitat, al llarg del temps, les conductes violentes i les noves victimitzacions, i si ha garantit la seguretat de les víctimes.

Com a conclusió final, podem concloure que la importància de la motivació interna com a predictor de l'adherència terapèutica i la finalització del programa de tractament hauria de ser a la base de futures línies d'investigació encaminades a la reconsideració dels programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella a fi i efecte d'augmentar la seva adherència al tractament. La seva rellevància també hauria de fer replantejar la pràctica professional desenvolupada en l'actualitat, incorporant mecanismes i estratègies motivacionals orientades a l'adherència terapèutica dels homes que acudeixen a teràpia, a

fi i efecte que completin el programa de tractament. És necessari programar (i reprogramar) intervencions més adequades amb la incorporació d'estratègies que facilitin l'adherència al tractament. Necessitat que, donant suport a prèvies investigacions citades pregonament al llarg d'aquesta investigació (veure per exemple Conchel et *al.*, 2011; Fuller i Taylor, 2004, 2008; Kistenmacher i Weis, 2008; Murphy i Eckhardt, 2005; Echauri, 2010; Gondolf, 2012; Musser, Semiatin, Taft i Murphy, 2007; Roffman, Edelson, Neighbors, Mbilinyi i Walter, 2008; Quinteros i Carbajosa, 2008), no volem deixar d'emfatitzar abans de donar pas a les línies futures d'aquesta investigació.

10.2 Línies futures

La rellevància d'atendre els homes que exerceixen VCP com a requisit imprescindible en l'atenció a les víctimes es va començar a posar de manifest als anys 80 i ha adquirit en les últimes dècades una importància cabdal en el tractament integral de la VCP a fi i efecte d'evitar noves conductes agressives i evitar noves victimitzacions. Recordem que la consideració del maltractament com a delictes ha encetat, paral·lelament, una alternativa al Codi Penal que, considerant el maltractador com a delinqüent, li ha de donar doncs la possibilitat de reeducar i rehabilitar com es fa en qualsevol altre tipus de delictes.

Donada la urgència amb la qual tots els professionals involucrats en el tractament de la VCP han hagut d'afrontar aquest panorama, la proliferació d'iniciatives de tractament en diferents països és un fet contrastat com també ho és la confrontació existent entre algunes de les diferents alternatives proposades des del sector acadèmic i pràctic. Amb la realització d'aquesta investigació preteníem aprofundir en el coneixement i les aportacions científiques realitzades en l'àmbit del tractament dels homes que exerceixen VCP, i avançar en aquest camp amb la nostra aportació. Malgrat les actuals controvèrsies existents, especialment difícils de resoldre en moments econòmics i socialment crítics com els que estem vivint a Europa, donades les conclusions a les que hem arribat amb la nostra investigació volem apuntar com a primera línia futura la necessitat de continuar apostant per la recerca.

Una segona línia futura, fent costat a les recents propostes de Gondolf (2012), que en aquesta recerca futura es tingui en compte la necessitat de col·laboració entre els investigadors i els professionals i la contribució que els professionals poden fer al procés de recerca (veure Edleson i Bible, 2011; Gondolf, Yllo i Campbell, 1997; Kilpatrick Resick i Williams, 2001; J. Campbell, Dienemann, Kub, Wurmser i Loy, 1999; L. Williams, 2004). Actualment, en el camp de la violència domèstica s'apunta cap a una pràctica basada en l'evidència (Stover, Meadows i Kaufman, 2009) a fi i efecte de determinar el futur dels programes de tractament per a maltractadors (Gondolf, 2012) o, si més no, resoldre la seva direcció (veure, per exemple Corvo, Dutton i Chen, 2008). Tant els antecedents d'aquesta investigació com

l'estudi empíric que hem presentat pretenen, en conjunt, seguir aquesta premisa i obrir noves línies futures d'intervenció aprofitant l'experiència de la recerca posada al dia i els coneixements adquirits.

Per finalitzar, volem assenyalar algunes línies de recerca que queden obertes una vegada exposada la discussió, les limitacions i les conclusions de la nostra investigació:

- Seria convenient realitzar un estudi a nivell estatal que avalués les actuals estratègies motivacionals que s'estan aplicant en els programes de tractament per a homes maltractadors contra la parella per poder ratificar els resultats obtinguts en la nostra investigació.
- Es recomana realitzar més recerca en el camp de les variables personals, actitudinals i motivacionals relacionades amb l'adherència terapèutica. Això és, al seu torn, relacionades amb l'abandonament prematur dels programes i la finalització del programa de tractament.
- Dissenyar i actualitzar instruments que ajudin a valorar amb més claredat la motivació interna pel canvi que tenen els usuaris dels programes per a homes maltractadors contra la parella.
- Un aspecte concret que seria interessant continuar investigant és l'efecte que tenen les tècniques motivacionals en la finalització dels programes terapèutics per a homes maltractadors contra la parella quan aquestes són aplicades per la policia.

Com a darrera línia futura, seria de gran importància poder realitzar un estudi de seguiment a curt, mitjà i llarg termini (1, 5, 10 anys) per poder confirmar si l'adherència al programa terapèutic i, conseqüentment, la finalització del tractament, ha conduït a la cessació de les conductes violentes, ha garantit la seguretat de les víctimes i ha evitat noves victimitzacions. Recordem que aquest és, en última instància, l'objectiu que persegueix el tractament dels homes que exerceixen violència contra la parella.

- Adams, D. A. (1988). Counseling men who batter: Pro-feminist analysis of five treatment models. In M. Bograd & K. Yllo (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 176–199). Newbury Park: Sage.
- Adegoke, T.G. i Oladeji, D. (2008). Community norms and cultural attitudes and beliefs factors influencing violence against women of reproductive age in Nigeria. *European Journal of Scientific Research*, 20, 265–273.
- Aguirre, B.E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work*, 30, 350-354.
- Alberdi, I. i Matas, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación “La Caixa”. Colección Estudios Sociales, 10.
- Alexander, P. C. i Morris, E. (2008). Stages of change in batterers and their response to treatment. *Violence and Victims*, 23, 476-492.
- Alexander, P.C., Morris, E., Tracy, A. i Frye, A. (2010). Stages of change and the group treatment of batterers: A randomized clinical trial. *Violence and Victims*, 25, 571-587.
- Alexander, R. (1993). Wife-battering: An Australian perspective. *Journal of Family Violence*, 8, 229-251.
- Allen, C. i Straus, M. (1990). Resources, power and Husband-wife violence. In M. Straus and G. Hotaling (Eds.). *The Social Causes of Husband-wife Violence*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Alonso-Tapia, J. (1997). *Motivar para el aprendizaje: Teoría y estrategias*. Barcelona: EDEBÉ.
- Amoakohene, M.I. (2004). Violence against women in Ghana: a look at women’s perceptions and review of policy and social responses. *Social Science and Medicine*, 59:2373–2385.
- Amor, P.J. i Echeburúa, E. (2010). Claves Psicosociales para la Permanencia de la Víctima en una Relación de Maltrato. *Clínica contemporánea*, 1(2), 97-104.
- Amor, P.J, Echeburúa, E. i Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 519-539.
- Anderson, D.J. (2003). The impact of subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 93-112.
- Anderson, K. i Umberson, D. (2001). Gendering Violence, masculinity and Power in Men’s Accounts of Domestic Violence. *Gender & Society*, 15(3), 358-380.

- Andrés-Pueyo, A. (2006). Predicció de risc de tipus violència contra les dones. (Adaptació catalana i aplicacions dels SVR-20 i SARA per a la predicció de la violència contra les dones) (Ref. U-18/05).
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En Echeburúa y otros (Ed.). *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección* (21-56). Valencia. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia-Generalitat de València.
- Andrés-Pueyo, A. i Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 157-173.
- Andrés-Pueyo, A., López, S. i Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 107-122.
- Andrews, D. A., i Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39–55.
- Arata, C. M., i Lindman, L. (2002). Marriage, Child Abuse, and Sexual Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(9), 953-971.
- Arce, R. i Fariña, F. (2007). Evaluación de penados por violencia de género en el marco del programa Galicia: Implicaciones para la intervención. *III Congreso de Psicología Jurídica y Forense*.
- Arce, R. i Fariña, F. (2010). Diseño e implementación del Programa Galicia de Reeduación de Maltratadores: Una Respuesta Psicosocial a una Necesidad Social y Penitenciaria. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 153-166.
- Arce, R., Fariña, F., i Suárez, A. (2005). Sensibilización e introducción del programa Galicia de Reeduación para Maltratadores. En B.D. Silva y L.S. Almeida (Eds.), *Actas del VIII Congreso Galaico-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 3563-3575). Braga: Universidade do Minho.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126 (5), 651-680.
- Astin, M. C., Lawrence, K. J., i Foy, D. W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8, 17–28.
- Austin, J.B. i Dankwort, J. (1999). The impact of batterers' program on battered women. *Violence Against Women*, 5, 25-42.
- Babcock, J.C. i Steiner, R. (1999). The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: A program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 13, 46-59.

- Babcock, J.C., Jacobson, N., Gottman, J. i Yerington, T. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and non violent husbands. *Journal of Family Violence*, 15, 391-409.
- Babcock, J.C., Green, C.E. i Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babcock, J.C., Canady, B.E., Senior, A. i Eckhardt, C.I. (2005). Applying the transtheoretical model to female and male perpetrators of intimate partner violence: Gender differences in stages and processes of change. *Violence and Victims*, 20, 235-250.
- Bard, M. i Zacker, J. (1974). Assaultiveness and alcohol use in family disputes. *Criminology*, 12, 281-292.
- Barnett, O.W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2, 3-35.
- Baron, R.A. i Richardson, D. (1994). *Human Aggression*. New York: Plenum.
- Basterra, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*, 1, 97-106.
- Beiras, A. i Cantera, L. (2011). Grupos de hombres autores de violencia contra mujeres. Cuestionamientos teóricos, políticos y feministas. Ponència presentada al *Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo*. Barcelona, 7 d'octubre de 2011.
- Beiras, A., Ried, J. i Toneli, M.J. (2011). Políticas públicas e programas de atendimento: homes autores de violência contra a mulher. Ponència presentada al *Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo*. Barcelona, 7 d'octubre de 2011.
- Benítez, M.J. (1999). Violencia intrafamiliar: la mujer maltratada. En C. Rechea Alberola (Dir.): *La criminología aplicada II* (págs. 273-293) (*Cuadernos de Derecho Judicial*). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Ben-Porat, A. i Itzhaky, H. (2008). Factors that influence life satisfaction among battered women in shelters: Those who stay versus those who leave. *Journal of Family Violence*, 23, 597-604.
- Berkowitz, L. (1996). Violencia doméstica. En L. Berkowitz. *Agresión. Causas, consecuencias y control* (pp. 259-290). Bilbao: DDB (Original 1993).
- Bergman, B. i Brismar, B. (1993). Assaultants and victims: a comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 1-10.
- Berns, S., Jacobson, N. i Gottman, J. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 666-674.

- Berry, D. B. (1995). *The domestic violence sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.
- Birgden, A. (2005). *Multifactor Offender Readiness Model. Responsivity, readiness and rehabilitation*. XVth European Conference on Psychology and Law. Vilnius.
- Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J. i Stevens, M.R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Bland, R. i Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 6, 129-137.
- Bosch, E. i Ferrer, V.A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Cátedra.
- Bosch, E., Ferrer, V.A. i Gili, M. (1999). *Historia de la misoginia*. Barcelona: Antropho-UIB.
- Bosch, J.M., Cebriá, J., Massons, J. i Casals, R. (1994). Estrategias para modificar actitudes en el marco de la entrevista clínica. La motivación para el cambio. Madrid: Libro de ponencias del XIV Congreso Nacional de la SEMFYC, 285-294.
- Bottoms, A.E., Rex, S. i Robinson, G. (2004). How did we get here?, Bottoms, A.E./Rex, S. and Robinson, G. (eds.) *Alternatives to prison: Options for an insecure society*. Cullompton, Willan.
- Bowen, DJ., Helmes, A. i Lease, E. (2001). Predicting compliance: how are we doing? In: Burke LE, Ockene IS (eds.) *Compliance in Healthcare and Research*. Armonk, NY: Futura, 25-41.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Brannen, S. i Rubin, A. (1996). Comparing the effectiveness of gender-specific and couples groups in a court-mandated spouse abuse treatment program. *Research and Social Work Practice*, 6, 405-507.
- Bright, J.I., Baker, K.D. i Neimeyer, R.A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 491-501.
- Brodeur, N., Rondeau, G., brochu, S., Lindsay, J. i Phelps, J. (2008). Does the transtheoretical model predict attrition in domestic violence treatment programs? *Violence and Victims*, 23, 493-507.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Brown, P. D. i 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.
- Browne, A. (1987). *When battered women kill*. New York: The Free Press.
- Bureau of Justice Statistics. (2004). *Homicide trends in the United States*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Buttell, F., Muldoon, J. i Carney, M. (2005). An application of attachment theory to court-mandated batterers. *Journal of Family Violence*, 20, 211-217.
- Cabrera, R. i Carazo, M.J. (2008). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Caetano, R., Vaeth, P. i Ramisetty-Milker, S. (2008). Intimate partner violence victims and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal of Family Violence*, 23, 507-518.
- Cadsky, O.; Hasen, K.H.; Crawford, M. i Lalonde, C. (1996). Attrition from a male batterer treatment program: Client-treatment congruence and lifestyle instability. *Violence and Victims*, 11, 51-64.
- Calvet, G. i Corcoy, M. (2010). Avaluació 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.
- Calvete, E. (2008). Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 49-56.
- Calvete, E., Corral, S. i Estévez, A. (2007). Factor structure and validity of the Revised Conflict Tactics Scales for Spanish women. *Violence Against Women*, 13, 1072-1087.
- Campbell, J.C. (1995). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks: C.A. Sage.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of Intimate Partner Violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J., Dienemann, J., Kub, J., Wurmser, T. i Loy, E. (1999). Collaboration as partnership. *Violence against women*, 5, 1140-1157.
- Campbell, J., Glass, N., Sharps, P., Langhon, K. i Bloom, T. (2007). Intimate Partner Homicide. Review and Implications of Research and Policy. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 246-269.
- Campbell, J., Rose, L., Kub, J. y Nedd, D. (1998). Voices of strength and resistance. A contextual longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 743-762.

- Cantera, L. i Blanch, J.M. (2010). Percepción social de la violencia en la pareja desde los estereotipos de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 121-127.
- Cantera, L. i Gamero, V. (2007). La violencia en la pareja a la luz de los estereotipos de género. *Psico*, 38, 3, 233-237.
- Cano, A., Avery-Leaf, S., Cascardy, M. i O'Leary, K.D. (1998). Dating violence in two high school samples: Discriminating variables. *Journal of Primary Prevention*, 18, 431-446.
- Cantos, A.L., Neidig, P.H. i O'Leary, K.D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9, 113-124.
- Capaldi, D. i Kim, H.K. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review*, 27, 253-265.
- Carney, R.M., Freedland, K.E., Eisen, S. et al. (1995). Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychology*, 14, 88-90.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D. i Álvarez-Dardet, C. (2007). ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*, 22, 1, 55-63.
- Cassidy, J. i Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment*. Guilford, New York.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. i Poulton, R. (2002). Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- 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.
- Cattaneo, L.B. i Goodman, L.A. (2005). Risk Factors for Reabuse in Intimate Partner Violence: A Cross-Disciplinary Critical Review. *Trauma Violence Abuse*, 6, 141-175.
- Cavanaugh, M.M. i Gelles, R.J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 155-166.
- Cervelló, V. (2001). Tratamiento penal y penitenciario del enfermo mental. En Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias: *El tratamiento penitenciario: posibilidades de intervención*. Madrid. AlaGrafics Publicaciones.
- Cid, J. (2009). *La elección del castigo*. Barcelona: Paidós.
- Cid, J. i Larrauri, E. (2005). Penas Alternativas y Delincuencia Violenta, en Cid, J-Larrauri, E. (coords). *Delincuencia violenta: Castigar o prevenir*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E. i King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health, 90*, 4, 553-559.
- Conchell, R., Lila, M., Catalá, A., Del Hierro, G. i Lorenzo, M.V.(2011). Motivar para educar: estrategias para incrementar la adherència en los programas de reeducación de maltratadores. En Roman, J. M., Carbonero, M.A. y Valdivieso J.D. (Comp.), Educación, aprendizaje y desarrollo en una sociedad multicultural (pp. 11817-11825). Ediciones de la Asociación de Psicología y Educación y el Colegio oficial de Psicólogos de Castilla y León. Madrid.
- Conner, K.K. i Ackerley, G.D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence, 9*, 143-155.
- Consejo de Europa (2002). *Recomendaciones Rec (2002)5 del Consejo de Ministros a los Estados Miembro sobre la protección de las mujeres contra la violencia adoptadas el 30 de Abril de 2002*. Strasbourg, Francia: Consejo de Europa.
- Corvo, K., Dutton, D. i Chen, W. (2008). Towards evidence-based practice with domestic violence perpetrators. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma, 16*, 111-130.
- Creazzo, G. (2008). La costruzione sociale della violenza contro le donne in Italia. *Studi sulla questione criminale, Anno III, 2*, 15-42.
- Creazzo, G. (2009). Desarrollar estrategias de intervención para hombres que utilizan violencia contra las mujeres en las relaciones íntimas. En: Creazzo G. I Bianchi L. (eds.) *El 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.
- Crowell, N. i Burgess, A. W. (1996). Understanding violence against women. Washington: National Academy Press.
- Champion, H.L. i Durant, R.H. (2001). Exposure to violence and victimization and the use of violence by adolescents in the United States. *Minerva Pediatrics, 53*, 189-197.
- Chang, H. i Saunders, D. (2002). Predictors of Attrition in Two Types of Group Programs for Men Who Batter. *Journal of Family Violence. 17*(3), 273-292.
- Chaparro, L. (2004). Estudio del Actual Artículo 173 del Código Penal. Ilustre colegio de Abogados de Ceuta: *Revista Baylio*, edición electrónica, 1.
- Daniels, J.W. i Murphy, C.M. (1997). Stages and processes of change in batterer's treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*, 123-145.
- Daly, J.E. i Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims, 15*, 137-160.

- Daly, J.E., Power, T. i Gondolf, E. W. (2001). Predictors of batterer program attendance. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 971-991
- Davies, G. (1998). *Safety planning with battered women*. California: SAGE.
- Davins, M. (2005). *Maltractament en les relacions de parella: estils de personalitat, simptomatologia i ajustament diàdic d'un grup de dones maltractades*. Tesi Doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
- Davis, R. i Taylor, B. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. *Women and Criminal Justice, 10*, 69-93.
- Debonnaire, T. i Todd, J. (2012). Respect response to Dixon et al. (2011) in Legal and Criminological Psychology "Perpetrator programmes for partner violence: are they based on ideology or evidence?" *Legal and Criminological Psychology, en preparació*.
- Dechner, J.P., McNeil, J.S. i Moore, M.G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 55-60*.
- Deci, E. L., i Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- DeHart, D.D., Kennerly, R.J., Burke, L.K. i Follingstad, D.R. (1999). Predictors of attrition in a treatment program for battering men. *Journal of Family Violence, 14*, 19-34.
- DiClemente, C. C. i Hughes, S. O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse, 2*, 217-235.
- DiClemente, C. C. i Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. A. S. Shiffman i T. A. Ashby (eds.), *Coping and substance use*, 319-344. Orlando: Academic Press.
- DiMatteo, MR. (2004a). Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care, 42*(3), 200-209.
- DiMatteo, MR. (2004b). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207-218.
- DiMatteo, MR. i DiNicola, D. (1982). *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*. New York N. Y: Pergamon.
- DiMatteo, MR. i Martin, LR. (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- DiMatteo, MR., Lepper, HS. i Croghan, TW. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with Medical treatment: a meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2101-2107.
- DiMatteo, MR., Giordani, PJ., Lepper, HS. et al. (2002). Patient adherence and Medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care, 40*, 794-811.

- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2005). *Programa de tratamiento en prisión para agresores en el ámbito familiar. Documentos Penitenciarios, 2*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2010). *Programa de Intervención para Agresores (PRIA). Documentos Penitenciarios, 7*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Dixon, L. y Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 107-130.
- Dixon, L. y Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review, 31*, 1145–1155.
- Dixon, L., Graham-Kevan, N. i Archer, J. (2011). Perpetrator programmes for partner violence: Are they based on ideology or evidence? *Legal and Criminological Psychology*. DOI:10.1111/j.2044-8333.2011.02029.x
- Dobash, R. E. i Dobash, R. P. (1978). Wives: the “appropriate” victims of marital violence. *Victimology: An International Journal, 2*, 426-442.
- Dobash, R. E. i Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: Free Press.
- Dobash, R.E. i Dobash, R.P. (1980). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. Londres: Open Book.
- Dobash, R. E. i Dobash, R. P. (2004). Women’s violence to men in intimate relationships. *British Journal of Criminology, 44*, 324-349.
- Dobash, R.E i Dobash, R.P. (2011). What Were They Thinking? Men Who Murder an Intimate Partner. *Violence Against Women 17*(1) 111–134.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Cavanaugh, K. i Lewis, R. (1998). Separate and intersecting realities: A comparison of men’s and women’s accounts of violence against women, *Violence Against Women, 4*, 382-414.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P., Cavanagh, K., i Lewis, R. (2000). *Changing violent men*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Domen, M. (1995). Perfil del hombre golpeador. En Corsi, J. *Violencia masculina en la pareja*. Buenos Aires: Paidós.
- Dowd, E.T. (1993). Correlatos motivacionales y de personalidad de la reactancia psicológica e implicaciones para la terapia cognitiva. *Psicología conductual, 1*, 145-155.
- Dunford, F. (2000). Determining program success: The importance of employing experimental research designs. *Crime and Delinquency, 46*, 425-434.

- Dutton, D.G. (1985). An ecologically nested theory of male violence toward intimates. *International Journal of Women's Studies*, 8(4), 404-413.
- Dutton, D. G. (1988). Profiling wife assaulters: some evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3, 5-30.
- Dutton, D.G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and Victims*, 9(2), 125-140.
- Dutton, D.G. (1995). *The Batterer: A Psychological Profile*, New York, Basic Books.
- Dutton, D.G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford Press.
- Dutton, D.G. (2006). *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver, BC, Canada: UBC Press.
- Dutton, D.G. (2007). My back pages. Reflections on Thirty Years of Domestic Violence Research. *Trauma, Violence and Abuse*, 9, 131-143.
- Dutton, D.G. i Bodnarchuk, M. (2005). *Through a Psychological lens: Personality Disorder and Spouse Assault*. In Loseke, D. R., Gelles, R.J. i Cavanaugh, M.M. (Eds.) (2005) *Current Controversies*.
- Dutton, D.G. i 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.
- Dutton, D.G. i Corvo, K.C (2007). The Duluth model: A data-impervious paradigm and a flawed strategy. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 658-667.
- Dutton, D.G. i Golant, S.K. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D.G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S.D. i Ogloff, J.P. (1997). Client personality disorders affecting wife assault post-treatment recidivism. *Violence and Victims*, 12, 37-50.
- Dutton, D.G. i Levens, B. (1977). Domestic crisis intervention: attitude survey of trained and untrained police officers. *Canadian Police College Journal*, 1(2), 75-90.
- Dutton, D.G i Nicholls, T.L. (2005). The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1-The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior*, 10(6), 680-714.
- Dutton, D.G. i Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6, 139-155.
- Dutton, D.G. i Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-622.

- Dutton, D.G. i Starzomski, A. (1994). Psychological differences between court-referred and self-referred wife assaulters. *Criminal Justice and Behavior: An International Journal*, 21(2), 203-222.
- 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., Rodríguez, J. i Martínez, M. (2007). Programa terapéutico para maltratadores familiares en Navarra: Ambulatorio y Prisión. Evaluación y Tipos de Tratamiento. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa. *Psicología Jurídica Evaluación e Intervención*. Diputació de Valencia.
- Echeburúa, E. i Amor, P.J. (2010). Perfil psicopatológico e intervención terapéutica con los agresores contra la pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 171-121.
- Echeburúa, E. i Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. i Corral, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Boletín Criminológico*, 40, Marzo-Abril.
- Echeburúa, E. i Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- Echeburúa, E. i Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. i Fernández-Montalbo, (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. i Redondo, S. (2010). *Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. i Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas por delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P. i 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., Fernández-Montalbo, J. i Corral, P. (2008) ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. i Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalbo, J. i Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del psicólogo*, 25(8), 10-18.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. i Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria: Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. i Sarasúa, B. (1995). *Trastorno de Estrés Postraumático en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Paideia.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. i 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.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I.; Amor, P.J. i 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(3), 403-420.
- Eckhardt, C.I., Babcock, J. i Homack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19, 81-93.
- Eckhardt, C.I., Holtzworth-Munroe, A., Norlander, B., Sibley, A. i Cahill, M. (2008). Readiness to change, partner violence subtypes, and treatment outcomes among men in treatment for partner assault. *Violence and Victims*, 23, 446-475.
- Edleson, J. i Bible, A. (2001). Collaborating for women's safety: Partnership's between research and practice. In C. Renzetti, J. Edleson, & R. Bergen (Eds.), *Sourcebook of violence against women* (pp. 73-95). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Edleson, J. i Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research and Abstracts*, 10-17.
- Edleson, J.L. i Tolman, R. M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park: Sage Publications.
- Egan-Sage, E. i J. Carpenter (1999). Family characteristics of children in cases of alleged abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 8, 301-313.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. i Johnson, J.G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741-753.

- Escudero, A., Polo, C., López, M. i Aguilar, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 59-91.
- Expósito, F. i Ruiz, S. (2010). Reeducción de Maltratadores: Una Experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género. *Intervención Psicosocial*, 19, 2.
- Fagan, J.A., Stewart, D.K. i Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.), *The dark side of families: current family violence research* (pp. 49-68). Beverly Hills (CA): Sage.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. i Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7, 37-55.
- Feazell, C.S., Mayers, R.S. i Deschner, J. (1984). *Services for men who batter: Implications for programs and policies*. *Family Relations*, 33, 217-223.
- Feder, L. i Wilson, D. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 239-262.
- Feeney, J. A., Noller, P., i Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults* (pp.128-151). New York: Guilford.
- Feeney, J. i Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, R. i García, I. (2006). Perspectiva criminològica. En Violència de gènere: Perspectiva jurídica i criminològica. Barcelona: Editorial UOC.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J. et al. (2003). *Violencia Domestica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández-Montalvo, J. i Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: Un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Fernández-Montalbo, J. i Echeburúa, E. (2008). Trastornos de la personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Fernández-Montalbo, J., Echeburúa, E. i Amor, P.J. (2005). Aggressors against women in prison and in community: an exploratory study of differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 158-167.
- Fernández-Montalbo, J. i Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 451-475.

- Ferrer, V.A. i Bosch-Fiol, E. (2005). Características de los hombres violentos en el hogar: estudio de una muestra española a partir de los informes de sus parejas. *Anuario de Psicología*, 36(2), 153-180.
- Fiebert, M. (1997). Annotated bibliography: References examining assaults by women on their spouses/partners. *Sexuality and Culture*, 1, 273-286.
- Fiske, S.T., Cuddy, A. J.C., Click, P. i Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Flinck, A. i Paavilainen, E. (2008). Violent behavior of men in their intimate relationships, as they experience it. *American Journal of Men's Health*, 2, 244-253.
- Ford, D. i Regiola, M. (1992). The preventive impacts of policies for prosecuting wife batterers. In E.S. Buzawa, C.G. Buzawa (Eds.), *Domestic violence: The changing criminal justice response* (p.181-207). Westport, CT: Auburn House.
- Fox, J.A. (2005). Uniform crime reports [United States]:Supplementary homicide reports, 1976-2002 [Computerfile] (ICPSR ed.). Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research.
- Fox, A.M., Jackson, S., Hansen, N., Gasa, N., Crewe, M. i Sikkema, K. (2007). In their own voices: a qualitative study of women's risk for intimate partner violence and HIV in South Africa. *Violence Against Women*, 13, 583-602.
- Frude, N. (1994). Marital violence: An interactional perspective. En J. Archer (Ed.), *Male violence* (pp. 153-169). London: Routledge.
- Fuentes-Pila, J.M., Calatayud, P., López, E. i Castañeda, B. (2005). La entrevista motivacional: llave del proceso de cambio en la dependencia nicotín-tabáquica. *Trastornos Adictivos*, 7(3), 153-165.
- Fuller, C. i Taylor, P. (2008). A toolkit of Motivational Skills. Encouraging and Supporting Change in Individuals. John Wiley & Sons Ltd. WestSussex.
- Fundació Assistència i Gestió Integral (AGI). (2005). Memòria Programa ARHOM, 2005. Barcelona: Fundació AGI.
- Fundació Institut de Reinserció Social (IReS). (2004). Memòria 2004 SAHM (Servei d'Atenció a Homes). Programa d'accions contra la violència de gènere. Girona: IReS.
- Fundació Institut de Reinserció Social (IReS). (2006). Memòria històrica Intervenció amb Homes 1998-2006. Programa d'accions contra la violència de gènere. Girona: IReS.
- García-Pablos, A. (2009). Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección (pp.13-17). Valencia: Centro Reina Sofía.

- Garrido, V. i Beneyto, M.J. (1996). *El control de la agresión sexual. Un programa de tratamiento para delincuentes sexuales en prisión y en la comunidad*. Valencia: Ed. Cristobal Serrano Villalba.
- Gayford, J. (1975). Wife battering: a preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 194-197.
- Geldschläger, H. (2009). Programas de rehabilitación como Medida Penal Alternativa para hombres condenados por violencia doméstica/de género. Ponencia presentada en el III Congreso del Observatorio contra la Violencia doméstica y de género. Madrid, 22 de octubre, 2009.
- Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A.J., Dully, C., Kraus, H.; Logar, R., Dotterud, P.K., Lorentzen, J. i Scheweier, S. (2010). Programas Europeos de Intervención para Hombres que Ejercen Violencia de Género: Panorámica y Criterios de Calidad. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 181-190.
- Gelles, R. J. (2001). Standards for programs for men who batter? Not yet. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 5(2), 11-20.
- Generalitat de Catalunya (2010). Enquesta de violència de gènere a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. (2010). L'execució penal a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Go, V.F. et al. (2003). Crossing the threshold: engendered definitions of socially acceptable domestic violence in Chennai, India. *Culture, Health and Sexuality*, 5, 393-408.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Gondolf, E. (1985). *Men Who Batter: An Integrated Approach to Stopping Wife Abuse*. Learning Publications.
- Gondolf, E. (1988). Who are this guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3, 187-203.
- Gondolf, E. (1997a). Patterns of reassault in batterer programs. *Violence and victims*, 12, 373-387.
- Gondolf, E. (1997b). Batterer programs: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- Gondolf, E. (1998). *Assessing woman battering in mental health services*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Gondolf, E. (1999). A Comparison of Four Batterer Intervention Systems. Do Court Referral, Program Length, and Services Matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 41-61.
- Gondolf, E. (2000). A 30-month follow-up of court-referred batterers in four cities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 111-128.
- Gondolf, E. (2002). *Batterer Intervention Systems: Issues, outcomes, and recommendations*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Gondolf, E. (2004). Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 605-631.
- 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*. Northeastern Series of Gender, Crime and Law. Northeastern University Press.
- Gondolf, E. i Foster, R.A. (1991). Pre-program attrition in batterer programs. *Journal of Family Violence*, 6, 337-349.
- Gondolf, E., Yllo, K. i Campbell, J. (1997). Collaboration between researchers and advocates. In G. Kantor & J. Jasinski (Eds.) *Out of the darkness* (pp. 255-270). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gondolf, E. i Hannekin, J. (1987). The gender warrior: Reformed batterers on abuse, treatment, and change. *Journal of Family Violence*, 2, 177-191.
- Gondolf, E. i Russell, D. (1986). The Case Against Anger Control Treatment for Batterers. *Response*, 9, 2-5.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E. i Corral, P. de (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16, 207-225.
- González, M.P., Muñoz, M.J. i Graña, J.L. (2003). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes : una revisión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3, 23-39.
- Gonzalo-Rodríguez, R.M. (2004). La violencia doméstica en el Código Penal tras la reforma por Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. *Foro, Nueva época*, 00, 329-346.
- Gordon, G. (2000). Definitional issues in violence against women: Surveillance and research from a violence research perspective. *Violence Against Women*, 6(7), 747-783.
- Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Miller, L. E., Kwek, J. i Lilly, M. M. (2010). Traumatic events and maternal education as predictors of verbal ability for preschool children exposed to intimate partner violence (IPV). *Journal of Family Violence*, 25, 4, 383 -392. doi:10.1007/s10896-009-9299-3

- Graham-Kevan, N. (2007). Domestic Violence: Research and Implications for Batterer Programmes in Europe. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 13, 213-225.
- Graña, J., Muñoz, M., Redondo, N. i González, M. (2008). *Programa para el tratamiento psicológico de maltratadores*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Hamberger, L.K. i Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Hamberger, L.K. i Hastings, J.E. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L.K. i Hastings, J.E. (1989). Counseling male spouse abusers: Characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4, 275-286.
- Hamberger, L.K., i Hastings, J.E. (1993). Court mandated treatment for men who batter their partners: Issues, controversies and outcomes. In Z. Hilton (Ed.), *Legal responses to wife assault* (pp. 188-229). Newbury Park, CA: Sage.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., i Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behav. Modif.*, 24, 528-522.
- Hamberger, L.K; Lohr, J.M.; Bonge, D. i Tollin, D.F. (1996). A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims*, 11, 277-292.
- Hamel, J. (2010). Do we want to be a politically correct, or do we want to reduce partner violence in our communities? *Partner Abuse*, 1, 82-91.
- Hampton, R., Carrillo, R. i Kim, J. (1998). Violence in communities of color. In R. Carrillo i J. Tello (Eds.), *Family violence and men of color: Healing the wounded male spirit* (pp. 74-94). New York: Springer Publishing.
- Hanson, B. (2002). Interventions for batterers. Program approaches, program tensions. En A. R. Roberts (ed.), *Handbook of domestic violence intervention strategies*. Oxford: Oxford University Press.
- Hanson, P.K., Cadsky, O., Harris, A. i LaLonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men: family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence and Victims*, 12(3), 191-208.
- Harris, J. (1986). Counseling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(4), 1986, 613-62.
- Harris, R., Savage, S., Jones, T. i Brooke, W. (1988). A comparison of treatments for abusive men and their partners within a family-service agency. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 147-155.

- Hart, S. (2001). Assessing and Managing Violence Risk, a K. Douglas et al. (eds.), *HCR-20: Violence Risk Management Companion Guide*, Vancouver, SFU Ed.
- Haynes, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referáis, appointments, and prescribed medical regimens. En: Haynes RB., Taylor DW., Sackett DL. (eds.) *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Hearn, B. (1998). *The gendered terrain of disaster: through women's eyes*. Florida: Elaine Enarson and Betty Hearn Morrow (Eds.)
- Healey, K. i Smith, C. (1998). Pioneers in Batterer Intervention: Program Models. *Batterer Intervention: Program Approaches and Criminal Justice Strategies*. U.S. Department of Justice.
- Heise, L.L. (1998). Violence against women: an integrated ecological frame-work. *Violence Against Women*, 4, 262-290.
- 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, Texas State University-San Marcos. Paper 351.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and corrent perspectives. In J.Cassidy & P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical Applications* (pp. 395-433). New York: Guilford.
- Hester, M., Westmarland, N., Gangoli, G., Wilkinson, M., O'Kelly, C., Kent, A. i Diamond, A. (2006) *Domestic Violence Perpetrators: Identifying Needs to Inform Early Intervention*. Bristol: University of Bristol in association with the Northern Rock Foundation and the Home Office.
- Hidalgo, V. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. A M. J. Rodrigo i J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 161-180). Madrid: Alianza Editorial.
- Hijar, M. i Valdez-Santiago, R. (2008).(ed). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. Experiencia internacional y mexicana*, Cuernavaca Mexico, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Holtzworth-Munroe, A. i Stuart, G. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 473-497.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J., Herron, K., Rehman, U. i Stuart, G. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1000-1019.
- Hotaling, G. T. i Sugarman, D. B. (1986). An Analysis of Risk Markers in Husband to Wife Violence: the Current State of Knowledge. *Violence and Victims*, 1, 101-124.
- Hoyle, C. i Sanders, A. (2000). Police Response to Domestic Violence: From Victim Choice to Victim Empowerment? *The British Journal of Criminology*, 40, 1.

- Hungerford, A., Richard, V. i Clemens, C. (2010). Children's Exposure to Intimate Partner Violence: Relations Between Parent-Children Concordance and Children's Adjustment. *Violence and Victims*, 25(2), 185-201.
- Hussain, R. i Khan, A. (2008). Women's perceptions and experiences of sexual violence in marital relationships and its effect on reproductive health. *Health Care for Women International*, 29, 468-483.
- Innocenti Research Centre (2000). Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, 6.
- Ilika, A.L. (2005). Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, 9, 77-88.
- Israel, M. i Hong, W. (2006). If "something works" is the answer, what is the question? Supporting pluralist evaluation in community corrections in the United Kingdom. *European Journal of Criminology*, 3(2), 181-200.
- Jayne M. (2006) La identidad de género. *Revista de psicoterapia*, 40, 5-22.
- Jacobson, N.S. i Gottman, J. M. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. New York: Simon & Schuster.
- Jacobson, N.S. i Gottman, J.M. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres*. Barcelona: Paidós. (Ed. inglés 1998).
- Jacoby, M., Gorenflo, D., Black, E., Wunderlich, C. i Eyler, A. E. (1999). Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(4), 318-321.
- Jewell, L. y Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 10(37), 1086-1113.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partnet violence: causes and prevention. *Lancet*, 359, 1423-1429.
- Johnson, F., Haider, K., Ellis, D.M., Hay, S.M. i Lindow. (2003). The prevalence of domèstic violence in pregnant women. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(3), 272-275.
- Johnson, M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.
- Johnson, M.P. (2001). Conflict and control: Symmetry and asymmetry in domestic violence. In A. Booth, A.C. Crouter, & M. Clements (Eds.), *Couples in conflict*, 95-104. Mahwah, NJ: Lawewnce Erlbaum.

- Jonson, R., Gilchrist, E., Beech, A.R., Weston, S., Takriti, R. i Freeman, R. (2006). A Psychometric Typology of U.K. Domestic Violence Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(10), 1270-1285.
- Kaufman-Kantor, G., i Straus, M. (1987). "The 'Drunken bum' theory of wife beating", *Social Problems*, 34, 213-230.
- Kelly, L. (2000). ¿Cómo en casa en ninguna parte? La violencia doméstica, la seguridad de las mujeres y las niñas y la responsabilidad de los hombres. En *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 25-36). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Kesner, J., Teresa, J. i McKenry, C. (1997). Application of attachment theory to male violence towards female intimates. *Journal of Family Violence*, 12, 211-228.
- Kilpatrick, D., Resilk, P. i Williams, L. (2001). Fostering collaborations between violence against women researchers and practitioners. *Social Insight*, 6, 29-36.
- Kimmel, M. (2001). The myth of gender symmetry in domestic violence. *The Irish Times*, p. 16.
- Kimmel, M. S. (2002). Gender symmetry in domestic violence: A substantive and methodological research review. *Violence Against Women*, 8, 1336-1367.
- Kingsnorth, R. (2006). Intimate partner violence: Predictors of recidivism in a sample of arrestees. *Violence Against Women*, 12, 917-935.
- Kistenmacher, B.R. i Weiss, R.L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controller trial. *Violence and Victims*, 23, 558-570.
- Klein, A. i Tobin, T. (2008). A Longitudinal Study of Arrested Batterers, 1995-2005: Career Criminals. *Violence Against Women*, 14(2), 136-157.
- Klein, A., Wilson, D., Crow, A. i DeMichele, M. (2005). Evaluation of the Rhode Island Probation Specialized Domestic Violence Supervision Unit. Lexington, KY: American Probation and Parole Association & BOTEC Analysis Corporation.
- Kleinginna, P. Jr. i Kleinginna A. (1981). A categorized list of motivation definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 263-291.
- Kopper, B. A. i Epperson, D.L. (1991). Women and anger. Sex and sex-role comparisons in the expression of anger. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 7-14.
- Kopper, B.A. i Epperson, D.L. (1996). The experience and expression of anger: Relationships with gender-role socialization, depression, and mental health functioning. *Journal of Counselling Psychology*, 43, 158-165.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A. i Zwi, A.B. (2002). *World Report on Violence and Health*, Geneva: World Health Organization.

- Kyngás, H. (2000). Compliance of adolescents with diabetes. *International Pediatrics Nursery*, 15, 260-267.
- Labrador, F.J., Rincon, P. P., De Luis, P. i Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de la violencia domestica. Programa de actuación (2004). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lambert, M. J., DeJulio, S.S. i Stein, D. M. (1978). Therapist Interpersonal Skills: Process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- Landenberger, N. i Lipsey, M. (2005). The positive effects on cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Larrauri, E. (2003). ¿Por qué retiran las mujeres maltratadas las denuncias? *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2ª época, 12.
- Larrauri, E. (2007). *Criminología crítica y Violencia de Género*, Madrid: Trotta.
- Larrauri, E. (2010). Los programas formativos como medida penal alternativa en los casos de violencia de género ocasional. *Revista española de investigación criminológica*. Artículo 1, Número 8.
- Larrauri, E. i 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.
- Laurenzo, P. (2005). La violencia de género en la Ley Integral. Valoración político-criminal. *Revista electrónica de ciencia penal y criminológica*, 7, 1-23.
- Lemire, G., Rondeau, G., Brochu, S., Schneeberger, P. i Brodeur, N. (1996). Les programmes de traitement pour hommes violents: du communautaire au correctionnel. *Revue canadienne de criminologie*, 38(1), 33-59.
- Leonard, K.E. i Senchak, M. (1993). Alcohol and premarital aggression among newlywed couples. *Journal of Studies on Alcohol*, 11, 96-108.
- Levendosky, A. A. i Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16, 171-192.
- Levenson, R.W. i Gottman, J.M. (1983). Marital interaction: Physiological linkage and effective exchange. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(3), 587-597.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J. i 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. (2009). Intervención con hombres penados por violencia contra la mujer: Programa Contexto. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela (Eds.). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Lila, M. (2010). Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 105-108.
- Lila, M. S., Herrero, J. i Gracia, E. (2008). Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*, 43, 333-350.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M.V., Pedrón, V. i Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 167-179.
- Liu, M. i Chan, C. (1999). Enduring violence and staying in marriage. Stories of battered women in rural China. *Violence Against Women*, 5, 1469-1492.
- Lizarraga, S. i Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra*, 24(2), 43-53.
- Loinaz, I. (2009). *Aproximación teórica y empírica al estudio de las tipologías de agresores de pareja: análisis descriptivo y variables e instrumentos de evaluación en el centro penitenciario Brians-2*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Loinaz, I. (2010). *Estudio de las tipologías d'agresors de parella en centres penitenciaris. Estudio validatiu*. Ajudes a la investigació 2009. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Loinaz, I. i Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 85-95.
- Loinaz, I., Torrubia, R., Echeburúa, E., Navarro, J.C. y Fernández, L. (2009). Implicaciones de las tipologías de agresores de pareja para el tratamiento en prisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91, 19-25.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. i Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22, 106-111.
- Loinaz, I., Ortiz-Tallo, M., Sánchez, L.M. i Ferragut, M. (2011). Clasificación multiaxial de agresores de pareja en dos centros penitenciarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 249-268.
- Long, G.M. i McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered woman syndrome. *Behavior modification*, 13, 192-205.
- Lorente, M. (1999). *Agresión a la mujer. Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Crítica.

- Lorente, M. i Lorente, J.A. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Loseke, D. R., Gelles, R. J. i Cavanaugh, M. M. (2005). Section I: Controversies in conceptualisation. In D. R. Loseke, R. J. Gelles, & M. M. Cavanaugh (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 1–4). Sage: Thousand Oaks.
- Maccoby E.E. i Jacklin, C.N. (1974). *The psychology off sex differences*. Stanford, CA: Standford University Press.
- Maden, A. (2007). *Treating violence: a guide to risk management in mental health*. Oxford, Oxford Univ. Press.
- Maehr, M. i Meyer, H. (1997). Understanding Motivation and Schooling: Where We've Been, Where Are, and Where We Need to Go. *Educational Psychology Review*, 9(4), 371-409.
- Magro, V. (2006). *Guía pràctica Ley enjuiciamiento civil*. Las Rozas (Madrid): La Ley.
- Magro, V. (2011). Conferencia Inaugural. I Jornades de Psicologia i Llei. Universitat de Barcelona-IL3, Barcelona.
- Maiden, R.P. (1996). The incidence of domestic violence among alcoholic EAP clients before and after treatment. *Employee Assistance Quarterly*, 11(3), 21-46.
- Maltz, M. (1984). *Redicivism*. Academic Press. Orlando. Florida.
- Mankowski, E., Haaken, J. i Silvergleid, C. (2002). Collateral damage: Domestic violence discourse and models of masculinity. *Journal of Family Violence*, 17, 167–183.
- Margolin, G., John, R.S. i Gleberman, L. (1989). Affective responses to conflictual discussions in violent and non-violent couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 24-33.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marshall, W. L. I Redondo, S. (2002): *Delincuencia sexual y sociedad*. Barcelona. Ariel.
- Martín-Barroso, C. i Laborda Rodríguez, R. (1996/1997). Los malos tratos a la mujer. *Ciencia Policial*, 39, 187-204.
- Martín, L. i Grau, J. (2005). La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. En: Hernández E, Grau J (eds.) *Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones*. Universidad de Guadalajara.
- Martínez-Gallego, E.M. (2005). A propósito de la Ley 1/2004, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Regulación de la Violencia doméstica, en Berdugo Gómez de la Torre, I. I Sanz Mulas, N. (coords). *Derecho penal de la democracia vs seguridad pública*. Comares, Granada. pp. 81 y ss.

- Mauiro, R.D. i Avery, D.H. (1996). Psychofarmacological treatment of aggressive behavior: implications for domestic violence men. *Violence and Victims, 11*, 239-261.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. i Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association, 267*, 3176-3178.
- McGruder-Johnson, A.K., Davidson, E.S., Gleaves, D.H., Stock, W. i Finch, J.F. (2000). Interpersonal violence and posttraumatic symptomatology. The effects of ethnicity, gender, and exposure to violent events. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 205-221.
- Mederos, F. (2002). Changing our vision of intervention-the evolution of programs for physically abusive men. En E. Aldarondo i F. Mederos (Eds.). *Men who batter: Intervention and prevention strategies in a diverse society* (pp. 1-1-1-26). New York: Civic Research Institute.
- Medina-Ariza, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Medina-Ariza, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Medina-Ariza, J. y Barberet, R. (2003). Intimate partner violence in Spain: Findings from a national survey. *Violence Against Women, 9*, 302-322.
- Medina-Ariza, J., Barberet, R. i Lago, M. J. (1998). Validity and reliability of the CTS-II: Another sledgehammer? Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Washington, DC.
- Meyers, M. (1997). *News coverage of violence against women*. Londres: Sage.
- Mills, L. G. (2003). *Insult to injury; Rethinking our responses to intimate abuse*. Princeton: Princeton University Press.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. i Sovereign, R. G. (1989). *The check-up: A model for early intervention in addictive behaviours*. In T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviours: Prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G. i Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy, 16*, 251-268

- Ministerio de Igualdad (2008). *Evaluación de la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre*. Informe Ejecutivo. <http://www.migualdad.es>
- Ministerio del Interior (2010). *El Delincuente de género en prisión. Estudio de las características personales y criminológicas y la intervención en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2008). *II Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2007*. Madrid: Autor.
- Mitra, A. i Singh, P. (2007). Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, 88:1227–1242.
- Montaner, R. (2007). El quebrantamiento de penas o medidas de protección a las víctimas de violencia doméstica. ¿Responsabilidad penal de la mujer que colabora o provoca el quebrantamiento? *Revista para el análisis del derecho*, 4.
- Montero, A. (2000). El Síndrome de Estocolmo Doméstico en Mujeres Maltratadas. *Revista de la Sociedad Española de Psicología de la Violencia*. Madrid, España, Editorial de la SEPV.
- Montero, I. i León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morales, JM., Pastor, V. y Salceda, V. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit.* 11:231-41.
- Morran, D. i Wilson, M. (2009). The CHANGE Project. Confronting Domestic Violence: An Innovative Criminal Justice Response in Scotland. In, Duff, A., Marshall, S., Dodash, R. E., and Dobash, R.P. (Eds.), *Penal Theory and Practice: Tradition and Innovation in Criminal Justice*. Manchester: Manchester University Press, 216-227.
- Morran, D., Wolf-Light, P., Andrew, M. i Macrae, R. (2010) Re-education or recovery? Re-thinking some aspects of domestic violence perpetrator programmes. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 58(1): 23-36.
- Morrel, T.M., Elliot, J.D., Murphy, C.M. i Taft, C. (2003). A comparison of cognitive-behavioral and supportive group therapies for male perpetrators of domestic abuse. *Behavior Therapy*, 24, 77-95.
- Morse, J.M., Mitcham, C., Hupsey, J.E i Teason, M.C (1996). Criteria for concept evaluation. *J Adv Nurs*, 24, 385-390.
- Muerza Esparza, J. (2005). (Coord), Comentario a la Ley Orgánica de protección integral contra la violencia de género. Aspectos jurídico-penales, procesales y laborales. Thomson-Aranzadi. Navarra.

- Mullender, A. (1996). *Rethinking Domestic Violence: the Social Work and Probation Response*. Routledge, London.
- Murphy, C.M. i Baxter, V.A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 607-619.
- Murphy, C. M. i Eckhardt, C. I. (2005). Treating the abusive partner: An individualized cognitive behavioral approach. New York: Guilford.
- Murphy, C.M. i Hoover, S.A. (2001). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. En K.D. O'Leary y Maiuro, R.D. (Eds.), *Psychological abuse in violent relationships* (pp. 29-46). New York: Springer.
- Murphy, C.M i Maiuro, R.D. (2008). Understanding and facilitating the change process in perpetrators and victims of intimate partner violence: Summary and commentary. *Violence and Victims*, 23, 525-536.
- Murphy, C.M. i Ting, L. (2010). Interventions for perpetrators of intimate partner violence: A review of efficacy research and recent trends. *Partner Abuse*, 1, 26-44.
- Murphy, C.M., Musser, P.H. i Maton, K.I. (1998). Coordinated community intervention for domestic abusers: Intervention system involvement and criminal recidivism. *Journal Family of Violence* 13, 263-284.
- Musser, P. i Murphy, C.M. (2009). Motivational Interviewing with Perpetrators of Intimate Partner Abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1218-1231.
- Musser, P. H., Semiatin, J. N., Taft, C. T. i Murphy, C. M. (2008). Motivational interviewing as a pregroup intervention for partner-violent men. *Violence and Victims*, 23, 539-557.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (1998). *Behavioral research in cardiovascular, lung, and blood health and disease*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Research Council (1998). *Violence in families*. Institute of Medicine Washington DC: NRC.
- Núñez, J. L., Martín-Albo, J., i Navarro, J. G. (2005). Validación de la versión española de la Échelle de Motivación en Educación. *Psicothema*, 17, 344-349.
- Oldridge, NB. (2001). Future directions: what paths do researchers need to take? What needs to be done to improve multi-level compliance? In: Burke LE, Ockene IS (eds.) *Compliance in Healthcare and Research*. Armonk, NY: Futura, 331-347.
- O'Leary, K.D., Heyman, R. i Neidig, P. (2002). Treatment of wife abuse: A comparison of gender-specific and conjoint approaches. *Behavior Therapy*, 30, 475-505.
- O'Leary, K.D. i Slep, A.M. (2003). A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 314-327.

- Oliver, W. (1994). *The violent social world of African-American men*. New York: Lexington Books.
- Olsen, J.P., Parra, G.R. i Bennet, S.A. (2010). Predicting violence in romantic relationships during adolescence and emerging adulthood: A critical review of the mechanisms by which familial and peer influences operate. *Critical Psychology Review*, 30, 411-422.
- Olson, D. i Stalans, L. (2001). Violent Offenders on Probation: Profile, sentence, and outcome differences among domestic violence and other violent probationers. *Violence against women*, 7, 10.
- O'Neil, J.M. i Harway, M. (1997). A multivariate model explaining men's violence toward women. *Violence Against Women*, 3(2), 182-204.
- Organización de las Naciones Unidas (1985). Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 40/34, de 29 de noviembre de 1985.
- Organización de las Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (Res. A. G. 48/104). Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y plataforma para la acción*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Ortiz, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyke*, 13, 21-31.
- Ortiz, M. i Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Méd Chile*, 135, 647-652.
- Pagelow, M.D. (1997). Battered women: a historical research an some common myths. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 1(1), 97-116.
- Palmer, S., Brown, R. i Barrera, M. (1992). Group Treatment Program for Abusive Husbands: Long-Term Evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Pence, E. (2005). Problematic features of institutions of social managment. Praxis International. Duluth, Minnesota. Workshop Domestic Abuse in the UK. The Camden Center London.
- Pence, E. i Paymar, M. (1993). Education groups for men who batter: The Duluth Model. *New York: Springer*.
- Pérez, M. i Martínez, M. (2009). Avaluació de programes formatius aplicats des de l'execució penal a la comunitat en delictes de violència de gènere. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

- Perrin, S., Van Hasselt, V. B., Basilio, I. i Hersen, M. (1996). Assessing the effects of violence on women in battering relationships with the Keane MMPI-PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 9*(4), 805-816.
- Petersen, I., Bhana, A. i McKay M (2005). Sexual violence and youth in South Africa: the need for community based prevention interventions. *Child Abuse & Neglect, 29*, 1233–1248.
- Pirog-Good, M. i Stets-Kealey, J. (1985). Male batterers and battering prevention programs: A national survey. *Response, 8*, 8-12.
- Planet, S. i Pérez, F. (2001). La violència domèstica i l'home maltractador: estratègies d'actuació a Europa i a Catalunya. RCSP. 9/2001.
- Ponce, A. (2011). Modelos de intervención con hombres que ejercen violencia de género en la pareja. Análisis de los presupuestos tácitos y re-consideraciones teóricas para la elaboración de un marco interpretativo y de intervención. Ponència presentada al Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad: Investigación y Activismo. Barcelona, 7 d'octubre de 2011.
- Preston, D.S. (2001). Addressing treatment resistance in corrections. En L. L. Motiuk i R. C. Serin (eds.), *Compendium 2000 on effective cocorrectional programming* (cap.8). Ottawa: Correctional Service Canada.
- Prince, B. i Rosebaum, A. (2009). Batterer intervention programs: A report from the field. *Violence and Victims, 24*, 757-769.
- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1983). Stages and proceses of selfchange of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. i Norcross, J.C (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O i Levesque, D. A. (2002). Enhancing motivation of offenders at each stage of change and phase of therapy. En: McMurrin M. Dir. *Motivating offenders to change. A guide to enhancing engagement in therapy*. FALTA CIUTAT: John Wiley & Sons, p. 57-73.
- Prochaska, J.O i Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas. En Casa M, Gossop, M. (eds.) *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias. p. 85-136.
- Pujal-Llombart, M. (2006) Vulnerabilidad, Sujeción e identidad de género. Espacios para la resistencia feminista. Sinergias invisibles. III Jornada sobre violencia de genero y VIH, Madrid. 28 de noviembre de 2006: 1-18.
- Quinn, W. H. i Odell, M. (1998). Predictors of Marital Adjustment During the First Two Years. *Marriage and Family Review, 27*, 113-130.

- Quinteros, A. (2010). Tratamiento Psicológico a Hombres que Ejercen Violencia de Género: Criterios Básicos para elaborar un Protocolo de Intervención. *Clinica contemporánea*, 1(2), 129-139.
- Quinteros, A. i Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5 Acción y Acción Social S.L.
- Radford, J. i Russell, D. E. H. (Eds.). (1992). *Femicide: The politics of woman killing*. New York: Twayne.
- Rhatigan, D.L., Street, A.E. i Axsom, D.K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, 26, 321-345.
- Råkil, M. (2002). A Norwegian Integrative Model for the Treatment of Men Who Batter. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, 18, 6–14.
- Råkil, M., Isdal, P. i Askeland, I. R. (2009). El tratamiento de los hombres que usan la violencia contra sus compañeras como medida contra la violencia hacia la pareja íntima. En: Creazzo G. I Bianchi L. (eds.) *El desarrollo de estrategias de trabajo con hombres que usan violencia contra las mujeres en sus relaciones íntimas. El caso de los países de Europa del Sur. ¿Porqué y cómo?* pp. 50-107. Con el apoyo de: Programa Daphne II - Comisión Europea en el marco del proyecto “Developping strategies with men using violence in intimate relationships.
- Redondo, S. (1998). Criminología aplicada: Intervenciones con delincuentes, reinserción y reincidencia. *Revista de derecho penal y criminología*, 1, 187-206.
- Redondo, S. (2008). *Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes*. Madrid: Pirámide.
- Redondo, S. i Garrido, V. (1999). Propuesta para el tratamiento en la comunidad de los agresores intrafamiliares. Propuesta desarrollada a petición del Consejo General del Poder Judicial para la discusión de la misma en la Comisión Interinstitucional creada al efecto. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Redondo, S. i Andrés-Pueyo, A. (2007). Psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 147-156.
- Respect. (2008). *The Respect Accreditation Standard*. London: Respect.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Wai, S.C., Moorey, S. i Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross-sectional study in primary care. *BMJ*, 324, 274–277.
- Roberts, A.R. (1988). Substance abuse among men who batter their mates: the dangerous mix. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 83-87.

- Roberts, G.L., Williams, G.M., Lawrence, J.M. i Raphael, B. (1998). How does domestic violence affect women's mental health? *Women & Health*, 28(1), 117-129.
- Robinson, G. i McNeill, F. (2004). Purposes matter: examining the "ends" of probation, Mair, G. (ed) *What matters in Probation*. Cullompton, Willan.
- Robinson, S. i Cook, D. (2006). Understanding Victim Retraction in Cases of Domestic Violence: Specialist Courts, Government Policy, and Victim-Centred Justice. *Contemporary Justice Review*, 9, 2, 189-213.
- Rodríguez, M. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Roffman, R., Edleson, J., Neighbors, C., Mbilinyi, L. i 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.
- Romero, I. (2010). Intervención en Violencia de Género. Consideraciones Entorno al Tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 191-199.
- Rosenbaum, A. i O'Leary, K. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 63-71.
- Ross, R. (1987). Prevención de la delincuencia a través del entrenamiento cognitivo. En V. Garrido i M. B. Vidal: *Lecturas de pedagogía correccional*. Valencia: Nau Llibres.
- Rounsaville, B. J. (1978). Theories of marital violence: Evidence from a study of battered women. *Victimology: An International Journal*, 3, 11-31.
- Ruiz, M.A. i Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ruiz, S. i Expósito, F. (2008). Intervención con Hombres en suspensión Condicional de Condena por Violencia de Género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 81-89.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P. y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, supl.2.
- Rynerson, B.C. i Fishel, A.H. (1993). Domestic violence prevention training: participant characteristics and treatment outcome. *Journal of Family Violence*, 8, 253-266.
- Sackett, D.L. i Haynes, B. (1976). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sanmartín, J. (ed.). (2007). *II Informe internacional de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*, Valencia, Ed. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sarasúa, B. i Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.

- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. i Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 111-128). Madrid: Pirámide.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Saunders, D.G. (2008). Group intervention for men who batter: A summary of program descriptions and research. *Violence and Victims*, 23, 156-172.
- 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. i Wolfe, D.A. (2000). Change among batterers: Examining men's success stories. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 827-842.
- Scott, K. i Wolfe, D.A. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 879-889.
- Scott, K.L. i King, C.B. (2007). Resistance, reluctance, and readiness in perpetrators of abuse against women and children. *Trauma, Violence & Abuse*, 8, 401-417.
- Scott, M.B. i Lyman, S.M (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33, 46-62.
- Sebastián, J., Ortiz, B., Gil, M., Gutiérrez, M., Hernáiz, A. i Hernández, J. (2010). La violencia en las relaciones de pareja de los jóvenes. ¿Hacia dónde caminamos? *Clínica Contemporánea*, 1(2), 71-83.
- Segura, I., Expósito, F., y Moya, M. (2010). Emociones poderosas y no poderosas ante conflictos de pareja: diferencias de género. *Intervención Psicosocial*, 19(2), 129-134.
- Sheehan, K.A., Thakor, S. i 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.
- Sherman, L., Schmidt, J. i Rogan, D. (1992). *Policing domestic violence: experiments and dilemmas*. The Free Press. New York. NY.
- Sieber, WJ. i Kaplan, RM. (2002). Informed adherence: the need for shared medical decision making. *Control Clinical Trials*, 21, 233-240.
- Silvergleid, C.S. i Mankowski, E.S. (2006). How batterer intervention programs works: Participant and facilitator accounts of processes of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 139-159.

- Simmons, C.A., Lehman, P. i Cobb, N. (2008). A comparison of women versus men charged with intimate partner violence: General risk factors, attitudes regarding using violence, and readiness to change. *Violence and Victims*, 23, 571-585.
- Sonkin, D. i Dutton, D. (2003). Treating assaultive men from an attachment perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 7, 105–133.
- Star, B. (1978). Comparing battered and non-battered women. *Victimology*, 3(1-2), 32-44.
- Stets, J. E. i Straus, M. A. (1990). Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences, In M. A. Straus & R. J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American Families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 Families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Stets, J. E. i Straus, M. A. (1992). The marriage licence as a hitting licence. In M. A. Straus & Gelles (Eds.), *Physical violence in American families* (pp.227-244). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Stith, S.M. i Farley, S.C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8(2), 183-201.
- Stith, S.M. i Rosen, K.H. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (Eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar* (pp. 27-47). Bilbao: DDB (Original 1990).
- Stith, S.M., Smith, D., Penn, C., Ward, D. i Tritt, D. (2004). Intimate Partner Physical Abuse Perpetration and Victimization Risk Factors: a Meta-analytic Review. *Aggression and Violent Behaviour*, 10, 65-98.
- Stith, S.M., Rosen, K., McCollum, E., i Thomsen, C. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marriage and the Family Therapy*, 30, 305-318.
- Stith, S.M., Green, N., Smith, D. i Ward, D. (2008). Marital satisfaction and Marital Discord as Risk Markers for Intimate Partner Violence: A Meta-analytic Review. *Journal Family Violence*, 23, 149-150.
- Stith, S.M. i 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, OC: American Psychological Association.
- Stoops, C., Bennett, L. i Vincent, N. (2010). Development and predictive ability of a behavior-based typology of men who batter. *Journal of Family Violence*, 25, 325-235.
- Stover, C., Meadows, A. i Kaufman, J. (2009). Interventions for Intimate Partner Violence: Review and Implications for Evidence-Based Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 40, Núm.3, 223-233.

- Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactic Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M.A. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. En M.A. Straus y R.J. Gelles (Eds.), *Physical violence in american families: Risk factors and adaptation to violence in 8.145 families* (pp. 49-73). New Brunswick (NJ): Transaction.
- Straus, M.A. (1992). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics scale. In M. A. Straus, i R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families* New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers.
- Straus, M.A. (1997). Physical assaults by women partners: A major social problem, en M. R. Walsh (ed.), *Gender: Ongoing debates*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Straus, M.A. (2011). Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 279–288.
- Straus, M.A. i Gelles, R.J. (1988a). How violent are american families? Estimates from the National Family Violence Survey and other studies. En G.T. Hotaling, D. Finkelhor, J.T. Kirpatrick y M.A. Straus (Eds.), *Family abuse and its consequences: New directions in research* (pp. 14-36). Newbury Park CA: SAGE.
- Straus, M.A. i Gelles, R.J. (1988b). Violence in american families: How much is there and why does it occur? En W. Nunnally, C.S. Chilman y F.M. Fox (Eds.), *Troubled nationships* (pp. 141-162). Newbury Park CA: SAGE.
- Straus, M.A., Gelles, R.J. i Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American Families*. New York: Anchor Books.
- Strube, M., i Barbour, L. (1984). Factors related to the decision to leave abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46(4), 837-843.
- Stuart, R.B (2004). Twelve practical suggestions for achieving multicultural competence. *Professional Psychology: Practice and Research*, 35, 3-9.
- Stuart, R.B. (2005). Treatment for Partner Abuse: Time for a Paradigm Shift. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 254-263.
- Subirana-Malaret, M. (2006). *Atenció a les víctimes de violència de gènere a la Fundació Assistència i Gestió Integral*. Memòria Pràcticum No Publicada. Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona.
- Subirana-Malaret, M. (2009). *Efectes de la provocació en una tasca d'agressió experimental en un grup d'homes maltractadors i un grup control*. Tesi de Màster No Publicada. Universitat de Barcelona, Barcelona.

- Subirana-Malaret, M. i Andrés-Pueyo, A. (2011). *El counselling como variable relevante del éxito terapéutico en los programas formativos para Hombres maltratadores contra la pareja*. En Actas del VII Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia y Delincuencia. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana y Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Subirana-Malaret, M. i Debonnaire, T. (2012). *Developing motivation for change*. London: Respect, en preparació.
- Swanson, J., Holzer, C., Ganju, V. i Jono, R. (1990). Violence and Psychiatric Disorder in tge Community: Evidence from Epidemiologic Catchment Area Survey. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Taft, C. i Murphy, C. (2007). The Working Alliance in Intervention for Partner Violence Perpetrators: Recent Research and Theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- Taylor, B., Davis, R. i Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer programme: A randomized experiment in Brooklin. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.
- Tejero, A. i Trujols, J. (1994). El Modelo Trasteórico de Prochaska i DiClemente. En: Graña J.L. (eds.) *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- The Duluth Model. (2012). Home of the Duluth Model. Social Change to End Violence against Women. Última consulta en línia <http://www.theduluthmodel.org> a 26 de maig de 2012.
- Thompson, M. P., Kaslow, N., Kingree, R., Thompson, N. i Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempt in a sample of low income, inner city women. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 59-72.
- Tolman, R., M. i Bennett, L.W. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 87-118.
- Toneli, M. J. F; Beiras, A.; Climaco, D. i Lago, M. C. S. (2010). Porque Pesquisar Serviços Destinados a Homens Autores de Violência Contra Mulheres? ,en M. J. F. Toneli; M. C. S. Lago; A. Beiras i D.de A. Climaco (Eds.), *Atendimento a Homens Autores de Violência contra Mulheres: Experiências Latino Americanas*., Florianópolis, UFSC/CFH/NUPPE.
- Towns, A. y Adams, P. (2000). If I really loved him enough, it would be okay: Women's accounts of male partner violence. *Violence Against Women*, 6, 558-585.
- Tweed, R.G. i Dutton, D.G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, 217-230.
- Villamarín, F. i Limonero, J. (2006). *La motivació*. Barcelona: Editorial UOC.
- Villavicencio, P. i Batista, N.M. (1992). Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. Revisión teórica. *Clínica y Salud*, 3(3), 239-249.

- Villavicencio, P. i Sebastian, J. (1999). *Violencia doméstica; su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la mujer.
- Walberg, H.J. (1981). A Psychology Theory of Educational Productivity. In Farney, F & Gordon (Eds.), *Psychology and Education*. Berkeley: McCutchan.
- 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.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- Walker, L. (1983). The battered Woman Syndrome Study, en: Finkelhor, D.; Gelles, R.J.; Hotaling, G.T.; Straus, M. (ed), *The Dark Side of families*, California, Sage Publications.
- Walker, L. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L. (2004). El perfil de la mujer víctima de la violencia, en: Sanmartín, J., (ed), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*, Barcelona, Ariel.
- Wathen, C.N. i MacMillan, H.L. (2003). Intervention for violence against women: scientific review. *Journal of American Medical Association*, 289(5), 589-600.
- Watts, C., y Zimmerman, C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*, 359, 1232-1237.
- White, R.J. i Gondolf, E.W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.
- Widding, L. H. i Janson, P. O. (1999). The invisible wounds: The occurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 136-144.
- Wilmoth, B. i Fabian, K. (2005). Benton Wilmoth '05 explores domestic violence legislation in post-Communist Europe accesse on 15th May 2006 from <http://www.lafayette.edu/news.php/view/2187>.
- Williams, L. (2004). Research-advocate collaboration to end violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1350-1357.
- Williams, O. (1998). Healing and confronting the African American Male who batters. In R. Carrillo & J. Tello (Eds.). *Family violence and men of color: health the wounded male spirit* (pp.74-94). New York: Springer Publishing.
- Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Agression and Violent Behavior*, 12, 348-363.

- Wood, B. L. (1999). Women's perceptions of their children's experiences in domestic violence [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 60(6-B), 2595.
- World Health Organization (1989). Documento N°. WHO/MNH/89.4. Geneva, World Health Organization (versión española Martínez-Raga, J., Pérez Gálvez, B., Castellano, M., Gómez, M., Temprado, MD., 2001).
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization.
- Zaldívar, D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida*. Disponible en línea: www.info-med.sld.cu
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. i Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Annex 1: Fitxa Servei d'Atenció a Homes maltractadors (SAHM)



Àmbit	Violència Domèstica / Tractament i suport /Homes
Nom	Servei d'atenció a homes maltractadors
Any d'inici	1998
Territori d'actuació	Comarques gironines i comarques de Barcelona
Destinatari	Homes causants d'episodis de violència familiar i de gènere que desitgin superar aquesta situació de maltractaments mitjançant tractament psicoeducatiu
Requisits d'accés	Demanda prèvia per part dels diferents serveis d'atenció primària i altres serveis especialitzats. Voluntarietat de l'home per assistir al servei
Objectiu general	Oferir un tractament psicoeducatiu per tal de eliminar la violència i per millorar la convivència en l'àmbit familiar
Metodologia	Atenció individual i atenció Grupal
Equip humà	Dos psicòlegs Suport administratiu. Supervisió externa i coordinació
Adreça	C/ Bonastruc de Porta, 20. 5ena planta 17001 Girona Tel.: 972.20.73.04 E-mail: gifamilia@iresweb.org

Annex 2: Tríptic informatiu del SAHM lliurat als presumptes maltractadors després de la seva declaració

SAHM
Servei d'Atenció a Homes

IReS
Fundació
Institut de Reinserció Social

IReS - Institut de Reinserció Social - és una entitat creada l'any 1969 com a associació sense ànim de lucre. La seva actuació s'adreça fonamentalment a l'atenció social, psicològica i educativa de persones i col·lectius en situació de risc social o amb dificultats socioeconòmiques.

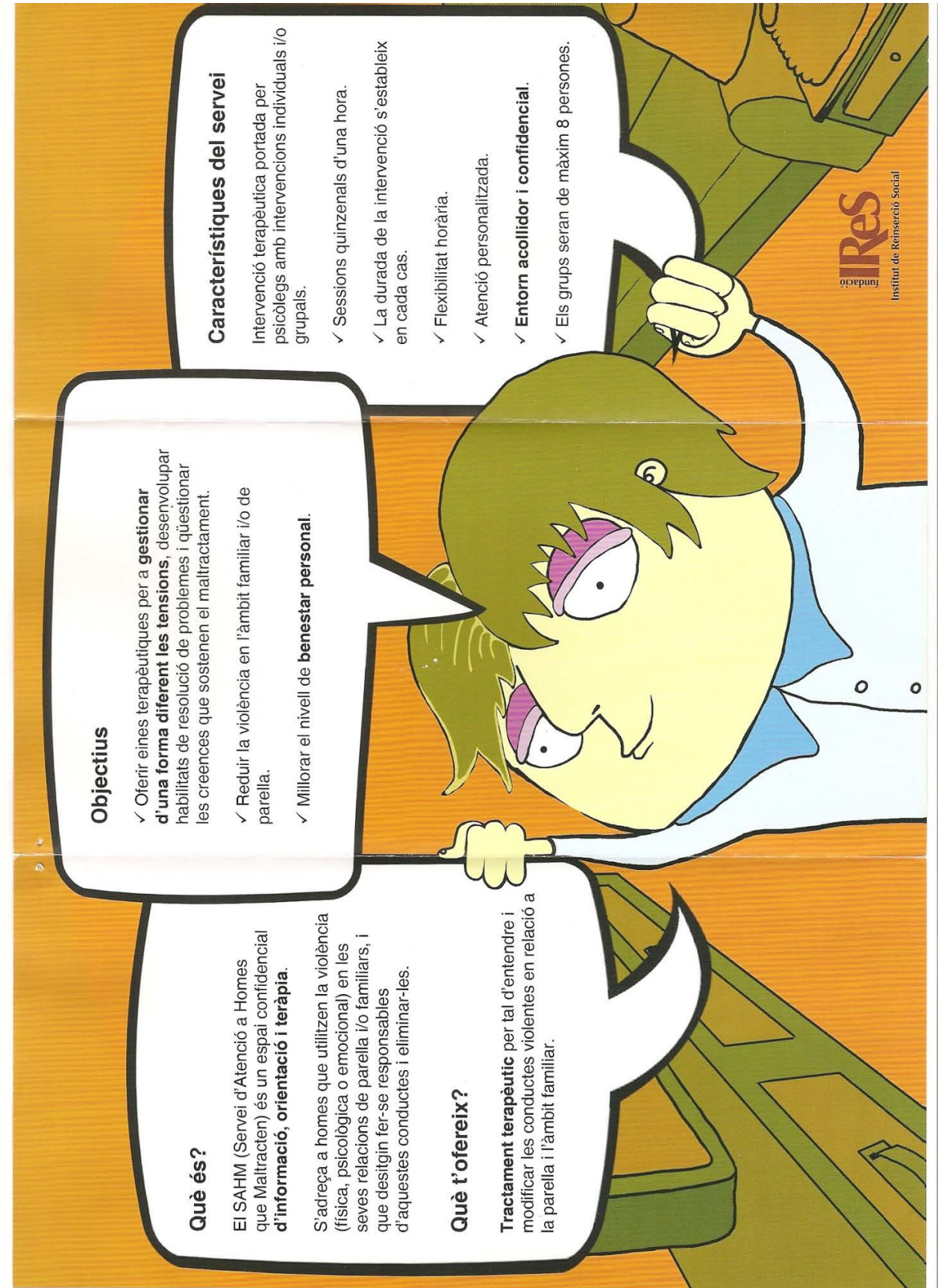
Els prop de 40 serveis d'IReS s'agrupen en quatre grans àmbits:

- ✓ Acció social dins del Sistema Judicial
- ✓ Accions contra la Violència Familiar i de Gènere
- ✓ Inclusió Social
- ✓ Infància, Joventut i Família

L'any 2006, IReS va encetar el procés per canviar la seva forma jurídica a la de Fundació. Amb aquesta evolució, a més de continuar tota la tasca d'acció social que ha realitzat durant quatre dècades, IReS vol potenciar tant la sensibilització de la societat i dels poders públics com la recerca i la innovació en les àrees d'actuació de l'entitat.

Amb el suport de:
Generalitat de Catalunya
Departament d'Acció Social i Ciutadania

Si et vols posar en contacte amb nosaltres o demanar-nos més informació:
sahm.gj@iresweb.org
IReS Institut de Reinserció Social
www.iresweb.org
c/ Pare Coll, 15 baixos - 17005 Girona
Telèfon: 972 42 63 70



Objectius

- ✓ Oferir eines terapèutiques per a **gestionar d'una forma diferent les tensions**, desenvolupar habilitats de resolució de problemes i qüestionar les creences que sostenen el maltractament.
- ✓ Reduir la violència en l'àmbit familiar i/o de parella.
- ✓ Millorar el nivell de **benestar personal**.

Què és?

El SAHM (Servei d'Atenció a Homes que Maltracten) és un espai confidencial **d'informació, orientació i teràpia**.

S'adreça a homes que utilitzen la violència (física, psicològica o emocional) en les seves relacions de parella i/o familiars, i que desitgin fer-se responsables d'aquestes conductes i eliminar-les.

Què t'ofereix?

Tractament terapèutic per tal d'entendre i modificar les conductes violentes en relació a la parella i l'àmbit familiar.

Característiques del servei

Intervenció terapèutica portada per psicòlegs amb intervencions individuals i/o grupals.

- ✓ Sessions quinzenals d'una hora.
- ✓ La durada de la intervenció s'estableix en cada cas.
- ✓ Flexibilitat horària.
- ✓ Atenció personalitzada.
- ✓ **Entorn acollidor i confidencial**.
- ✓ Els grups seran de màxim 8 persones.

Annex 3: 2n tríptic informatiu del SAHM (versió castellà)



IReS
C/ Bonastruc de Porta, 20. 5è.
Girona
Teléfono: 972 20 73 04
Fax: 972 22 67 10



Programa de Acciones contra la
Violencia Familiar



 Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar Social

IReS
Institut de Reinserció Social



Programa de Acciones Contra
la Violencia Familiar

**SERVICIO DE ATENCIÓN A
HOMBRES
(SAHM)**

*** Qué Es?**

El SAHM es un servicio que se enmarca en un conjunto de acciones para evitar las situaciones de violencia intrafamiliar.

Es un espacio de información, orientación y terapia psicológica, dirigido a hombres que utilizan la violencia (física, psicológica y emocional) en sus relaciones familiares y que desean eliminar

Objetivos

- Ofrecer tratamiento psicológico a los agresores para trabajar estrategias alternativas de afrontamiento, el control de impulsos y habilidades en la resolución de conflictos.
- Reducir la violencia en el ámbito familiar.
- Mejorar el nivel de bienestar de las víctimas así como del agresor.

*** Qué ofrece?**

Tratamiento psicológico de carácter no urgente al hombre causante de episodios de violencia familiar que necesite ayuda para modificar conductas y tratar el origen del conflicto familiar y de su comportamiento.

Ayudar al hombre en el abordaje de los diferentes factores desencadenantes de las acciones violentas que comete.

Los servicios que ofrece son:

- Acogida
- Tratamiento psicológico al agresor
- Información sobre los malos tratos
- Derivaciones a otros servicios.

Esta atención a los hombres se puede complementar con el apoyo de otros servicios del IReS:

- Asesoría Jurídica
- Formación Ocupacional
- Orientación Laboral

*** A quien va dirigido?**

A hombres causantes de episodios de violencia familiar que deseen superar esta situación de maltrato mediante tratamiento terapéutico y con el aprendizaje de estrategias

*** ¿Cómo acceder al Programa?**

Contacto telefónico con el siguiente número:

Lunes a Viernes (15-22)

Teléfono: (972) 20 73 04

Annex 4: Compromís de participació al SAHM



Institut de Reinserció Social
Compromiso de Participación
al Servicio de Atención a Hombres (SAHM) del IReS

A través del presente contrato Yo,, con documento nacional de identidad (DNI) nº, me comprometo voluntariamente a respetar y mantener los siguientes acuerdos:

- 1) Me comprometo a responsabilizarme y a trabajar para evitar futuros episodios de violencia o maltrato, así como los aspectos relacionados con ello.
- 2) Me comprometo a asistir regular y puntualmente a las sesiones de trabajo acordadas. Y a avisar con la máxima antelación si no pudiera asistir.
- 3) Me comprometo a asistir a las sesiones sobrio, y nunca bajo la influencia de drogas, ya que podría entorpecer y dificultar el desarrollo de mi trabajo personal y el de mis compañeros.
- 4) Comprendo y acepto que se mantendrá la confidencialidad de todos los contenidos de las sesiones, excepto en caso de que estos impliquen algún riesgo o peligro para la integridad física y/o psicológica de mí mismo o de otras personas. Comprendo que en tal caso los profesionales del IReS evaluarán la situación y se pondrán en contacto con las instituciones y/o personas pertinentes, si es necesario.
- 5) Me comprometo a facilitar a los profesionales del IReS información fidedigna respecto a mi situación personal, legal y familiar, así como de dar aviso de cualquier cambio relativo a las mismas.
- 6) Doy mi autorización para que, si los profesionales de IReS lo estiman conveniente, podrán contactar e intercambiar información relacionada con mi problemática con otros profesionales que me estén atendiendo a mí o a otros miembros de mi familia (psicólogos, psiquiatras, servicios sociales, etc.) a fin de coordinar la ayuda que pudiera recibir y de evitar situaciones de riesgo.
- 7) Me comprometo a facilitar nombre, apellidos y teléfono de contacto de mi compañera o ex-compañera. Acepto que los profesionales del IReS cuando lo consideren necesario se pondrán en contacto con ella, con el propósito de entender mejor la situación, darle información sobre el servicio, conocer su punto de vista y ofrecerle ayuda o apoyo para ella y/o sus hijos/as. Entiendo que la participación de mi compañera o ex-compañera es voluntaria y no implica responsabilidad alguna sobre el tratamiento.
- 8) Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de los puntos a los que me he comprometido, puede llevar a un cambio del tratamiento, a su interrupción o a la exclusión del servicio.

Acepto el presente compromiso bajo mi propia voluntad y responsabilidad, dando fe de ello a través de mi firma:

Firma

Gerona, ____ de _____ de 20__

Annex 5: General conclusions and prospective

Owing to the convoluted political, economic and social situation we are living in nowadays, it is necessary that professionals from different disciplines working on IPV, be absolutely rigorous in their research as well as in their practice. In the last few years of experiment and research on IPV, the economic resources allocated to the treatment programmes for men using violence against their partners has been a fiercely contested topic (Larrauri, 2003; Themis et al. 2001), namely the Batterer Intervention Programmes, leaving aside the controversy about its effectiveness. Due to this controversy, arising from the different point of views from different research groups and practitioners, it was recently inquired if these programmes have to carry on in the same direction or take a completely different course (Gondolf, 2012).

We did comment in the theoretical section of this research that there is actually a wide variety of programmes and treatment models. The different theoretical viewpoints consider that the cause of IPV is personal, familial or sociocultural (see for example the research conducted by Dobash & Dobash, 1980; Dutton, 2006; Echaury, 2010; Straus & Gelles, 1988a, 1988b; Walker, 1979; Walker, 1979; Watts & Zimmerman, 2002) and, currently, the most comprehensive approach is the Ecological model (Bronfenbrenner, 1979) after being mentioned in the Violence and Health report of the World Health Organization (WHO, 2012). We have also shown that in practice, it is common to use components of different programmes and elaborated models according to the theoretical viewpoints they support, as well as the experience of the practitioners and the evolution of the programmes. Programmes have evolved and are modelled according to the outcomes of the research. Essentially, the main batterer intervention programmes focus on psychological issues and it is important to stress that their ultimate objective has to be the end of violent behaviour in order to guarantee the victims' safety and to prevent victimization due to violent behaviour. In this sense, treatment programmes educate men who use violence to take responsibility for their abusive behaviour, eliminate justifications and face the consequences of their violent behaviour (Gondolf, 2004; Medina, 2002).

After all, there are still few studies that evaluate the effectiveness of treatment for men using violence against their partner (Echeburúa & Fernández-Montalbo, 2009) able to demonstrate definitive conclusions. We did comment in the first part of this research that there is a longstanding tradition of studies that measures the likely parameters for the batterer's psychopathology and personality, whether their attendance is voluntary or not. According to some researchers (Sarasúa et al., 1994; Tolman & Bennet, 1990) the incidence of psychopathological disorders seems to be under 10% of the cases. The socio-demographic variables have also been important in investigations, above all in preliminary studies, and according to

the results of the meta-analysis by Jewell and Wormith (2010), these variables do not predict the dropouts nor the relapses. It has also been found that the risk of relapse can be doubled if the subject does not complete the therapy (Dutton, Bodnarchuk, Kropp, Hart and Oglogg, 1997; Gondolf, 2000). Since subjects condemned for IPV use can be very reluctant to undergo in treatment, it is necessary to have intervention plans that evaluate and manage treatment compliance (Arce & Fariña, 2010). As mentioned before, it is relevant to take into account that certain preliminary research (Hamberger & Hastings, 1989; Shepard, 1992) highlights the importance of attending treatment because attendance can reduce relapse or reoffending rates. They suggest that relapses depend more on the personal characteristics of perpetrators rather than the type of intervention received. Nearly 20 years later, the meta-analysis by Jewell and Wormith (2010) indicates that the predicting variables for programme rejection and dropouts tend to be the same for reoffending and are consistently related to the will of the offender to change his behaviour.

Firstly in this study, we present the most significant conclusion that attitudinal and motivational factors predict therapeutic adherence (compliance) when the offender is treated in the community (voluntary/self-referred). Specifically, internal motivation to change is the variable that better predicts the therapeutic adherence of the offenders who participate in the treatment programme as well as their completing or dropping out of the programme. In this sense, we want to emphasize that internal motivation to change is related to all other attitudinal and motivational variables when the offenders initially request to join the treatment programme, their attribution of the blame and the responsibility of their violent behaviour.

Secondly we have been able to compare that participants who do not feel the need for the treatment, and who deny, minimise or justify their violent behaviour are more at risk of prematurely abandoning the programme, independently of the external cause of the problem. We can corroborate that between 25% and 50% of men that use violence against their partner and who also attend a treatment programme abandon it before its completion (National Institute of Justice, 2009) by up from 40% to 60% (Cadsy et al., 1996; Edleson & Syers, 1990). The majority of men who attend the perpetrator programmes “as an obligation”, do not take responsibility for their abusive behaviour, and deny, minimise or justify this behaviour. Note that Cattaneo and Goodman (2005) and Kingsnorth (2006) indicate that the completion of the programme can reduce the probability of a future detention, by up to 67% according to Stoops, Bennett and Vincent (2010).

Thirdly, we consider the application of motivational techniques in the therapeutic process. We have shown in contrast that motivational techniques can be applied by a practitioner external to the therapeutic process who has a range of knowledge about the IPV dynamics as well as the strategies and motivational techniques. In this study we have confirmed that prior to the treatment, the *Mossos d'Esquadra* (Catalonia's autonomous police) applied proactive

retention and support techniques to the presumed offenders who had been reported for IPV at Girona province and that the application of these techniques do have an impact on therapeutic adherence. Finally, we have argued that the application of proactive retention and support techniques can increase therapeutic compliance in the treatment of men who use IPV.

In addition, there are different considerations to take into account. On the one hand, we see the importance of programming therapeutic interventions that include the use of adequate motivational techniques in order to increase therapeutic adherence. On the other hand, that it is essential that practitioners who are delivering the perpetrators programmes have specific training in motivational techniques and strategies. It is interesting to recall that practitioners who deliver perpetrator programmes in our country usually hold a degree in psychology and were not always trained in specific motivational techniques, while in other Anglo-Saxon countries such as the UK, it is not necessary to have a degree in psychology but a training in batterer intervention that covers motivation to change. Echeburúa *et al.* (2009), in their longitudinal study to evaluate the effectiveness of a voluntary treatment, consider that it is necessary to develop motivational strategies to attract and keep the subjects in the treatment. Other international studies (see for example Morrel, Elliot, Murphy and Taft, 2003) indicate that the use of retention procedures and techniques enhances session attendance and predicts better treatment outcomes. We did indicate in the first part of our research that during the initial sessions with the offender, where a big part of the therapy is at play, the practitioner has an important role in creating a proper therapeutic bond to help the offender recognise the advantages of a change in behaviour.

Related to the point above, it is necessary to comment that the project undertaken by the *Mossos d'Esquadra* of the Girona province and the IreS Foundation came to an end for different reasons. First of all, there was an increase in the number of reports with the implementation of the last Integral Law that regulates gender violence in Spain on 28 December 2004 (Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere). As a result, one police officer was unable to handle all the new reports. At the same time, different political changes to the GRAV led them to reconsider their project about gender violence, and the termination of the SAHM's funding meant that it was not possible to recommend a private center where the treatment sessions were paid for. This reality brings us to a fourth conclusion, corroborating the point made in the theoretical part of this research related to the necessary caution required when the government has to manage the IPV prevention and intervention programmes. It is specifically related to “the lack of consistent governmental policies about gender violence and the subsequent risk it poses to the government and the fact that practice is driven not by the academic sector, the clinical research and best practices but by political pressure groups” (Graham-Kevan, 2007, p.1).

We reach our fifth conclusion where we can affirm that it is necessary to continue investigating the variables related to the offender's psychological factors since they have been shown to be important predictors of therapeutic adherence. As we mentioned in the theoretical as well as the empirical part, the completion of the programme is also related to a reduction in abusive behaviour as well as the prevention of new victimizations. Unfortunately, an analysis of whether the completion of the programme has stopped the violent behaviour, prevented new cases of victimization and guaranteed the safety of the victims is beyond the scope of this research.

Finally, we can conclude that internal motivation as a predictor for therapeutic adherence and programme completion are both important and should form the basis of future research and practice in order to increase the offender's compliance to treatment. These findings highlight the need to review current professional practice, taking into account and incorporating motivational strategies oriented towards the therapeutic adherence of men attending therapy, in order to complete the treatment. It is necessary to programme and reprogramme suitable interventions that incorporate strategies that help to improve and facilitate the adherence to treatment (see Conchel *et al.*, 2011; Fuller & Taylor, 2004, 2008; Kistemacher & Weis, 2008; Murphy & Eckhardt, 2005; Echauri, 2010; Gondolf, 2012; Musser, Semiatin, Taft and Murphy, 2007; Roffman, Edelson, Neighbors, Mbilinyi and Walter, 2008; Quinteros & Carbajosa, 2008).

Future lines for research and practice

The significance of treating men who use IPV as an unavoidable necessity for victim's safety gained attention in the 1980s. In the last few decades, it has acquired more importance in the integral treatment of IPV in order to prevent new violent behaviour as well as new victimizations. Addressing maltreatment as a crime leads also the Penal Code to consider the offender as a delinquent, and has to provide him with the possibility to rehabilitate himself.

Due to the urgency among all professionals from different disciplines to challenge this type of crime, there is a huge proliferation of treatment initiatives in different countries as well as conflicting alternatives proposed by the academic and practice sectors. This research aims to deepen existing knowledge with the scientific investigations conducted in the field of offender treatment. Despite current controversies, especially difficult to overcome in the critical economic and social situation in Europe, we would like to emphasize the need to continue research as a first future line.

According to Gondolf (2012), as a second future line, we would like to highlight that any future research take into account the need for collaboration between researchers and practitioners and the contribution that practitioners can bring to the research process (see Edleson & Bible, 2011; Gondolf, Yllo and Campbell, 1997; Kilpatrick, Resick and Williams,

2001; Campbell, Dienemann, Kub, Wurmser and Loy, 1999; Williams, 2004). In fact, the research in the field of IPV should be carried out using evidence-based practice (Stover, Meadows and Kaufman, 2009) in order to determine the future of the batterer intervention programmes (Gondolf, 2012) or, at least, in order to determine the direction they will take (see for example Corvo, Dutton and Chen, 2008). Overall, the previous research in this area as well as the empirical study we have presented maintain this assumption and open new lines of intervention, taking advantage of the research experience as well as the acquired knowledge.

Finally, we want to point out a few research lines that remain open after having elaborated on the discussion, as well as the limitations and the conclusions of our research:

We recommend a national study to evaluate current motivational strategies that are being applied in the perpetrators programmes in order to corroborate the results we have obtained in our research.

We recommend further research be carried out in the field of personal, attitudinal and motivational variables related to therapeutic adherence. Research should also investigate premature dropouts and issues related to programme completion.

Design and update tools that helps to clearly evaluate the internal motivation to change in men who attend a perpetrator programme.

It would be interesting to conduct an investigation the effect that the motivational techniques have in the completion of the batterer intervention programmes when these techniques are applied by the police.

Finally, it would be relevant to carry out a follow up study in the next 1, 5, or 10 years in order to confirm therapeutic adherence and consequently whether completion of the programme would have contributed to the cessation of violent behaviour, would have guaranteed the safety of victims, and would have prevented new victimizations.

PÀGINA EN BLANC A PROPÒSIT