

CIENCIA Y SOCIEDAD
Volumen XXXVI, Número 2
Abril-Junio 2011

**PERFIL NEUROCOGNITIVO DE AGRESORES MASCULINOS EN
CONTEXTOS FAMILIARES COMO UN SUBTIPO DE LA AGRESIÓN
GENERALIZADA (1RA. PARTE)**

(Neurocognitive profile of male aggressors in familiar contexts as a subtype of
generalized aggression) (Part 1)

Glorianna C. Montás*

RESUMEN

Los hombres agresores en contextos familiares son personas con un perfil demográfico diverso, independientes de un nivel determinado de escolaridad, provenientes de distintos estratos sociales, con edades que los identifican desde hombres jóvenes hasta envejecientes. Se les caracteriza en algunos casos como obsesionados por los deseos de control, celosos, emocionalmente aislados pero dependientes, que utilizan la racionalización para atribuir la responsabilidad de sus acciones a otros, en algunos casos impulsivos y en otros manipuladores. El perfil neurocognitivo en estos casos ha sido estudiado en escasas ocasiones y este artículo presenta el marco teórico correspondiente al estudio realizado acerca del funcionamiento de estos individuos en relación al control de impulsos, toma de decisiones, inteligencia no-verbal y flexibilidad cognitiva.

PALABRAS CLAVES

Perfil neurocognitivo, agresores, contexto familiar.

ABSTRACT

Male aggressors in familiar context are characterized by a diverse demographic profile, independent of years of education, socio-economical status or age. The ages range from young adults to elderly men. Sometimes they can be perceived as individuals obsessed by desire of control, jealous, emotionally isolated but dependent, utilizing rational arguments to attribute responsibility of their actions to others. In some cases impulsive and in other cases manipulative. The neurocognitive profile of these individuals has rarely been studied;

* Dirección Nacional de Atención a Víctimas de la Procuraduría General, Santo Domingo, República Dominicana.
E-mail: gloriannamontas@hotmail.com

therefore this article corresponds to the theoretical framework related to the study conducted in this population through the assessment of functions such as impulse control, decision taking, non-verbal intelligence and cognitive flexibility.

KEY WORDS

Neurocognitive profile, aggressors, familiar context.

INTRODUCCIÓN

La violencia intrafamiliar constituye un problema social de innumerables dimensiones que afecta a diario a miles de mujeres y su entorno en la República Dominicana, en el resto de países de Latinoamérica y del mundo. Su prevalencia constituye una problemática integral de salud pública, un obstáculo para el avance de las mujeres y una barrera para el desarrollo socio-económico debido a los altos costos en recursos humanos, económicos y técnicos que supone para el Estado (SEM, 2001).

En la República Dominicana, un país de alrededor de 9 millones de habitantes, el Departamento de Estadísticas de la Procuraduría General reportó, en el año 2005, 98 casos de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex –parejas, y tan sólo en el año 2006 registró la ocurrencia de 182 feminicidios (Pola, 2006).

República Dominicana se sitúa así, en un nivel alto en relación al resto de los países de la región, con una tasa de homicidios de mujeres por encima de El Salvador y Guatemala.

El tema de la violencia, en cuanto a una forma singular de conducta humana, es una cuestión que interesa particularmente a las ciencias sociales pero que también ha sido de gran interés para la neurociencia y otras disciplinas implicadas desde diferentes perspectivas en la explicación del comportamiento humano (Barberá y Benlloch, 2004).

Por su parte, la neurociencia ha dado pasos de avance, dirigidos hacia la interrelación y la complementariedad, consolidando cada día más las disciplinas que arroja. Esto ha hecho posible apreciar cualquier problemática del ser humano desde su perspectiva. De esta forma, aporta hacia el entendimiento del sustrato

neurológico que subyace al agresor, derivando de estas explicaciones que alimenten acciones de prevención, a través del establecimiento de criterios complementarios a los factores de riesgo para las víctimas y que finalmente contribuyan al proceso de rehabilitación de personas que presentan disfunciones neurocognitivas que facilitan la reincidencia y que posiblemente incrementen la intensidad y frecuencia de los ataques. Colby (2008), por ejemplo, en su estudio sobre agresividad impulsiva, propone que “al entender las causas neurobiológicas de la agresión, las estrategias preventivas y los tratamientos efectivos podrán avanzar hacia adelante” (p.2).

De acuerdo al planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (1998), citadas en el trabajo de Carrasco-Portiño et al. (2007), es necesario que las investigaciones sobre la violencia contra la mujer en la pareja también contemplen la figura del agresor como causa del conflicto, lo que contribuiría a conocer mejor la etiología del problema y a desarrollar intervenciones basadas en evidencias científicas, tanto preventivas como de rehabilitación.

Agresión, Agresividad y Violencia

El término agresión procede del latín *aggredi* que posee dos acepciones, la primera significa «acercarse a alguien en busca de consejo»; y la segunda, «ir contra alguien con la intención de producirle un daño». En ambas, la palabra agresión hace referencia a un acto efectivo. Luego se introdujo el término agresividad que, aunque conserva el mismo significado se refiere no a un acto efectivo sino, a una tendencia o disposición. Así, la agresividad puede manifestarse como una capacidad relacionada con la creatividad y la solución pacífica de los conflictos. Vista de este modo la agresividad es un potencial que puede ser puesto al servicio de distintas funciones humanas y su fenómeno contrapuesto se hallaría en el rango de acciones de aislamiento, retroceso, incomunicación y falta de contacto. (Clemente, 2003; de Castro, 2000).

Diversos autores (Vaquero, 2009; de Castro, 2000) coinciden en que frente a esta agresividad que podríamos llamar benigna, existe una forma perversa o maligna: la violencia. Con esto queda claro que no se puede equiparar todo acto agresivo con la violencia. Esta queda limitada a aquellos actos agresivos que se distinguen por su malignidad y tendencia ofensiva contra la integridad física, psíquica o moral de un ser humano.

Sin embargo en la bibliografía encontramos distintas acepciones y distinciones de los términos agresión y violencia, tal y como observamos publicado en el libro de Amato (2004) quien entiende la agresión como cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien. La palabra agresión en este caso hace referencia a la violencia por la fuerza de los derechos ajenos en un procedimiento de acción ofensiva lo que para algunos investigadores alude a la conducta corporalmente asertiva. Sin embargo esta autora indica que “no existe una línea divisoria clara entre las formas de agresión que todos deploramos y aquellas que no debemos eludir si deseamos sobrevivir. Por lo tanto, la agresión no solo es un intento deliberado de herir a alguien sino también la base del logro intelectual, del logro de independencia” (p.36).

Finalmente, Clemente (2000) señala que otro factor que contribuye a complejizar aun más la conceptualización de la agresividad, es el uso común que de este término se hace, utilizándolo de forma indistinta para hablar de agresividad, violencia o delincuencia, y que en modo alguno, son intercambiables (Echeburúa, 1994 citado en Clemente, 2000). De forma muy breve podemos señalar unas diferencias básicas entre estos conceptos: (a) la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. La agresión sería pues, una respuesta adaptativa, (b) la violencia, al contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos, suponiendo una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva y (c) la delincuencia sería la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado y puede venir acompañada o no de conductas violentas.

En el caso de la violencia intrafamiliar estas definiciones son incorporadas y adaptadas de manera usual en la modalidad mencionada en el trabajo de Amato (2004), donde menciona que “utilizaremos el término agresión para referirnos a algún tipo de conducta, tanto física como simbólica, que se ejecuta con la intención de herir a alguien. No usaremos agresión como sinónimo de asertividad, dominio o independencia. Emplearemos la voz violencia para hacer alusión a una forma extrema de agresión, un intento premeditado de causar daño físico grave” (p.37).

Esta autora concluye que en este caso se tendría que hablar de direccionalidad o metas de la agresión, poniendo de ejemplo que el caso de que un hombre se altere por un comentario que hace su mujer y la golpee con furia, este puede

pensar que golpeando o hiriendo a su mujer puede mostrar dominio sobre ella. Mayormente, estos ataques están motivados por algo más que el deseo de herir a la víctima; la verdadera motivación ni siquiera es el deseo de causarle daño sino que es el deseo de mostrar poder sobre la otra persona a fin de construir su propia autovaloración.

Clasificación. Ostrosky-Solís, (2007) nos habla de una clasificación de la violencia en primaria y secundaria. Esta última corresponde a la violencia exhibida a consecuencia de condiciones tales como el consumo de alcohol, traumatismo craneoencefálico, trastorno mental, depravación del sueño, entre otros. La autora propone que la violencia primaria se refiere a aquella que excluye las causas secundarias.

A raíz del estudio del sustrato neurobiológico de la conducta violenta en humanos los autores (Ostrosky, 2007; Raine, 2003), indican que la violencia primaria se presenta de dos formas: impulsiva y premeditada. Esta distinción es importante, ya que estas dos formas de violencia difieren en varios aspectos que incluyen: los eventos que las disparan o provocan, las reacciones ante ellas, la actividad cerebral relacionada y los posibles tratamientos médicos y psicológicos. Esto es, para poder aportar un tratamiento efectivo es crucial reconocer la disociación que existe. Es importante señalar que no existen causas únicas para que estos trastornos se presenten sino interacciones entre distintas variables psicológicas, biológicas y sociales (Raine, 2002).

Vaquero (2009), de manera similar, propone una división basada en dos ejes, el eje horizontal tiene que ver con el grado de premeditación a la hora de utilizar la violencia, con la rapidez, el control y la demora de las respuestas violentas. Este eje se situaría en un continuo que tendría en un extremo la impulsividad y en el otro la premeditación. Acerca del segundo eje, Vaquero (2009) lo denomina como el eje vertical, el cual está en relación con el grado de implicación emocional. Combinados los dos ejes, nos ofrecen cuatro tipos de conductas:

1. La impulsiva-candente. Se produce, por ejemplo, cuando una situación externa, como la presencia de una amenaza inminente a nuestra supervivencia que no podemos evitar, desencadena una respuesta inmediata. O cuando una pasión desborda los controles biológicos inhibitorios de nuestra conducta.

2. La impulsiva-fría. Sucede, por ejemplo, en determinados trastornos de la personalidad cuando se actúa violentamente sin implicar ninguna fuerza emocional.
3. La premeditada-candente. En ésta, la conducta violenta se demora y actuamos bajo emociones intensas. Cuando una de éstas es el odio, la venganza se convierte en el motivo básico de la conducta.
4. La fría-premeditada. La racionalidad instrumental bloquea nuestras inhibiciones y la violencia se convierte en un medio para conseguir objetivos y metas.

Gil-Verona y colaboradores (2002) refieren que son conscientes de que los actos de violencia y agresión son muy variados y su tipología puede establecerse siguiendo varios criterios clasificatorios, ellos presentan esta clasificación, más general, con el objetivo de intentar desentrañar las bases psico-biológicas de la agresión en el ser humano, existiendo otras clasificaciones: (a) según los modos de la agresión: violencia directa-violencia indirecta: si se tiene en cuenta el modo de producirse la agresión puede hablarse de violencia estructural o indirecta y violencia directa o personal. En la violencia directa (personal) los actos destructivos son realizados por personas o colectivos concretos y se dirigen también a personas o grupos igualmente definidos. En la violencia indirecta o estructural no hay actores concretos de la agresión; en este caso la destrucción brota de la propia organización del grupo social sin que tenga que haber necesariamente un ejecutor concreto de la misma. (b) según sus actores: si en vez de atender a la forma de producirse la violencia, nos fijamos en los actores de la agresión y en los sujetos de la sufren entonces encontramos los siguientes actos violentos:

1. De un individuo contra sí mismo (suicidio).
2. De un individuo contra otro individuo (crimen pasional).
3. De un individuo contra un grupo (delitos contra la sociedad).
4. De un grupo contra un individuo (la pena de muerte).
5. De un grupo contra otro grupo (la guerra, el terrorismo).

Finalmente se menciona una tercera modalidad (c) según otros criterios donde Gil-Verona et al. (2002) mencionan que aparte de los dos criterios clasificatorios

precedentes existen otros que permiten matizar y completar la tipología de la violencia. Así, frente a la violencia espontánea de un individuo o de una masa, está la violencia organizada de las guerras. Por último, teniendo en cuenta el «mecanismo» desencadenante puede hablarse de una violencia normal y una violencia patológica, esta última puede ser provocada por alteraciones psíquicas primarias o por modificaciones anormales del funcionamiento cerebral.

La multiplicidad de clasificaciones de conductas similares, crea al menos tres problemas. En primer lugar, estas clasificaciones se intercambian, a pesar de que muchas diferencias sutiles han surgido con el tiempo. En segundo lugar, los términos pueden dar lugar a confusión. Por ejemplo todos los modelos de agresión son instrumentales en el sentido de que todos tienen una meta. La agresión afectiva tiene el objetivo de repeler, por lo que en un sentido es instrumental. Tercero, el implicar interconexión entre las tipologías (e.g. instrumental y predatora) complica la explícita etiología de los términos. La agresividad instrumental en gran medida ha sido definida por los modelos del aprendizaje social e ignora las bien establecidas bases de la conducta agresiva (McEllistrem, 2004).

Modelos Teóricos Actuales

Las nociones sobre violencia y psicopatía no pueden ser entendidas únicamente o inclusive fundamentalmente, en términos de influencias sociales y ambientales. Así mismo los factores biológicos tampoco ofrecen una explicación exclusiva (Raine, 1993).

Ya en el 1999, Gottesman y Maxwell indicaban que las variables biológicas claves en el tema de la violencia incluían la predisposición genética, hormonas, sub-excitación fisiológica, disfunción cerebral, y neurotransmisores. Sin embargo explicaban que estas funciones están interrelacionadas, en algunas ocasiones de manera compleja y que la interacción entre los factores biológicos y sociales era de crítica importancia para el entendimiento de la violencia.

Factores Ambientales. Influyen ciertas condiciones ambientales que, de presentarse en los primeros años de vida, pueden resultar en una personalidad hostil y paranoide, tendiente a la violencia. La principal es la relación del bebé con la figura materna: cuando las madres son frías y distantes y no logran establecer vínculos afectivos sólidos, los hijos suelen crecer con resentimiento y hostilidad

social, luego recrudescidos en la adolescencia y a veces convertidos en deseos de venganza. Igualmente condicionante puede ser haber sufrido durante la infancia abuso sexual, maltrato físico, indiferencia o abandono de los padres. Sin embargo, no todos los individuos con las condiciones anteriores se convierten en asesinos o son violentos (Montero, 2007). Por otro lado las teorías del aprendizaje social y el modelado han presentado por años la importancia del entorno y de los procesos de socialización en el aprendizaje de la violencia. Estas teorías aún tienen gran vigencia en la actualidad.

Sustrato Neuroanatómico y Químico. La neuroanatomía ha decepcionado a aquellas personas que esperan por una respuesta fácil al problema de la violencia humana. La neuroanatomía nos dice que tenemos que pensar en términos de circuitos, no de centros y la neuroquímica nos enseña que tenemos que aprender a pensar en términos de conversaciones, no de mandatos (Niehoff, 1998).

Las investigaciones indagaron en varias regiones interconectadas de la corteza pre-frontal del cerebro, áreas que forman parte de los mecanismos esenciales de control para las emociones negativas. Una de las conclusiones centrales a la que llegó este experimento de la neurobiología de las emociones tiene que ver con la interrelación entre varias regiones distintas del cerebro, en concreto: de la corteza frontal orbital, la corteza anterior cingular y la amígdala. La corteza frontal orbital desempeña una función crucial en el freno de las manifestaciones impulsivas, mientras que la corteza anterior cingular recluta a otras regiones del cerebro en la respuesta frente al conflicto (Ostrosky-Solís, 2007).

Estas áreas inhiben los impulsos que se generan en áreas del sistema límbico, específicamente el hipotálamo y la amígdala, que es donde surge el miedo y la agresión. Cuando existe una desconexión entre estos sistemas primitivos y las áreas orbito-frontales, la persona puede presentar severas dificultades para moderar sus reacciones emocionales. Las regiones orbito-frontales están involucradas en la toma de decisiones y en el desarrollo de la conducta moral y alteraciones en estas áreas pueden explicar la falta de empatía y arrepentimiento que caracteriza a los psicópatas tanto criminales como los de cuello blanco, quienes son capaces de planear y cometer actos que manipulan y que dañan a los demás sin ningún remordimiento (Ostrosky-Solís, 2007).

En las revisiones realizadas por McEllistrem (2004), Mattson (2003) y Gil-Verona et al., (2002) se comenta acerca del rol de los neurotransmisores en la agresividad animal y humana. Entre ellos una gran cantidad de evidencia sugiere que los sistemas GABAérgicos y serotoninérgicos funcionan con inhibidores de la agresividad animal afectiva y predatora, mientras que los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos facilitan la agresividad afectiva. (Eichelman, 1987, 1988).

Las investigaciones sobre el rol de los sistemas serotoninérgicos en humanos han producido evidencia sobre su influencia en la conducta agresiva. (Brown, Ballenger, et al., 1979; Brown, Goodwin, et al., 1979). En general, cuando la serotonina esta elevada en el sistema, se han observado reducciones en la agresividad (Brown, Ballenger, et al., 1979; Brown, Goodwin, et al., 1979; Kruesi et al., 1990; Linnoila et al., 1983 citados en Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

Sistema Neuroendocrino. El trabajo de Haller y Kruk (citados en Mattson, 2003) concluye que en el presente, existe evidencia sustancial que sugiere que el malfuncionamiento de los sistemas de respuesta de stress neuroendocrino esta dentro de las causas subyacentes de las formas anormales de agresividad (Feldmann, 2001; Gerra et al., 2001; Russo-Neurstad et al., 1998).

Aspectos Genéticos. García-Pablos, Wilson y Herrstein citados en Cerezo, (2000) así como Gottesman y Maxwell (1999) identificaron la existencia de determinados estudios que han comprobado el papel que juega la genética en la agresividad humana. Recientemente el desarrollo de la investigación genética ha permitido analizar la presencia de malformaciones cromosómicas en delincuentes violentos. Algunos investigadores hablan de un cromosoma adicional Y, que da lugar a la trisomía XYY que sólo posee un pequeño porcentaje de la población masculina (García-Pablós, Garrido et al, Wilson y Herrstein; Vold y Bernard; Delgado y Rodríguez citados en Cerezo, 2000).

Neuropsicología y Agresión

Varios Investigadores han identificado disfunción neuropsicológica en individuos agresivos (Barrat et al., 1997; Spellacy, 1977). Sin embargo, pocos autores relacionan estas deficiencias específicamente a la agresión de tipo impulsiva (Colby, 2008).

Función Ejecutiva. El funcionamiento ejecutivo está involucrado en la regulación de conductas orientadas a meras las cuales incluyen, control atencional, concentración, planificación estratégica, aprendizaje de reglas de contingencia, formación de conceptos, generación de hipótesis, organización, auto monitoreo social, control inhibitorio, habilidades motoras, cambio en respuesta a las demandas ambientales, anticipación de eventos, ordenación temporal, aprendizaje asociativo, resolución de problemas, flexibilidad abstracta, y flexibilidad cognitiva (Fuster, 1997; Giancola y Tarter, 1999; Moffit y Henry, 1989; Seguin, Pihl, Harden, Tremblay y Boulerice, 1995 citados en Colby, 2008).

Las funciones ejecutivas están en gran medida, mas no exclusivamente, controladas por la corteza pre-frontal dorsolateral (Cornoldi, Barnieri, Gaiani y Zocchi, 2000; Ishikawa et al., 2001; Seguin et al., 2004), la cual, tal como se menciono previamente, está impedida en los agresores impulsivos (Colby, 2008).

En relación a la violencia, Colby (2008) encontró que un estudio de estudiantes universitarios divididos en agresores impulsivos y en controles no agresivos, Stanford et al. (1997) halló en el mismo que los individuos agresores impulsivos ejecutaron pobremente en tests de funciones ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Task y Trails B) al ser comparados con controles como resultado de un incremento en el número de errores impulsivos así como errores atencionales. De manera similar, Dolan et al (2002) encontró que la impulsividad y la agresión correlacionaban con una pobre función ejecutiva y que la agresión estaba inversamente relacionada con la función de memoria.

La función ejecutiva incluye la habilidad de interpretar lenguaje corporal, el significado social de las expresiones faciales, y aspectos rítmicos de la comunicación oral según algunos estudios (Giancola, 1995; Moffit, 1990), déficits en las funciones ejecutivas puede resultar en malas interpretaciones de amenaza u hostilidad en situaciones de conflicto. Esto puede minimizar la habilidad de generar respuestas conductuales de adaptación social alternativa y para ejecutar la secuencia necesaria

de respuestas para evitar situaciones agresivas o estresantes (Giancola, 1995). Por esto, la tendencia de individuos agresores impulsivos a sobreactuar a la amenaza o percibir amenazas puede ser el resultado de una función ejecutiva impedida (Colby, 2008).

Habilidades Verbales. En adición a la disfunción ejecutiva, los déficits del lenguaje también han sido particularmente aparentes tanto en poblaciones impulsivas como agresivas, incluyendo al mismo tiempo bajo puntaje en el vocabulario, comprensión de la lectura y el lenguaje, lenguaje receptivo y expresivo, al completar y repetir oraciones, inteligencia verbal y memoria (Harmon-Jones, Barrat y Wig, 1997; Lewis, Shanok, Balla y Bard, 1980; Richman y Lindgren, 1981; Spellacy, 1977; Stanford y Barrat, 1996 citados en Colby, 2008).

Tal como podemos observar en el trabajo de Colby (2008), unos de los autores que aportan a estos datos es Mungas (1998), quien encontró déficits del lenguaje así como visuo-perceptuales en pacientes ambulatorios impulsivos y frecuentemente violentos. Así mismo, al comparar reclusos agresivos impulsivos con reclusos no agresivos impulsivos y controles no reclusos, Barratt et al., (1997) encontró que los grupos agresivos impulsivos obtuvieron una puntuación más baja en todas las medidas de habilidades verbales (incluyendo subtests de semejanzas y vocabularios del WAIS, el CI verbal proyectado y la memoria verbal del WMS-R y del GORT). Al analizar los datos, concluyeron que las diferencias entre los grupos fueron un resultado de un déficit particular de procesamiento verbal, dislexia del desarrollo. Dolan y Anderson (2002) también mostraron que la impulsividad y la agresión correlacionan negativamente con la inteligencia verbal. Estos autores tenían la hipótesis de que el déficit en las habilidades verbales podría contribuir a la conducta impulsiva debido a la incapacidad de estos individuos de usar controles verbales internos para mediar o inhibir las conductas. Otra hipótesis citada por ellos es que los procesos cerebrales analíticos de estos individuos fallan para desarrollar tan rápido como el impulso o las conductas irracionales mediadas por las áreas motoras. Como resultado, su conducta se vuelve impulsiva, agresiva y antisocial.

Memoria. En este caso, tal como se observa en la revisión de Colby (2008), los individuos impulsivos agresivos también presentaron memoria deficiente (Dolan et al., 2002). Mientras que la memoria general (aquellas funciones asociadas con el hipocampo y los lóbulos temporales mediales incluyendo memoria de corto y

largo plazo) es distinta de la función ejecutiva, los déficits en la memoria general afectarán necesariamente la función ejecutiva (Seguin et al., 2004).

Otros Déficits. Más allá de los déficits en la función ejecutiva, las habilidades del lenguaje y la memoria, pueden verse déficits adicionales de agresores impulsivos, tales como las habilidades motoras finas y gruesas (Lewis et al., 1980; Stanford y Barrat, 1996) así como de la organización perceptual (Mungas, 1998 citado en Colby, 2008).

Agresores en Contexto Familiar

Se entiende por violencia doméstica cualquier acto de agresión que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de estos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada, cuando estos actos son ejercidos por miembros de la familia o persona de análoga relación de afectividad (Rodríguez, 2003; Labrador, Paz, Fernández-Velasco, de Luis, 2004).

De manera similar, según la definición de la Secretaría de Estado de la Mujer (2001), la violencia intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún/a miembro/a de la familia en relación de poder, sin importar el espacio donde ocurra, que perjudica al bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro/a de la familia.

Si bien es cierto que el fenómeno de la violencia y el maltrato intrafamiliar (VIF) no constituye una realidad nueva, la problematización pública es relativamente reciente (Amato, 2004). Durante los últimos 20 años diversas macro-teorías han intentado determinar los factores estructurales que desencadenan comportamientos violentos en contra de la pareja. La mayoría de estas teorías se han centrado predominantemente en explicar la etiología de la violencia física, ignorando la existencia de otras formas de agresión y en segundo lugar, los abundantes intentos teóricos contrastan con la pobreza de la información empírica recogida (Cerezo, 2000).

Echeburúa (1998) especifica que en la conducta violenta de los hombres en el contexto familiar intervienen los siguientes componentes: (a) una actitud de hostilidad resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad

de sumisión de la mujer y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de resolución de problemas. (b) Un estado emocional de ira relacionado con recuerdos de situaciones negativas habidas en la relación o suscitadas directamente por estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (contratiempos familiares, dificultades económicas, problemas con la educación de los hijos, etc.). (c) Unos factores precipitantes directos. El consumo abusivo de alcohol y drogas, sobre todo cuando interactúa con las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana en la relación de pareja. (d) Un repertorio de conductas pobres y trastornos de personalidad. Suele violentar aquella persona que percibe mucho más vulnerable y que no tenga una capacidad de respuesta enérgica, y un entorno –la familia- en que sea más fácil ocultar lo ocurrido. (e) El reforzamiento de las conductas violentas previas. Muy frecuentemente las conductas violentas previas han quedado reforzadas para el hombre violento porque con ellas ha conseguido el objetivo deseado.

Hoy día se alzan voces que se decantan por una teoría integradora, de modo que se eviten los defectos de unas y otras. Así, estos autores afirman que la violencia en la pareja no tiene una explicación mono-causal sino multifactorial (Grosman et al.; Corsi, 1992). Varios autores como Corsi (1995) y Amato (2004) especifican las siguientes características de los agresores:

1. Restricción emocional: Los hombres tienden a intelectualizar, hablar de los problemas y no de los sentimientos.
2. Obsesión por el éxito y los logros: A los varones se les entrena para la competencia; durante su niñez a través de los juegos de guerra y los deportes y de adultos, por intermedio de los negocios y la política. La violencia se incorpora como un ingrediente más de la estructuración de la masculinidad.
3. Posible historia de violencia.
4. Irregularidades de personalidad y conducta, entre ellas: (a) deseo de control, (b) doble fachada (se refiere a la actitud que tiene el hombre violento ante terceros, la cual difiere enormemente de la que muestra en la intimidad), (c) baja autoestima (necesita conseguir apoyo y reafirmación en todo momento), (d) aislamiento emocional (si bien puede vivir en una aparente sociabilidad, ello no implica un compromiso afecto con las personas con

quienes interactúa), (e) posesión y celos, (f) dependencia emocional (establece con su pareja una relación simbiótica donde se borran los límites entre su persona y la de su mujer), (g) intuición negativa y (h) agresión silenciosa.

Estas características, en conjunto con la imagen que estos hombres ofrecen, dificultan que la víctima pueda demostrar que es el mismo hombre que la maltrataba (De Sanctis, Espaillat, y Victoria, 2004).

Tipología. Los tipos de maltratadores se suelen establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra del perfil psicopatológico presentado. En relación al perfil psicopatológico, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) plantean que dentro de la población de los maltratadores se ha diferenciado dos tipos principales de agresores: los dominantes y los dependientes.

Rodríguez (2003) explica que los dominantes presentan personalidad antisocial y que manifiestan conductas violentas tanto dentro como fuera del hogar y que los dependientes tienden a ser depresivos y celosos y se muestran violentos sólo en el ámbito doméstico.

Estrategias de Intervención

Al revisar distintos programas de intervención, parecería ser que el único punto de vista aceptado es aquel basado en las teorías psicosociales. En algunos ámbitos, la rehabilitación o reeducación de estos agresores es considerada inalcanzable. Es probable que la timidez observada en la exploración de otras dimensiones, como la biológica, se deba a la limitada cantidad de estudios que abordan esta interrelación, y de la enérgica posición de autores que plantean el trabajo con los agresores como falta de sentido o importancia. (Echeburúa et al, 1996 citado en Echeburúa y del Corral, 1998). Sin embargo, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por este motivo un tratamiento integral del maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque este continúe viviendo con la víctima o bien porque en el caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer (Echeburúa y del Corral, 1998).

El tratamiento psicológico del maltratador, siempre que sea asumido voluntariamente, parece ser la intervención más adecuada en la actualidad. De hecho, ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos en que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo. (Echeburúa, del Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). Por el contrario las tasas de éxito en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tratamiento son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994; Rosenfeld, 1992 citados en Echeburúa y del Corral, 1998).

Evaluación. En cuanto a los instrumentos de evaluación de los maltratadores, además de aquellos comúnmente utilizados en el ámbito clínico como el Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI) en sus versiones I y II, pruebas proyectivas (Roscharch), etc., los más utilizados comúnmente en habla hispana son la Entrevista General Estructurada de Maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), que consta de 5 apartados que recogen datos sobre las características demográficas y las dificultades laborales, el desarrollo evolutivo, los posibles problemas de maltrato en relaciones de pareja anteriores y la situación de pareja y familiar actual, el estado de salud, los antecedentes penales y las relaciones sociales del sujeto.

También se utiliza el Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), el cual consta de seis ítems, que miden por un lado, la frecuencia y la duración de los episodios de maltrato y, por otro, la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad de dichas variables, así como sobre las consecuencias físicas y psicológicas en la pareja y sobre la repercusión que el maltrato ha tenido en la relación conyugal. Por otro lado el Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consiste en un listado de 29 ítems que detectan los pensamientos irracionales del maltratador.

Con la finalidad de evaluar la sintomatología asociada al maltrato con propiedades psicométricas tales como Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987b) y el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Attkinson, Hargraves y

Nguyen, 1979). Otros cuestionarios o escalas similares son el Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1975), el Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI), el Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunder y Grant, 1989), Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976), Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

No es común encontrar pruebas neuropsicológicas entre estos listados de pruebas estructuradas.

Modelos de Intervención. Las intervenciones terapéuticas con maltratadores han tenido como objetivo, habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con uno o dos terapeutas varones o mixtos, enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar hábitos de bebida, reevaluar sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución de problemas, entrenar en relación y habilidades de comunicación y enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y del control de los impulsos (Holtzworth-Munroe et al., 1997). Un programa similar se ha aplicado en un formato individual -15 sesiones con una periodicidad semanal- en el estudio de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997).

No obstante, algunas sesiones –concreto las relacionadas con habilidades de comunicación- se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento en ese momento ha sido positivo. Estos últimos aspectos son fundamentales; en caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja. En el estudio de Echeburúa y del Corral (1998) se ha obtenido, al terminar el tratamiento, una tasa de éxitos de 81% de los casos, que se ha reducido al 69% en el seguimiento de los 3 meses.

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). Quizás convenga en un futuro depurar los protocolos de tratamiento en función de diversas variables implicadas -modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal, etc.- y de los distintos tipos de maltratadores (Echeburúa y del Corral, 1998).

Sin embargo Shepard plantea que el mero hecho de recibir tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia. En concreto las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida. Desde una perspectiva predictiva, los factores asociados al éxito terapéutico son los siguientes: edad del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja (Harris citado en Echeburúa y del Corral, 1998).

Las perspectivas de futuro se centran en la aplicación de un tratamiento individual cognitivo-conductual, ajustado a las necesidades específicas de cada persona, intercalado con sesiones grupales de hombres violentos, en el marco global de un programa de violencia familiar y con un tratamiento farmacológico de control de la conducta violenta, a modo de apoyo complementario, en algunos casos de sujetos impulsivos o con trastornos del estado de ánimo (Edleson y Tolman, 1992; Maiuro y Avery, 1996 citados en Echeburúa y del Corral, 1998). Así mismo indican que el programa terapéutico debe ser prolongado (al menos, de 4 meses) y con unos controles de seguimientos regulares y próximos que cubran un periodo de uno o dos años.

Esta respuesta se inscribe dentro de una tendencia global que caracteriza a la indagación actual acerca de los modelos terapéuticos, que se basa en la consideración de la necesidad de diseñar procedimientos específicos para problemas específicos en contraste con una tendencia mantenida hasta no hace mucho tiempo, consistente en aplicar un mismo modelo terapéutico a problemáticas muy diversas (Corsi citado en Echeburúa y del Corral, 1998).

Tratamiento Farmacológico de la Agresividad. McQuade et al., citados en Mattson, (2003) realizaron una extensa revisión acerca de los estudios realizados sobre fármacos y su interacción con la agresividad. Sin embargo, aclaran que el tratamiento apropiado para la agresión no puede ser reducido sólo a la administración de medicamentos.

No es sorprendente, que así mismo como la agresión se expresa en una variedad de formas, y su origen viene de múltiples causas, también el tratamiento adecuado sólo puede venir de un abordaje comprensivo. Los elementos de tal abordaje incluyen una evaluación diagnóstica minuciosa, el desarrollo de una alianza terapéutica de trabajo, y educación en relación con la enfermedad o condición

tratada y sus riesgos relativos, beneficios potenciales, metas específicas de tratamiento y prevención de recaídas. Típicamente la intervención terapéutica será multimodal e incluye atención a la adaptación, y regreso al curso normal de desarrollo. Ha aumentado la importancia del tratamiento motivado por la persona o la familia, culturalmente competente, y basado en fortalezas (Hengler y Bourdin, 1990; Lyons et al., 2000), y nada de lo anterior viene en forma de una píldora (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Una estrategia es discutir el tratamiento de la agresión en el contexto de entidades diagnósticas específicas y los agentes que son beneficiosos para estas condiciones (Swann, 1999; Weller et al., 1999; Yehuda, 1999). Tal abordaje es beneficioso en situaciones donde una droga puede reducir la agresión en el contexto de un diagnóstico determinado, por ejemplo, la Depresión, que puede empeorar la agresión en caso de otra condición como la Manía. Otro abordaje, menos común, supone adoptar una organización dimensional de la psicopatología y revisar la utilidad de varias drogas durante un continuum (Hollander, 1999; Kavousi y Coccaro, 1998b). Los abordajes etiológicos a la agresión se adhieren particularmente bien a este esquema, donde por ejemplo, se podría predecir que la agresión impulsiva y predatora pueden responder de manera distinta a las drogas (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Otro abordaje común, es organizar los estudios por categorías de agentes farmacológicos. Sin embargo no existe ningún agente en ninguna categoría diagnóstica, que tenga una clara superioridad en la psicofarmacología de la agresión. De hecho el mecanismo de acción de las drogas, así como el conocimiento mecánico de cómo estas drogas afectan la agresividad, muchas veces no está claro. El efecto dimensional antiagresivo de la medicación, por ejemplo, puede ser tan variado como mejora en el control de los impulsos, irritabilidad reducida, aumento en la tolerancia a la frustración, o simplemente sedación.

BIBLIOGRAFÍA

- Amato, M. I. (2004). *La Pericia Psicológica en Violencia Intrafamiliar*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.
- Barberá, E., Benllonch, I. (Coords.). (2004). *Psicología & Género*. Madrid: Pearson Educación.
- Barea, C. (2004). *Manual Para Mujeres Maltratadas (Que Quieren Dejar de Serlo)*. Barcelona: Editorial Océano.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D., Álvarez-Dardet, C. (2007) ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), pp. 55–63.
- Cerezo, A. I. (2000). *El Homicidio en la Pareja: Tratamiento Criminológico*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Clemente, M. (Coord.) (2003). *Manual de Psicología Jurídica*. Manuscrito no publicado.
- Clemente, M., y Vidal, M. A. (2000). *La Socialización de la Violencia Culturalmente Aceptada*. En F. Fariña y R. Arce (Coord.), *Psicología Jurídica al Servicio del Menor*. Madrid: Cedecs.
- Colby, M. (2008). *Verbal and Working Memory Deficits in an Impulsive Aggressive College Sample*. Disertación doctoral no publicada. Baylor University, Waco, Texas.
- Corsi, J. (1995). *Violencia Masculina en la Pareja. Una Aproximación al Diagnóstico y a los Modelos de Intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- De Castro, A. (2000). *La psicología existencial de Rollo May, Visión del Hombre: la Impotencia y la Violencia*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte.
- De Sanctis, N., Espaillat, Y. y Victoria, M. A. (2004). *Perfil del Hombre que Ejerce Violencia Contra la Mujer dentro de la Pareja de los Destacamentos Amigos de la Mujer de Villa Juana y Alma Rosa en Santo Domingo en el*

Periodo junio-julio del 2004. Santo Domingo, Rep. Dom.: Tesis de grado. Universidad Iberoamericana.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Intrafamiliar*. España: Siglo Veintiuno Editores.

Echeburúa, E., del Corral, P., Fernandez-Montalvo, J., y Amor, P. (2004). ¿Se Puede y Debe Tratar Psicológicamente a los Hombres Violentos Contra la Pareja?. *Papeles del Psicólogo*, 25(88), pp.10-18.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Variables Psicopatológicas y Distorsiones Cognitivas de los Maltratadores en el Hogar: un Análisis Descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23, pp. 151-180.

Gil-Verona, J., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. A., Maniega, M. A., Rami-Gonzales, L., Boget, T. y Pirconell, I. (2002). Psicobiología de las Conductas Agresivas. *Anales de Psicología*. 18(2), pp. 293-303.

Gottesman, R., y Maxwell, R. (1999). *Violence in America: an Encyclopedia* (Vol.3). New York: Charles Scribner's sons. An imprint of The Gale Group.

Labrador F., Paz P., de Luis P., y Fernandez-Velasco, R. (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica; Programa de Actuación*. Madrid, España: Psicología Pirámide.

McEllistrem, J. E. (2004). Affective and Predatory Violence: A bimodal classification system of human aggression and violence. *Aggression and Violent Behavior* 10, 1-30.

McQuade, D., Barnett, R. J. y King, B. (2003). Pharmacological Intervention in Aggression. En M. Mattson (Ed.), *Neurobiology of Aggression* (pp.135-150). New Jersey: Humana Press.

Mattson, M. (Ed.) (2003). *Neurobiology of Aggression. Understanding and Preventing Violence*. New Jersey: Humana Press.

Montero, A. (2007). *Violencia de Género como Instrumento de Desigualdad*.

Congreso SARE. Obtenido el 13 de marzo del 2009 desde http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/sare2007/es_berdingu/adjuntos/montero.a_07_cast.pdf

Niehoff, D. (1998). *The Biology of Violence*. New York: The Free Press.

Ostrosky-Solís, F. (2007). *Neurología de la Violencia*. Oratorio de IV Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia. Mayo, México.

Pola, M. J. (2006). *Femi(ni)cidio en la República Dominicana: 2003-2006*. Santo Domingo: Profamilia.

Procuraduría General de la República. Departamento de Estadísticas. Obtenido el día 20 de junio desde www.procuraduria.gov.do/PGR.NET/Estadisticas/EstadisticaFemicidios.aspx

Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review of the *Journal of Abnormal Child Psychology*. 30(4), August, pp. 311-326(16).

Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime. Criminal Behavior as a Clinical Disorder*. San Diego: Academic Press.

Rodríguez, M. J. (2003). *Violencia de Género, Guía Asistencial*. Madrid: Editorial EOS.

Secretaría de Estado de la Mujer. (2001). *Modelo Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar*. (1a. Ed.). SEM. Santo Domingo, R.D.

Vaquero, C. (2009, marzo-abril). *La Violencia Premeditada. Entre el Horror, la Banalidad y la Purificación*. *Página Abierta*, 201. Artículo obtenido el 15 de febrero del 2009 desde <http://www.pensamientocritico.org/carvaq0509.htm>

Recibido: 10/12/2010

Aprobado: 15/03/2011