



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Terapia de Aceptación y Compromiso en agresores de violencia de género

Alumna: El Goud Fariz, Sanaa

Tutor/a: Prof. D. Miguel Rodríguez Valverde

Dpto.: Departamento de Psicología

Julio, 2020

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1.INTRODUCCIÓN.....	4
1. Violencia de género.....	4
2. Principales aproximaciones al tratamiento de los agresores.....	5
3. La Terapia de Aceptación y Compromiso.....	6
4. Terapia de Aceptación y Compromiso en agresores.....	8
2.MÉTODOS.....	10
3.RESULTADOS.....	11
4.CONCLUSIONES.....	21

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMEN

La violencia hacia la mujer es un problema social común en muchas culturas y por ese motivo se pretende reducir su prevalencia. Generalmente, aunque las terapias psicológicas van enfocadas a las víctimas, se ha propuesto la alternativa de intervenir con los agresores, con el objetivo de prevenir este tipo de violencia. Entre las terapias más utilizadas con agresores se encuentran la Terapia Cognitivo-Conductual y el Modelo Duluth, sin embargo, estas terapias no han obtenido grandes resultados en el descenso de las agresiones. Por ello, en los últimos años se está empezando a trabajar con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), ya que los resultados obtenidos indican una menor reincidencia en las agresiones. Mediante la realización de una revisión sistemática, en este trabajo se expone brevemente la primera propuesta de intervención con ACT en agresores de violencia de género propuesta por Duplantis (2010) en su tesis doctoral hasta las intervenciones llevadas a cabo posteriormente.

Palabras clave: "terapia", "intervención", "agresores", "violencia", "género"

ABSTRACT

Violence against women is a common social problem in many cultures and, for this reason, it is intended to reduce its prevalence. In general, although psychological therapies focus on victims, the alternative of intervening with aggressors has been proposed, with the aim of preventing this type of violence. Among the most widely used therapies with aggressors are cognitive behavioral therapy and the Duluth model, however, these therapies have not had great results in reducing aggression. For this reason, in recent years, work has begun with Acceptance and Commitment Therapy (ACT), since the results obtained indicate a lower recurrence of attacks. Carrying out a systematic review, this work briefly presents the first intervention proposal with ACT in delinquents of gender violence proposed by Duplantis (2010) in his doctoral thesis until the interventions that were carried out later.

Keywords: "Therapy", "intervention", "gender", "violence", "domestic"

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Violencia de género

En España el número de víctimas mortales desde el año 2003 hasta el 2017 ha sido de 928 y solo en el 2017 el número de víctimas mortales fue de 51. De las 51 el 43,2% fueron asesinadas a manos de sus parejas o ex parejas y el 23,5% habían denunciado previamente a su agresor (Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, 2020). La violencia de género, fue definida por la Asamblea General de la ONU en 1994 como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (p.3). En este sentido, la violencia de género no se limitaría únicamente a la violencia doméstica, sino a cualquier acción de malos tratos hacia mujeres por ser mujeres. Es un problema social que no en todas las ocasiones llega a ser explícito, por ejemplo en forma de agresión física o sexual (violaciones), sino que se puede dar de forma verbal, psicológica, económica, etc. Arias *et al.* (2010, p.11) en el Programa de Intervenciones para Agresores (PRIA) del Ministerio del Interior la recogen de la siguiente manera:

1. Se trata más de un fenómeno social (estructural) que individual.
2. Las agresiones se producen entre personas que tienen una relación interpersonal estrecha e íntima.
3. Deriva de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres.
4. Importancia de los factores ideológicos en el mantenimiento de la violencia de género.
5. Se trata de un proceso que se va construyendo de manera paulatina.
6. Se ejerce desde la figura de autoridad del agresor y de la legitimidad para corregir aquello que él considera desviado.
7. La violencia de género es algo más que agresiones físicas.
8. Representa un trato indigno, degradante y humillante. Es una violación de los derechos humanos y las libertades.

Hoy en día se sabe que no hay factores de predisposición biológica ni sexuales que justifiquen el comportamiento machista, sino más bien, es un aprendizaje de índole cultural (Expósito, 2011; Arias *et al.*, 2010). En cuanto a las intervenciones psicológicas en el ámbito de la violencia de género, habitualmente, van dirigidas al tratamiento de las víctimas, por ejemplo, Sahagún & Salgado (2013, p.290) destacan tres formas de proceder con la víctima:

- “aportando soporte psicológico y social
- incidiendo en la importancia de las denuncias
- mediante modificaciones legislativas en un intento de disminuir la frecuencia de conductas de violencia contra las mujeres.”

Pero son pocas las intervenciones dirigidas a los agresores, cuando esto es de vital importancia para prevenir una posible reincidencia en la agresión. Por ello, la intervención ha de ir dirigida no sólo a paliar las consecuencias de una agresión en la víctima, sino a que no se vuelva a producir un evento de violencia ya que, en muchas ocasiones, los agresores vuelven a reincidir en su conducta agresiva (Pérez *et al.*, 2013; Sahagún & Salgado 2013). Los tratamientos psicológicos más usados en los agresores hasta el momento son la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y el modelo Duluth (un enfoque feminista), por ello en el siguiente punto se explican brevemente ambas intervenciones.

1.2 Principales aproximaciones al tratamiento de los agresores

Las dos intervenciones psicológicas más usadas en el abordaje clínico de los agresores de violencia machista es la TCC y el Modelo Duluth. Concretamente, la TCC trabaja sobre las cogniciones, emociones y los comportamientos, por lo tanto, estaría trabajando sobre cómo pensamos, qué sentimos y cómo nos comportamos interviniendo con técnicas cognitivas y conductuales. Stallard (2007) señala que se busca entender cómo se interpretan los sucesos y las experiencias que viven los individuos para así intervenir mediante la psicoeducación, el registro de los pensamientos, la identificación de pensamientos irracionales y la evaluación y cambio de estos. En la violencia de género, la base de la terapia está enfocada a la violencia y todo el proceso se desarrolla en torno a esta. Lo que se busca es que la persona cambie tanto los pensamientos irracionales que tiene respecto a los beneficios de ejercer actos violentos como respecto a aspectos relacionados, como pueden ser por ejemplo los celos, el control, etc. Otro objetivo central es enseñar a la persona que al igual que ha aprendido una forma concreta de responder ante un conflicto de pareja, puede aprender otra respuesta totalmente diferente, es decir, se busca sustituir la respuesta violenta por otra respuesta no violenta y más adecuada (Babcock *et al.* 2004).

El Modelo Duluth por su parte, es un enfoque psicoeducativo feminista que entiende la violencia hacia la mujer desde el control y poder que la sociedad patriarcal enseña y otorga al hombre. Lo que busca este modelo es sensibilizar y enseñar a los hombres para que cambien sus concepciones y sus ideas sobre las mujeres y las relaciones que mantienen con ellas. Describe y explica todos los comportamientos machistas (p. ej., agresiones psicológicas,

violencia económica, etc.) desde la “rueda de poder y control” y lo que pretende es que el hombre aprenda sobre estos comportamientos y los cambie por otros basados en la igualdad entre mujeres y hombres (Babcock *et al.* 2004).

Respecto a la eficacia de estos dos abordajes, algunos autores han encontrado resultados que señalan que la TCC ha resultado ser más exitosa (tomando por éxito la reincidencia, es decir, se considera que una intervención ha sido exitosa cuando no se produce reincidencia) mientras que otros no han encontrado evidencia de que un tratamiento sea más efectivo que otro. También señalan que, en todo caso, los resultados obtenidos no ofrecen unos beneficios óptimos en cuanto a la reincidencia ya que el número agresiones hacia la pareja sigue siendo bastante elevado después de las intervenciones (Babcock *et. al.*, 2004; Lawson *et. al.*, 2012; Carbajosa y Boira 2013; Eckhardt *et. al.*, 2013; Zarling *et. al.*, 2019).

1.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, de sus siglas en inglés) se encuentra dentro de las terapias de tercera generación (Hayes 2004) y tiene sus bases filosóficas y teóricas en la ciencia conductual contextual y la teoría del marco relacional (RFT, de sus siglas en inglés). Como se cita en Hayes *et al.*, (2006 p.44) “tiene sus raíces en la filosofía pragmática del contextualismo funcional” que nos viene a decir que el análisis de la conducta considera a esta en su contexto y más allá de buscar lo verdadero desde cualquier punto de vista ontológico (por ejemplo, si un pensamiento es correcto o no) se considera desde un punto de vista pragmático, y en este sentido, hay interés en si este pensamiento es viable para conseguir las metas personales o no. “Lo que es considerado verdadero es lo que funciona. Sin embargo, para saber qué funciona, uno debe saber hacia qué está trabajando” (Hayes 2004 p. 646). Debido a esto, en la terapia no se intenta que el individuo cambie la forma de su experiencia privada (pensamientos, emociones y sentimientos) sino que más bien, se busca conseguir que la persona modifique la función que obtiene de dicha experiencia cambiando el contexto social y verbal donde se produce su conducta. Resumiendo, en la intervención con ACT, se tiene en cuenta durante todo el proceso la dirección a la que queremos dirigir nuestras metas que se encuentran determinadas por nuestros valores (Hayes *et al.* 2012).

Hay conductas que aunque pueden llegar a ser perjudiciales o no llegan a ofrecer los resultados deseados, la persona sigue llevándolas a cabo, esto podría estar explicado por la fusión cognitiva que consiste en que se produce una regulación inadecuada de la conducta guiada por procesos verbales inflexibles, que en ciertos contextos, tendría como resultado un

comportamiento humano dirigido al completo no por las contingencias que pudieran obtenerse como se podría esperar sino por dichos procesos verbales. Por otro lado, nos encontramos con la evitación experiencial (evitación o huida de los eventos privados para alterar su forma o frecuencia) que se encuentra directamente reforzada por la fusión cognitiva ya que, se basa en el lenguaje que un individuo tiene en cuanto al enfoque de “sentirse bien” y evitar emociones negativas o dolor. Pero, este comportamiento en la mayoría de los casos resulta ser más perjudicial que beneficioso para la persona pues que, estos intentos de evitación, acaban intensificando dichos eventos privados (Hayes *et al.*, 2006).

El objetivo de la ACT es que el cliente pueda implicarse en acciones orientadas a alcanzar objetivos y metas personales con valor, sin que estas se dejen influir por la presencia de pensamientos y/o emociones negativas. De este modo, lo que se pretende es que la persona tenga una perspectiva más amplia respecto a sus pensamientos, emociones, sensaciones y evaluaciones como procesos para finalmente llegar a apreciar que “detrás de todos ellos está una persona, o esa parte de la dimensión psicológica del yo, que los contiene y desde la que se puede observar cualquier contenido cognitivo y apreciar lo que finalmente resulta importante para uno” (Luciano & Valdivia, 2006 p.86) y que el estar en una fusión con el contenido cognitivo no da oportunidad de actuar con una perspectiva que nos permita ser conscientes de estos y por ende, careceríamos de la capacidad de decidir si son relevantes para nuestra trayectorias y metas personales (Luciano & Valdivia 2006). Básicamente, la ACT trabaja entre la aceptación y el cambio, aceptar lo que uno no puede cambiar y exponerse a cambiar lo que sí puede ser modificable y merece la pena para el paciente (Kohlenberg *et al*, 2005). Hayes (2006) propone seis procesos para conseguir una adecuada flexibilidad psicológica:

- Cambiar la evitación experiencial por aceptación, es decir, que la persona no luche para eliminar o cambiar sus eventos privados, sino que los acepte y los viva.
- Cambiar el “yo” conceptualizado por el “yo” como contexto. El objetivo es que la persona pueda diferenciarse de sus eventos privados y generar una perspectiva de sí como observadora de estos.
- Cambiar la falta de claridad de los valores personales (lo que realmente es importante en la vida de la persona) por el compromiso con estos.
- Cambiar la inacción por el compromiso con la acción.
- Cambiar la dominación del futuro y pasado por la atención al momento presente, siendo conscientes tanto de los eventos privados como de los ambientales sin realizar juicios al respecto.

- Cambiar la fusión cognitiva por la defusión cognitiva, en otras palabras, que la persona tenga perspectiva de sus eventos privados sin estar sometido a ellos.

1.4. La Terapia de Aceptación y Compromiso en agresores

¿Por qué intervenir con ACT? Como señalan Sahagún & Salgado (2013 p.292) “se trata de una terapia con un importante aval experimental” que a diferencia de la TCC (que busca psicoeducar, identificar y cambiar los pensamientos irracionales sobre la pareja) o el Modelo Duluth (que busca enseñar a la persona la igualdad entre hombres y mujeres para que actúen en consecuencia) lo que se plantea es conseguir que la persona desarrolle flexibilidad psicológica y un compromiso con el cambio. En este sentido, no nos enfocamos a que la persona cambie o corrija sus eventos privados sino en conseguir alterar la función de estos, en el sentido de: cómo se relaciona el sujeto con ellos, como los vive y en cómo influyen en su conducta.

En un estudio realizado por Berkout *et al.* (2018) para ver la relación entre inflexibilidad psicológica e ira y comportamiento agresivo encontraron resultados que sugieren que hay una relación causal y señalan que “el modelo de flexibilidad psicológica y las intervenciones con ACT parecen prometedoras” (Berkout *et al.* 2018, p.31). En línea con esta propuesta, Zarling (2013) señala que hay evidencia para proponer esta terapia para la intervención en la agresión de pareja y propone un modelo explicativo de la agresión basado en la evitación experiencial y lo refleja de la siguiente manera (véase Figura 1).

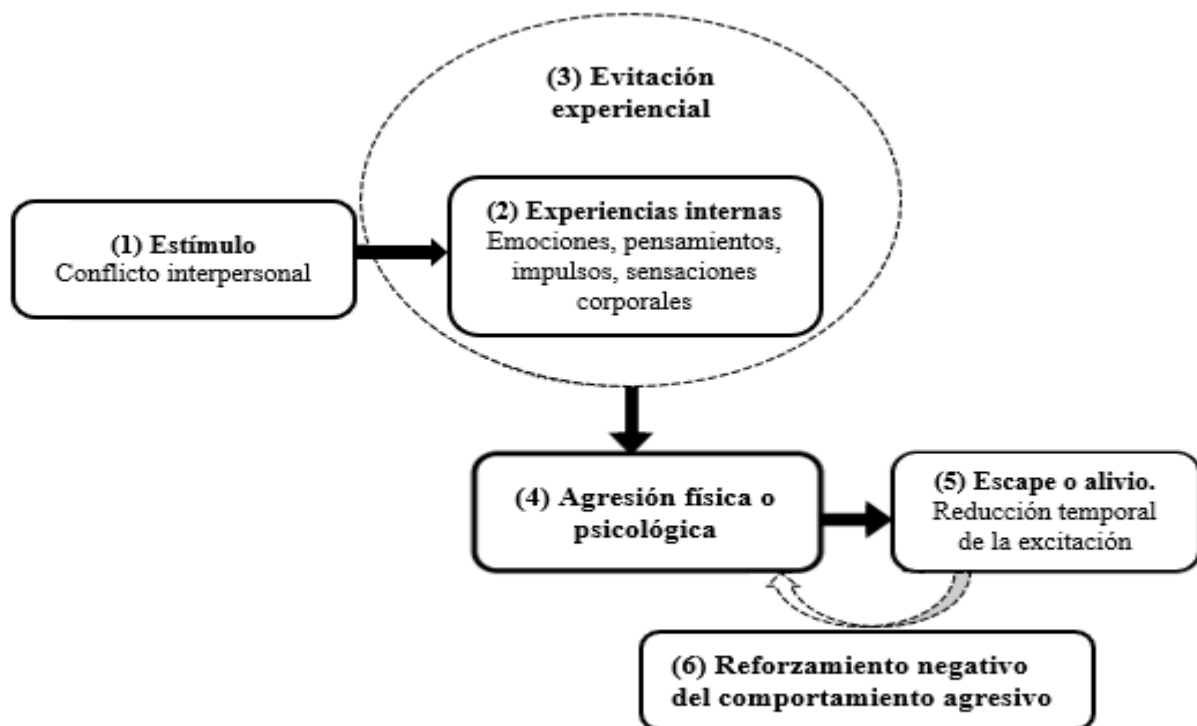


Figura 1. Modelo Funcional de la Agresión: Ilustración de la hipotética relación entre evitación experiencial y agresión de pareja. Adaptada de Zarling (2013).

Con esta ilustración propone seis pasos de cómo se podría ver reforzada la conducta de agresión. Por lo tanto, la lógica sería la siguiente: ante los conflictos interpersonales dentro de la pareja (1) surgen eventos privados molestos o desagradables (p. ej., pensamientos del tipo “mi pareja me va a dejar” “no debe ponerse esa ropa” o emociones como los celos, miedo al abandono, etc) (2) ante esto, hay evitación experiencial ya que la persona reacciona intentando escapar de dichos eventos privados para sentirse mejor (3) y el método para conseguirlo es usando la violencia (4). Esto, reduciría la activación tanto emocional como fisiológica (5) por lo que se acaba produciendo un reforzamiento negativo de la agresión (6). En resumen, cuando la persona no es capaz de experimentar los eventos privados displacenteros o incómodos, la respuesta emitida sería buscar eliminarlos o evitarlos a través de la respuesta violenta. Dicha respuesta estaría reforzada negativamente ya que, a corto plazo, alivia al sujeto al reducir su malestar y su enfado (Sahagún & Salgado, 2013). Por otro lado, nos encontramos con las consecuencias de esta conducta a largo plazo (que puede verse reforzada por la sumisión de la víctima, por conseguir que la otra persona haga lo que se le ha exigido, etc.) y del impacto que produce sobre los valores del agresor, por ejemplo, el daño que se produce en la relación de pareja, el distanciamiento del tipo de relación que desea tener, culpabilidad por agredir etc. Todo esto a largo plazo, también perpetúa la evitación experiencial y por lo tanto, la intervención estaría fundamentada desde el desarrollo de flexibilidad psicológica, tal que se

animaría a un comportamiento más adecuado que esté en sintonía con sus valores incluso cuando se experimentan estos eventos privados, ya que no se requiere que estos cambien para que cambie la conducta (Zarling *et al.*, 2019) teniendo siempre en cuenta un enfoque desde los valores para que la persona empiece a considerar las implicaciones a largo plazo y cómo su conducta perjudica sus metas y la vida que busca o desea tener (Sahagún & Salgado, 2013). Son más los autores que relacionan la evitación experiencial con la violencia (p. ej. Jakupcak, 2003; Orengo-Aguayo, 2016.). Concretamente, Jakupcak (2003) realizó un estudio para evaluar la relación entre el miedo de los hombres a sus emociones y la violencia de género. Los resultados obtenidos sugieren que los hombres reaccionaban de forma violenta para evitar expresar sus emociones y para no estar en contacto con estas. En línea con esto, Reddy *et al.*, (2011) también hallaron que la evitación experiencial podía ser causante de esta conducta y señalan que “la evitación experiencial de los hombres era vinculada a un menor ajuste de la relación y un mayor uso de agresión” (Reddy *et al* 2011, p.519).

Ante la evidencia encontrada y asumiendo que no hay una relación causal eventos privados-conducta parece prometedor trabajar la inflexibilidad psicológica que caracteriza esta conducta desde ACT para que en definitiva, la persona pueda darse cuenta de sus eventos privados y los experimente sin luchar contra ellos y sin dejar que éstos sometan su conducta siempre con un enfoque hacia lo que realmente es coherente para la vida de uno, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es revisar la evidencia existente hasta el momento sobre los tratamientos de ACT en violencia de pareja y la propuesta de ACT como una posible alternativa en esta área.

2. MÉTODO

Para la obtención de los resultados de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Psychology Database, PsycARTICLES, PsycINFO, y como fuente adicional Google Académico.

No se ha filtrado la búsqueda por límites en fecha de publicación, edad, etnia ni lugar. Sí se ha limitado al inglés y castellano. Las palabras para la búsqueda en inglés han sido: “acceptance and commitment therapy”, “intimate partner violent men”, “gender violence”, “domestic violence”, “couple aggressors”. Y en español: "terapia de aceptación y compromiso", "agresores pareja íntima", "violencia de género", "violencia doméstica", "agresores".

Respecto al proceso de selección (véase figura 2) el criterio de cribado fue que se aplicara la ACT en agresores de violencia doméstica. Tras la lectura del título, el resumen y el

texto completo se descartaron los documentos que no se ajustaron al propósito de este trabajo (es decir, no se centraban en la aplicación de la terapia en la violencia de género).

Finalmente, para la revisión sistemática se escogieron 6 documentos (todos escritos en inglés, exceptuando uno en castellano) que cumplieron todos los criterios necesarios para la elaboración de este trabajo.

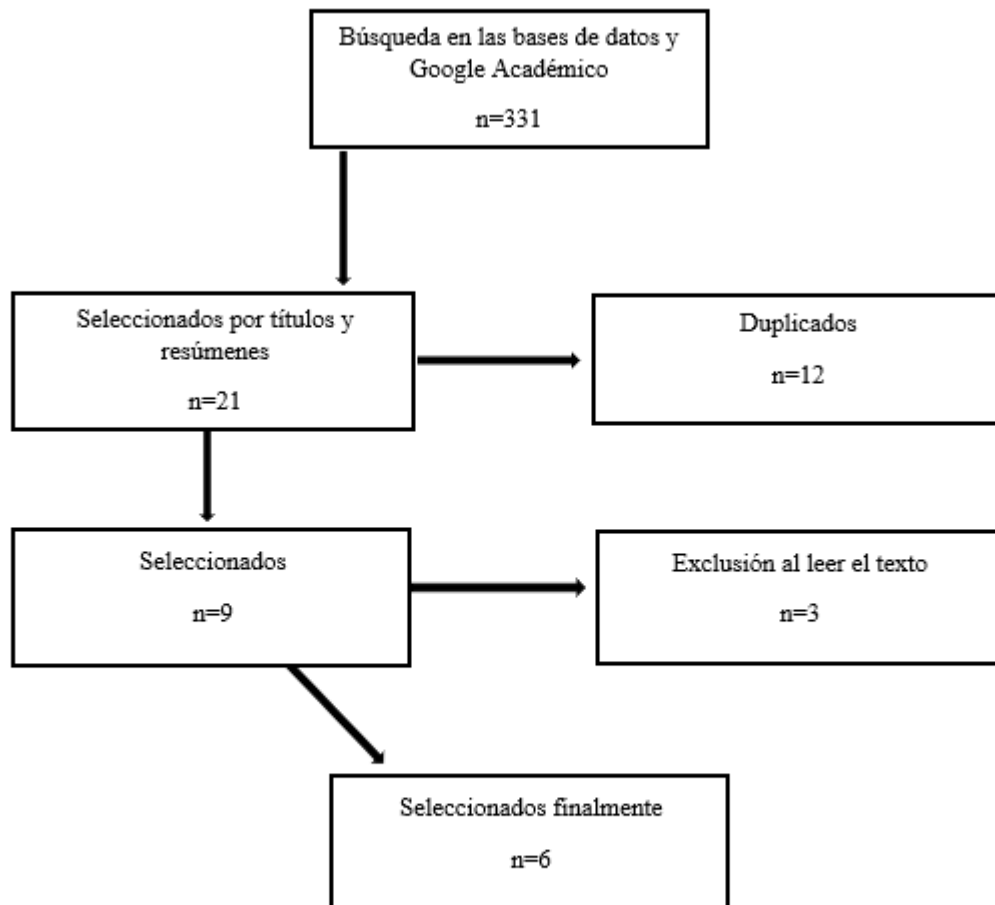


Figura 2: Diagrama de flujo de la revisión sistemática

3. RESULTADOS

En este apartado se presenta la evidencia revisada a partir de la búsqueda bibliográfica anteriormente descrita. Primero se presentará la primera propuesta de intervención con ACT en esta problemática, concretamente, una tesis doctoral de Duplantis (2010) que se describe con detalle para ilustrar la aproximación al tratamiento y posteriormente, en orden cronológico, los estudios llevados a cabo y sus respectivos resultados.

Como se menciona anteriormente, la primera evidencia bibliográfica sobre una propuesta de un programa de intervención en violencia hacia la pareja, fue diseñada por

Duplantis (2010) en su tesis doctoral. Ésta propone un programa con nueve módulos para que se aplicara un módulo para cada dos semanas con un total de 18 semanas de duración. Los grupos deberían ser de entre 6-20 participantes. Se admitirán todos los sujetos sin importar el número y tipo de agresiones. Las sesiones de cada semana durarían una hora y media. Iría dirigido tanto para personas que estén obligadas por un juez por cometer un delito de violencia de género como las que estén derivadas por un especialista. No se excluiría a los sujetos por encontrarse en una relación o no en el momento de la intervención. Se recomienda excluir a los sujetos que cumplan los requisitos del DSM-IV para una adicción ya que se considera que han de acudir a un tratamiento combinado. Sí se aceptan participantes que no cumplan los criterios para dependencia a sustancias o que ya hayan estado en un tratamiento. No se ha de permitir la entrada de nuevos miembros cuando se inicie la intervención porque alteraría su funcionamiento. Respecto a la asistencia, es imprescindible para el avance que ningún miembro pierda ninguna sesión puesto que dificultaría la comprensión de ciertos conceptos o perderían ejercicios de experimentación. Se ha de realizar una sesión individualizada con cada miembro antes de comenzar el trabajo en grupo donde se firmará compromiso a la asistencia integral, el consentimiento informado y se llevará a cabo una anamnesis para finalmente buscar aclarar y definir los valores de cada uno.

Se trabaja con los seis procesos de la ACT (aceptación, “yo” como contexto, valores, compromiso con la acción, atención al momento presente y defusión cognitiva).

Los nueve módulos propuestos por la autora son:

- Orientación a los Conceptos: Psicoeducación sobre mitos relacionados con la ira, poder y control. También sobre cómo la historia de aprendizaje contribuye al desarrollo de patrones de violencia. Se promueve que los sujetos consideren las creencias sobre la ira en su historia personal y como la violencia es una conducta establecida en su repertorio. Los individuos estarían realizando un análisis funcional sobre sí mismos que posteriormente los terapeutas usarán para dar feedback y ajustar la terapia.
- Control e ira: este módulo está diseñado para trabajar el contacto con el momento presente, la evitación experiencial, la aceptación y la desesperanza creativa (hacer ver a la persona que hay más opciones de interactuar con sus eventos privados que las que ha tenido hasta el momento ya que no han sido fructíferas y que pueda ver las implicaciones a largo plazo). Trabajar la desesperanza creativa fomenta la comprensión de la evitación experiencial. También se busca que los individuos sean conscientes de las dimensiones de la experiencia.

- **Violencia como evitación experiencial:** En esta sesión se presenta la violencia como una forma de escape a los eventos privados y las consecuencias de esto, explicando el reforzamiento negativo que se produce y las consecuencias a largo plazo. Se les pide que hagan una evaluación de las repercusiones del uso de violencia en varias áreas de sus vidas. Se introducirá a la flexibilidad de experimentar. Se realizará el primer ejercicio de atención plena para que busquen una sensación en su cuerpo molesta sin buscar cambiarla. Este ejercicio será el comienzo de la experimentación para empezar en los siguientes módulos con la experimentación emocional.
- **Cómo la mente crea ira:** el objetivo aquí es trabajar desde la fusión cognitiva. Se aclarará la relación entre los pensamientos, emociones y sentimientos y la relación con la agresión. Se abrirá debate y se llevarán a cabo ejercicios de experimentación para externalizar la experiencia de ira. Se buscará que los participantes sean conscientes de la automatización de los pensamientos y se insta a la responsabilidad de elegir una respuesta para su comportamiento. Estos ejercicios también sirven para remarcar el papel de las creencias tanto personales como culturales y las experiencias previas en favorecer la fusión cognitiva.
- **Ira, violencia, y el “yo”:** En esta sección se trabaja para pasar del “yo” conceptualizado al “yo” como contexto, también la defusión cognitiva y los valores. Se llevarán a cabo ejercicios que muestren la implicación de las creencias sobre las acciones. La intervención se desarrollará desde las historias que los propios sujetos tienen sobre sí como maltratador, ya que identificarse de forma rígida con estas creencias ya sean exactas o inexactas y tomarlas como representativas del “yo” favorece la inflexibilidad conductual. Todo esto pretende favorecer la defusión cognitiva sobre el “yo” y aprender maneras nuevas más flexible de relacionarse con sus creencias. Se pretende que la persona tenga una percepción de sí misma más adaptativa al cambio y se introduce el “yo” como observador como lugar donde se suceden eventos privados y no como “yo” indiferenciado de estos. Se introducirán los valores que se tratarán en la próxima sesión pidiéndoles que piensen comportamientos que para ellos son valiosos dentro de una relación.
- **Voluntad para experimentar:** Aquí se valorará la aceptación, la disposición a experimentar y la paciencia como alternativa a la evitación experiencial. Se trabajan habilidades para fomentar flexibilidad ante la vivencia de ira y dolor. Se harán ejercicios de atención plena para estar en contacto con todos los eventos privados y que puedan comprobar que estos son transitorios.

- Dejar ir: Este módulo se centra en las habilidades de la paciencia, el perdón y la asertividad para soltar la ira. Estas habilidades serían útiles tanto cuando se tiene una discusión como en otras circunstancias. Se llevan a cabo ejercicios por los terapeutas en los que se incita a los participantes a intervenir con argumentos para aminorar el conflicto. También se realizan ejercicios en los que se busca que participen desde la asertividad incitándoles a pensar más maneras de actuar para resolver problemas. El perdonar se trabaja con un ejercicio de meditación. Finalmente se introduce la acción comprometida para la próxima sesión.
- Intimidad en las relaciones: el objetivo en este módulo es trabajar todas las destrezas aprendidas en los módulos anteriores y su aplicabilidad dentro de las relaciones de pareja. Se buscarán las posibles rutas para aumentar la cercanía con la otra persona. Los ejercicios experienciales serán para reforzar la empatía y se trabaja sobre la confianza con otros participantes y sobre los riesgos que conlleva cualquier relación. También sobre las formas en que pueden tomar decisiones ante el conflicto dentro de su relación de acuerdo a sus valores.
- Valores y compromiso: en este último módulo se revisarán los procesos de las sesiones anteriores y este se dedicaría al compromiso con la acción y los valores. Se definirán las metas y valores (y la diferencia entre estas) que podrían ser la motivación para el compromiso con el cambio hacia formas sanas de comportamiento en las relaciones. Se proporciona apoyo e incita a la práctica continua para extrapolar las habilidades desarrolladas fuera de la terapia.

Sahagún & Salgado (2013) realizaron una intervención creando dos grupos, uno experimental formado por doce hombres y otro control compuesto por seis. La adjudicación de los miembros de cada uno se basó en la proximidad a la salida de la cárcel, formando el grupo experimental los que se encontraban más próximos a terminar la condena. No se excluyeron personas que tuvieran algún historial de dependencia a las drogas, de hecho, este era el caso del 71,4% de los participantes. Del total el 71,4% se encontraba detenido únicamente por violencia de género sin otros delitos. Los reincidentes eran el 42,8% mientras que los juzgados por primera vez eran del 57,14%. Solo un 38% habían ingresado alguna vez en prisión. Los requisitos fueron: cumplir condena por al menos un delito de violencia de género, comprender el idioma, participar sin que se obtengan beneficios penitenciarios y acudir a las sesiones de evaluación. Se trabajó en dos sesiones individuales con cada uno para definir los valores y metas. Al comienzo del programa realizaron un análisis funcional determinando la

problemática y el malestar generado. Se trabajó desde la aceptación experiencial, la aceptación, los valores. Las sesiones se iniciaban con repaso de la sesión anterior, se trabajaba el tema correspondiente y se realizaban ejercicios de experimentación para finalizar con un ejercicio de atención plena o defusión (se alternaron sesiones de ACT y mindfulness). Las sesiones se organizaron de esta manera:

- La primera sesión fue para un acercamiento y para crear un contexto terapéutico que se centre en los participantes y sus intereses.
- En la segunda, el trabajo se enfocó a la desesperanza creativa.
- Durante la tercera, se realizó una práctica de mindfulness.
- Para la cuarta sesión se realizó una aproximación al control como conducta problemática y a otras posibilidades de conducta frente a los eventos privados.
- En esta sesión, se incidió sobre la relevancia de la respiración y la experimentación de la atención plena en la respiración.
- La sexta sesión se experimentó con los sujetos la desliteralización, el contacto con el momento presente y permitir que los eventos privados fluyan.
- Esta sesión se dirigió a la práctica de permitir que fluya el pensamiento y se ejecutaron ejercicios simples de yoga.
- En la octava sesión el objetivo era practicar la aceptación como elección al control de los eventos privados.
- En cuanto a la novena, se extendió la experimentación de la atención plena en la respiración.
- Para la décima, se ha trabajado con los participantes la diferencia entre el “yo” conceptualizado y el “yo” como contexto.
- La sesión once se usó para ampliar el foco de la atención.
- En la sesión doce, el trabajo se centró en facilitar la defusión cognitiva para llegar a la aceptación.
- La penúltima sesión fue para seguir aumentando la defusión cognitiva mediante la experimentación de mindfulness.
- En la última sesión, el trabajo consistió en hacer un repaso de lo trabajado hasta el momento buscando generar compromiso hacia la acción mediante el trabajo en los valores.

Con esta intervención se lograron mejoras significativas en la disminución de la evitación, impulsividad y el esfuerzo de los participantes por eliminar el malestar, aunque el grupo experimental puntuaba con un porcentaje algo más alto en malestar durante la

intervención. Los funcionarios reportaron mejoría en el grupo ACT sin tener conciencia sobre qué grupo era control y cuál era experimental (aunque se vio que esto se debía a un empeoramiento en el grupo control).

Zarling *et al.* (2015) evaluaron en este estudio la agresión tanto física como psicológica. Al azar se dividió la muestra para que el 51 de los participantes estuviera en los grupos de control y el 50 estuvieran en los grupos experimentales. Dentro de estos se formaron pequeños grupos de entre ocho y diez personas. Las sesiones de intervención fueron iguales para todos los grupos y se distribuyeron a lo largo de doce semanas, con una sesión semanal de dos horas de duración. Para los grupos experimentales, la intervención iba enfocada desde la hipótesis del patrón de comportamiento explicado anteriormente (véase figura 1) con intención de conseguir una reducción en la evitación experiencial. Para ello, se diseñaron módulos que incluían procesos de valores, inteligencia emocional, atención plena, defusión, aceptación y compromiso al cambio. Se trabajó desde la didáctica y la experimentación, centrándose en el desarrollo de las habilidades tanto dentro del grupo como su extrapolación fuera de este. Se usó formulación de caso que especifica precipitantes emocionales y su implicación en el comportamiento a corto y largo plazo. También se medía la evitación emocional y la aceptación y sus respectivas consecuencias en cuanto a las metas personales. Para evaluar la eficacia de la intervención se les pasaron a los participantes cuestionarios durante el periodo que duró el tratamiento y también a los tres y seis meses de terminar el tratamiento. Los cuestionarios usados fueron para evaluar tanto la violencia psicológica (menosprecios frente a otras personas, insultos, etc.) como la física tanto en agresiones leves (empujar) como en agresiones graves (p. ej., golpear, asfixiar...). También para evaluar la evitación experiencial o la regulación emocional. Con los resultados obtenidos, señalan que las ambas agresiones (psicológicas y físicas) durante el periodo de tratamiento eran inferiores en estos grupos en comparación con los grupos control. Esto seguía siendo así en el periodo de seguimiento ya que los grupos experimentales seguían presentando menos conductas de agresión. Respecto a la evitación experiencial había diferencias significativas respecto al grupo control tanto durante el tratamiento como en las evaluaciones de seguimiento. Por último, las puntuaciones en regulación emocional también estaban en la misma línea. Los participantes que sí habían recibido terapia tenían mejores puntuaciones en comparación con el resto de participantes que no la recibieron, tanto en el periodo de intervención como en las fases de seguimiento.

Orengo-Aguayo (2016) realizó una intervención en la que se trabajó principalmente desde la flexibilidad psicológica, las habilidades de defusión cognitiva, la atención al momento presente y la coherencia entre comportamiento y valores. Al igual que las anteriores intervenciones mencionadas, se trabajó desde la didáctica y la experimentación conductual. Se utilizó una herramienta visual, la ACT Matrix (Polk, 2014), para ayudar a que los sujetos distinguieran entre todos sus eventos privados. En esta intervención también se tenía el objetivo de que las destrezas adquiridas en el grupo pudieran ser extrapoladas fuera de él y se midió la evitación y aceptación emocional y su relación con la elección de diferentes respuestas. Pero, contrario a lo que se esperaba, las medidas tomadas no mostraron mejoría confiable en las habilidades de defusión, aceptación ni en contacto con el momento presente. Tampoco hubo mejoras significativas en cuanto al control de impulsos y en las puntuaciones de los síntomas de la depresión. Sin embargo, en cuanto a la ansiedad, sí hubo una pequeña disminución del malestar experimentado.

Zarling *et al.* 2019 realizaron un seguimiento para evaluar los resultados de una intervención realizada con ACT de Lawrence, Zarling, y Orengo-Aguayo (2014) un año después de terminar la terapia. Los datos obtenidos de una muestra de 843 hombres se compararon con los de una muestra intervenida con TCC o Duluth de un total de 2631 que habían sido arrestados por agredir a su pareja. En dicha intervención, se dejaron dos días para la introducción/acercamiento. En el primero, se llevó a cabo un entrenamiento inicial donde se presentó la ACT y se realizaron algunos ejercicios experienciales. En el segundo, se repasó lo visto sobre ACT más prácticas de ejercicios recibiendo feedback de parte de los terapeutas y se trabajó desde el modelado de los comportamientos, donde el terapeuta hace de modelo y no simplemente ofrece información al respecto de estos. Tampoco se les presentó información sobre aspectos feministas ni de otros modelos que expliquen la violencia, ya que, la visión de ACT es más amplia sobre la causalidad de esta. Se diseñaron cinco módulos para intervenir:

- Cuadro general / Habilidades básicas: En este primero se trabajó desde los valores para que los integrantes desarrollasen motivación intrínseca. También se trabajó desde la atención plena para distinguir los comportamientos propios en las relaciones que estaban en coherencia con los valores personales y los que no. Se identifican comportamientos sanos e insanos dentro de las relaciones y se evalúa el comportamiento propio.

- Habilidades de regulación de la emoción: En este módulo con los sujetos se trabaja la funcionalidad de las emociones. Se proporcionan habilidades de aceptación y experimentación de los eventos.
- Habilidades cognitivas: Se trabaja desde la defusión cognitiva para que los participantes tengan una perspectiva sobre los eventos privados y aprendan que tienen la posibilidad de elegir sus comportamientos independientemente de estos.
- Habilidades de comportamiento: Se realizan role-playing para trabajar la escucha activa y reflexiva y la comunicación asertiva. También la resolución de problemas creando desde el respeto y en todo momento se aplican las habilidades aprendidas anteriormente.
- Barreras al cambio: Se identifican las limitaciones que impiden comportamientos basados en los valores personales y se trabajan estrategias para cambiarlas.

La eficacia del tratamiento se evaluó por los delitos violentos cometidos tanto durante el periodo que duró el tratamiento como en el año posterior de finalizar este y se tuvieron en cuenta no solo las agresiones hacia la pareja sino también las denuncias por otros delitos. Con los datos recabados se demostró que hubo menos denuncias por violencia hacia la pareja (valoradas como reincidencia) u otro tipo de delitos en los grupos ACT durante el periodo que duró el tratamiento. En el año posterior, también fueron menos los participantes de los grupos ACT denunciados (ya sea por agresiones hacia la pareja o por otros delitos). Por lo general, la regresión logística también reveló que los otros dos grupos tenían más probabilidad de reincidir.

Zarling *et al.* 2020 hicieron un seguimiento cinco años después de la misma intervención y muestra estudiada en Zarling *et al.* (2019). El criterio para evaluar la eficacia de la intervención seguía siendo la reincidencia en actos criminales, tanto hacia la pareja como en otro tipo de delitos. En todos los datos, hubo consistencia con el análisis anterior respecto a la reincidencia, aunque del segundo al quinto año se redujo la diferencia entre los tres grupos (grupos intervenidos con TCC, Duluth o ACT) sin embargo, los grupos de ACT reincidieron más tarde que el resto de grupos.

Tabla 3: Resumen de los estudios.

	Sesiones	Horas semanales	Inter. Obligatoria/ Por recomendación	Agresión mínima	Total muestra:	Cuestionarios:	Pareja/Solteros:	Edad	Intervención individual/grupo	Seguimiento	Resultados
Sahagún y Salgado (2013)	14	Hora y media	Condenados	Una	18	AAQ-II, Escala de Plutchik, Registro de malestar y acciones valiosas	No se tuvo en cuenta	Mayores de 18	Dos sesiones individuales y el resto grupales	No hubo seguimiento	Disminución en evitación, impulsividad e intento de eliminar el malestar.
Zarling <i>et al.</i> , 2015	12	Dos horas	Por recomendación profesional	2 en 6 meses	101	MINI, MMEA, CTS-2, AAQ – II, DERS	89% en relación	19-67	Grupal	A los 3 y 6 meses	Disminución en agresiones psicológicas y físicas. Menos evitación experiencial y mejor regulación emocional.

Orengo-Aguayo (2016)	12	Tres horas	Condenados a recibir tratamiento	Una	37	AAQ-II, PHLMS, CFQ, PHQ, GAD, AQ, UPPS-S	No se tuvo en cuenta	Mayores de 18	Grupal	No hubo seguimiento	No se encontró mejoría
Zarling <i>et. al.</i> 2019	24	Hora y media o dos	Condenados a recibir tratamiento	Una	3.474	No se usaron	No se tuvo en cuenta	Mayores de 18	Dos sesiones individuales y el resto grupales	A los 12 meses	Disminución significativa en agresiones
Zarling <i>et. al.</i> 2020	24	Hora y media o dos	Condenados a recibir tratamiento	Una	3.474	No se usaron	No se tuvo en cuenta	Mayores de 18	Dos sesiones individuales y el resto grupales	A los 5 años	Disminución significativa en agresiones el primer año. Disminución de esta mejoría en los 4 años siguientes.

Nombre de los cuestionarios: AAQ-II: Cuestionario de Aceptación y Acción II, Escala de Plutchik: Escala de impulsividad de Plutchik, Cuestionario de terapia externa, MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MMEA: Medida multidimensional del abuso emocional, CTS-2: Escala de Tácticas de Conflicto, DERS: Escala de Dificultad en la Regulación Emocional, PHLMS: Philadelphia Mindfulness Scale (para evaluar atención plena), CFQ: Cuestionario de Fusión Cognitiva, PHQ: Cuestionario sobre la salud del paciente, GAD: Cuestionario breve de ansiedad generalizada, AQ: Cuestionario de agresión, UPPS-S: Escala comportamiento impulsivo.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

¿Es realmente ACT más efectiva que otras terapias? La evidencia empírica hallada en los resultados expuestos señala que, en la mayoría de las intervenciones (excepto en la intervención llevada a cabo Orengo-Aguayo 2016) los resultados de aplicar ACT eran más favorables en comparación con la aplicación de otras terapias. La mayoría de la evidencia señala que hay una considerable mejoría en cuanto a la agresión hacia la pareja. Por lo tanto los datos existente hasta el momento indican que puede resultar más efectiva que otras intervenciones, aunque, es importante destacar que los estudios realizados hasta el momento no son suficientes para poder llegar a una conclusión más exacta. La intervención con ACT en esta área es muy innovadora y a su vez escasa. Por ejemplo, en su estudio, Zarling *et al.* (2019) señalan que en comparación con la terapia Duluth y la TCC parecía ser más efectiva, pero el estudio realizado no es suficiente para una afirmación más concreta, aunque sí para sugerir que puede ser una alternativa valiosa para explorar. Zarling (2018, p.9) señala que con la evidencia existente ACT es una “dirección esperanzadora” como tratamiento para agresores en la violencia doméstica. En definitiva, los datos existentes hasta el momento destacan la viabilidad de seguir investigando la eficacia de ACT para la violencia hacia la pareja y para su futura aplicación como alternativa de intervención a la problemática social que es la violencia de género, ya que en general, los resultados obtenidos hasta el momento con ACT son prometedores al disminuir de forma significativa la conducta de los agresores.

Una característica importante a tener en cuenta en las intervenciones es la predisposición a realizarlas y la motivación al cambio, por ejemplo, López (2004) resalta que los tratamientos con maltratadores parecen ser más efectivos si son de manera voluntaria. Pero en este caso, muchos realizan el tratamiento por su condena. Otros autores señalan la necesidad de diseñar intervenciones más personalizadas y adaptadas (Carbajosa y Boira 2013; de los Galanes & Taberner 2013) En este sentido, ACT podría ser una alternativa bastante interesante y ventajosa, ya que, trata el problema desde el propio sujeto y desde sus valores, no desde un juicio hacia lo que es correcto o no.

Otro aspecto importante a resaltar en la intervención con esta población es el trabajo en grupo o individual. En todas las intervenciones descritas de ACT el trabajo se desarrolló en grupo, y autores como Duplantis (2010) resaltan que puede ser buena alternativa ya que favorece la retroalimentación grupal en el aprendizaje y la observación de la experimentación entre sus miembros. Cabe señalar que casi todas las intervenciones realizaron antes del comienzo del trabajo en grupo sesiones individuales para la anamnesis y para determinar los

valores individuales. Aunque, por ejemplo, en la intervención de Orengo-Aguayo (2016) solo se ejecutaron intervenciones grupales y la autora señala que quizá haya podido ser una variable que ha perjudicado los resultados del tratamiento. Lawson *et al.* (2012 p.193) resaltan que “es importante tener en cuenta las características de la personalidad en la planificación del tratamiento” por lo que las sesiones individuales podrían ser un buen abordaje para hacer la intervención más adaptada al cliente. Babcock *et al.* (2004) por su parte, señalan que no hay estudios que evalúen la eficacia del tratamiento individual frente al grupal y en línea con esto, Carbajosa *et al.* (2013) citan que la terapia individual ha sido poco explorada para la intervención con agresores en violencia de pareja. Por lo tanto, una variable recomendable a barajar sería la posibilidad de diseñar intervenciones individuales para una comparativa con las intervenciones grupales.

Respecto a este trabajo, hay que señalar que, aunque en principio el objetivo era la valoración de la evidencia existente de ACT como posible tratamiento para intervenir en la creciente problemática que es la violencia de género, también se han admitido intervenciones donde participaban mujeres que habían llevado a cabo agresiones con sus parejas, como es el caso del tratamiento de Zarling *et al.* (2015). Esto se debe a que ACT contempla el comportamiento agresivo desde el contexto en el que se produce y no se basa en teorías feministas como por ejemplo la terapia Duluth (Zarling, 2018) por lo que los resultados podrían ser extrapolables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias et al. Secretaría general de instituciones penitenciarias. Ministerio del Interior (2010) Programa de Intervención para Agresores. *Documentos penitenciarios: Violencia de Género*, 7, 1-327
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical psychology review*, 23(8), 1023-1053.
- Berkout, O. V., Tinsley, D., & Flynn, M. K. (2018). A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11(1), 1-44.
- Carbajosa, P., & Boira, S. (2013). Estado actual y retos futuros de los programas para hombres condenados por violencia de género en España. *Psychosocial Intervention*, 22(2), 145-152.
- De los Galanes, M. J., & Tabernero, C. (2013). El impacto del entrenamiento

- cognitivo-conductual. Un estudio exploratorio con agresores de género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 11-19.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2020). *Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2017 (XI)* Recuperado de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/XI_Informe2017_Capitulos.htm
- Duplantis, M. (2010). Healthy living in intimate relationships: Proposing acceptance and commitment therapy as a new treatment protocol for domestic violence offenders. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R., & Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4, 196–231.
- Expósito, F. (2011). Violencia de Género: La asimetría social en las relaciones entre mujeres y hombres favorece la violencia de género. Es necesario abordar la verdadera causa del problema: su naturaleza ideológica. *Mente y Cerebro*, 48, 20-25
- Hayes, S. C. (2004). Terapia de aceptación y compromiso, teoría de marco relacional y la tercera ola de terapias conductuales y cognitivas. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Jakupcak, M. (2003). Masculine gender role stress and men's fear of emotions as predictors of self-reported aggression and violence. *Violence and Victims*, 18(5), 533-541.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1) 349-371.
- Lawson, D. M., Kellam, M., Quinn, J., & Malnar, S. G. (2012). Integrated cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy for intimate partner violent men. *Psychotherapy*, 49(2), 190–201.
- López, E. (2004). La figura del agresor en la violencia de género: características personales e intervención. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-88.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

- ONU. (1994) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&Lang=S
- Orengo-Aguayo, R. E. (2016). Implementation of an Acceptance and Commitment Therapy Skills Group with Incarcerated Domestic Violence Offenders: A feasibility pilot study. Doctoral thesis. University of Iowa, Iowa City, Iowa
- Pérez, M., Giménez-Salinas, A., Espinosa, M. J., (2013) “*Violencia de Género: programa de intervención para agresores*” en medidas alternativas. Instituciones penitenciarias - Ministerio del Interior.
- Reddy, M. K., Meis, L. A., Erbes, C. R., Polusny, M. A., & Compton, J. S. (2011). Associations among experiential avoidance, couple adjustment, and interpersonal aggression in returning Iraqi war veterans and their partners. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 515.
- Sahagún, L. M. F., y Salgado, C. F. P. (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(3), 289-305.
- Stallard, P. (2007). Pensar bien - sentirse bien: *manual práctico de terapia cognitivo - conductual para niños y adolescentes*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro--net.ujaen.debiblio.com/es/ereader/ujaen/47819?page=7>.
- Zarling, A. N. (2013). A Preliminary Trial of ACT Skills Training for Aggressive Behavior. PhD (Doctor of Philosophy) thesis, University of Iowa.
- Zarling, A., Bannon, S., & Berta, M. (2019). Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychology of Violence*, 9(3), 257-266.
- Zarling, A., Bannon, S., Berta, M., & Russell, D. (2020). Acceptance and commitment therapy for individuals convicted of domestic violence: 5-year follow-up and time to reoffense. *Psychology of Violence*,
- Zarling, A. N. (2018). Reply to lessons in program evaluation: The ACTV batterer program study and its claims. *Violence Against Women*.
- Zarling, A., Lawrence, E., & Marchman, J. (2015). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for aggressive behavior. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 199.