ENRIQUE ECHEBURÚA

CATEDRÁTICO DE TERAPIA DE CONDUCTA
DE LA UNIVERSIDAD DEL PAS VASCO (SAN SEBASTIAN)

PERSONALIDADES VIOLENTAS

EDICIONES PIRÁMIDE

Índice

Relación de autores 19

Prólogo (Vicente Pelechano)... 21

Introducción (Enrique Echeburúa) 33

PARTE PRIMERA Psicopatología de la violencia

1. Trastornos de personalidad: concepto, clasificación y evaluación
(Enrique Echeburúa).....39

1.1. Introducción 39

1.2. Trastornos de personalidad y enfermedades mentales 40
1.3. Clasificación de los trastornos de personalidad 42
1.4. Evaluación de los trastornos de personalidad 50

1.4.1. Las entrevistas clínicas 50
1.4.2. Los autoinformes 51
1.5. Conclusiones 53
Referencias bibliográficas 54

2. Trastorno antisocial de la personalidad (Paz de Corral) 57
2.1. Concepto y características fundamentales 57
2.2. Prevalencia del trastorno . 59
2.3. Factores antecedentes y predisponentes 60

2.4. Evaluación del trastorno antisocial de la personalidad 61

2.4.1. Entrevistas estructuradas 62
2.4.2. Autoinformes 63
2.5. Conclusiones 64
Referencias bibliográficas 65
3. El psicópata como entidad psicológica y cultural (Vicente Garrido) 67
3.1. ¿Ficción psicológica o realidad? 68

3.2. La vida emocional de los psicópatas 70

3.3. La adicción a la violencia 75
3.4. Otras explicaciones a hipótesis 77
3.5. Una nota final 79
R eferencias bibliográficas 79

4. Psicología del homicida (Vicente Garrido) 81
4.1. Homicidas y asesinos en serie 82
4.2. E1 modelo de Walters 87
4.3. Orientaciones para la investigación 87

Referencias bibliográficas 91

PARTE SEGUNDA Violencia sexual

5. Perfil psicológico de los delincuentes sexuales (Santiago Redondo) 95
5.1. Definición de conceptos 95
5.1.1. Violación 95
5.1.2. Agresión sexual a niños 96
5.2. Cifras de delitos sexuales 96
5.3. Topografía de los delitos sexuales 97
5.3.1. Violación 97
5.3.2. Agresión sexual a niños 98
5.4. Tipologías de delincuentes sexuales 99
5.4.1. Violadores 100
5.4.2. Agresión sexual o abuso de niños 100
5.5. Hipótesis explicativas de la agresión sexual 101
5.5.1. Violación 101
5.5.2. Abuso de niños 102
5.6. Predicción del riesgo de agresión sexual 104
5.7. Conclusiones 106
R eferencias bibliográficas 108

PARTETERCERA Violencia y familia

6. Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar (Belén Sarasua, Irene Zubizarreta, Enrique Echeburúa y Paz de Corral) 111
6.1. Introducción 111
6.2. Definición del maltrato doméstico 112
6.3. Variables relacionadas con el maltrato doméstico 112

6.3.1. Características biográficas/demográficas del agresor 113

6.3.2. Trastornos psicopatológicos..... 113
6.3.3. Abuso de alcohol y/o drogas 114
6.3.4. Problemas metodológicos 115
6.3.5. Perfil psicológico del maltratador 115
6.4. Factores predictivos de violencia doméstica 115
6.5. Estudio empírico 116

6.5.1. Método 116
6.5.1.1. Sujetos 116
6.5.1.2. Instrumentos de medida 118

6.5.1.3. Procedimiento 118

6.5.1.4. Resultados 119
6.5.2. Conclusiones 123
Referencias bibliográficas 126

7. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico (Irene Zubizarreta, Belén Sarasua, Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Diana Sauca alcíar Emparanza) . 129

7.1. Introducción 129
7.2. Características del maltrato doméstico 130
7.3. Modelos teóricos 132
7.3.1. Teoría del «ciclo de la violencia» 132
7.3.2. Teoría de la indefensión aprendida 133
7.3.3. Otras teorías . 133
7.4. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico 134
7.4.1. Depresión 134
7.4.2. Trastorno de estrés postraumático 136
7.5. Tratamientos psicológicos 137
7.6. Estudio empírico 138

7.6.1. Método 138
7.6.1.1. Sujetos 138

7.6.1.2. Instrumentos de medida 141
7.6.1.3. Procedimiento 143
7.6.1.4. Resultados 143

7.6.2. Conclusiones 145
Referencias bibliográficas 146

8. Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja
en el hogar (Javier Madina) 153

8.1. Introducción 153
8.2. E1 ciclo de la violencia 154
8.3. E1 perfil psicosocial del hombre violento 155
8.3.1. La violencia como fenómeno social 155
8.3.2. La violencia como consecuencia de un trastorno mental 155
8.3.3. La personalidad del hombre que maltrata 156
8.3.4. Vínculos entre el hombre violento y la mujer maltratada 157
8.4. Tratamiento del hombre que maltrata 157
8.4.1. La terapia coactiva 157
8.4.2. Evaluación psicosocial 158
8.4.3. Evaluación de la motivación 160
8.4.4. Plan de tratamiento 161
8.4.4.1. Objetivos del tratamiento 161
8.4.4.2. Técnicas de tratamiento 162
8.5. Conclusiones ..... .165

Referencias bibliográficas 166

9. Características psicológicas de los agresores físicos infantiles intra familiares
(Joaquín de Paúl J 169

9.1. Introducción y aspectos conceptuales 169
9.2. Revisión de los factores de riesgo 171
9.3. Aspectos situacionales del maltrato infantil 177
9.4. Modelos cognitivo-conductuales. Maltrato físico infantil y procesamiento
de la información 178

9.5. Reactividad psicofisiológica y aspectos neuropsicológicos ..... .181
Referencias bibliográficas 183

10. Violencia y familia: un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil (M.a lgnacia ArruabarrenaJ 187

10.1. Introducción 187
10.2. Los programas de tratamiento para familias con problemas de maltrato/abandono infantil 188

10.2.1. Contexto general de la intervención rehabilitadora 188

10.2.2. Diferentes modelos de tratamiento y resultados 189

10.3. Descripción del programa de tratamiento para familias maltratantes/negligentes desarrollado por la Diputación Foral de Guipúzcoa: diseño y resultados 193

10.3.1. Características básicas del diseño del programa 193

10.3.2. Características de las familias atendidas en el programa durante los años 1991-1992 196

10.3.2.1. Cronicidad de la problemática familiar 196

10.3.2.2. Tipología de casos 197

10.3.2.3. Características sociodemográficas 197

10.3.2.4. Problemáticas familiares asociadas a la situación de

desprotección infantil 198
10.3.3. Sistemas de evaluación de resultados 199
10.3.4. Resultados 200
10.3.4.1. Porcentajes globales 200
10.3.4.2. Duración del tratamiento 201

10.3.4.3. Recursos utilizados y aprovechamiento de los mismos 201

10.3.4.4. Comentarios 201
Referencias bibliográficas 203

PARTECUARTA Violencia y sistema penitenciario

11. Delitos violentos y reincidencia (Santiago Redondo J 207

11.1. ¿Cuánto se reincide? 207

11.1.1. La reincidencia en otros países europeos 207
11.1.2. La reincidencia en España 208

11.1.2.1. Edad y reincidencia 209
11.1.2.2. Tipología delictiva y reincidencia 210

11.1.2.3. Prisionización y reincidencia 211

11.1.2.4. Modo de excarcelación y reincidencia 212
11.2. ¿Cuánto se dice que se reincide? 212
11.3. Conclusiones 214
Referencias bibliográficas 215

12. La dimensión rehabilitación versus riesgo social: estudio de los permisos penitenciarios (Miguel Clemente y Susana V. Díaz Huaman J 217

12.1. Breve introducción histórica al estudio del delito 217

12.2. Marcos de referencia explicativos de la conducta delictiva 220

12.2.1. La patología social 220
12.2.2. La desorganización social 221
12.2.3. La desviación social 223
12.2.4. E1 etiquetado social 225
12.2.5. E1 conflicto de valores 226

12.3. El sentido de los permisos penitenciarios de salida 227
12.4. Una posible investigación para determinar la rehabilitación versus el riesgo social utilizando los permisos penitenciarios de salida 231
12.4.1. Muestra 232
12.4.2. Variables a utilizar y diseño 233
12.5. Resultados y conclusiones 236
Referencias bibliográficas 240

PARTE QUINTA
Intervención terapéutica y psicosocial

13. Cuidados y tratamiento del paciente violento (Alfredo Calcedo, Vicente Molina y Celso Arango J 245

13.1. Introducción 245

13.2. Neurobiología de la conducta agresiva 246
13.3. Efectos del medio sobre la agresión: el milieu psiquiátrico hospitalario 248
13.4. Tipos de pacientes violentos 250
13.5. Tratamiento médico del paciente violento 251
13.5.1. Tratamientos farmacológicos 252

13.5.1.1. Tratamiento con neurolépticos 252
13.5.1.2. Tratamiento con ansiolíticos, sedantes a hipnótico 253
13.5.1.3. Tratamiento con sales de litio 253
13.5.1.4. Tratamiento con betabloqueantes 253

13.5.1.5. Tratamiento con anticomiciales 254
13.5.1.6. Otros tratamientos farmacológicos no hormonales 254
13.5.1.7. Tratamientos hormonales 255

13.5.2. Contención mecánica 255
13.5.3. Aislamiento 257
13.5.4. Procedimientos conductuales ..... .257
13.5.5. Psicocirugía 258

13.6. Conclusiones ..... .259

Referencias bibliográficas 259

14. ¿Se puede reeducar al psicópata? (Vicente Garrido) 263
14.1. Los resultados de la investigación del Quality Insurance Project 264
14.2. Estudios psicofisiológicos 266
14.3. Nuestra investigación 268
14.4. Claves personales para la intervención psicoeducativa 270
14.5. Aceptar el reto 272
Referencias bibliográficas 274

15. Intervención penitenciaria con delincuentes violentos (Santiago Redondo) 275

15.1. ¿Quiénes son los delincuentes violentos? 275
15.2. Tipologías de delincuentes violentos y topografía de violencia en la prisión. .277
15.2.1. Violencia delictiva 277
15.2.2. Violencia en prisión 279
15.3. Causas de la violencia 280
15.4. Causas de la violencia en prisión 282
15.5. Intervenciones con delincuentes violentos 283
15.6. Componentes principales de los programas aplicados 285
15.7. Resultados 287
15.8. Conclusiones 287
Referencias bibliográficas 288

16. Epilogo: ¿Se puede prevenir la violencia? (Karmele Salaberría y Javier Fernández-Montalvo) 291

16.1. Introducción 291

16.2. Factores ambientales 293
16.2.1. Nivel socioeconómico 293
16.2.2. Medios de comunicación 293

16.2.3. Escuela 294
16.3. Factores individuales 295
16.3.1. Familia 295

16.3.2. Métodos de disciplina 296

16.3.3. Características personales 297
16.3.4. Consumo de alcohol y drogas 298
16.4. Conclusiones 299

Referencias bibliográficas 300

Prólogo

La monografía que se abre con estas líneas es la primera publicada en España y por autores españoles que estudia temáticamente la violencia desde una perspectiva fundamentalmente psicológica, Lo que significa que se trata de un punto de referencia para los que, en un futuro, intenten abordar el tema de forma honesta y pretendan ofrecer una imagen ajustada de la realidad española al respecto. El título propuesto es, acertadamente, plural y sus autores pertenecen a escuelas teóricas distintas a incluso a agrupaciones gremiales diferentes, Lo que garantiza tanto una multiplicidad de puntos de vista como la seguridad de encontrar un acercamiento multidisciplinar (tal y como, al parecer, imponen las últimas modas del quehacer científico en occidente). La elección de los temas y su desarrollo son lo suficientemente atractivos como para que el lector se sienta incitado a seguir con el tema leyendo más y siguiendo las referencias bibliográficas que se indican en el texto. Por otro lado, siempre deben existir huecos para unos o para otros, puesto que de una obra humana se trata. En todo caso, se sabe que un libro científico, al igual que un artículo o una conferencia debe dar siempre pie a una crítica por parte del lector/oyente con el fin de poder formular, junto a gratificaciones personales respecto a la propia valía personal, cierta devaluación hacia el autor o autores con el objetivo de promover el deporte nacional de crítica soterrada y desde la endotimia profunda del ser-intelectual.

A lo mejor, no muy lejos de este tipo de consideraciones, la lectura de esta pluralidad de aportaciones ha sugerido, a quien esto escribe, algunas reflexiones un tanto alejadas de la materialidad del texto aunque posiblemente no tanto de su espíritu que, probablemente, no son nada relevantes aunque podrían sugerir algunas formas de ordenar la realidad variopinta y diversa que existe en el campo de estudio de las violencias y que es recogida, en su mayor parte, en la monografía que sigue. Acerca de la relevancia del tema, por lo demás, hay que recordar que la violencia promueve mayor volumen de muertes al año que las enfermedades cardiovasculares (consideradas como la mayor causa de mortalidad de entre todas las enfermedades en las sociedades medio y totalmente desarrolladas).

Violencia, agresividad, cólera, hostilidad, herida, muerte, dolor, opresión, malos tratos, tortura... forman parte, en menor o mayor grado de nuestro vocabulario común y del vocabulario común que estamos acostumbrados a ver, oír o leer en los medios de comunicación. Oímos quejas continuas acerca de la « excesiva frecuencia de uso» de tales presiones y de sus referentes en los medios de comunicación y hasta en determinadas formas de expresión artística (cine, teatro, pintura, escultura o novela, vaya por caso). Y, sin embargo, desde los relatos hasta las « presentaciones» reales o ficticias de tales acontecimientos siguen atrayendo la atención del gran público. Siendo realistas esta reiteración implica que recoge una parte de las apetencias, refuerzos, modos de pensar y de sentir de los ciudadanos. Si no fuese así, difícilmente podría explicarse su éxito.

Tales presencias y frecuencias representan puntos de reflexión y sugerencias de pensamientos que pueden iluminar muchas de las partes que son tratadas en el libro que sigue. A modo de presentaciones dicotómicas de los enganches conceptuales que siguen podrían servir las siguientes: a) la tensión dialéctica entre el ser y el deber ser (o el hacer y el deber hacer) que se encuentra

presente en los acercamientos científicos pese a su aparente «neutralidad» axiológica; b) la consideración evolución biológica-evolución social/tecnológica con sus correspondientes criterios de selección; c) la dicotomía herencia-ambiente ; d) la aparente contradicción entre violencia/agresividad, por un lado, y despersonalización/cercanía emocional por otro, y, finalmente, aunque no por ello menos importante, la defensa, limitaciones y peligros que lleva consigo el e) pensamiento dicotómico o la racionalidad única. A renglón seguido y antes de continuar adelante el autor debe confesar que la elección de estos temas vía antinomias o dicotomías irreductibles (esto es, que se haya elegido un procedimiento de dicotomización o de alternativas excluyentes en la exposición de la temática), es más didáctica que real en la medida en que desde hace ya algunas décadas viene defendiendo la posibilidad de «segundas», « terceras» y hasta de «cuartas» salidas a las situaciones problemáticas, en la medida en que el pensamiento dicotomizado y excluyente representa uno de los antecedentes biológicos de la « justificación» de la violencia, en la medida en que la existencia de « otra» racionalidad puede ser considerada como un peligro y, por ello, ser erradicada (lo que, de rechazo, nos llevaría a la primera elección que apuntábamos, con lo que se obtendría un modelo de los que se denominan, en la « penúltima» moda psicológica, «circumplejos» y que representan un intento por recuperar la recursividad teórica como elemento clave en la elaboración de explicaciones científicas. Repárese que se ha escrito moda y no validez, puesto que su valor de verdad o validez « histórica» es algo que debe quedar en suspenso hasta que la propia historia dé o quite la razón a este tipo de intentos.

a) Sobre el ser y el deber ser en los modelos científicos. La epistemología positivista hasta la mitad de siglo defendía, por influencia de la ciencia física, una « neutralidad» respecto a elementos éticos y axiológicos. Por lo que se refería a la ética, el juicio científico se restringía al atenimiento o no de los estudios a las reglas y procedimientos de la « metodología científica» en función de los cuales, los experimentos, estudios científicos y resultados eran «válidos» o no. El interés primordial de un científico era la búsqueda de « la» verdad «científico-positiva» ateniéndose al credo positivista: verdad y bondad de diseño-análisis-conclusiones eran dos conceptos co-extensos y hasta, en último término, superponibles.

El científico reclamaba, para sí, la «neutralidad», que era entendida como « objetividad» y ausencia de compromiso. En el mejor de los casos, el científico podía comprometerse «como ser humano» pero «no como científico» (hasta una personalidad tan destacada en esta cuestión de búsqueda de objetividad como B. F. Skinner defendió esta posición y, como posición personal y anécdota, la relató en su autobiografía publicada, aunque, como cabría esperar, la declaración resultó una declaración de principios y el desarrollo posterior de la vida de este científico contempló, reiteradamente, la negación de esa declaración).

Esta Weltanschauuny de la ciencia se vio amenazada, en primer lugar, por el crecimiento de las ciencias sociales (en parte, a lo mejor, por ser menos « científicas» y en parte por tratar directamente con problemas humanos que son bastante más que meras expresiones numéricas y en los que los efectos de las acciones « científicas» o no son bastante más relevantes que la mera confirmación o información de una hipótesis) y, en segundo lugar, por el progreso indiscutible de las ciencias físico-naturales que crearon una relación peculiar del ser humano respecto a la naturaleza. Por primera vez desde el origen de la historia conocida, el ser humano fue capaz, ya hacia la mitad de este siglo, de destruir totalmente el planeta que le acoge como habitante. Si no lo ha hecho a partir de entonces no ha sido (como ocurría en los tiempos anteriores) por una imposibilidad física, sino por otro tipo de razones. Curiosamente esta nueva situación ha llevado a una verdadera toma de conciencia del poder de destrucción y la consiguiente denuncia de la amenaza de suicidio colectivo que forma parte de los diversos movimientos ecologistas y en donde el análisis más flexible y amplio de la realidad física, de los entornos y contextos físicos y biológicos lleva a una actitud ética indiscutible de defensa del medio

natural, de preservación de este medio y de la realización de los denominados « estudios de impacto» de las decisiones sociales y políticas que inciden sobre ese medio físico.

Por lo que se refiere a las ciencias sociales el asunto resulta un tanto más complicado porque la mayoría de expresiones que utilizan estas ciencias no son axiológicamente neutrales, sino que, pese a (o quizá debido a que se ocupan de seres humanos) la pretendida «neutralidad» posee juicios de valor implícitos o se ha cargado culturalmente con ellos, como consecuencia de su utilización en la toma de decisiones. Así, ansiedad, depresión, locura, inflación, recesión, marginación y la mayoría de « -ismos» como dogmatismo, autoritarismo, radicalismo... llevan connotaciones implícitas que son, a todas luces, negativas en nuestra sociedad occidental. Cuando una persona, en psicología, ofrecía una puntuación alta en ansiedad, o baja en motivación de logro, alta en paranoidismo, baja en inteligencia y otras tantas, era connotada de forma negativa. Y con lo anterior no nos referimos solamente al use de « etiquetas» , sino a la mayoría de los conceptos que pueblan la ciencia social. La misión que se atribuía a la ciencia no era solamente la de identificar y aislar, sino, además, la de erradicar los problemas, las carencias y los excesos que llevaban consigo estas expresiones. A1 igual que había que eliminar la ansiedad, había que hacerlo con la pobreza, la marginación, la inflación y el Lumpenproletariat. La « superestructura» no tenía muchas notas positivas, hasta el punto que el autor recuerda, no sin cierta melancolía (la que dan los años, que no la defensa de las condiciones anteriores), cómo, en un tiempo pasado, un compañero de trabajo había colgado a la puerta de su despacho un cartel que decía < cambio crisis macroestructural por coyunturas económico-liberales deslizantes».

En este punto es posible que el desarrollo de la psicología no haya tomado conciencia todavía, o no en el nivel suficiente, que, al igual que sus expresiones y metáforas están cargadas de juicios de valor, sus modelos se mueven a lo largo de una dimensión en uno de cuyos extremos se encuentra la constatación fáctica y, en el otro, la deseabilidad «objetiva» personal y social, lo que dicho en términos más llanos significa que la psicología se encuentra plagada de modelos y teorías en las que el ser y el deber ser (o querer que las cosas sean de otro modo) ocupan un lugar de excepción. Y de rechazo, que en más de una ocasión ese « pensamiento desiderativo» no del todo consciente se adueña de la investigación y genera líneas de trabajo, formas de pensamiento y resultados en los que se hace difícil distinguir lo «ético» de lo « fáctico». La opción que defiende que un dato es una teoría plasmada, retóricas aparte, no resuelve la cuestión, puesto que de lo que estamos tratando no es tanto del compromiso de la teoría « objetiva» en búsqueda de la objetividad, sino de la coloración ética y voluntariosa de esa misma «objetividad» que, para unos, representa un sesgo no controlado y, para otros, la esperanza de elaborar una ciencia útil para el desarrollo del potencial humano y cuya principal actividad se dirija a este fin.

Esta dualidad se presenta con mayor crudeza en el tema de esta monografía: en la medida en que se parta del supuesto y se elabore un modelo del ser humano como eminentemente racional, las derivaciones metodológicas y de intervención parecen bastante claras; todo aquel que se aparte de ese modelo de racionalidad se convierte, en ese preciso momento, en un ser anómalo que hay que tratar porque su forma de actuar va en contra de su propia naturaleza. En el caso de la violencia, aquel que la cometa y no posea «razones racionales» de explicación (que nunca las hay para el ataque, aunque, curiosamente, se encuentran justificaciones para la defensa) se convierte en un ser anormal y, por ello, debe «ser tratado». El tratamiento se encuentra justificado, además, porque si lo « natural» es la racionalidad, ello implicaría que el ser humano es, por naturaleza, « racional» (lo que equivale a bondadoso), por lo que sería relativamente fácil que «volviera» a su propia y natural manera de ser y comportarse (entre otras cosas, porque filogenéticamente ha dado lugar a esa racionalidad y, por ende, debería estar « equipado» para el cultivo de esa racionalidad). De este modelo, además, se derivan tipos de intervenciones en las que debe ocupar un lugar prioritario esa racionalidad, su cultivo y promoción, puesto que ello llevaría consigo el reingreso del individuo en el « grupo humano». La

verdad es que tales acercamientos, aunque meritorios, tienden a presentar argumentos más éticos del « deber ser» que fácticos y el convencimiento que logran es más verbal que comportamental, tienden a moverse más a nivel de razones que de hechos.

Sin embargo, si se parte del supuesto de que el ser humano es prioritariamente un animal depredador y poderoso, que ha alcanzado unos atisbos de racionalidad, que representa un último escalón evolutivo y en el que pesan los niveles evolutivos anteriores, las derivaciones acerca de la « anormalidad» de la violencia, así como de la « naturalidad» de los tratamientos « cognitivos» y de sus facilidades de apropiación por parte del individuo adquieren una dimensión totalmente distinta. Asimismo, los procedimientos orientados a su modificación deberían tener en cuenta más aquellos aspectos connaturales con el funcionamiento de un depredador que los que definen un comportamiento racional y el tipo y estilo de convivencia personal, interpersonal y social que podría derivarse parece ser un tanto distinto al que cabría deducir de un modelo de «racionalidad natural». Estos acercamientos son calificados de « inhumanos» y « deshumanizadores» en la creencia de que el ser humano no corresponde a un depredador sino a un ser racional. Los tratamientos inspirados en ellos han mostrado una eficacia inmediata, aunque sus efectos a medio y largo plazo esperan, todavía, su ratificación. Además, el cambio producido en la conducta de un ser humano posee una restricción considerable si se olvida la incardinación del ser humano en su ambiente social y físico.

A favor de los modelos « racionales» podría defenderse la idea de que una tarea primordial del ser humano consiste en el cultivo de la utopía positiva, esto es, del deber-ser positivo y, por tanto, la psicología debería ocuparse más en la formulación de teorías y modelos «racionalistas» que « depredadores», puesto que de este modo, al menos, aparece un «deber-ser» positivo que algún efecto modelador tendrá sobre los seres humanos mismos. Sin embargo, pese a la indudable moldeabilidad y adaptabilidad de la especie humana, parece claro que existen límites insalvables, hoy por hoy, a un poder modificador sostenido de la utopía positiva. La realidad demuestra, día a día, que la racionalidad representa una de las últimas conquistas de la evolución biológica y que como última adquisición (y, por ello, la menos consolidada y la que posee menor asentamiento incluso biológico hasta nuestros días), no siempre puede gobernar ni dictar las acciones que el ser humano realiza. La realidad del modelo de animal depredador, por otro lado, aunque se impone en unos casos de violencia, deja sin explicar los de altruismo, autoexigencia personal y profesional, ascetismo y mística, que asimismo representan realidades humanas. La tensión entre ambos modelos se encuentra presente en la monografía a la que pertenece este prólogo y en la psicología contemporánea como un todo; el estado de componenda dubitativa perenne entre los modelos ofrecidos para la descripción y explicación de la conducta del ser humano, también. Estas indecisiones y limitaciones podrían explicar la mayor parte de las divergencias en orientaciones generales de los programas de intervención tanto a nivel individual como colectivo.

Repárese que para los científicos que se encuentran en cada bando, los del otro tienden a « no tener razón» y revisten sus argumentaciones de datos científicos de valía desigual. Las justificaciones últimas de tales modelos, así como las elecciones a uno a otro (incluso lo que refleja una elección mixta y otra ecléctica), no parecen encontrar una justificación científica positiva, sino « de otro tipo» que, todavía en nuestros días, al menos, no ha sido tematizado científicamente y, por lo mismo, no tenemos una «respuesta científica» a esta cuestión.

b) Evolución biológica-evolución sociotecnológica. Más arriba se hizo mención al paradigma evolucionista a la hora de sugerir una parcialización de la varianza en la conducta del ser humano, lo que llevaba al predominio de uno de los dos modelos básicos aducidos. Pero hay una consideración evolucionista más que posee repercusiones para el tema que nos ocupa.

Durante bastantes décadas en los últimos ciento cincuenta años se ha utilizado el darvinismo como clave explicativa de las conductas humanas y animales. Se ha contrapuesto, por otro lado, la «hominización» (proceso que iría desde el primer ser unicelular hasta la aparición del homo sapiens) a la « humanización» (desde la aparición del homo sapiens hasta nuestros días). Un análisis desapasionado de la realidad que circunda al ser humano en las sociedades europeas, al menos, sugiere que las categorías esgrimidas en la segunda mitad del siglo X1x para explicar la evolución biológica no parecen ser especialmente adecuadas a la hora de comprender los mecanismos, estresores y posibilitantes de supervivencia en las sociedades « avanzadas». Sigue siendo importante la supervivencia biológica obviamente, pero las barreras y criterios de selección y reproducción han dejado de ser eminentemente físicos o « naturales» para ser sustituidos por otros de carácter más psicológico y sociológico: dinero, influencia, lobbies, control y difusión de información, tribalización, apoyo social y círculos de poder representan elementos esenciales para la supervivencia del urbanita humano de finales del siglo Xx. Lo cual querría decir que estos elementos supervivenciales representarían los « criterios» que debe cumplir un individuo para sobrevivir; incluso el tema de la reproducción está canalizado socialmente mediante artefactos creados por la humanidad y en donde las categorías biológicas de análisis están siendo sustituidas por otras que son fruto de la evolución humana (reproducción asistida, alquiler de úteros, genética experimental).

Esto lleva consigo necesariamente un cambio de funcionamiento personal y de sistema de valores dentro del mundo actual. Bertrand Russell, a comienzos de siglo, defendía la idea de que un ser humano que logra hacer luz en la oscuridad sin esfuerzo aparente como es el apretar un botón situado en la pared no puede tener procesos y competencias psicológicas similares a las de otro que haya vivido unos siglos antes y en los que la revolución industrial y tecnológica se encontraba por hacer; por generalización, Luria y Vigotsky pueden ser citados aquí en la medida en que un cambio en la estructura y funcionamiento de los medios de producción y relaciones sociales lleva consigo un cambio asimismo en el funcionamiento personal.

Este tipo de consideraciones completa las reflexiones que hacíamos en el punto anterior a propósito del tema de esta monografía: los desarrollos tecnológicos y su impacto en el mundo social promueven, asimismo, modificaciones en la estructura personal y hacen que aparezcan fenómenos que antes pasaban desapercibidos, no eran tomados en consideración o representan elementos nuevos en la aparición, desencadenamiento y dinámica de la violencia y de las personalidades violentas.

Así, por ejemplo, en la medida en que la expectativa media de vida se ha alargado y se han modificado sustancialmente las condiciones familiares, laborales y de ocio, ello implica que tanto la topografía como los determinantes y predictores de la violencia hayan sufrido variación, por lo que aquellos modelos y procedimientos de análisis propios de un momento de evolución social preindustrial o hasta industrial de los primeros momentos (lo que Toffler ha denominado la revolución de las chimeneas) pueden no ser los más adecuados para el estudio de la acción y determinantes de la violencia de nuestro tiempo. O, cuanto menos, que estos modelos y procedimientos deberían ser modificados en partes más o menos sustanciales para poder entender los fenómenos que están sucediendo en nuestros días: la posible plasmación de personalidades violentas en edades tempranas (niñez y adolescencia) no eran previsibles hace 200 años, pero tampoco, porque no existían, este tipo de personalidades en edades avanzadas (a partir de los 65 años, por ejemplo). Y, además, los recursos, información cuantitativa y cualitativa que puede manejar aquel que lleve a cabo con cierta frecuencia conductas violentas son distintos ahora que hace dos siglos (asimismo los recursos con que se cuentan para poder atajar, aminorar y/o contrarrestar esas acciones). Aplicar a las poblaciones actuales los modelos propios de una manera de entender y actuar de sociedades de épocas anteriores resulta, a quien esto escribe, arriesgado y le deja un cierto regusto a rancio a insuficiencia. Bien es verdad que resulta sensato y adecuado comenzar con lo que existe, pero también lo es que se requiere un enorme esfuerzo de imaginación y voluntad, no tanto para repetir modelos, como para

crearlos y/o adecuarlos a las nuevas situaciones. Al igual que la aparición del ordenador personal y sus derivados ha transformado el sentido, formas y maneras de escribir de los intelectuales de occidente, la transformación que producen los medios masivos de comunicación, la inmediatez y riqueza de información, la masificación y la enorme progresión en recursos de toda índole ha modificado las formas y modos de violencia aunque el resultado final pueda ser similar a épocas anteriores: infringir daño a los demás o provocar su muerte.

No se piense que defendemos un modelo sociologista de análisis de la realidad.

No pretendemos traspasar los limites (siempre borrosos)de la psicología; antes bien, pretendemos hacer una llamada de atención sobre la necesidad que tiene el psicólogo en particular y el investigador en general de vivir anclado en su tiempo mirando al futuro, sin que ello quiera decir que haya que olvidar el pasado: sólo que deben hacerse esfuerzos para elaborar modelos actuales sobre conductas actuales; obviamente hay que apelar al pasado para saber lo que se ha hecho, pero no para repetirlo.

Este tipo de consideraciones valen tanto para el análisis como para la tecnología empleada y la elaboración de modelos asentados en la nueva realidad sociológica y psicológica que forma el mundo contemporáneo y hace que el científico social se convierta más en un notario que da fe de lo que sucede a intenta explicar y predecir al máximo la realidad que le toca en suerte vivir, que en un «descubridor» de resultados y psicología perennis, con valor trans-temporal y trans-social. Y representa un reto continuo y un continuo aguijón para seguir investigando, puesto que no hay tema que se haya agotado definitivamente, si se trata de un tema relevante y no « de moda».

c) La dicotomía herencia-ambiente. Por lo que acaba de mencionarse parece claro que proponemos una posición ambientalista, si bien con un nuevo acento o, mejor aún, con unos retoques de significación que parecen relevantes y preñados de sentido común. El ser humano, con su parte de racionalidad, resulta un organismo y, como tal, vive en un contexto ambiental. Crece y decrece en ese contexto ambiental mediante una serie de transacciones energéticas. Ello quiere decir, entre otras cosas, que el ambiente actúa sobre el organismo mientras es un organismo y, por otro lado, el material orgánico, sus características, propiedades y limitaciones, ofrecen formas concretas de actuación, percepción, emoción y formas de elaborar los sistemas de valores y creencias. La dicotomización entre ambos términos (que se puede generalizar a sustratos biológicos/elementos ambientales) es más irreal y didáctico como criterio ordenador de especialidades de conocimiento que una barrera física real de actuación. Los cambios en uno de los polos llevan consigo modificaciones en el otro, a corto y a medio plazo. La genética, desde hace años, ya no suele ser una explicación satisfactoria a nivel genérico (la «personalidad agresiva») por la inespecificidad de sus argumentos y carencia de rigor argumental y discursivo en la explicación de los datos conocidos. No pensamos que el problema se plantee en términos genéricos sobre el determinismo genético o ambiental, sino el que se refiere a las formas de actuación, programas y maneras que se requieren para alcanzar una modificación sustancial en la conducta del organismo humano.

Se ha dicho que las modificaciones en el código genético son fruto de mutaciones y/o de manipulaciones genéticas. En ambos casos se trata de actuar sobre el código genético « desde fuera» o desde el ambiente en el que el código se encuentra y, desde esta perspectiva, la polémica sería más nominal que real. Pensamos que gran parte de esta polémica (y en concreto por lo que se refiere a la violencia) refleja un estado de conocimientos ya un tanto trasnochado y, en todo caso, una metodología de análisis en la que los cambios ambientales son imposibles o deben ser de intensidad muy suave, por distintas razones.

En el caso de la violencia, la base biológica puede incitar a la realización de actos violentos, lo que no se encuentra escrito en la biología es la calidad y persona sufridora de esas acciones. Ambas

cuestiones, el disparo de la conducta agresiva (en su caso) y hacia quien se dirige esta acción son aspectos ambientales o, cuanto menos, el análisis ambiental ofrece las mayores ventajas para lograr su comprensión y control.

Dos consideraciones complementarias consideramos de interés traer a colación aquí: la primera se refiere al problema de la técnica como mediadora de las relaciones entre el ser humano y la realidad; la segunda acerca del largo camino que existe entre el metabolismo bioquímico y la topografía comportamental concreta que se observa en un ser humano individual.

Cuando empleamos la expresión de « ambiente» somos conscientes de que se trata de un medio sociotecnológico y no natural. Es verdad que la naturaleza posee un enorme poder transformador de la realidad y cuyas fuerzas pueden dar al traste con sociedades complejas (terremotos, por ejemplo), pero usualmente y con la fuerza Se da la vida día a día parece que estamos viviendo en una sociedad mediada por la técnica y que es la técnica la que promueve la mayor parte de las «imágenes del mundo» que empleamos y con las que nos manejamos en nuestra vida diaria: la planificación de las vacaciones, el lugar y formas de trabajar, la programación del ocio y tiempo libre... está influido de forma decisiva por la información que promueven los medios de comunicación masivos y, en los últimos años, el poder de la televisión ha crecido considerablemente. Y resulta un poder y fuente de control considerable para la formación de actitudes, desinformación o información, generación de estereotipos perceptuales, cánones de estética, formación de opiniones...

No se crea que estamos defendiendo un modelo unidireccional en el que el ser humano resulta poco menos que una marioneta en manos de los medios de comunicación. Lo que defendemos es que, dado el enorme desarrollo de estos medios, el ciudadano de a pie todavía no ha desarrollado los mecanismos y recursos adecuados como para «filtrar» y modificar, a su vez, la acción de estos medios. No pensamos que la «imagen» perturba el desarrollo intelectual o personal, sino que lo modifica y reorienta hacia una dinámica, rapidez y estilo discursivo ante el que debe adaptarse para, a su vez, reobrar sobre él. Dicho esto, no debería ignorarse el hecho de que el ambiente, entendido desde una óptica técnica, media las relaciones tanto del ser humano con la naturaleza como la de los seres humanos entre sí.

La segunda consideración que apuntamos más arriba se refería al poder «explicativo» de la bioquímica y/o biología molecular a la hora de entender la conducta violenta. La verdad es que existe un largo camino desde el nivel de calcio o litio en sangre y la conducta violenta, entre los niveles bajos de colesterol que parecen estar presentes en personas que han cometido actos violentos (hacia otros o hacia sí mismos) y esas conductas o, más aún, de las distintas células T, B, K... que propone la inmunología y la topografía de las conductas violentas en su gran diversidad. No decimos que no exista relación, lo que pensamos es que los procesos y caminos concretos que van de un nivel de análisis a otro no se han descubierto y que, para un mismo nivel de elementos considerados « críticos», las acciones que realizan los humanos tienden a ser muy distintas entre sí. Y ello significaría que debe investigarse no solamente más en estas materias, sino, posiblemente, de otra forma y con otros tipos de modelos.

Todo ello lleva, de nuevo, al reconocimiento de la complejidad de lo que significa violencia y, de ahí, la necesidad de proponer algunas guías teóricas de interés.

d) La dicotomización violencia/agresividad y despersonalización/ cercanía emocional. Muchas de las escuelas psicológicas que han estudiado la violencia han diferenciado dos formas básicas de «percibir» y entender a los seres humanos. En una de ellas se insiste en que se trata de un semejante, por lo que se impone aquí una a otra versión del imperativo categórico kantiano de aplicar al otro lo que se aplica para uno(a) mismo(a). En la otra, se trata de percibirlo como un objeto, y, por tanto, las

relaciones que cabe tener con él son las que se tienen con un objeto, con un instrumento o en las que predominan categorías de propia supervivencia o de utilidad.

En la medida en que se perciba al «otro» como un semejante resulta muy difícil justificar la violencia hacia él. Éticamente resulta imposible y físicamente contradictorio; psicológicamente se explicaría tan sólo apelando a estados de alteración de conciencia, despersonalización y, en general, a psicopatología grave y, por lo mismo, ya no guiaría en ellos la percepción de persona-semejante, sino una perturbación de la misma (que podría encontrarse muy cerca de la segunda forma perceptual que hemos anotado). La percepción del otro como un semejante incita a ayuda, altruismo, empatía y comprensión y uno de los mayores retos que tiene la psicología contemporánea (y es posible que desde sus comienzos) consistiría en el descubrimiento de estos patrones de interacción, así como su promoción. Pese a que estas categorías pueden parecer poco objetivas, lo que parece claro es que no son asimilables a entidades físicas, sino que deben ser contextualizadas en un ambiente social-interpersonal más que físico y, posiblemente por eso, su estudio no puede elegir como patrones de estudio modelos provenientes de la ciencia física, sino que deben ser desarrollados desde un entramado conceptual y metodológico psicológico-interpersonal. Posiblemente esta dificultad es la que ha promovido que se conceptualice en muchas ocasiones este acercamiento como subjetivo y escasamente científico, como una « tercera fuerza» dentro de la psicología. Desde la perspectiva más general que se ha apuntado más arriba entre el « ser» y el «deber-ser», esta forma de pensar se encontraría a mitad de camino entre uno y otro polo o, probablemente, con fuertes connotaciones de «deber ser» o de lo que hemos denominado como utopía positiva.

En la segunda forma de percepción predominan elementos de utilidad propia y/o de supervivencia. En ellas se produce una reconversión de categorías por las que las acciones del otro son entendidas o bien con una intencionalidad dirigida al perjuicio propio (lo que convierte al otro en un enemigo) o como acciones de un ser no-semejante y, en todo caso, de orden axiológicamente inferior (las categorías de ordenación axiológicas pueden ser evolucionistas como en el caso de asimilarlo a un animal no-humano, o directamente fisicalistas como objetos o instrumentos que deben ser empleados para el propio beneficio). Desde el punto de vista de la dicotomía entre ser y deber-ser que hemos presentado más arriba, esta forma perceptual se encuentra muy cerca del modelo de ser humano como animal depredador en la que la propia utilidad y el egoísmo (individual o de intragrupo) ocupan un lugar central. La conversión del otro en objeto acerca la psicología a la física en la medida en que se entiende que el otro no actúa por sí mismo, que posee una entidad al servicio de las manipulaciones propias. Esta consideración del ser humano como objeto o enemigo sí permite comprender y aunar la considerable variedad conocida de acciones violentas y de personalidades violentas: todas ellas tendrían en común la consideración del « otro» como enemigo, infrahumano a objeto. Desde el nivel de análisis individual hasta los homicidios a gran escala es posible que todos ellos posean esta nota en común.

No todo son elementos negativos en esta manera de percibir y de ofrecer entidad al ser humano: tradicionalmente la mayor cantidad de información que ha sido ofrecida por la medicina se ha obtenido desde esta perspectiva (de otra forma, resulta difícil poder comprender la realización de una disección anatómica o de una intervención quirúrgica menor o mayor); por lo que se refiere a la psicología, la nomenclatura de la psicología como ciencia natural se encuentra plagada de esta forma perceptual. De hecho, parece que un proceso de « objetualización» en mayor o menor grado debe encontrarse presente en todo tipo de conocimiento científico-natural en el mundo de las relaciones sociales: los economistas analizan contingentes, estructuras y dinámicas económicas en las que el ser humano individual no está presente, ni mucho menos su consideración como ser humano, con sus vivencias, sufrimientos, recuerdos y expectativas. Otro tanto hay que decir respecto a los datos de la sociología y, por lo que se refiere a la psicología, los seres humanos individuales son sustituidos por variables y dimensiones. Es posible pensar que estas consideraciones « objetales» o « instrumentales» han

representado un primer paso en el análisis de la realidad humana personal y, desde los estudios de laboratorio y asimilados, han aportado conocimientos importantes para entender el «funcionamiento natural» del organismo humano; sin embargo, es posible asimismo que se requiera una nueva revolución científica para proporcionar unas maneras de pensar y unos modelos científicos esencialmente personales o interpersonales y que formen el entramado básico de unas ciencias sociales que puedan, con ello, llegar a su mayoría de edad. El autor de estas líneas piensa, con todo, que esta posibilidad se encuentra lejana (caso de ser viable) y, por otro lado, es posible que con ello se configure un tipo de conocimiento que no sea el proveniente de la ciencia natural, puesto que la definición de ciencia, por difusa que sea, siempre lleva consigo una serie de constricciones dado que arrancó desde una concepción concreta de lo que significa conocimiento y aplicado al mundo físico. Todo lo que sobre esto pueda escribirse en nuestros días no pasa de ser ciencia-ficción.

El autor de estas líneas se confiesa un admirador y amante de la ciencia-acción aunque hace lo posible por diferenciar el análisis científico de la imaginación pseudocientífica (que posee una dosis considerable de pensamiento desiderativo). Entre uno y otro polo se encuentra una alternativa que ha pasado de ser imaginación pura a plasmación concreta con aportaciones científicas de cierto peso, que proviene de una reinterpretación de la psicología de la inteligencia y que nos lleva al último punto de reflexión que planteamos al comienzo: la posibilidad de que exista más de una racionalidad para explicar el mismo fenómeno.

e) El problema del pensamiento dicotómico o de la racionalidad única. De antiguo en la tradición diferencialista de la inteligencia ha existido la polémica acerca de la existencia de una inteligencia o de muchas y, en la medida en que esta dicotomía llevaría a la base la existencia de un único conjunto de operaciones y de deducciones o varias, el problema podría replantearse tal y como lo venimos haciendo desde hace unos años como la opción de que exista más de una forma discursiva para la solución de un único problema. En la medida en que la racionalidad deba entenderse en singular, ello querría decir que los seres humanos pondrían en funcionamiento un único conjunto de operaciones para la solución de todo tipo de problemas. En la medida en que exista más de un tipo de racionalidad, ello implicaría que pueden existir distintos procesos involucrados en la solución de problemas distintos. Y el descubrimiento y potenciación de estas operaciones y formas distintas de racionalidad representa una meta educativa deseable.

Sin embargo, al igual que esta diversidad lleva consigo ventajas también puede representar una fuente de problemas; en la medida en que se emplee una forma de racionalidad para resolver problemas que siguen una lógica distinta los problemas alcanzarán soluciones parciales, provisionales y, obviamente, de una transitoriedad y provocando efectos secundarios muy fuertes.

Históricamente han aparecido distintas formas de racionalidad (entendidas como explicaciones «raciomórficas» de la realidad) que han sido predominantes en épocas asimismo distintas. La imagen teocéntrica ha dado lugar tanto en oriente como en occidente a una racionalidad justificacionista y asentada en criterios de autoridad de los «antiguos»; la filosofía racionalista ha dado lugar a formas de discurso que han cubierto un rango de soluciones en la época moderna que van desde la monarquía absoluta hasta la crítica feroz del teocentrismo pasando por el absolutismo en la evolución de la historia de Hegel; el materialismo filosófico, por su parte, generó la nuova scienza galíleana y el materialismo dialéctico y, en alguna de sus derivaciones, ofreció un sustrato ideológico justificativo de la revolución francesa y la génesis del moderno parlamentarismo. La revolución científica y técnica a su vez, con la masificación y el consumismo, está generando una forma de pensar liberal en la que junto a la acracia intelectual y el «pasotismo» existe un lema principal en el que lo que vale es lo que cotiza en bolsa. Y, finalmente, la denominada revolución de la información y/o de los ordenadores está promoviendo una lógica de pensamiento y actuación que ha sido estudiada tan sólo en algunas

parcelas, sin que exista un modelo comprehensivo y general respecto a las implicaciones y co-implicaciones que lleva consigo con la especie humana.

Todo lo que se ha dicho en este punto posee un objetivo claro: intentar romper una lanza en favor del pluralismo de racionalidades, proponer un estudio de esas racionalidades distintas y defender una utopía positiva en el sentido de promocionar un orden social en el que esas y otras racionalidades tengan cabida dentro del respeto a la pluralidad misma.

La imagen aproximada de ser humano que defendemos sería la de un conjunto de sistemas de funcionamiento, todos ellos con una racionalidad que les es propia y diversa entre sí. Que este ser humano aplica una a otra forma racional de análisis y actuación en función del contexto en el que vive y sobre lo que el contexto le permite y que tan malo es defender la primacía y valor absoluto de una como de otra forma de racionalidad, entre otras cosas porque esta proclamación representa la exclusión de todas las demás y la extorsión de una o unas frente a las otras, imponiéndose a ellas. En el cultivo del respeto mutuo y la consideración del ser humano como ser humano dentro de una multiplicidad de «racionalidades» como maneras de pensar, sentir, percibir, creer y actuar es posible que se abra un camino en el que las personalidades violentas aparecidas hasta el momento puedan canalizarse sin esa violencia y sin provocar el daño a los demás.

Claro está que ya nos encontramos en una propuesta del deber ser más que del ser, y de un deber-ser múltiple y diverso. Sin embargo, esta propuesta tiene la ventaja de ir acercándose al reconocimiento de esa diversidad sin necesidad de patologizar y, a la vez, en un intento por encontrar canales de expresión no violentos. Obviamente el autor de estas líneas no posee la solución a este problema, entre otras cosas porque debe existir más de una solución posible. Sin embargo, piensa que señalar el camino hacia el reconocimiento de esa diversidad y proponer una comprensión y estudio lo más profundo posible de ese funcionamiento plural bien ha merecido ocupar el tiempo del lector con la esperanza de ofrecer opciones distintas a las más comunes en los manuales en los que se trata de este tema.

En todo caso, agradezco al director de la monografía el honor que me ha dispensado al pedirme que escribiera unas páginas de presentación. Pienso que el libro ofrece una diversidad de perspectivas y que los autores han ofrecido el fruto de su experiencia bibliográfica y de investigación en un tema que, desgraciadamente, está siendo de rabiosa actualidad desde hace ya algunas décadas en este país.

Introducción

No es fácil adentrarse en el estudio de las conductas violentas. Los términos mismos referidos habitualmente sin mayores precisiones (agresividad, violencia, delincuencia) --y que en modo alguno son intercambiables-inducen a la confusión. Los juicios de valor añadidos contribuyen, por otra parte, a complicar aún más la cuestión.

Arraigada profundamente en la estructura psicobiológica del organismo y entroncada con la evolución filogenética de la especie, la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. Desde esta perspectiva, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos.

La violencia, por el contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva. Todas las personas son agresivas, pero no tienen, afortunadamente, por qué ser necesariamente violentas. A su vez, la violencia puede, en algunos casos, desencadenarse de forma impulsiva o ante diferentes circunstancias situacionales (el abuso de alcohol, una discusión, el contagio emocional del grupo, el fanatismo político o religioso, la presencia de armas, etc.); en otros, presentarse, como en el caso de la violencia psicopática, de una forma planificada, fría y sin ningún tipo de escrúpulos.

Desde otro punto de vista, la delincuencia no es sino la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado --representados en el ordenamiento jurídico- y puede venir acompañada o no de conductas violentas. Es decir, no todos los delincuentes son violentos (por ejemplo, en la delincuencia de cuello blanco o en el narcotráfico) ni todos los violentos (por ejemplo, en ciertos casos de violencia familiar) son necesariamente delincuentes.

No tomar en consideración todas estas precisiones puede llevar a errores serios en la planificación de soluciones y a la confusión de diseñar programas terapéuticos y/o preventivos homogéneos para problemas distintos.

El ser humano es el único animal que hace daño sin necesidad y que además puede disfrutar con ello. Todas las sociedades han creído estar viviendo los momentos más violentos de la Historia. Nuestra sociedad no es más violenta que la de otras épocas, y quizá sea la menos violenta que ha conocido la Historia. Los códigos de honor y de sangre -fundamento mismo de la Historia- han desaparecido. En general, la violencia ha perdido la dignidad y legitimación social que ha tenido hasta el siglo pasado. Los desacuerdos a nivel individual y colectivo no suelen resolverse actualmente por el use de la fuerza, sino a través de diferentes estrategias de solución de problemas. No obstante, la presencia de los acontecimientos violentos de la vida en la televisión -que sí es un fenómeno nuevo- produce un gran impacto por la intensa fascinación que de siempre ha ejercido la violencia sobre el hombre a influye en la percepción de la gente de que ahora son más frecuentes los sucesos violentos.

Los protagonistas de la violencia social no suelen ser habitualmente enfermos mentales (y, por tanto, no pueden ser tratados como tales), sino más bien personalidades antisociales desarrolladas en medio del abuso infantil, de los problemas económicos, de la humillación del castigo físico sistemático o de la ruptura familiar. La violencia, en definitiva, se incuba con frecuencia en el seno de la familia. De hecho, en Estados Unidos, en uno de cada cuatro homicidios el agresor y la víctima tienen una vinculación familiar. Las personas que han experimentado estos problemas en la infancia no desarrollan un sentimiento empático hacia el sufrimiento humano. Muchos de estos sujetos adolecen de una falta de resonancia emocional y carecen de afecto, de emociones y de sentimientos. Cuando crecen, tienden,

en general, a cometer actos violentos, especialmente cuando, como ocurre con frecuencia, tienen un fácil acceso a las armas.

El alcohol o las drogas son con frecuencia el detonante principal de la violencia, que, en ocasiones, puede estar acentuada por el impacto de la pornografía y del mimetismo de las películas violentas. Los trastornos de conducta y las drogas constituyen un cóctel explosivo. Las personas violentas, cuando están en grupo, se contagian emocionalmente, se escudan en los otros para cometer las mayores atrocidades y actúan como las manadas de lobos, con mayor agresividad que en solitario. Por otra parte, el afán de notoriedad, al salir el crimen o el delito en los medios de comunicación, es un potente reforzador de este tipo de conductas.

No se puede hablar de un perfil psicológico preciso de los protagonistas de los comportamientos violentos. Se abusa con frecuencia de la aplicación de diagnósticos psiquiátricos a personas que no son otra cosa que delincuentes o individuos con una carga destructiva desproporcionada. Los verdaderos enfermos mentales suelen ser más víctimas de la violencia que causantes de crímenes.

Se trata en realidad de un problema psicosocial. Las personas violentas proceden de un nivel socioeconómico bajo, residentes en barrios marginales y viviendas hacinadas, sin escolaridad suficiente, subempleados o en paro, con un cociente intelectual limitado y criados en el seno de familias desorganizadas. La sociedad actual es más sensible y más culta, pero existe, sin embargo, un gran desnivel entre los ricos y los marginados, que ven la opulencia a su alrededor como en un escaparate. Por otra parte, en la televisión hay una gran presencia de modelos que obtienen metas deseables (dinero, poder, sexo, prestigio, etc.) con medios violentos.
Si bien las frustraciones, consideradas como explicación de la violencia, pueden ser un cajón de sastre, entre ellas pueden encontrarse el maltrato infantil (o las humillaciones en la infancia), los celos, las ideologías disparatadas o fascistas, los conceptos erróneos, el miedo insuperable o la crueldad como un trastorno de la personalidad.

Los textos presentados en este libro son fruto de un Curso de Verano que se celebró en la Universidad del País Vasco (San Sebastián, 1993) sobre Personalidades violentas. Al margen de la variedad de los temas analizados, es, justamente, este título genérico el hilo conductor de todos los capítulos que constituyen este volumen. La publicación de las ponencias presentadas en ese curso parece, cuando menos, oportuna. En primer lugar, porque las conductas violentas son muy frecuentes, suponen una alteración personal y social, saltan rápidamente a los medios de comunicación y constituyen un motivo de preocupación profunda en la opinión pública. En segundo lugar, porque resulta necesaria una actualización de los aspectos psicopatológicos y de intervención implicados en los comportamientos violentos. Y en tercer lugar, porque apenas se dispone en castellano de textos puestos al día que abarquen con rigor los temas que figuran en este volumen.

La configuración del libro es novedosa. Más que de un tratado sistemático sobre las personalidades violentas, se trata del estudio detallado de un conjunto de temas enormemente significativos relacionados con la violencia desde una perspectiva psicopatológica y terapéutica (o asistencial, según los casos). En él se exponen, en primer lugar, los aspectos psicopatológicos implicados en las conductas violentas en general y en la violencia sexual en particular. Se analiza, en segundo lugar, el problema de la violencia en el hogar y en el sistema penitenciario, en este último caso con una atención especial al estudio de los permisos penitenciarios de salida. En tercer lugar, se señalan las posibilidades de intervención a nivel clínico, familiar a institucional sobre las personalidades violentas, así como los resultados y límites de dichas intervenciones. Por último, se trazan algunas vías de actuación a nivel preventivo en el ámbito de la familia, de la educación y de los medios de comunicación.

Los autores de los trabajos presentados en este texto dedican en la actualidad buena parte de su quehacer profesional a los temas desarrollados. Justamente por ello, el interés de este volumen deriva de la implicación clínica a intelectual de los autores de los capítulos con los asuntos abordados, que resuman, por encima de todo, un contacto directo con la realidad tratada. En concreto, de los conocimientos específicos del profesor Calcedo sobre los problemas relacionados con la violencia en el medio psiquiátrico; de la experiencia investigadora de los profesores Garrido y Redondo sobre el tratamiento de la delincuencia; de las aportaciones del grupo del profesor De Paúl al ámbito del maltrato infantil; de los estudios del profesor Clemente en el marco penitenciario; de los trabajos del grupo de los profesores Echeburúa y Corral en relación con el maltrato doméstico y con las agresiones sexuales. El resto de los autores se incardinan, de un modo a otro, en estos grupos de investigación.
Los capítulos presentados en este volumen no están --no pueden estarlo- cerrados. Las implicaciones sociales, legales, terapéuticas y aun éticas de las personalidades violentas hacen de estos temas un asunto sujeto a controversia y en permanente evolución científica. Por ello, muchas de las conclusiones -y afirmaciones- contenidas en este texto son novedosas, discutibles y no exentas de polémica. Desde esta perspectiva, este libro aspira a constituirse en un punto de referencia actual en el estudio de las personalidades violentas, sin otra pretensión -que no es poca-- que ser un reflejo del «estado de la cuestión». Si además es un punto de arranque para otras investigaciones sobre los temas abordados en estas páginas, será un motivo de satisfacción adicional para quien escribe estas líneas.

No debo terminar esta introducción sin agradecer expresamente a todos los autores que han hecho posible este libro y que --- me consta - no han regateado esfuerzos en la presentación de sus capítulos. Por último, la edición de este volumen ha sido posible gracias al aliento y al trabajo denodado de los miembros de mi equipo de investigación: Paz de Corral, Belén Sarasua, Irene Zubizarreta, Karmele Salaberría y Javier Fernández-Montalvo. Sin el aliento cotidiano de ellos, sin su disponibilidad incondicional y sin el esfuerzo continuo para resolver cualquier tipo de problemas, hubiera estado tentado de arrojar la toalla en más de una ocasión. Por todo ello -y por la estimulación intelectual constante que me suponen- , mi agradecimiento más sincero.

San Sebastián, junio de 1994. ENRIQUE Echeburúa

PARTE PRIMERA

Psicopatología de la violencia

1 Trastornos de personalidad: concepto, clasificación y evaluación

ENRIQUE ECHEBURÚA

1.1. Introducción

Si el concepto de personalidad es objeto de enconado debate, lo es aún más el de trastornos de personalidad. La psicología científica se ha ocupado de las variaciones de la personalidad normal y ha elaborado algunos modelos teóricos con una buena validez predictiva, pero apenas ha prestado atención a los trastornos de personalidad. En la medida en que éstos no son observables como tales en la clínica, se requiere la realización de inferencias a partir de las conductas del sujeto y se introduce, por ello, un grado alto de subjetividad.

Los trastornos de personalidad se caracterizan por ser formas extremas a inadaptadas de personalidad, bastante estables y duraderas y que se mantienen más allá de unas condiciones específicas ambientales. La identificación de una personalidad anómala depende siempre de la conducta social y, por ello, los criterios para hacerlo son básicamente el resultado de hábitos y convenciones sociales (Avia, 1989).

La aparición del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) supone la introducción en las nosologías psicopatológicas de un sistema multiaxial, en el que hay un eje independiente (el Eje II) reservado a los trastornos de personalidad, que se conceptualizan en número de once. De este modo, los clínicos pueden prestar una atención específica a evaluar dichos trastornos y a analizar el modo en que influyen en los trastornos de conducta del Eje I.

Los trastornos de personalidad no son independientes de los trastornos de conducta del Eje I. De hecho, pueden diagnosticarse simultáneamente con síndromes clínicos pertenecientes a dicho Eje. Es el caso, por ejemplo, de la fobia social y del trastorno de la personalidad por evitación, diagnosticado este último cuando el trastorno de conducta es el modo habitual de comportamiento durante años. Asimismo suelen estar asociados frecuentemente con alteraciones de la conducta alimentaria, con abuso de alcohol y drogas, con accidentes, con infecciones del HIV, con actividad antisocial y con promiscuidad sexual. Sin que se puedan excluir desarrollos independientes, la relativamente frecuente comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos de conducta puede darse porque el trastorno de personalidad actúa como un factor predisponente del trastorno de conducta o porque el trastorno de personalidad es una secuela del trastorno de conducta (López Ibor, 1993).

No obstante, los avances de la psicopatología en las últimas décadas en la conceptualización de los trastornos de conducta no han ido paralelos con el conocimiento de los trastornos de personalidad. El nombre mismo propuesto para algunos de éstos (histriónico, narcisista, límite, etc.) adolece de connotaciones muy psicodinámicas y literarias, cuando no estrictamente subjetivas, y alude a un determinismo intrapsíquico que encubre to que es más directamente observable: una inadecuada adaptación persona-ambiente. No es aventurado afirmar que lo que se conoce de este tipo de trastornos es aún escaso y poco preciso y, por ello, el desarrollo de las técnicas de intervención es asimismo muy precario (Thompson y Goldberg, 1987; Valdés, 1994).

Por otra parte, la indefinición de estos trastornos y la ausencia hasta la fecha de unos instrumentos de evaluación adecuados explican la ausencia de datos epidemiológicos. La frecuencia es, sin embargo, alta. Las personas aquejadas de este tipo de trastornos pueden suponer el 6-12 por 100 de la

población general y el 20-30 por 100 de los pacientes vistos en la práctica psiquiátrica ambulatoria, con un ligero predominio de mujeres (Casey, 1989; Neugebauer, 1980; Morey, 1988a).

1.2. Trastornos de personalidad y enfermedades mentales

Las dimensiones de personalidad normales representan pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el mundo y con uno mismo y se manifiestan en un amplio abanico de situaciones cotidianas importantes desde una perspectiva personal y social. Los trastornos de personalidad, por el contrario, se corresponden con pautas inflexibles y no adaptativas y conducen a limitaciones graves (sociales y laborales) y a un aumento en el malestar subjetivo (Avia, 1989). Las dificultades de adaptación social son probablemente las más definitorias de este tipo de trastornos.

Se trata, por tanto, de pautas de conducta crónicas, nocivas y desadaptadas, que se manifiestan de forma rígida a impiden el aprendizaje de estrategias de afrontamiento nuevas ante las dificultades cotidianas. No es siempre fácil, sin embargo, establecer con nitidez la frontera entre las personalidades normales y las personalidades anómalas, que se distinguen con frecuencia más en cuestión de grado que en aspectos puramente cualitativos (Frances y Widiger, 1986). La indecisión, por ejemplo, deja de ser una característica normal y puede ser reflejo de una personalidad obsesivo-compulsiva cuando lleva a un fracaso repetido en la terminación de tareas a tiempo, en el establecimiento de citas (por no saber con quién ir, qué hacer o a dónde acudir) o en la compra de objetos cotidianos (por la inseguridad sobre los detalles y otras dudas).

Hay tres características que diferencian a las personalidades normales de los trastornos de personalidad (Millon, 1981, 1990):

a) La capacidad de funcionar de un modo autónomo y competente.

b) La posibilidad de ajustarse de una manera eficiente y flexible al medio social.
c) La capacidad de conseguir las metas propias, con el subsiguiente sentimiento de satisfacción subjetiva.

Los trastornos de personalidad aparecen en personas psíquicamente normales, que razonan bien y con un sentido claro de la realidad. No son propiamente enfermedades mentales, como las neurosis o las psicosis. Se diferencian básicamente en cuatro aspectos (Vázquez, Ring y Avia, 1990):

a) Son más bien estables temporalmente y no meramente un conjunto de síntomas que aparecen en una situación determinada.

b) Reflejan alteraciones más globales de la persona y menos circunscritas a unos síntomas concretos.

c) Son egosintónicos, es decir, no molestos subjetivamente, al menos en la misma medida en que lo son muchos de los síntomas experimentados en las enfermedades mentales.

d) Son, por todo ello, menos «cambiables».

Los trastornos de personalidad son duraderos y describen la conducta habitual de una persona. Estos trastornos tienen un comienzo insidioso: normalmente comienzan a ser detectables desde la adolescencia a incluso antes. Tal como figura en la tabla l.l, los trastornos de personalidad revelan la existencia de un contacto con la realidad, pero, por el contrario, la inexistencia de una conciencia de enfermedad.

TABLA 1.1

Alteraciones psicopatológicas

	Conciencia de enfermedad	Contacto con la realidad
Neurosis	Si	Si
Psicosis	No	No
Trastornos de personalidad	No	Si

Desde una perspectiva actitudinal, y a diferencia de las enfermedades mentales, los trastornos de personalidad tienden a suscitar un cierto rechazo en la sociedad e incluso entre los mismos terapeutas. El diagnóstico de trastorno de la personalidad conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Las personas aquejadas de estos trastornos son percibidas como manipuladoras, buscadoras de atención, molestas, no mentalmente enfermas, con capacidad para controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico. Por ello, se las considera con un cierto control voluntario sobre sus conductas y, por tanto, responsables de las mismas. La vigencia de estas actitudes está relacionada, a su vez, con un cierto rechazo -explícito o implícito- de los centros asistenciales a tratar a este tipo de sujetos (Lewis y Appleby, 1988).

1.3. Clasificación de los trastornos de personalidad

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), hay once trastornos de personalidad, agrupados en tres grandes tipos, y dos categorías provisionales adicionales. No hay notables discrepancias entre las modernas tipificaciones anglosajonas y las descripciones fenomenológicas de la psiquiatría centroeuropea, si bien esta última se ha nutrido más de la teorización psicológica y de otras influencias culturales ajenas a la clínica (Valdés, 1991).

A) Sujetos raros y excéntricos

Se incluyen en este grupo las personas con una incapacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, que deriva de una mala socialización, de una introversión muy acentuada, de una inestabilidad emocional y de una radical independencia. El aislamiento social suele ser el resultado, en estos casos, de la falta de una mínima empatía afectiva.

A diferencia de los sujetos incluidos en las otras dos categorías, en que las alteraciones tienden a declinar más a11á de la edad juvenil, los trastornos de personalidad incluidos en este grupo apenas experimentan cambios a o largo de la vida de los sujetos (Reich, Nduaguba y Yates, 1988).

Una descripción esquemática de los trastornos incluidos en este grupo figura en la tabla 1.2.

TABLA 1.2

DSM-IV: Sujetos raros y excéntricos (Valdés, 1991, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno paranoide	Desconfianza excesiva e injustificada. Suspicacia. Hipersensibilidad. Restricción afectiva.	Independientes
Trastorno esquizoide	Dificultad para las relaciones sociales. Ausencia de sentimientos cálidos. Indiferencia a la valoración y a los sentimientos ajenos.	Introvertidos Mal socializados
Trastorno esquizotípico	Anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, sin reunir los criterios de esquizofrenia.	Inestables emocionalmente

Trastorno paranoide de la personalidad

Se trata de personas muy sensibles que están siempre a la defensiva, manifiestan continuamente ideas y preocupaciones no justificadas y una desconfianza extrema hacia los demás ante la certeza percibida de que tratan de engañarles. Por ello,
tienden a ser suspicaces, celosos y a buscar siempre motivaciones ocultas en la conducta de los demás. Pueden ser observadores agudos y penetrantes, correctos en su percepción, pero errados en su juicio. Como consecuencia de todo ello, las dificultades en las relaciones interpersonales, tanto desde una perspectiva afectiva como de la integración en un equipo de trabajo, son muy grandes (Avia, 1989).

Son, en general, personas orgullosas, rígidas, poco flexibles y frecuentemente conflictivas. Carecen de sentido del humor, rechazan fuertemente las dudas y las autocríticas y su estado de ánimo oscila entre la irritabilidad y los celos. El tipo de vida más bien solitario suele ser frecuente entre ellos.

La personalidad paranoide -más frecuente en hombres que en mujeres- se puede presentar en dos versiones (Valdés, 1991): una «dura», afirmativa y litigante, y otra «blanda», muy sensible y lastimera. En este último caso predominan la hipersensibilidad, el rencor y el sentimiento de ser tratado de manera desconsiderada.

Trastorno esquizoide de la personalidad

Estas personas no tienen apenas relaciones interpersonales porque carecen de interés por las mismas, no muestran afecto por los demás y resultan indiferentes ante los sentimientos de las personas que les rodean y ante las críticas o elogios de ellas.

Desde una perspectiva intrapsiquica, tienden a mostrar deficiencias en la espontaneidad y en la expresión de afectos, con una gran frialdad emocional. Desde una perspectiva interpersonal, son muy independientes y manifiestan un aislamiento social, incluso entre su propia familia, sin apenas deseo de relación con otras personas y con poca sensibilidad ante las emociones de los demás.

A diferencia del esquizotípico -asimismo incapaz de establecer relaciones íntimas-, la rareza del esquizoide parece más próxima a un déficit cuantitativo que a una alteración cualitativa. La existencia de estas personas se caracteriza por la introversión, el aislamiento y la vida al margen de la estructura sociofamiliar (Valdés, 1991).

Trastorno esquizotípico de la personalidad

Son los individuos más extraños de todos los incluidos en este grupo de sujetos raros y excéntricos. Se trata de personas excéntricas, con alteraciones en el pensamiento, la percepción, el lenguaje y la conducta, pero que no son suficientemente graves como para ser diagnosticadas de esquizofrénicas. Entre estas alteraciones figuran el pensamiento mágico (telepatía, supersticiones, poderes ocultos, etc.), las ideas de referencia, las ilusiones recurrentes y la incoherencia en el lenguaje.

Las alteraciones perceptivas de estas personas alcanzan también a la autoimagen personal. No son infrecuentes los sentimientos de extrañeza y de despersonalización respecto a sí mismos, así como un atuendo extravagante y un aspecto externo desaliñado. La expresión de emociones es pobre y, cuando se da, tiende a ser inapropiada, con reacciones de extrañeza por parte de las personas que les rodean.

Desde una perspectiva social, las dificultades en las relaciones interpersonales -producto de su frialdad a impenetrabilidad- y la hipersensibilidad a las críticas reales o imaginadas llevan a estas personas a una imposibilidad de participación en la vida social convencional y, en último término, a una situación de aislamiento (Avia, 1989). Por ello, no es raro encontrarse este tipo de personalidad en miembros de sectas esotéricas o entre mendigos y vagabundos.

B) Sujetos emocionales a inmaduros

En este segundo grupo se incluyen los sujetos inmaduros, caracterizados por su labilidad afectiva y por una emotividad peculiar que va acompañada de conductas descontroladas o socialmente poco convenientes (Valdés, 1991).

Si bien los trastornos incluidos en este grupo tienden a ser muy distintos entre sí y hay diferencias notables entre ellos (por ejemplo, entre el trastorno histriónico y el trastorno antisocial), los sujetos inmaduros suelen ser extravertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes. Una descripción esquemática de los trastornos incluidos en este grupo figura en la tabla 1.3.

TABLA 1.3

DSM-IV: Sujetos emocionales e inmaduros (Valdés, 1991, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno histriónico	Conducta reactiva, expresada intensamente y con teatralidad. Egocentrismo y manipulación de los demás.	Dependientes
Trastorno narcisista	Sentimiento de grandiosidad. Fantasías de éxito. Necesidad exhibicionista de admiración. Explotación de los demás.	Extravertidos Mal socializados
Trastorno antisocial	Conducta antisocial continua y crónica. Agresividad. Inicio antes de los 15 años y persistencia en la vida adulta.	Inestables emocionalmente
Trastorno límite	Inestabilidad en el estado de ánimo, en la identidad, en la autoimagen y en la conducta interpersonal.	

Trastorno histriónico de la personalidad

El cambio de denominación de histeria por trastorno histriónico es reciente y obedece a tres razones: suprimir un término que se ha convertido en un insulto, evitar la ligazón de este cuadro clínico con connotaciones sexuales (muy presente en la conceptualización histórica de la histeria) y señalar el carácter nuclear de la teatralidad y de la aparatosidad en este trastorno (Valdés, 1991).

Se trata de personas activas, intolerantes al aburrimiento, extravertidas, muy expresivas emocionalmente, intuitivas y empáticas afectivamente, pero necesitadas insaciablemente de afecto, atención y protagonismo. Esta hipersensibilidad -no exenta de suspicacia- viene acompañada de reacciones exageradas, de una fragilidad emocional y de unas relaciones interpersonales excesivamente inestables y fluctuantes, en las que no son ajenos los intentos de seducción y manipulación.

Lo más característico de las personalidades histriónicas -surgidas a veces en un marco familiar de sobreprotección- es la hipersensibilidad y la tendencia a atribuir a pequeñeces grandes desastres, así como la propensión a la fantasía. De ahí proceden los errores perceptivos, la sobrerreactividad emocional, la variabilidad en los estados de humor y la facilidad con que se pueden sentir humilladas.

De este trastorno de la personalidad emergen frecuentemente en la clínica trastornos de conducta, como somatizaciones, intentos de suicidio, distimias, etc.

Trastorno narcisista de la personalidad

Las personas aquejadas de este trastorno son egocéntricas y despreciativas respecto a las demás, con un sentido exagerado de la propia importancia (a veces fomentado por un exceso de valoración por parte de los padres). Las relaciones interpersonales suelen ser, en consecuencia, arrogantes, distantes a interesadas, frecuentemente caracterizadas por el exhibicionismo y la búsqueda exagerada de admiración y atención. Todo ello lleva a una falta de empatía, a una ausencia de generosidad y a un intento de explotación de los demás al servicio de los propios intereses.

El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por la recurrencia de fantasías de grandeza y de éxito, por la envidia y minusvaloración de los logros de los demás y por una deformación de los hechos reales para acomodarlos a este tipo de fantasías, así como por una falta de reconocimiento de los propios errores o limitaciones. Asimismo es frecuente en estos sujetos la expectativa de contar con los favores y atenciones de las demás personas, como si el estatus de ellos fuera superior al de los demás (Avia, 1989).

Los trastornos de conducta surgen cuando los logros personales y sociales están en abierta contradicción con las fantasías de autocomplacencia.

Trastorno antisocial de la personalidad

Las personalidades antisociales -más frecuentes en hombres- son extravertidas e inestables emocionalmente y se caracterizan por la hostilidad, la rebeldía social y la ausencia de conductas emocionales de miedo ante el castigo y las situaciones arriesgadas, así como por los comportamientos impulsivos, la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para la demora del reforzamiento.

El estilo cognitivo de estas personas está caracterizado por la pobreza de planificación y juicio y por la tendencia a proyectar culpas en los otros sin asumir los propios errores, así como por una falta de

conciencia ante los valores y normas morales. En suma, estos déficits en el equipamiento cognitivo y afectivo son una característica de la impulsividad presente en el trastorno antisocial de la personalidad.

Desde la perspectiva de las relaciones sociales, son personas irresponsables, agresivas y que tienden a violar con frecuencia los derechos ajenos sin sentirse culpables por ello. El consumo de alcohol y de drogas tiende a agravar este tipo de comportamientos.

La inadaptación a la realidad social y la tendencia a la criminalidad son muy marcadas. Son frecuentes la inestabilidad laboral, las dificultades de resolución de los problemas cotidianos ordinarios (económicos, de vivienda, etc.) y la incapacidad de funcionar como pareja y padre responsable. En realidad, estos problemas tienen antecedentes en la infancia en forma de fugas de hogar, absentismo escolar, robos, mentiras, peleas, etc. (Echeburúa, 1987). Las personalidades antisociales se desarrollan más en los ambientes más desfavorecidos de la sociedad, en donde las carencias económicas, la falta de cohesión familiar, el fracaso escolar, el nivel intelectual bajo y el aprendizaje social facilitan la adopción temprana de conductas antisociales y la búsqueda de reforzamientos alternativos poco convencionales.

Trastorno límite de la personalidad

La conceptualización de este trastorno es poco específica y más bien confusa. La inestabilidad, junto con la impulsividad, constituyen las características centrales de este trastorno, que debe originariamente su nombre de límite a la fluctuación en la frontera de la psicosis y la neurosis. Esta inestabilidad puede estar referida al estado de ánimo, que cambia con facilidad de la normalidad a la depresión o a la irritabilidad, o a la conducta interpersonal, que puede oscilar desde una necesidad extrema de atención hasta un rechazo de las relaciones íntimas. De ahí que se haya propuesto también la denominación de cicloide para esta alteración de la personalidad (Millon, 1981).

También son frecuentes en este trastorno las alteraciones en la propia identidad y autoconcepto, así como los cambios bruscos en el rol sexual y en los valores y metas asumidos.

Esta inestabilidad generalizada puede dar lugar a la aparición de síntomas psicopatológicos muy variados y alternantes (obsesivos, histriónicos, psicóticos, etc.), que dificultan el establecimiento de un diagnóstico preciso.

Se trata de personas que no toleran la soledad, que son muy sensibles al rechazo y que carecen de recursos psicológicos para vivir consigo mismos sin ansiedad (Valdés, 1991).

Este trastorno, que se diagnostica frecuentemente por exclusión de otros trastornos y que corre, por tanto, el riesgo de convertirse en un cajón de sastre, se solapa con otras alteraciones de la personalidad, como la narcisista y la evitadora, cuyo valor diagnóstico es asimismo endeble (Avia, 1989).

C) Sujetos temerosos

En este tercer grupo se incluyen los sujetos caracterizados por un miedo patológico, que se puede manifestar, en función del tipo de trastorno, de diferentes formas. Son personas muy sensibles, muy reactivas emocionalmente y poco tolerantes al castigo, sin benehciarse de las experiencias de aprendizaje y con unas estrategias de afrontamiento defectuosas -basadas frecuentemente en la evitación- ante las dificultades de la vida cotidiana. El equilibrio emocional y el funcionamiento autónomo en estas personas aparecen, por ello, seriamente comprometidos.

Si bien los trastornos son distintos entre sí y dependen de las conductas utilizadas para hacer frente a la ansiedad experimentada, los sujetos temerosos suelen ser introvertidos, mal socializados, desajustados emocionalmente y dependientes, con el recurso frecuente a estrategias de evitación y de inhibición (Valdés, 1991).

Una descripción esquemática de los trastornos incluidos en este grupo figura en la tabla 1.4.

TABLA 1.4

DSM-IV: Sujetos temerosos (Valdés, 1991, modificado)

Diagnóstico	Características esenciales	Factores comunes
Trastorno por evitación	Hipersensibilidad al rechazo y a la humillación. Retraimiento social no deseado. Baja autoestima.	Dependientes
Trastorno por dependencia	Dejación a los demás de las decisiones y responsabilidades. Pasividad y dependencia de los demás. Falta de autoconfianza.	Introvertidos Mal socializados
Trastorno obsesivo-compulsivo	Perfeccionismo. Rigidez. Indecisión. Excesiva dedicación al trabajo. Dificultad para expresar emociones.	Inestables emocionalmente
Trastorno pasivo-agresivo	Resistencia laboral o social expresada de forma indirecta (tozudez, demoras, olvidos, etc.).	

Trastorno de la personalidad por evitación

Se trata de personas tímidas a introvertidas que evitan las conductas interpersonales y que, sin embargo, manifiestan un gran deseo de afecto y de aceptación. Se produce una oscilación entre el deseo y el miedo de relacionarse con otros. La hipersensibilidad al rechazo social -el temor a la evaluación negativa- es causa de la ausencia de implicación en relaciones sociales nuevas y del aislamiento social consiguiente. Son asimismo características de estas personas la baja autoestima y la escasa valoración de los propios logros. Por ello, hay un nivel de insatisfacción con los demás y con uno mismo.
Este trastorno viene acompañado de un nivel alto de ansiedad y de cambios de estado de ánimo frecuentes, así como de la utilización de la evitación como estrategia de afrontamiento, al menos en las relaciones sociales.

La evitación continuada de la relación social impide la adquisición de recursos adecuados para la implicación en las conductas intepersonales. Por ello, la inhabilidad social y la ansiedad interpersonal contribuyen a estabilizar la situación de aislamiento.

No son infrecuentes la depresión y la ansiedad generalizada, así como la fobia social, que pueden ser resultado de las limitaciones adquiridas por estas personas en la vida cotidiana, como la soltería y la falta de relaciones, la dependencia de la familia y el temor a asumir responsabilidades o a tomar decisiones que supongan de alguna manera una ruptura con la rutina del quehacer diario (Echeburúa, 1993).

Trastorno de la personalidad por dependencia

Se trata de personas necesitadas constantemente de aprobación, de afecto y de apoyo por parte de las personas que les rodean, con una tendencia a evitar situaciones de tensión y de conflicto interpersonal. Son asimismo personas que manifiestan ansiedad ante la soledad, carecen de iniciativas, abdican de responsabilidades en los otros y son poco asertivas.

Por ello, las personalidades dependientes tienden a ser sumisas y a apoyar a personas más independientes, quienes, a su vez, tienden a reforzar este tipo de comportamientos. De ahí que las conductas dependientes pueden ser resistentes a la extinción y hacer difícil a las personas la adquisición de las habilidades necesarias para obtener refuerzo y satisfacción por sí mismas. La consecuencia de todo ello es una autoestima extraordinariamente baja (Avia, 1989).

El temor a la pérdida de estima de los demás puede llevar a conductas claudicantes, como cambiar sin motivo de opinión, aceptar sin razón que se han equivocado o sacrificarse por los demás incondicionalmente.

Desde una perspectiva psicopatológica, este tipo de personalidad -más frecuente en mujeres- está asociado a los déficits de habilidades sociales y a la experimentación de episodios depresivos.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Se trata de personas rígidas, poco espontáneas, perfeccionistas, de conductas inhibidas, con preocupaciones morales muy acentuadas, sin sentido del humor, con dificultades para expresar las emociones y con una situación de tensión permanente. Muestran dificultades de adaptación a las situaciones nuevas y tienen una dependencia extrema de las normas, las jerarquías y las convenciones sociales de todo tipo. Todo ello es, probablemente, consecuencia de un temor a la pérdida de control y, en último término, al rechazo y de una preocupación por el castigo. Por ello, las situaciones no estructuradas, como vacaciones, fiestas, etc., pueden ser motivo de tensión.
Son personas disciplinadas, muy perseverantes y dependientes del rendimiento y de la productividad, en detrimento del placer y de las relaciones interpersonales. Sin embargo, el detallismo excesivo les lleva a una cierta reiteración y lentitud en las conductas. Son personas inseguras y habitualmente indecisas y dan muchas vueltas a las cosas, con consultas constantes, antes de adoptar una decisión incluso trivial. La menor incertidumbre o improvisación les produce un gran desasosiego.

Desde una perspectiva psicopatológica, este perfil de personalidad hace más probable la aparición de un trastorno obsesivo-compulsivo, pero, no obstante, no hay una correspondencia estrecha entre éste y aquél. Asimismo en estas personas hay una tendencia a la depresión, reflejo probablemente del bajo nivel de autoestima.

Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Son personas emocionalmente inmaduras que se caracterizan por el negativismo y la resistencia pasiva frente a las demandas externas para actuar en contextos laborales y sociales. Son, por tanto, personas contrariadas a ineficaces intencionadamente, que ponen pegas a todo y cuyas conductas se caracterizan por «olvidos», aplazamiento de tareas, etc. Desde esta perspectiva negativista, intentan desbaratar el goce y las aspiraciones de los demás (Avia, 1989; Vázquez et al., 1990).

El rechazo a las conductas de los demás no adopta la forma de una confrontación abierta por temor a la autoridad. Más bien se trata de un rechazo a través de agresiones encubiertas y de una actitud general de obstruccionismo (Valdés, 1991).

Desde otra perspectiva, se trata de personas irritables, pesimistas, rencorosas, que tienen una mala autoimagen y que muestran grandes oscilaciones de humor.

No obstante, la descripción de este trastorno hay que tomarla con cautela. Se trata de una conceptualización de la personalidad muy débil y que cuenta con poco apoyo empírico.

Otros trastornos de personalidad: la personalidad sádica y la personalidad autodestructiva

En el DSM-111-R (APA, 1987) se incluyen tentativamente -a falta de estudios empíricos que las confirmen o rechacen- dos nuevas categorías provisionales de trastornos de personalidad: la personalidad sádica y la personalidad autodestructiva.

La personalidad sádica se caracteriza por conductas crueles, humillantes y agresivas en relación con los demás, así como por una cierta fascinación por la violencia. Se trata de personas autoritarias, dominantes, hostiles, que abusan de los demás y que disfrutan con el sufrimiento ajeno, sin sentimientos de culpa ni de ningún tipo de malestar.

La personalidad autodestructiva se caracteriza, a su vez, por eludir las experiencias satisfactorias y por dejarse arrastrar obstinadamente por situaciones o relaciones que le proporcionan un nivel alto de sufrimiento. Las estrategias de afrontamiento utilizadas se caracterizan por la pasividad.

1.4. Evaluación de los trastornos de personalidad

El diagnóstico de los trastornos de personalidad en la práctica clínica tiende a ser poco Cable, en parte por la definición poco precisa de estos trastornos y en parte por la inexistencia de instrumentos de medida adecuados (Jacobsberg, Goldsmith, Widiger y Frances, 1991).

Por otra parte, la evaluación de los trastornos de personalidad requiere por definición una evaluación longitudinal, es decir, de toda la biografía de la persona. Ello supone una gran diferencia -y una dificultad adicional- respecto a la evaluación de los trastornos de conducta, que suele ser más transversal y tomar en consideración prioritariamente los síntomas presentes en la actualidad (Valdés, 1991).

Las fuentes de información actualmente disponibles son: a) las entrevistas y el juicio del clínico; b) los autoinformes del sujeto, y c) las informaciones complementarias de los familiares o personas que conviven con el paciente. Respecto a esta última fuente, el papel de la misma puede no ser importante en las alteraciones del Eje 1 (porque el síndrome suele ser inmediatamente observable), pero sí en los trastornos de personalidad (por el carácter histórico de dichos trastornos).

Si bien la validez de cada una de estas fuentes está aún por establecer (Widiger y Frances, 1987), la utilización conjunta de todas ellas, así como la observación a lo largo del tiempo, parecen potenciar la validez del diagnóstico.

1.4.1. Las entrevistas clínicas

Las entrevistas clínicas tienen la ventaja sobre los autoinformes de ofrecer al clínico la oportunidad de preguntar al paciente ejemplos concretos de situaciones reales, que, entre otras cosas, sirven para distinguir los problemas situacionales de los rasgos de personalidad.

La limitación de este tipo de entrevistas es el efecto halo, por un lado, y, por otro, que están basadas en la información suministrada por los pacientes.

Según el efecto halo, si el terapeuta incluye unos síntomas, por ejemplo, dentro del trastorno paranoide de la personalidad en la primera fase de la entrevista, puede tener una tendencia a fijarse selectivamente en el resto de la entrevista en este tipo de síntomas y a excluir de su consideración otros síntomas correspondientes a otros trastornos de la personalidad distintos.

No deja de ser sorprendente, por otra parte, que, justamente cuando se pone en entredicho la validez diagnóstica del juicio clínico dé los terapeutas, se traslade la subjetividad a las contestaciones de los pacientes (Widiger y Frances, 1987). El criterio de los pacientes sobre su propia conducta no puede constituirse en el único punto de referencia. Los trastornos de personalidad se caracterizan por la presencia de muchos síntomas egosintónicos y/o socialmente indeseables, de los que el paciente no es consciente o que tiende a ocultar. No es muy adecuado, por ejemplo, preguntarle a una personalidad antisocial si ha mentido repetidamente, si le importa o no la verdad o si carece de remordimientos.

Desde la perspectiva del paciente, no siempre es fácil dar cuenta del estilo habitual de respuesta en diversas situaciones y desde hace tiempo y distinguirlo del estado actual. La información retrospectiva del sujeto puede estar sesgada por el estado de ánimo presente en la actualidad.

En concreto, las entrevistas estructuradas, como el SCID-11 (Spitzer y Williams, 1985), adaptada a los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad del DSM-IV (APA, 1994), han conseguido aumentar los índices de fiabilidad del diagnóstico. Las ventajas del SCID-II son la rapidez con la que se administra y su incorporación dentro de los trastornos del Eje I del IV (APA, 1994).

1.4.2. Los autoinformes

En general, los cuestionarios de personalidad pueden ser utilizados para identificar rasgos de personalidad, pero con pocas excepciones no son aptos para el diagnóstico de los trastornos de personalidad (López Ibor, 1993).

Los autoinformes, en comparación con las entrevistas clínicas, tienden a exagerar los síntomas del paciente, en parte por la interferencia de los factores situacionales en la medida de las variables de personalidad y en parte por la tendencia a la aquiescencia, por un lado, y a la exageración de síntomas, por otro, cuando es uno mismo el que los describe (Vázquez et al., 1990; Widiger y Frances, 1987).

Algunos de los inventarios más utilizados -y que están validados en muestras españolas- son el «Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota» (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1942) -desarrollado por vez primera en los años cuarenta y sin duda el instrumento multidimensional de evaluación clínica más ampliamente usado en Estados Unidos y en el mundo en general- y el « Inventario Clínico Multiaxial de Millon» (MCMI) (Millon, 1977).

a) Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1942).

Consta de 566 ítems y evalúa puntuaciones en diez escalas: hipocondria, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía a introversión social. Una adaptación española de esta prueba ha sido realizada por Seisdedos y Roig-Fuste (1986).

No obstante, y aunque el MMPI ha sido descrito como un inventario de personalidad, está muy influido por los factores situacionales, las categorías psiquiátricas utilizadas son relativamente subjetivas y la asignación de los ítems a ellas es un tanto aleatoria (Eysenck, 1991). Asimismo no resulta adecuado para identificar y diferenciar entre los trastornos de personalidad (Widiger y Frances, 1987).

Por ello, se han diseñado, a partir de esta prueba, algunas escalas específicas para la evaluación de los once trastornos de personalidad señalados en el DSM-III (164 ítems) (Morey, Waugh y Blashfield, 1985), pero los resultados obtenidos hasta
la fecha son contradictorios (Widiger y Frances, 1987) y no se cuenta con una adaptación española de estas escalas.

b) MMPI-2 (Butcher, 1989).

Los cambios experimentados en los diagnósticos psiquiátricos y en la valoración misma de los síntomas desde una perspectiva social y moral desde los años cuarenta hasta ahora han puesto en cuestión la validez del MMPI en la actualidad (Walters, 1983). Por ello, ha sido objeto de una revisión profunda -el MMPI-2- recientemente por parte de Butcher (1989), con el objetivo de renovar el lenguaje anticuado (sexista y moralizante en algunos casos), modificar la estandarización de la prueba, hacer dos formas separadas para adultos y adolescentes y extender los ítems a algunos aspectos clínicos (como los intentos de suicidio, el consumo de alcohol o drogas, etc.) o a ciertas áreas (como el cumplimiento de tratamientos, la sensibilidad al cambio terapéutico, etc.) que en la prueba anterior no se habían desarrollado (Ávila y Jiménez, 1992a).

El formato final de la escala revisada consta de 567 ítems. Las limitaciones de este instrumento -y no es la menor de ellas la longitud de la prueba- en la evaluación de los trastornos de personalidad son las mismas que en el caso del MMPI-1. La versión española del MMPI-2 está siendo preparada en la actualidad bajo la dirección de Ávila (en preparación).

c) Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI) (Millon, 1977).

El «Inventario Clínico Multiaxial de Millon» está más adaptado -y es mucho más corto- que el MMPI a los trastornos de personalidad descritos en el Eje II del DSM-1V. Si bien existe desde 1977, ha adquirido popularidad en las últimas versiones porque se ha adecuado a la evolución de los trastornos de personalidad experimentada en el DSM-III y en el DSM-IV (Del Barrio, 1992).

Este instrumento cuenta con 175 ítems, integrados en veinte escalas diferentes relativas a los estilos de personalidad, los problemas de personalidad graves y los síndromes clínicos. Una adaptación española de esta prueba ha sido realizada por Ávila y Jiménez (1992b).

En concreto, se trata de un autoinforme que integra veinte escalas de interés clínico: once correspondientes a los trastornos de personalidad descritos en el Eje II del DSM-IV, y nueve referidas a síndromes clínicos con una tasa de prevalencia alta en el Eje I: ansiedad, trastorno somatoforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión psicótica a ilusiones psicóticas.

Además de contar con un número de ítems considerablemente más reducido que el MMPI y de distinguir entre los trastornos de conducta del Eje 1 y los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV, permite desarrollar un marco Multiaxial de evaluación, que incluye una descripción completa de la dinámica del síndrome: cuadro clínico, patrón de personalidad, curso del trastorno, estresores psicosociales, gravedad del trastorno a implicaciones terapéuticas.

d) MCMI-2 (Millon, 1987).

El MCMI-II (Millon, 1987), que coincide en el tiempo con la aparición del MMPI-2, constituye la versión más reciente de esta prueba. Esta nueva versión -en proceso de adaptación actualmente en España por Ávila (en preparación)- tiene por objetivo establecer la estructura y la validez externa de los ítems para dos nuevas escalas adaptadas a los- dos trastornos de personalidad recientemente incorporados al DSM-111-R (APA, 1987): la personalidad sádica y la personalidad autodestructiva. De este modo, se han dividido las escalas 6 (antisocial) y 8 (pasivo/agresivo) del MCMI en dos cada una: la 6A (antisocial) y la 6B (agresivo/sádico), y la 8A (pasivo/agresivo) y la 8B (autodestructivo), respectivamente, en consonancia con los cambios introducidos recientemente por el DSM-111-R (Ávila y Jiménez, 1992b).

Por otro lado, en esta versión se han ampliado y refinado las características de los ítems de las escalas ya representadas en la primera versión del MCMI, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la personalidad narcisista o en el de la personalidad límite.

Las propiedades psicométricas de esta prueba son satisfactorias. Las escalas de personalidad tienen una mayor fiabilidad test-retest (0,60-0,71) que las escalas de cuadros clínicos (0,45-0,64) (Murphy, 1990).

1.5. Conclusiones

Los trastornos de personalidad implican importantes alteraciones cognitivas, emocionales y relacionales, así como la ausencia de habilidades específicas y de aprendizajes sociales.

No obstante, las once categorías propuestas -y los tres grandes tipos que las abarcan- cuentan con escaso apoyo empírico y tienen un cierto carácter convencional, ya que no aparecen bien delimitados en los análisis factoriales efectuados (Schroeder y Livesley, 1991). ¿Por qué no figuran, sin embargo, algunas otras categorías, con un cierto apoyo empírico, como la personalidad coronaria (el patrón de conducta de Tipo A) o la personalidad predispuesta a padecer enfermedades? De hecho, en el DSM-111-R (APA, 1987) se han incluido de modo provisional, a falta de una mayor validación empírica, otras dos: la personalidad autodestructiva y la personalidad sádica. Junto a trastornos bien delimitados, como el antisocial, el esquizoide, el histriónico y el obsesivo-compulsivo, otros, como el pasivo-agresivo, tienen una fiabilidad muy baja, y algunos, como el límite y el esquizotípico, se han aceptado a pesar de la evidencia contradictoria (Avia, 1989; Mellsop, Varghese, Joshua y Hicks, 1982). En conjunto, el índice de fiabilidad de los trastornos de personalidad es más bien bajo (en torno a un índice kappa de 0,30) y, por ello, hay que ser cautos en la utilización de etiquetas diagnósticas basadas en ellos.
La escasa fiabilidad de los trastornos de personalidad se debe a que son frecuentemente estados límites con la normalidad (¿en qué momento la impulsividad, las relaciones inestables y los sentimientos de vacío rebasan el umbral clínico?) y a que presentan problemas de solapamientos entre sí y con los trastornos del Eje 1 (por ejemplo, entre la personalidad autodestructiva y la depresión o entre la personalidad por evitación y la fobia social de tipo generalizado). Además, admitir la existencia de rasgos individuales desconectados por completo de las situaciones en las que actúa el

sujeto resulta inadecuado. Por otra parte, el diagnóstico exige más juicio clínico a inferencia que los principales trastornos del Eje I.

El solapamiento entre los trastornos de personalidad es muy alto. Por una parte, algunos síntomas, como el aislamiento social, son comunes a diversos trastornos de personalidad (el evitativo, el esquizoide y el esquizotípico). Por otra, no deja de ser preocupante, desde una perspectiva psicopatológica, que las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados con un trastorno de personalidad lo sean también de otro (Morey, 1988a; Vázquez et al., 1990).

Por lo que se refiere a las dos nuevas categorías propuestas en el DSM-I1I-R (APA, 1987), la personalidad sádica cuenta con algún apoyo empírico, pero no así la personalidad autodestructiva, que supone una denominación poco afortunada y que puede solaparse en buena medida con la personalidad dependiente (Morey, 1988b).

Por otra parte, la categorización misma de los trastornos de personalidad no es ajena a ciertos sesgos culturales. En concreto, la sobrerrepresentación femenina en algunos trastornos de personalidad, como el dependiente, el histriónico y el autodestructivo, puede reflejar la psicopatologización de ciertas conductas y roles asignados y reforzados socialmente en la mujer: dependencia, emocionalidad y entrega a los demás, respectivamente (Kaplan, 1983; Vázquez et al., 1990).

Por último, en los criterios diagnósticos del DSM-IV de los trastornos de personalidad, que funcionan meramente como un listado no jerarquizado de síntomas y que posibilitan la existencia de diferentes combinaciones de síntomas -incluso bastante heterogéneas-, figuran mezclados niveles descriptivos diversos (fisiológicos, afectivos, cognitivos, interpersonales, etc.) que dificultan la operacionalización de los trastornos. Todo ello viene acompañado, además, de una conceptualización de la personalidad compartimentada en rasgos, y alejada de una perspectiva situacionista, que hoy es difícilmente sostenible (Vázquez et al., 1990). Quizá todo ello explique la escasa relación existente en la actualidad entre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de los trastornos de personalidad.

2 Trastorno antisocial de la personalidad

PAZ DE CORRAL

2.1. Concepto y características fundamentales

Las personalidades antisociales constituyen el caso más llamativo de anomalías en la adquisición de los aprendizajes normativos y acostumbran a crear trastornos de todo tipo en las personas que los rodean. Además, han suscitado una gran alarma social por los factores de criminalidad que están asociados a ellas.

Estas personalidades han sido llamadas por Millon (1981) personalidades agresivas por considerar que el término antisocial incluye una connotación valorativa y que algunas características de personalidad similares se encuentran también en individuos que no atentan abiertamente contra los usos y las convenciones sociales.

No es fácil estudiar este trastorno porque se mezclan los conceptos de criminalidad, sociopatía y trastorno antisocial de la personalidad. Los psicópatas -vieja denominación de este tipo de trastorno- han sido denominados también sociópatas por dos motivos: a) el no ser alteraciones de índole congénita; y b) el constituir una personalidad que, precisamente por su modo de ser, deviene en una inadaptación social.

El término psicópata no resulta en la actualidad una palabra adecuada. Es la denominación de una especie (psicopatías frente a neurosis y psicosis) mediante un nombre genérico (etimológicamente, psicopatía debería incluir todas las presuntas alteraciones de la conducta, como cardiopatías incluye todas las alteraciones cardíacas). Por otra parte, tiene unas connotaciones que no son válidas en la actualidad. De hecho, hace referencia a disposiciones constitucionales, incluso hereditarias, a «degeneraciones» biológicas y psicológicas (de tipo moral incluso), que han sido resultado de la especulación positivista del siglo xix (Castilla del Pino, 1980; MeCord, 1982). No es asimismo infrecuente la utilización del término referido impropiamente a las personas agresivas que nos resultan molestas.

Por todo ello, el término psicopatía es sustituido en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) por el de trastorno antisocial de la personalidad, que acentúa los rasgos antisociales de este trastorno. El rasgo de asocialidad se constituye, por tanto, en un componente central y sirve para diferenciar a las personas aquejadas de este trastorno del resto de los delincuentes, que al menos poseen una cultura

(delictiva) con la que se pueden identificar y que son capaces de funcionar adecuadamente dentro de su grupo, manifestando lealtad, sentimientos de culpa y afecto (Garrido, 1993).

Este trastorno es a menudo extraordinariamente incapacitante porque los primeros síntomas que aparecen en la niñez interfieren con el rendimiento educativo y dificultan la profesionalización ulterior. Después de los 30 años, la conducta antisocial más flagrante puede disminuir, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas y la delincuencia. Si bien pueden madurar con el paso de los años, son objeto de tantas complicaciones biográficas (manicomios, encarcelamiento, aislamiento familiar y social, etc.) que es difícil hablar de la normalización de su personalidad en la vida adulta (Valdés, 1991).

Los rasgos nucleares del trastorno antisocial de la personalidad son los comportamientos impulsivos, sin reparar en las consecuencias negativas de las conductas, la ausencia de responsabilidades personales y sociales, con déficits en la solución de problemas, y la pobreza sentimental, sin sentimientos de amor y culpabilidad. Como consecuencia de todo ello, estas personas carecen del mínimo equipamiento cognitivo y afectivo necesario para asumir los valores y normas morales aceptados socialmente. Un perfil descriptivo global del trastorno antisocial de la personalidad figura en la tabla 2.1.

TABLA 2.1

Trastorno antisocial de la personalidad

Faceta	Conductas
Global	Impulsivo e imprudente, con gusto por el riesgo e insensible al castigo. Incapaz de aprovechar las enseñanzas de la experiencia pasada.
Relación interpersonal	Provocador, con menosprecio por los demás y con un rechazo de la compasión social y de los valores humanitarios.
Estilo cognitivo	Personalista, con una tendencia a traducir las conductas de los demás en términos de las propias necesidades.
Expresión afectiva	Hostil y fácilmente excitable. Vengativo y sin sentimientos de culpa. Inmaduro emocionalmente.
Autopercepción	Competitivo, independiente y dominador sobre los demás.

Desde la perspectiva del DSM-IV (APA, 1994), las conductas más alteradas del trastorno antisocial de la personalidad están relacionadas con la incapacidad de mantener una conducta laboral consistente, la irresponsabilidad en los deberes familiares, la irritabilidad constante, la ausencia de conductas de temor y de culpa, las dificultades de adaptación a las normas, la promiscuidad sexual, el abuso de sustancias y la necesidad de «acción», con dificultades para soportar el aburrimiento o la vida rutinaria. Los problemas más comunes derivados de este tipo de conductas figuran expuestos en la tabla 2.2. En concreto, el abuso de alcohol o de otras sustancias
adictivas, que facilita la expresión de la conducta antisocial, está presente en más del 60 por 100 de los pacientes aquejados de un trastorno antisocial de la personalidad (Lewis y Bucholz, 1991)

TABLA 2.2

Problemas más comunes entre personalidades antisociales (Robins, 1966)

Área de conflicto	Porcentaje
Problemas laborales	85
Problemas de pareja	81
Dependencia económica	79
Arrestos	75
Abuso de alcohol	72

Una limitación de este enfoque es que hay una cierta superposición entre las conductas antisociales con las conductas delictivas y que se puede equiparar este trastorno con la delincuencia. Si bien hay una clara relación entre ambos conceptos, no son sinónimos y ninguno de los dos términos es inclusivo del otro (Aluja, 1991). Además, el DSM-III-R excluye o relega a un segundo plano de la conceptualización de este trastorno algunas dimensiones de personalidad o limitaciones cognitivas o afectivas que suelen estar presentes en el mismo, como el egocentrismo patológico, la pobreza de planificación y juicio, la superficialidad de los afectos, la falta de empatía o la tendencia a la manipulación (Cleckley, 1976; Garrido, 1993). Es decir, el énfasis del DSM-III-R en la descripción de las conductas antisociales se hace a expensas de una minusvaloración de los aspectos cognitivos y afectivos de este trastorno.

Por ello, basados en el trabajo previo de Cleckley (1976), Hare, Hart y Harpur (1991) han propuesto diez criterios diagnósticos para el trastorno de la personalidad psicopática, que resultan más amplios a integradores que los del DSM-IV y que abarcan dos factores diferenciados: el deterioro de la afectividad y de las relaciones interpersonales, por un lado, y el estilo de vida impulsivo, antisocial a inestable, por otro. Estos criterios diagnósticos figuran expuestos en la tabla 2.3.

2.2. Prevalencia del trastorno

El trastorno antisocial de la personalidad puede afectar a un 2 por 100 de la población. En Estados Unidos la tasa de prevalencia es del 3 por 100 en varones y del 1 por 100 en mujeres. Esta mayor preponderancia en el sexo masculino se explica por diferencias hormonales y por la disonancia cognitiva entre ser femenina y adoptar comportamientos violentos, así como también por ciertos trastornos predisponentes en la infancia que son más frecuentes en chicos, como la disfunción cerebral mínima, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención y los problemas de

TABLA 2.3

Criterios para el trastorno psicopático de la personalidad (Hare, Hart y Harpur, 1991)

1.	Locuacidad y encanto superficial.
2.	Autovaloración exageradamente alta. Arrogancia.
3.	Ausencia total de remordimiento.
4.	Ausencia de empatía en las relaciones interpersonales.
5.	Manipulación ajena y con recurso frecuente al engaño.
6.	Problemas de conducta en la infancia.
7.	Conducta antisocial en la vida adulta.
8.	Impulsividad.
9.	Ausencia de autocontrol.
10.	Irresponsabilidad.

Factor 1 (5 primeros ítems): Deterioro de la afectividad y de las relaciones interpersonales.
Factor 2 (5 últimos ítems): Estilo de vida impulsivo, antisocial e inestable.

conducta en la niñez. Cuando aparece en chicas, este trastorno va asociado frecuentemente a la politoxicomanía, a la promiscuidad sexual sin placer y a los múltiples embarazos no deseados.

Este trastorno está sobrerrepresentado en la población de clase baja, en parte por las carencias sociales y económicas, que dificultan un desarrollo de la personalidad equilibrado, y en parte por el ambiente empobrecido de educación que se da al crecer los hijos con padres que, frecuentemente, están aquejados de este mismo trastorno. El nivel intelectual tiende a ser bajo y es un resultado, al

menos en parte, de los déficits de estimulación (sensorial, motriz, de espacio físico, etc.) que son característicos de la pertenencia a una clase social baja.

De hecho, el trastorno es 5 veces más frecuente entre los parientes biológicos de primer grado de los hombres con este problema que entre la población general. Los estudios de adopción muestran que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo en este grupo de alteraciones psicopatológicas. Por ello, los hijos adoptivos y los biológicos de padres con este cuadro clínico tienen mayor riesgo de presentar un trastorno antisocial de la personalidad. Según Merikangas y Weissman (1986), hay un componente genético importante en este tipo de trastorno.

2.3. Factores antecedentes y predisponentes

El diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad requiere contar con un mínimo de 18 años y presentar una historia de alteraciones de conducta desde antes de los 15 años. Este trastorno hunde, por tanto, sus raíces en la infancia.

Entre los factores antecedentes más comunes se encuentran las dificultades de adaptación a la escuela (fracaso escolar, absentismo, falsificación de notas, expulsión
de la escuela, etc.), las fugas de casa, los comportamientos violentos y actos de vandalismo, la crueldad con las personas y los animales, las mentiras .reiteradas, los robos, la promiscuidad sexual precoz y el contacto temprano con el alcohol y las drogas. El denominador común de todos estos factores es la transgresión de las normas de conducta en el hogar y frente a la sociedad.

Otras alteraciones presentes en la infancia son las deficiencias académicas, las relaciones interpersonales pobres (es decir, la ausencia de aceptación social dentro del grupo) y los procesos cognitivos y atribucionales alterados, como déficits de solución de problemas, predisposición a atribuir intenciones hostiles a los demás, etc.

No es infrecuente la aparición en la infancia de otros trastornos de conducta asociados, como el consumo de alcohol y drogas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que pueden afectar al 70 por 100 de los niños antisociales entre los 7 y 13 años.

Un aspecto de interés, desde la perspectiva de la prevención primaria, es la determinación de la vulnerabilidad psicológica al trastorno antisocial de la personalidad. Si bien quedan aún muchos interrogantes al respecto, algunos factores predisponentes son los malos tratos en la infancia, la vivencia fuera del hogar, el desarrollo sin figura paterna, la ausencia de disciplina y, por último, la extraversión y el neuroticismo como dimensiones de personalidad, que dificultan el aprendizaje de las normas de conducta. De hecho, no se corrigen ni se acongojan cuando reciben castigos.

2.4. Evaluación del trastorno antisocial de la personalidad

El interés creciente por la detección temprana de las conductas antisociales ha llevado al desarrollo de instrumentos de evaluación en la infancia que sirven para evaluar, en algunos casos, las conductas antisociales y,/o delictivas y, en otros, la tendencia a la conducta antisocial. Una lista de los principales instrumentos disponibles actualmente elaborados en (o adaptados a) muestras españolas, con sus correspondientes características, figura en la tabla 2.4.

TABLA 2.4

Evaluación de las conductas antisociales en la infancia

Instrumentos	Autores	Edad	Factores medidos
EPQ-J «Cuestionario de Personalidad»	Eysenck y Eysenck, 1975 (TEA, 1978)	8-15 años	Inestabilidad emocional. Extraversión. Dureza. Tendencia a la conducta antisocial.
A-D «Cuestionario de Conductas Antisociales/Delictivas»	Seisdedos, 1988 (TEA, 1988)	>8 años	Escala antisocial. Escala delictiva.

El trastorno antisocial de la personalidad propiamente dicho ha sido objeto de evaluación por medio de entrevistas estructuradas y de autoinformes. En los párrafos siguientes se toman en consideración únicamente los instrumentos específicos de evaluación de dicho trastorno y se excluyen, por tanto, otros instrumentos generales, como algunas entrevistas (el Diagnostic Interview Schedule o el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, por ejemplo) o autoinformes (la escala de socialización del < Inventario Psicológico de California», la escala de desviación psicopática del MMPI o la escala antisocial del MCMI-2, por ejemplo) que se centran en unidades de análisis más amplias y que no tienen, por tanto, como objetivo fundamental valorar el trastorno antisocial de la personalidad.

Una lista de los principales instrumentos disponibles, con sus características principales, figura en la tabla 2.5.

TABLA 2.5

Instrumentos específicos de evaluación del trastorno antisocial de la personalidad

Instrumentos	Autores	Núm. de ítems	Factores medidos
Entrevistas			
Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)	Hare, 1991	20	Deterioro interpersonal y afectivo. Estilo de vida impulsivo, antisocial e inestable.
Autoinformes			
«Escala de Psicopatia» (SRP)	Hare, 1985	29	

2.4.1. Entrevistas estructuradas

El Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991), desarrollado en el marco de una prisión, es una escala heteroaplicada que consta de 20 ítems y que tiene como finalidad evaluar las características personales y psicosociales implicadas en la psicopatía. Cada uno de los ítems se puntúa en una escala de 3 puntos. El punto de corte total para el diagnóstico de psicopatía es de 30, con un rango de 0 a 40. Tal como se ha señalado más arriba, el concepto de psicopatía expuesto por Hare et al. (1991) intenta abarcar los criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno antisocial de la personalidad y ampliarlos a las dimensiones más personales (tabla 2.3). Esta escala figura representada en la tabla 2.6.

' Puntuación a cada ítem: 0, claramente no; 1, parcialmente; 2, claramente sí.

TABLA 2.6

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991)

1.	Locuacidad y encanto superficial (1)
2.	Sentido desmesurado de autovalía (1)
3.	Necesidad de estimulación constante y tendencia al aburrimiento (2)
4.	Tendencia patológica a mentir (1)
5.	Manipulación de los demás (1)
6.	Ausencia de remordimiento o de culpa (1)
7.	Afectos superficiales y poco profundos (1)
8.	Insensibilidad y falta de empatía (1)
9.	Estilo de vida parásito (2)
10.	Ausencia de autocontrol (2)
11.	Conducta sexual promiscua
12.	Problemas de conducta en la infancia (2)
13.	Falta de objetivos realistas y a largo plazo (2)
14.	Impulsividad (2)
15.	Irresponsabilidad (2)
16.	Incapacidad de aceptar la responsabilidad de las propias acciones (1)
17.	Diversas relaciones matrimoniales de corta duración
18.	Delincuencia juvenil (2)
19.	Revocación de la libertad condicional (2)
20.	Variabilidad en los delitos

(1): *Factor 1:* Deterioro de la afectividad y de las relaciones interpersonales.
(2): *Factor 2:* Estilo de vida impulsivo, antisocial e inestable.

La cumplimentación de la escala requiere una entrevista estructurada, que tiene por objetivo determinar los comportamientos habituales del sujeto, y la información procedente de los ficheros institucionales (historial criminal, informes de la policía, datos de la familia, informes de los trabajadores sociales, evaluaciones psicopatológicas, etc.). De este modo, la validez de la escala es mayor.

El PCL-R presenta unas buenas características psicométricas de fiabilidad entre jueces (de 0,84 a 0,90) y de validez convergente con el DSM-IV (de 0,40 en el Factor 1 y de 0,60 en el Factor 2) (Hare et al., 1991) y presenta dos ventajas en relación con los criterios diagnósticos del DSM-IV: un concepto más amplio del trastorno (psicopatía versus trastorno antisocial de la personalidad) y la posibilidad de un diagnóstico categorial o dimensional, que no es posible en el DSM-IV (Smith y Newman, 1990). No obstante, el índice de concordancia entre estos dos sistemas de evaluación es muy alto (por ejemplo, de 0,80 en el estudio de Hare, 1983).

2.4.2. Autoinformes

La «Escala de Psicopatía» (SRP) (Hare, 1985) es un instrumento de autoinforme -complementario de la entrevista estructurada comentada en el apartado anterior
y elaborado por el mismo autor- que consta de 29 ítems que se puntúan en una escala de 1 a 5.

La validez convergente de esta escala con las entrevistas estructuradas es más bien baja: de 0,38 con el PCL-R y de 0,28 con la entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.

En general, la información obtenida con los autoinformes es mucho más limitada que la conseguida con las entrevistas estructuradas. La mayor o menor capacidad de introspección y el grado de

sinceridad de los sujetos interfieren frecuentemente -y en mucha mayor medida que en el caso de las entrevistas- en el resultado final de los autoinformes (Widiger y Frances, 1987).

2.5. Conclusiones

La alarma social por los delitos violentos, transmitidos al interior del hogar por los medios de comunicación, es extremadamente alta. No obstante, sólo una minoría pequeña de jóvenes es responsable de la mayoría de los costes sociales que corresponden a las conductas juveniles violentas.

Las conductas violentas no son siempre atribuibles a personalidades psicopáticas. La violencia no psicopática tiene lugar frecuentemente en el marco de una disputa familiar o cuando el sujeto se encuentra con una activación emocional extrema que es incapaz de controlar. Por el contrario, la violencia psicopática se caracteriza por la frialdad y sangre fría, así como por una crueldad extrema gratuita, premeditada y en ocasiones facilitada por el consumo abusivo de alcohol (Hare et al., 1991).

No es siempre fácil valorar un trastorno antisocial de la personalidad como una categoría psicopatológica. Las nosologías psiquiátricas vigentes presentan muchas limitaciones (Echeburúa y Corral, 1991). De hecho, un 75 por 100 de las personas ingresadas en las cárceles son diagnosticadas con este trastorno. Esto puede hacer pensar que quizá más que de una categoría psicopatológica pueda tratarse de una categoría social o legal (Echeburúa, 1986). Sin duda, uno de los retos de la investigación de los próximos años es la depuración de los instrumentos de evaluación actualmente disponibles, entre otras razones por las implicaciones legales que tiene la delimitación de esta categoría clínica.

Los factores sociales y familiares negativos tienen un efecto sinérgico entre sí. La falta de cohesión familiar es altamente predictiva de conductas violentas sólo cuando las familias son numerosas, tienen unas condiciones pobres de vivienda, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y viven en barrios deteriorados social y 6sicamente. Muchas de las adversas condiciones bajo las que viven las familias producen estrés en los padres o disminuyen el umbral para afrontar las situaciones estresantes de cada día (Echeburúa, 1987).

La predicción en la infancia del trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta es compleja. No obstante, la interacción entre una vulnerabilidad psicológica y una historia de abuso y/o violencia familiar es el mejor predictor del delito violento en la vida adulta. Por otra parte, cuanto más joven se inicia tina persona en las conductas violentas, mayor es la probabilidad de que se establezcan unas pautas de conducta violenta relativamente estables y duraderas. Una vez que ha surgido el primer episodio de violencia, la probabilidad de nuevos episodios -y por motivos cada vez más insignificantes- es mucho mayor.

La intervención psicológica sobre este trastorno en las instituciones penitenciarias es efectiva para mejorar el clima de las prisiones, pero tiene un alcance insigni6cante cuando el sujeto sale de la prisión (Echeburúa y Corral, 1992). Por ello, las estrategias de prevención en la infancia adquieren un papel especialmente importante. La prevención primaria del trastorno antisocial de la personalidad debe realizarse por medio de una escolarización eficaz. La baja inteligencia y el fracaso escolar, con la pérdida de autoestima que conllevan, facilitan la aparición temprana de comportamientos violentos, que no son sino una forma alternativa de autoafirmación. Asimismo la intervención sobre la aceptación social y las relaciones interpersonales es sumamente importante. La influencia de los compañeros violentos adquiere una gran significación, sobre todo cuando el nivel intelectual es bajo, los sujetos tienen una personalidad dependiente y han interiorizado deficientemente los valores normativos en la escuela y en la familia (Echeburúa, 1991; Wessler, 1993).

3 El psicópata como entidad psicológica y cultural

VICENTE GARRIDO

En 1835, el psiquiatra J. C. Prichard definió el concepto de. «locura moral» (moral insanity), de la siguiente forma: «Los principios activos y morales de la mente se han depravado o pervertido en gran medida; el poder de autogobierno se ha perdido o ha resultado muy dañado, y el individuo es incapaz, no de razonar a propósito de cualquier asunto que se le proponga, sino de comportarse con decencia y propiedad en la vida» (citado por Lykken, 1984, pág. 165).

La misma idea parece resumirse en el concepto de manie sans délire, propuesto por Phillipe Pinel en 1812, o a los sujetos definidos, ese mismo año, por el psiquiatra norteamericano Benjamin Rush como disponiendo de una «depravación moral innata». A finales de ese siglo, los grandes psiquiatras germanos vinieron a sistematizar un conjunto de personas extravagantes, de conducta perversa y en ocasiones antisocial, pero no alejado del contacto con la realidad, con el rótulo de «inferioridades psicopáticas», debido a Koch. En las sucesivas ediciones del clásico de Emil Kraepelin Psiquiatría, aparecido por vez primera en 1883, estos términos fueron respetados, pero ya en la séptima edición (1903) este autor introdujo el término que todavía hoy se conserva: personalidad psicopática.

Sin embargo, otro autor importante, Kurt Schneider, en su influyente La personalidad psicopática, publicado por vez primera en 1923, reconocía que existían diez variedades de personalidad desviada, algunas de las cuales podían culminar en conductas antisociales, pero ni necesariamente, ni desde luego el resto de las personalidades podían homologarse a los delincuentes. De este modo, Schneider separaba el término psicópata de la antisocialidad necesaria de sus conductas, huyendo de la definición sociológica funcional de sus colegas anteriores. Todo lo contrario de G. E. Partridge, quien empleó la expresión personalidad sociopática para designar, precisamente, la incapacidad o falta de voluntad de estos sujetos para someterse a las leyes de la sociedad.

Tuvo éxito el nuevo término de Partridge, ya que fue adoptado por la Sociedad Psiquiátrica Americana en la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico (DSM-I), perdurando hasta 1980, año en el que el DSM-III emplea el término de «personalidad antisocial» para referirse al psicópata, esta vez cerca del concepto originalmente empleado por Prichard. Se desecharon los conceptos de personalidad psicopática y sociopática, por ser demasiado ambiguos, y se crearon doce tipos de desórdenes de personalidad, algunos de los cuales recordaban a los tipos de Schneider (Lykken, 1984).

3.1. ¿Ficción psicológica o realidad?

Como se apunta en otro capítulo de este libro, las clasificaciones del DSM-III (que permanecen en el DSM-111-R, si bien con el añadido de «personalidad sádica») y del DSM-IV no dejan de ser problemáticas, tal y como antes lo eran -y ciñéndonos ahora a nuestro problema- los términos descritos para nombrar a los psicópatas, desde hace casi doscientos años. En particular, la tesis que sostenemos en este capítulo es que la personalidad antisocial no recoge adecuadamente el sentido de lo que es un psicópata, en términos de la teoría de Cleckley (1976) o Hare (1970). Este último autor escribe (pág. 5) que el psicópata « es incapaz de mostrar simpatía o genuino interés por los demás; los manipula y utiliza para satisfacer sus propias conveniencias; sin embargo, recurre a una exuberante sofisticación y una aparente sinceridad, y a menudo es capaz de convencer a los mismos que ha utilizado de su inocencia y de sus propósitos de cambio...» El caso de Donald Hume ilustra bien el encanto externo de estas personas.

Caso 1: Donald Hume

Mató a su socio de prácticas ilegales en el mercado negro inglés con un cuchillo, en 1949. Se deshizo del cadáver alquilando una avioneta y arrojando el cuerpo desmembrado en tres paquetes sobre el Canal de la Mancha. Inventándose una historia según la cual tres hombres le pagaron para que se deshiciera de unos paquetes, logra convencer al jurado, y sólo es condenado a 12 años de prisión en calidad de cómplice.

Tras salir de prisión, después de 8 años, vendió la historia real del asesinato al Sunday Pictorial, en 1958, por 2.000 libras, y se fue a vivir a Suiza. Queriendo llevar una vida de lujo, atracó dos veces el mismo banco en Inglaterra, en pocos meses, y un tercer banco en Suiza, a principios de 1959. En estos atracos tiroteó a varios empleados, y finalmente mató a un taxista en su huida después de atracar el banco suizo.

«Si tienes un enemigo que destruye tu equilibrio, deshazte de él. Yo creo que la autodefensa, la supervivencia de los mejor dotados, el poder y la fuerza tienen siempre razón» (DH).

Fue condenado a cadena perpetua y trabajos forzados. En 1976 fue liberado y trasladado a Inglaterra, en donde ingresó en el Hospital de Broadmoor para delincuentes mentalmente desequilibrados. En 1988 fue trasladado a otro hospital psiquiátrico penitenciario, donde continúa residiendo en la actualidad.

En su trabajo posterior, Hare no hizo sino ampliar este punto de análisis, retomando los trabajos previos de Cleckley, el gran autor de la psicopatía contemporáneo, cuyo libro La máscara de la cordura, publicado por vez primera en 1941, se sigue reeditando hasta la actualidad. Este autor había definido la psicopatía como una combinación de rasgos de personalidad y de conducta, estableciendo 16 criterios hoy ya clásicos.

1. Inexistencia de alucinaciones o de otras manifestaciones de pensamiento irracional.
2. Ausencia de nerviosismo o de manifestaciones neuróticas.
3. Encanto externo y notable inteligencia.
4. Egocentrismo patológico a incapacidad de amar.
5. Gran pobreza de reacciones afectivas básicas.
6. Sexualidad impersonal, trivial y poco integrada.
7. Falta de sentimientos de culpa y vergüenza.

8. Indigno de confianza.
9. Mentiras a insinceridad.
10. Pérdida específica de intuición.
11. Incapacidad para seguir cualquier plan de vida.
12. Conducta antisocial sin aparente remordimiento.
13. Amenazas de suicidio raramente cumplidas.
14. Razonamiento insuficiente o falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida.
15. Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales.
16. Comportamiento fantástico y abuso del alcohol.

El propio Hare ha creado un instrumento de evaluación de la psicopatía, el «Psychopathic Checklist», basado en estos criterios, que ha probado ser de gran utilidad en la identificación de sujetos psicópatas (Hare, 1985). No obstante, es preciso diferenciar entre los psicópatas primarios y los secundarios, como hace el propio Hare (1970). Los primeros o «psicópatas puros» corresponderían a

los sujetos que cumplen los 16 criterios de Cleckley, mientras que los secundarios serian aquellos individuos capaces de mostrar culpa y remordimiento, de establecer relaciones afectivas, estando su conducta motivada por problemas de índole neurótica. Hare y Cox (1978) introdujeron un tercer tipo, el psicópata disocial, para designar a los sujetos con una conducta antisocial que pertenecen a un mundo marginal y disponen de una subcultura propia; tendrían una personalidad normal y serían capaces de funcionar dentro de su grupo mostrando culpa o afecto (véase también Aluja, 1991).

Para nosotros es un tema espinoso el separar a los psicópatas secundarios de los disociales, ya que abogamos por el único empleo del término «psicópata» para los llamados psicópatas primarios. La idea central es que hay que cortar la definición en los criterios de Cleckley; el resto de sujetos no hacen sino engrosar la lista de delincuentes o de sujetos normales, con las peculiaridades propias de cada uno de ellos. Es, precisamente, el problema de la definición de la personalidad antisocial del DSM-IV: es tan amplia que abarca a todo delincuente con una carrera delictiva amplia iniciada en la pre-adolescencia. ¿Tiene sentido hablar de «psicópatas» capaces de expresar afecto, culpa o remordimiento? Si aceptamos este hecho, el psicópata se nos diluye en los diferentes trastornos de personalidad del DSM-III (véase el capítulo de E. Echeburúa en este volumen), incluyendo la personalidad antisocial. El caso de Ted Bundy ejemplifica bien lo que entendemos por un «psicópata puro».

Caso 2: Ted Bundy

Uno de los grandes *serial killers* de la criminología contemporánea. Quizá, el psicópata en estado puro. Violó y mató posiblemente a 40 chicas jóvenes, aunque él presumía de haber logrado más de 100 víctimas, entre 1974 y 1978, a lo largo de diferentes Estados de Norteamérica. Su última víctima tenía 12 años de edad. Representa casi en estado de gracia las categorías de Cleckley y Hare: inteligente (C.I. de 124), culto (estudios en ley y psicología), encantador. Atraía a sus víctimas con todo tipo de engaños.

«Debía haberse dado cuenta de que lo que le fascinaba era la caza... buscar sus víctimas» (TB hablando de sí mismo).

Bundy es un ejemplo excelente de la adicción a la violencia. Los autores del libro El único testigo vivo (ICY., 1983), donde se recogen impresiones del asesino elaboradas con muchas horas de entrevista, escriben que Bundy, al principio, tenla que luchar con su conciencia para violar y asesinar a sus víctimas, pero que pronto se convenció de que podía tratarlas como si fueran basura. También pensaba que podía dejar de matar en cuanto lo deseara, lo cual tampoco era cierto. Una y otra vez, la necesidad de tener control total sobre sus víctimas se volvió todopoderosa. Explicó que, en el momento en que cometía cada violación, sentía que poseía a la víctima, «como uno podría poseer una maceta, un cuadro o un Porsche. Así las poseía».

Fue ejecutado en la silla eléctrica en enero de 1989.

Los psicólogos somos reacios a asentir ante «sujetos puros», sea cual fuere la clasificación a la que tal término hace referencia. Esto explica el por qué continúa con toda intensidad el debate iniciado por Pinel en 1812, acerca de la naturaleza del psicópata. La psicología tiene el reto de explicar qué hace que estos sujetos sean una realidad tan espectacular y dolorosa.

3.2. La vida emocional de los psicópatas

Caso 3: Dennis Nielsen

Sirvió once años en el ejército y uno más en la policía de Londres. Nielsen vivió, traba- y eligió a sus víctimas en una pequeña zona del West End y norte de Londres.

Confesó 15 asesinatos, en el período de diciembre de 1978 a enero de 1983, todos hombres a los que contactaba en bares y pubs. Homosexual, descuartizaba los cadáveres y los escondía en bolsas en cualquier parte de la casa, o en un jardín próximo donde residía. Tuvo relaciones sexuales con 6 de los cadáveres, a los que previamente lavaba, secaba y engalanaba.

«Mis asesinatos eran una forma pervertida de buscar pareja, el medio era hacer contactos. He afrontado la realidad de lo que he hecho» (DN).

Cómo relató DN su último asesinato.

[Sinclair estaba desplomado en una silla, Ileno de alcohol y drogas, y Nielsen coge una cuerda] «Yo estaba tranquilo. Nunca he pensado en la moralidad. Esto era algo que tenía que hacer... consideraba todo ese potencial, toda esa belleza y todo ese dolor que es su vida. Tengo que matarle. Terminará pronto... No me sentí mal. No me sentía perverso. Me acerqué a él. Quité la corbata. Levanté una de sus muñecas y la dejé caer. Su brazo flácido volvió a caer sobre su regazo. Abrí uno de sus ojos y no había ningún reflejo. Estaba profundamente inconsciente. Cogí la atadura y la coloqué alrededor de su cuello. Me arrodillé a un lado de la silla y me puse frente a la pared. Cogí los dos lados sueltos de la atadura y tiré con fuerza. Él dejó de respirar. Sus manos lentamente alcanzaron el cuello mientras yo seguía apretando. Sus piernas se estiraron violentamente.

Le tuve así durante un par de minutos. Se quedó flácido. Dejé de apretar y quité la cuerda y la corbata. Había dejado de respirar. Le hablé: "Stephen, eso no dolió nada. Ahora nada puede hacerte daño". Deslicé mis dedos a través de su decolorado pelo rubio. Su cara parecía tener paz. Estaba muerto» (DN).

Cumple cadena perpetua en la prisión de máxima seguridad de Full Sutton.

El caso de Denis Nielsen ilustra la existencia de una vida emocional en los psicópatas, algo que puede contradecir la tesis de la falta de sentimientos implicada en la lista de Cleckley. También resulta evidente en el caso de David Berkowitz, caso número 4.

Caso 4: David Berkowitz

David Berkowitz, «el hijo de Sam», asesinó a cinco chicas jóvenes y a un hombre entre 1976 y 1977, en Nueva York. El confió a David Abrahamsen lo siguiente: « Después de matar volvía a casa silbando. La tensión y el deseo de matar habían sido tan intensos, que cuando finalmente exploté, todas las tensiones y presiones desaparecían, simplemente se evaporaban, aunque por poco tiempo. No sentía deseos sexuales, sólo hostilidad. Sabía que lo que estaba haciendo estaba mal. Yo quería destrozarla por lo que ella representaba... una chica hermosa, una amenaza para mí, hacia mi masculinidad, y ella era una criatura de Dios, su creación. No podía manejarla sexualmente» (Abrahamsen, 1985, página 178).

La experiencia emocional de un psicópata no es un asunto fácil. J. R. Meloy (1988) se plantea las dos siguientes interrogantes: ¿cuál es su capacidad biológica para sentir emoción?, y ¿cómo percibe el

psicópata sus propios estados emocionales? Para contestar a la primera pregunta, Meloy utiliza la analogía de los estados reptilianos. Su fundamento es que los mamíferos, a través del sistema límbico (un grupo diverso de estructuras cerebrales, como el hipocampo y la amígdala, ubicado en el telencéfalo) tienen la capacidad de relacionarse entre sí de manera significativa, «emotiva», haciendo de la vida afectiva consciente un aspecto singular en sus pautas de crianza a interacción diarias. Los reptiles, a diferencia de los mamíferos, no cuentan con un sistema parecido, estando ausente de su cerebro la respuesta emotiva hacia sus crías, así como la conducta de acumular para hacer frente a periodos de escasez y la conducta social.

Estos tres aspectos son bien característicos de los mamíferos. En primer lugar, el almacenar implica la capacidad de proyectar en el futuro, y anticipar consecuencias aversivas. El psicópata anticipa de forma deficiente las situaciones aversivas, como ha enseñado la biología (véase Hare, 1970; Hare y Cox, 1978). En segundo lugar, el impulso paterno de los mamíferos, ausente en la mayoría de los reptiles, nos recuerda esta ausencia de cuidado hacia la prole típico de los psicópatas, así como la historia de abuso en muchas de sus biografías. Finalmente, los psicópatas «comparten con los reptiles la incapacidad para socializar de un modo afectivo y genuinamente expresivo» (pág. 68), recordándonos la proverbial ausencia de empatía y de vínculos significativos en aquellos sujetos.

Meloy asegura: «Aunque no existe una investigación neuroanatómica o neurofisiológica que apoye una correlación entre la conducta psicopática y la prevalencia funcional del cerebrotipo reptiliano, los paralelismos conceptuales son chocantes. Formularé la hipótesis de que el término estado reptiliano describe la psicobiología funcional de ciertos caracteres psicopáticos primarios. Sin embargo, la etiología de esta regresión conductual, o quizá la disfunción genética del sistema límbico, no se conoce todavía» (1988, pág. 69).

Haciendo gala de su experiencia clínica, Meloy encuentra otro apoyo a la hipótesis reptiliana en «la ausencia de emoción percibida en los ojos de los psicópatas», una mirada que provoca en quien la observa « una respuesta primitiva, autonómica, temerosa frente a un depredador»... «los ojos reptilianos son, en cierto sentido, la antítesis del reflejo afectuoso del niño en los ojos de la madre (...) la mirada fija del psicópata es el preludio de la gratificación instintiva, en vez de una relación empática» (págs. 70-71). Además, en dicha mirada suele darse la sexualización de la sensación de mirar, ya que el psicópata « puede desear ver con objeto de destrozar el objeto de un modo fantasioso y sado-sexual» (pág. 72).

Los procesos psicopáticos permiten la experiencia consciente de la emoción, pero tal emoción se estructura en relación al propio yo, es decir, como una extensión del sentimiento grandioso del yo del sujeto (lo cual nos recuerda el marcado carácter narcisista que el autor confiere a la psicopatía). La parte del yo que es activada por la relación con los demás (self-object, en la terminología psicoanalítica del autor) depende de los atributos de la persona en cuestión con la que interactúa el psicópata. Así, puede decirse que los otros son percibidos por el psicópata de forma defensiva, como actualizaciones de parte de su estructura grandiosa del yo.

Ahora bien, ¿cómo se concilia esta idea de la percepción consciente de las emociones con la aseveración hecha anteriormente del «estado reptiliano»? La respuesta está en que el estado reptiliano no es un rasgo caracteriológico, sino « un estado psicobiológico funcional... que predispone al sujeto a asumir un estado tal mental. De este modo, en otras ocasiones menos regresivas desde el punto de vista conductual, el psicópata puede manifestar un amplio rango de emociones conscientes, si bien éstas nunca van más a11á de un estado de desarrollo intensamente narcisista» (página 75).

A continuación, siguiendo la línea discursiva de Meloy, revisamos la cualidad de algunas emociones importantes en los psicópatas.

Placer. El placer se experimenta sin la presencia de cualidades empáticas o vínculos afectivos, de ahí que no puedan responder ante la alegría de los demás sino con envidia o avaricia. El placer aparece a través de la gratificación de impulsos sádicos mediante la realización de actos dañinos contra otras personas, o bien introduciendo contenidos sexuales o agresivos en determinadas situaciones, así como buscando incansablemente nuevas excitaciones.

El sadismo sexual (en donde se alcanza la activación sexual mediante el dolor del otro) no tiene una etiología del todo conocida, pero una idea interesante es reconocer una falta de discriminación adecuada entre ambas conductas (sexo / agresión) debido a la proximidad neurológica de sus sustratos biológicos, a lo que se añadiría un proceso de condicionamiento clásico (sexo-agresión) establecido en la infancia. Posteriormente, en una edad ya posterior, el sujeto mantendría su patrón sádico mediante un proceso de condicionamiento operante.

Cólera. Angelo Buono, uno de los « estranguladores de la colina», responsable junto con Bianchi de la violación, tortura y asesinato de 12 chicas entre octubre de 1977 y febrero de 1978, mencionó que «algunas chicas no merecen vivir». Este comentario ilustra las poderosas racionalizaciones con que se justifican los actos agresivos, muchas veces mediante la devaluación de los otros («se lo merecían»), bajo la acusación de cualquier hecho que tuviera significación en la vida pasada de estos sujetos. Se trata de una cólera que con facilidad puede provocar una gran violencia, ya que en la mente del psicópata no existe posibilidad de modular apropiadamente la expresión emocional, ni el control propio de unas creencias prosociales interiorizadas (super ego, en la terminología psicoanalítica).

La cólera es expresión de una agresión afectiva, en contraste con la agresividad depredadora. Ambos tipos de agresión tienen bases biológicas (estructuras neuroanatómicas y neurotransmisoras) diferentes. La agresión afectiva es el resultado de percibir estímulos amenazantes, a implica una gran activación autonómica acompañada con posturas y rituales de defensa y abundancia de vocalización. Por el contrario, la agresión depredadora se dirige en las especies subhumanas a la destrucción de la presa. Implica una mínima actividad autonómica y vocal, y escasos rituales de conducta. Esta agresión es característica de los psicópatas, tanto en un estado poco elaborado como en forma de plan premeditado.

Pues bien, Meloy considera que la cólera suele traducirse en episodios de descontrol, en los que la cólera sentida por el individuo suele emplearse defensivamente para manipular al interlocutor.

Por otra parte, la agresión depredadora suele ser realizada de modo disociado de la realidad, un proceso cognitivo denominado compartimentalización. Por ejemplo, Albert De Salvo, el estrangulador de Boston, explicaba lo que hizo después de estrangular, y violar, una vez muerta, a su duodécima víctima.

«Llegué a casa, cené, me lavé, jugué con los niños hasta las 8 de la tarde, les acosté y luego me senté a ver un rato la televisión. Estaban dando las noticias sobre la chica, y yo sabía que no era yo. No quería creerlo. Es tan difícil explicarlo. Sabía que era yo quien lo había hecho, pero no el porqué. No estaba excitado; no pensaba sobre ello. Simplemente me sentaba a cenar, y no volvía a pensar más sobre el asunto» (Frank, 1966, pág. 302).

El psicópata es incapaz de sentir enojo de forma empática; su fracaso en la internalización de actitudes y valores convencionales le hace insensible ante el dolor de los demás, y le facilita el burlar toda inhibición cuando siente el impulso de atacar.

Depresión. No existe la depresión, en su sentido estricto, en la mente de los psicópatas. Probablemente lo más cercano es el «estado cero» de Yochelson y Samenow (1976), que revela un sentimiento de vacío, de injusticia ante el mundo y de auto-devaluación. Generalmente suele haber un aumento de actividad motórica, y no una disminución, como suele ser lo habitual.

Alegría y desprecio. Estas emociones suelen ser simultáneas, usualmente bajo la forma de un «desprecio irónico», y es un hecho característico de la psicopatía. El «hijo de Sam», David Berkowitz, explicaba:

«Entré a trabajar en la oficina de Correos un día, justo después del tiroteo. Pude ver las caras de confusión y de miedo. Yo dije: "¿Qué ha pasado? Es horrible. Espero que cojan a ese bastardo"» (Abrahamsen, 1985, pág. 189).

Este «desprecio feliz» restaura el orgullo del psicópata, al realizar una conducta manipulativa que refuerza su « grandeza».

Aburrimiento. El aburrimiento como experiencia está muy relacionado con la búsqueda de excitación, debida a su baja actividad cortical. Esto puede estar detrás de su necesidad de gratificación y de sensación inmediata. La famosa Brenda Spenser, de 16 años, que mató a hirió con sus disparos a varios adultos y niños, tiroteando desde la ventana de su apartamento, dijo lo siguiente a un periodista que le entrevistaba por teléfono.

«Lo hice por pasarlo bien. No me gustan los lunes. Este tipo de cosas lo levantan el ánimo. Comencé a disparar por la diversión que me proporcionaba.» Cuando se le preguntó si era consciente de que había matado a dos o tres personas personas, contestó: «¿Sólo dos o tres? ¡Pensé que había matado a doce!».

En resumen, Meloy describe una emocionabilidad condicionada por sustratos biológicos infrahumanos, en el caso de los psicópatas. El desarrollo de esta experiencia emocional se hace mediante un planteamiento psicoanalítico del desarrollo, en el que un carácter narcisista permite la expresión de instintos que no han sido adecuadamente elaborados por el yo consciente y socializado. A1 revés, «el yo» del individuo -grandioso, narcisista- no hace sino potenciar pautas de conducta y deseos que son impelidos por una biología «reptiliana», incapaz de posibilitar una socialización prosocial.

3.3. La adicción a la violencia

Un planteamiento diferente, alejado de la psicología clínica con base psicoanalítica, es el expuesto por Hodge (1992) en su teoría de la adicción a la violencia. Parte de la definición de psicopatía vigente en el Reino Unido (Mental Health Act, 1983), según la cual «es un desorden persistente o una perturbación mental (que puede afectar o no a la inteligencia), con el resultado de una conducta anormalmente agresiva o irresponsable», para posteriormente negar la utilidad de valorar la psicopatía como un desorden de personalidad, ya que, según su opinión, no se obtiene ninguna ventaja explicativa. En su lugar, se propone con su nueva teoría «explicar la etiología de forma operacional y fiable, que permita el desarrollo de intervenciones factibles» (pág. 214).

Con este 6n, pretende contestar a los tres interrogantes incluidos en la definición anteriormente reseñada de la psicopatía: ¿Cuáles son las circunstancias que llevan a una violencia y agresión repetidas? ¿Qué factores pueden mantener estas conductas? ¿Qué intervenciones pueden tener éxito?

Uno de los puntos fundamentales de su tesis descansa en el hecho de que la investigación reciente acerca del desorden de estrés postraumático (DEPT) ha revelado que suele producirse, en los sujetos que experimentan esta patología, un incremento notable de la violencia[1]. Por ejemplo, dentro de los estudios efectuados con veteranos de la guerra del Vietnam, Wilson y Zigelbaum (1983) hallaron una correlación positiva entre intensidad del DEPT y conducta delictiva. Solursh (1989) estudió a 100 veteranos diagnosticados de DEPT, y encontró una alta tasa de desempleo, use de alcohol, violencia, pesadillas y una fascinación por el empleo de armas de fuego. En ambos estudios no había antes de la experiencia de combate una historia antisocial o premórbida en los sujetos analizados.

Por otra parte, otros trabajos se han centrado en poblaciones de delincuentes. Sin duda, el más interesante es el de Collins y Bailey (1990), quienes en su muestra de 1.140 presos en el estado de Carolina del Norte hallaron 26 sujetos con DEPT, además de 795 que mostraban uno o más síntomas del mismo. En su investigación encontraron que los delincuentes con DEPT tenían una mayor probabilidad que los que no presentaban esta condición de haber sido condenados por delitos de homicidio, asalto o violación (prob. de 4.6 veces más), de tener una historia anterior de arrestos por estos mismos delitos, y de tener un arresto de violencia en el periodo de un año antes de ingresar en prisión (6.7 veces más prob.).

Con objeto de averiguar si el DEPT era un factor causal de la conducta violenta de los sujetos, o bien un resultado de esa misma conducta, Collins y Bailey examinaron la secuencia temporal del síndrome postraumático y la violencia. Hallaron que el 85 por 100 de un total de 80 hombres convictos de homicidio, violación o asalto habían experimentado su primer síntoma del DEPT en el mismo año o en el año anterior a que ocurriera el delito.

A juicio de Hodge, este estudio se suma al de Widom (1989), realizado con niños maltratados, consolidando la hipótesis de que el haber experimentado una situación prolongada de violencia puede suponer un elemento causal en la manifestación de una posterior violencia por parte de la víctima. De hecho, Goodwin (1988) revisó los síntomas derivados del abuso físico y sexual en niños, y concluyó que algunos de esos síntomas podrían entenderse como manifestaciones del DEPT generadas a través del proceso de desarrollo (también McCormack, Burgess y Hartman, 1988). Por su parte, Burgess, Hartman y McCormack (1987) observaron que los jóvenes que tenían una historia de abuso sexual de más de un año exhibían en su gran mayoría conductas de agresión hacia otras personas.

Además, Kellert y Felthous (1985) encontraron que los criminales violentos que eran crueles de niños con los animales (un « tic» sintomático clásico de la psicopatía) tendían a proceder de familias violentas y alcohólicas. Sin embargo, la cadena victimización-victimizador no es perfecta: Araji y Finkelhor puntualizaron que el porcentaje de niños abusados sexualmente que llega a convertirse, en la edad adulta, en delincuentes sexuales es inferior al 50 por 100.

¿Cómo relacionar el abuso infantil, el DEPT y la psicopatía? Hodge propone que « puede haber una conexión entre DEPT y la psicopatía a través de los efectos del maltrato en la infancia. Se ha

[1] El DSM-III, dice a propósito de este trastorno (pág. 249): «Después de experimentar el estrés, muchos de estos paciente desarrollan síntomas de excesiva activación vegetativa, tales como estado de hiperalerta, exagerada respuesta de alarma y dificultades para dormir. Pueden presentarse también pesadillas recurrentes durante las que se reviven los acontecimientos traumáticos (...). Algunos pacientes se quejan también de déficit de memoria o de dificultades para concentrarse (...). En los casos de traumatismos colectivos que ponen en peligro la vida, los supervivientes a menudo describen dolorosos sentimientos de culpa por su supervivencia...». Y también (pág. 250): «Existe una irritabilidad aumentada que puede asociarse a explosiones esporádicas a imprescindibles de conducta agresiva bajo la presión de provocaciones mínimas o incluso sin ellas (...). Puede presentarse también una conducta impulsiva del tipo de viajes repentinos, ausencias inexplicadas, o cambios de tipo de vida o de residencia».

establecido que las personas diagnosticadas como psicópatas tienen antecedentes de separación, peleas familiares y abandono (Roth, 1990). Y estudios más recientes han señalado la alta prevalencia de malos tratos en la infancia existente en las historias personales de los psicópatas (Coid, 1992)» (1992, pág. 217).

Ahora bien, ¿existen pruebas de que los psicópatas manifiesten síntomas del DEPT? No hay estudios al respecto, aunque, a juicio de Hodge, hay fuertes semejanzas entre la conducta de los psicópatas y los que sufren el desorden postraumático. Una diferencia importante entre ambos grupos, a saber, la inexistencia de sentimientos de culpa en el caso de los psicópatas, puede explicarse por el deficiente proceso de socialización acaecido en este grupo.

¿De qué forma se produce el mantenimiento de la violencia, a incluso su exacerbación, a lo largo del crecimiento del sujeto psicópata? En la teoría de Hodge (1992), se trata de un proceso de adicción.

En efecto, los desarrollos teóricos recientes acerca de la adicción enfatizan el papel motivador de determinados estados de emoción subjetivos, en lugar de los procesos bioquímicos o fisiológicos. Cita a Peele (1985), quien ha sugerido que el elemento nuclear para determinar si una conducta es adictiva no es una sustancia adictiva, sino más bien una experiencia subjetiva que es buscada reiteradamente por el individuo. Esta idea parece estar avalada por las recaídas mucho tiempo después de la última ingesta, y por las adicciones a actividades tales como el juego o el ejercicio (Brown, 1991 ha desarrollado una teoría similar a la de Peele, pero con un énfasis mayor en los componentes cognitivos.

Hodge (1991) mantiene la tesis de que un proceso adictivo juega un papel de primer orden en la conducta criminal, incluyendo el asesinato en serie y la delincuencia sexual. «El elemento común es que el delito es cometido para alcanzar un estado experiencial, antes que por los motivos más usuales de ganancia financiera o la venganza. Aunque hasta ahora la evidencia apoyando esta idea todavía es escasa -especialmente para delitos no violentos- un reciente trabajo con asesinos múltiples y sexuales, realizado por Greswell (1991), confirma que estas personas muestran conductas y fantasías características del proceso adictivo» (Hodge, 1992, pág. 218). (Los trabajos de McCulloch, Snowden, Wood y Mills, 1983, también destacan el papel de las fantasías masturbatorias como elementos mantenedores a incitadores de los crímenes sexuales en violadores sádicos; y Pithers, 1990, ha aplicado el modelo de la «prevención de la recaída» de Marlatt, concebido en el caso de alcohólicos, para el tratamiento de los delincuentes sexuales.)

¿Se puede hablar, entonces, de una adicción a la violencia? Diversos trabajos con veteranos de guerra del Vietnam padeciendo un DEPT apoyan la idea de que estos sujetos «reviven» sus recuerdos de combate con especial excitación -aunque también se pase miedo-, así como que buscan situaciones «de riesgo» en mucha mayor medida que los grupos control.

Para concluir, entonces, la tesis central de Hodge es la causación de la psicopatía debido a una historia de sufrimiento de violencia, lo que a su vez generó síntomas propios del desorden de estrés postraumático, así como una adicción a las situaciones «altas en adrenalina» y violentas. Los veteranos de guerra con este desorden son, como los psicópatas, violentos, impulsivos, abusan del alcohol y las drogas y tienen una adaptación interpersonal muy deficiente. Sin embargo, como el propio autor reconoce, puede que haya otras rutas hacia la psicopatía, ajenas al desarrollo de un síndrome postraumático.

3.4. Otras explicaciones a hipótesis

Hemos visto dos planes de análisis bien diferentes: el estrictamente individual, ejemplificado en la tesis de Meloy, y el psicosocial, donde la experiencia de malos tratos y de violencia repetida juega el rol prioritario, si bien no se descartan predisponentes individuales (tesis de Hodge). Pero la actual literatura muestra otras aproximaciones, cerca de uno a otro polo. Por ejemplo, Sánchez (1986) cree que los psicópatas se alimentan de unos valores y pautas de conducta promovidos por la misma sociedad. En una época de anomia como esta, el «sálvese quien pueda» deja a los ciudadanos a merced de los individuos con menos escrúpulos, quienes modelan y refuerzan ese comportamiento entre sus congéneres.

Es decir, la personalidad psicopática se, convierte en la más adaptada para triunfar en nuestra sociedad. La novela actual American Psycho, es un fiel reflejo de ello: la despreocupación por los demás, el logro del placer a cualquier precio, un acusado narcisismo y cinismo parecen ser los requisitos idóneos para el hombre y la mujer modelos de cara a finales de este siglo.

El aumento de la delincuencia gratuita, la mayor violencia en los delitos de nuestros delincuentes juveniles, el sadismo excerbado en los crímenes de los adultos, son indicadores de que los psicópatas se están reproduciendo con fuerza entre las diferentes clases sociales, si bien las personas de alto estatus con personalidades psicopáticas recurrirán preferentemente a formas delictivas más sofisticadas (delitos de cuello blanco) y a conductas claramente faltas de ética.

La conclusión de Sánchez es pesimista. Nuestra sociedad está muy bien preparada para generar psicópatas, y si bien discriminamos a aquellos que son « criminales» en el sentido tradicional, tenemos muchas dificultades en identificar a los que «con gran encanto» penetran en nuestras instituciones y nuestras empresas. El « hombre racional» se está transformando a pasos agigantados en el « hombre psicopático», especialmente desde la crisis de legitimidad que sacudió al mundo occidental en los años sesenta, y que impulsó la burocratización, la racionalización y la secularización.

Otra perspectiva, emparentada con la tesis de Hodge y con la de Sánchez, es la de Mullen (1992). Mullen retoma los trabajos antropológicos que muestran que la moralidad es una conquista del proceso de socialización del ser humano. « La cuestión central es: ¿por qué los psicópatas han sido incapaces de adquirir una orientación coherente en su conducta ética» (pág. 239). La respuesta es obvia: una persona aprende durante su desarrollo las reglas morales y sociales de la sociedad en la que vive. Su obediencia depende de que el niño vaya conociéndolas y respetándolas, al tiempo que desarrolla una progresiva conciencia personal de que él es un agente de comportamiento ético.

¿Cómo encaja el psicópata en esto? «El individuo, a medida que crece, ha de aprender el lenguaje de la moralidad, pero también la capacidad de usar ese lenguaje. El psicópata conoce las palabras, pero no puede producir un discurso coherente. No son capaces de actuar consistentemente de acuerdo con los códigos que gobiernan la conducta de los reclusos o de otros grupos de delincuentes (...), por esta razón suelen estar aislados tanto de la sociedad como de los otros delincuentes» (pág. 239).

¿Cómo es la moralidad de los psicópatas? Mullen hace una inteligente distinción entre la concepción habitual de la destreza moral y otras visiones alternativas. La teoría más popular es la kantiana, según la cual lo importante es disponer de las creencias correctas sobre cuestiones éticas, para aplicarlas a los casos concretos. La moralidad se basa en el aprendizaje y aplicación correctos de las leyes. La posición del psicópata en esta concepción es la de una persona capaz de articular las reglas, pero incapaz de aplicarlas correctamente o sin la voluntad de hacerlo.

Por el contrario, la posición de Mikhail Bakhtin (un ideólogo ruso) es diferente, ya que dice que la moralidad ha de ser comprendida a través del análisis de la acción, especialmente de aquella presente en la multitud de situaciones que conforman nuestra vida diaria. La moralidad aquí no descansa en la aplicación de las leyes morales, sino en la realización de los hechos éticos; la ética no es un conjunto de principios abstractos, sino una comprensión del hecho de ser autor de comportamientos éticos. De ahí que Mullen hable de los psicópatas como sujetos que no han adquirido el hábito de la probidad; su estilo de vida no les ha permitido conformar una identidad basada en aquellas conductas que sus adultos y modelos han sancionado como importantes. A consecuencia de esto, no reconocen su responsabilidad por violar unas expectativas que nunca han sido internalizadas. En resumen, el psicópata, al ser expuesto a modelos que han sancionado una ética antisolidaria, unos valores predatorios, es incapaz de adquirir un yo coherente, consistente en el tiempo, que respete la dignidad de los demás porque tal hecho es característico del sentido de identidad de toda persona bien socializada. Como consecuencia de esto, el psicópata carece de integridad personal (visión consistente en el tiempo de uno mismo, atenta a los valores de la probidad) y de responsabilidad (sentirse agente libre de obrar ante los otros). (Es una lástima que Mullen no profundice más en relación al significado exacto de «falta de responsabilidad» en los psicópatas, ya que es vieja la polémica de si los psicópatas « quieren hacer to que hacen» o no; nudo gordiano de la imputabilidad penal.)

3.5. Una nota final

Es probable que los psicópatas -al menos los « puros»- precisen de la combinación de factores predisponentes genéticos, una socialización inadecuada y, en términos de grupos, de una sociedad que facilite la adquisición de conductas y actitudes egocéntricas y violentas. De este modo, sujetos vulnerables en términos de equipamiento genético podrían ser objetivos fáciles de aquellos medios ambientes ineficaces en la facilitación de una ética prosocial. El límite, sin embargo, entre un sujeto egoísta y mezquino, y otro que además infringe un daño extraordinario a otra a otras personas está todavía por descubrir. El concepto de « estado reptiliano» es atractivo, pero por ahora su operacionalización es algo quimérico. Los déficits biológicos de los psicópatas revelados por la investigación sólo muestran que éstos pueden tener más problemas a la hora de adquirir pautas de conducta prosociales. Quizá la respuesta en los próximos años haya que buscarla en la psicología de los «psicópatas puros», en esa sutil combinación de desprecio por los demás y ansia de vivir «peligrosamente». Queremos abogar aquí por el estudio de la toma de decisiones del psicópata; eso es una tarea psicológica, aunque los inputs, como es lógico, vengan de un medio hostil o de una « sociedad psicopática».

4 Psicología del homicida

VICENTE GARRIDO

Durante décadas los psicólogos se han ocupado de desarrollar tipologías que recogieran los aspectos esenciales de los delincuentes, entre los que se hallan los homicidas. En realidad se trata de una empresa difícil: hay mil maneras de matar, y mil maneras de morir. El factor situacional, además, es de crucial importancia, como lo demuestran los datos estadísticos que revelan, una y otra vez, la presencia de elementos circunstanciales (alcohol, armas) en los homicidios. Pero, a pesar de esto, los psicólogos han continuado su trabajo, sin que les desanime la presencia de (gente corriente) entre los homicidas.

Algunas de estas tipologías son hoy bien conocidas. Por ejemplo, Megargee (1966) sugirió que los asesinos (emplearemos este término como sinónimo de homicida, salvo que se diga específicamente otra cosa) podían dividirse en dos categorías: los sobrecontrolados y los subcontrolados. Los primeros responden con pasividad ante las provocaciones, y se van llenando de resentimiento hasta que, por cualquier razón, (explotan» en un hecho de gran violencia. Contrariamente, los segundos responden agresivamente de modo habitual, incluso aun cuando la provocación sea mínima; en este caso la violencia desplegada es menor, aunque, como hemos dicho, más frecuente.

Sobre la base de estos trabajos, Blackburn (1971), en su estudio realizado en un hospital psiquiátrico penitenciario, distinguió las siguientes cuatro categorías elaboradas con el test del MMPI: paranoico - agresivo, depresivo, represores sobrecontrolados y psicópatas. MeGurk (1978), replicó esta tipología con sujetos normales de una prisión.

Más modernamente, Biro, Vuckovic y Djuric (1992) han hecho un excelente trabajo en esta línea de investigación tipológica, mejorando los trabajos anteriores por su incorporación de factores ambientales y personales a la clásica descripción realizada mediante tests. Empleando la población total de homicidas de una prisión yugoslava (n = 93), los sujetos fueron examinados mediante una entrevista y diversas pruebas, entre las que se hallaban el MMPI, una escala de respuestas ante situaciones agresivas y otra que mide juicio moral. Con el estudio de los informes de los presos y las respuestas a las entrevistas, los autores extrajeron material abundante
sobre variables demográficas, criminológicas, victimológicas, sociopatológicas y psiquiátricas.

El análisis de los perfiles obtenidos a raíz del MMPI arrojó cuatro grupos: psicóticos (5 sujetos), hipersensitivos-agresivos (46), psicopáticos (16) y normales (26). Los primeros, como su nombre indica, manifestaban síntomas de enajenación, como alucinaciones, delusiones etc. Los segundos, con una elevación importante en la escala Pa (paranoia), reflejaban a los individuos intolerantes ante la frustración, introvertidos, y con propensión a las reacciones de violencia; tienen graves problemas de relación interpersonal, y se muestran egocéntricos y rígidos. El grupo de los psicopáticos recoge los atributos habituales de este síndrome, incluyendo la irresponsabilidad, el egocentrismo y el rechazo de las normas morales y sociales. La última categoría comprendía a individuos que no presentaban signos relevantes de patología psíquica. Un análisis factorial y otro discriminante posteriores, en el que las variables de personalidad se unieron a otras 26, de diferente índole -criminológicas, demográficas, etc.-, confirmaron la existencia de estos cuatro grupos, si bien dentro de la categoría de homicidas « normales» fue posible diferenciar un subtipo de personas sobrecontroladas, en la terminología de Megargee.

Con respecto al posible rol etiológico de la agresión en el homicidio, los autores concluyen: «... las manifestaciones agresivas juegan un papel significativo en el caso de los tipos psicópata a

hipersensitivo, ya que en ambos la agresión parece ser una parte pronunciada y permanente de la estructura de personalidad, lo cual, junto a unos mecanismos de control disminuidos y a unos aspectos situacionales facilitadores, conducen al homicidio. Por otra parte, en el grupo "normal" la agresión no tiende a reprimirse o a exhibirse en exceso, de ahí que podamos concluir que en estos sujetos el acto agresivo es, fundamentalmente, una respuesta de reacción, y no un reflejo de su estructura de personalidad» (Biron et al., 1992).

4.1. Homicidas y asesinos en serie

Parece que los más recientes estudios psicológicos refuerzan la idea de que los homicidas pueden, o bien no ser cuerdos, o ser psicópatas, paranoides susceptibles, y normales. Desafortunadamente, estas tipologías explican pobremente el proceso de llegar a ser un asesino, salvo en los casos normales, donde los factores situacionales parecen destacarse. Es decir, las tipologías nos dicen muy poco en relación a la dinámica del « hacerse» del asesino (sin que ello implique un estado permanente en la vida del individuo). Además, es discutible si pueden solaparse categorías diferentes en un mismo sujeto (por ejemplo, rasgos psicopáticos y paranoides). En particular, el fenómeno de los asesinos en serie ha de ser reconocido como el caso más grave y espectacular, para cuya comprensión contamos con escasa información procesual.

Caso 1: Ken Bianchi

Ken Bianchi: ¿Un caso de personalidad múltiple?

La personalidad múltiple es un fenómeno fascinante, donde más de «una persona» parece habitar el mismo cuerpo. El DSM-Ill dice: « El aspecto esencial es la existencia dentro del individuo de dos o más personalidades distintas, cada una de las cuales es dominante en un tiempo determinado. Cada personalidad es una unidad plenamente integrada y compleja con una memoria específica, pautas dE comportamiento y relaciones sociales que determinan la naturaleza de los actos individuales cuando esa personalidad es dominante».

De forma típica la personalidad predominante no es consciente de las otras personalidades; de forma característica, por consiguiente, tales pacientes informan de lapsos de memoria. El descubrimiento de la personalidad múltiple (PM en adelante) suele ocurrir en sesiones de hipnosis, lo cual ha dado lugar a cierta controversia en el sentido de si los terapeutas pueden o no «provocar» fragmentaciones del yo del individuo y, con ello, historias espúrias de PM.

En cualquier caso, una vez que el síndrome se ha desarrollado, resulta cierto que las personalidades son reales desde la subjetividad del paciente, y son claramente diferentes, en sus motivaciones y temperamento, ante los ojos del observador. Sin embargo, en, el ámbito de la psicología forense resulta de gran importancia determinar si la PM es un síndrome real, o si se trata de una estratagema urdida por el acusado para escapar de una sanción penal elevada.

Martin Orne, David Dinges y Emily Orne (1984) han realizado un extraordinario análisis del diagnóstico de la PM utilizando como caso de estudio uno de los acontecimientos criminales más importantes del siglo :a: el asesino en serie Ken Bianchi, uno de los «estranguladores de la colina» de Los Ángeles.

Se dispone de una gran cantidad de material de audio y video sobre este caso, ya que la justicia criminal americana filmó y dejó estudiar a Orne y otros colegas todas las cintas disponibles.

Aspectos forenses. En un período de cuatro meses, durante los años 1977 y 1978 ocurrieron 10 asesinatos que causaron gran consternación, ya que las víctimas eran chicas jóvenes y atractivas;

presentaban rastros de estrangulación, tortura y violación. Dado que aparecieron desnudas en la colina de Los Angeles, el asesino fue conocido como el estrangulador de la colina. Once meses más tarde aparecieron otros dos cadáveres en Bellingham, estado de Washington. Estos dos últimos casos llevaron a la rápida aprehensión de Ken Bianchi, de 27 años, un guardia de seguridad privado. Aunque las pruebas eran incontestables, Bianchi negó cualquier implicación en los crímenes.

Pronto las pruebas apuntaron, igualmente, a que él era el responsable de los asesinatos en Los Angeles. Mientras tanto, Bianchi elaboraba diversas coartadas para evadir su responsabilidad en los asesinatos de Bellingham. Las dos más sofisticadas fueron las siguientes. Primero, pidió a su madre que enviara a la prensa un anónimo en el que el remitente se confesaba autor de los asesinatos (cosa que no hizo). En segundo lugar, pidió a una amiga que contara a la policía que habían estado juntos durante el tiempo de los asesinatos. A pesar de que ella lo hizo así, el propio abogado de Bianchi descubrió que era una falsedad obvia.

Debido a que existía un informe psiquiátrico de Bianchi de cuando éste contaba 11 años de edad, el abogado defensor pidió y obtuvo del juez que se sometiera a Bianchi a nuevas evaluaciones. Uno de los psiquiatras llamados por la defensa, el doctor Watkin,
explicó que en el transcurso de las sesiones de hipnosis había aparecido otra personalidad en Bianchi, «Steve», quien se hizo responsable de las muertes de Bellingham además de revelar su implicación en los asesinatos de Los Angeles. Fuera de las sesiones de hipnosis Bianchi siguió pregonando su inocencia, y su desconocimiento de « Steve, su «otra» personalidad. Debido a esto, su abogado defensor solicitó un veredicto de inimputabilidad por razón de enfermedad mental.

Aspectos biográficos. ¿Quién era Ken Bianchi? Fue criado por padres adoptivos, desde los tres meses de edad. Mostraba problemas de conducta de niño, y quizá fuera objeto de una disciplina excesiva por parte de su madre. Ésta señaló que Bianchi era un mentiroso habitual desde muy pequeño. Tenía un CI de 116, si bien su rendimiento académico fue mediocre. A los 11 años fue remitido por su madre a un psiquiatra, a causa de sus constantes problemas en la escuela, tics, enuresis, asma y múltiples problemas de conducta.

De mayor su conducta no mejoró. Quiso ser policía, pero fue rechazado en varias ocasiones. Tuvo 12 empleos diferentes en los nueve años siguientes a dejar el instituto; se casó a los 19 años, divorciándose ocho meses más tarde. A los 26 años comenzó a vivir con una chica.

Su conducta de mentir continuó durante todo ese período. Cuando a los 24 años se mudó a Los Angeles, se implicó en numerosas actividades ilegales como proxenetismo, robos, fraudes, etc. Pero uno de los fraudes más espectaculares fue el modo en que consiguió titularse en Psicología. Después de entablar relación con un psicólogo auténtico, Bianchi le persuadió para que le dejara utilizar su despacho. Una vez instalado a11í, puso un anuncio en el periódico solicitando los servicios de un graduado en Psicología; pedía a11í que le enviaran currículum y diversos documentos, lo que utilizó para falsificar un diploma con su propio nombre.

Mientras tanto, su compañera había quedado en estado, dando lugar a frecuentes riñas con Bianchi porque éste se ausentaba numerosas veces de casa. Para justificar este comportamiento, Bianchi explicó a su mujer que estaba recibiendo tratamiento de cáncer, y que le quedaba poco tiempo de vida, todo lo cual no se lo había querido comentar para no alarmarla. En ese período de tiempo se produjeron los asesinatos de Los Angeles.

Personalidad múltiple. No es lugar aquí para explicar los detalles del proceso forense que realizó el doctor Orne para estudiar el caso de PM de Bianchi. En síntesis, podemos indicar aquí que su conclusión fue que Ken Bianchi estaba fingiendo su enfermedad, por diferentes razones. En primer

lugar, su comportamiento en las sesiones de hipnosis no se ajustaba a los patrones habituales recogidos en la literatura especializada (por ejemplo, la personalidad de «Steve» evolucionaba a lo largo de las sesiones, algo que es sumamente improbable). En segundo lugar, Bianchi se esforzaba en subrayar su amnesia, lo que en ocasiones daba lugar a pautas de conducta también improbables. Finalmente, cuando se le sugirió que era algo extraño que sólo hubiera dos personalidades, Bianchi fue capaz de «hacer emerger» una tercera personalidad, de nombre Billy. Además, el análisis de la biografía de Bianchi estaba lejos de apoyar la existencia de una personalidad desdoblada en el pasado (típicamente, la PM suele aparecer entre los 4 y los 8 años de edad).

Compárese el caso de Ken Bianchi con el de Peter Sutcliffe, a quien la opinión mayoritaria reconoce el diagnóstico de esquizofrenia paranoide:

Caso 2: Peter Sutcliffe

Conocido como « el destripador de Yorkshire», asaltó a siete mujeres y asesinó a otras trece, entre 1975 y 1980, la mayoría prostitutas. En al menos 6 casos hubo indicios de asalto sexual. En el juicio declaró que mataba porque Dios se lo había pedido, mientras trabajaba como enterrador en un cementerio. Así, «la obra del Señor» era limpiar las calles de prostitutas, y su providencia había impedido que fuera capturado durante un largo tiempo (por doce veces la policía había contactado con él, y en esas tantas ocasiones le había dejado escapar).

«Todas están en mi cerebro, recordándome la clase de bestia que soy. Cuando pienso en ellas me doy cuenta del monstruo que hay en mí» (PS).

¿Era Peter Sutcliffe un esquizofrénico paranoico? Cuando al final se le detuvo por posesión de placas de matrícula robadas, la defensa del destripador de Yorkshire mantuvo esa tesis, basándose en el diagnóstico de tres psiquiatras forenses. Por su parte, la acusación mantuvo que todo era una patraña para escapar de la condena por asesinato múltiple. Se le condenó a cadena perpetua, con la recomendación por parte del juez de que no saliera en al menos 30 años. En 1984 fue trasladado a Broadmoor. Su estado mental era ya, realmente, deplorable.

Parece haber diferencias entre la racionalidad absoluta, el engaño extremadamente complejo y la compulsión a matar producto de «voces interiores». Los psicóticos que asesinan en serie no son más abundantes que los asesinos en serie sin patología específica o psicópatas. Una vez más, el conocimiento funcional de las historias biográficas de los asesinos es el núcleo de la madeja. De acuerdo con diversos estudios, de 30 a 500 asesinos en serie podrían estar activos hoy en día en Estados Unidos, responsables de unos 500 asesinatos al año (véase Egger, 1990). Los datos que se conocen sobre la etiología del asesino en serie señalan que la búsqueda de excitaciones, la disociación y un sentimiento grandioso del yo serían factores relevantes en la génesis de este fenómeno, sin negar la relevancia de una socialización llena de abusos y violencia.

Los asesinos en serie han de distinguirse de los asesinos en masa. Éstos cometen gran número de muertes en un solo acto, como es típicamente un tiroteo desde un edificio o en el plácido ambiente de un restaurante o colegio. Se trata de dos asesinos bien diferentes. El asesino en masa suele estar bajo los efectos de una presión insostenible, producto de una situación que le ha incapacitado seriamente, como puede ocurrir en los ex combatientes estadounidenses que, al regresar a su ciudad después de varios años de guerra en la selva asiática, encuentran un mundo en el que no pueden integrarse,; todo ello, sin contar los posibles daños psíquicos ocasionados por la misma situación de guerra (véase el capítulo sobre psicópatas y el síndrome de estrés postraumático asociado a veteranos del Vietnam). Que se trata de una acción límite, trazada par el individuo como «única salida» , se desprende del suicidio con que suelen acabar estas masacres. Bien al contrario, el asesino en serie no tiene ningún

interés en acabar con su vida, ni ataca como consecuencia de haber llegado a una situación de presión traurnática insostenible. Quizá el asesino en serie describa el inicio de la cadena de asesinatos o la comisión de uno nuevo, como el producto de una « urgencia ineludible», la explosión de una energía que había de ser liberada, o algo similar. Pero, en todo caso, tal presión se va generando a lo largo del tiempo, producto de un pensar continuo sobre actos violentos y de fantasías de poder o de sexo. No hay, como en el caso de los asesinos en masa, la vivencia de que « esto que me ha pasado tiene que acabar» el juicio de que algo es intolerable, y de que sólo la muerte de varias personas puede liberarles de una agonía absurda, al condenarles necesariamente a su propia muerte, al suicidio que inevitablemente tendrán que cometer después de su horrible crimen. Esos pensamientos son completamente ajenos al asesino en serie, el cual, recordémoslo, salvo que sea un perturbado mental, es un auténtico psicópata. Y ya sabemos que los psicópatas no precisan situaciones límite para actuar.

Quizá lo que tiene de aterrador el asesinato, sea éste único, en serie o de un grupo, es la capacidad de inhumanidad con que un ser humano puede tratar a otro. Hay asesinos, como Lepold y Loeb, que pueden llegar a quitar la vida de un niño sólo por una mezcla de ideología errónea y de gusto por experimentar nuevas sensaciones, sin que la cultura y la inteligencia puedan ser un freno suficiente:

Caso 3: Leopold y Loeb

El miércoles 21 de mayo de 1924, Bobby Franks, de 14 años, hijo de una familia adinerada de Chicago, fue secuestrado a inmediatamente, en el mismo auto que emplearon los asesinos para el secuestro, fue asesinado golpeándole con un escoplo. El rescate que pidieron de 10.000 dólares no se hizo efectivo porque el cadáver del chico fue encontrado antes, casi desnudo y con el rostro deformado por el ácido clorhídrico.

Los responsables fueron dos estudiantes de universidad, hijos a su vez de familias acaudaladas de Chicago, Leopold, de 19 años, y Loeb, de 18. Los dos eran alumnos brillantes, especialmente Leopold, quien dominaba cinco idiomas aunque había estudiado diecinueve, era licenciado en Filosofía y cursaba estudios de Derecho. Se le tenía por un genio (era también un experto ornitólogo; nada le resultaba complicado. Estaba muy Influido por el ideal del superhombre de Nietzsche. Por su parte, Loeb encarnaba ese ideal de superhombre ante los ojos de Leopold: era brillante, aunque superficial, atrevido y encantador con todos. En la biografía de los acusados destacaba una institutriz que introdujo conceptos erróneos sobre el sexo -en los informes de la época se hablaba de que « le sedujo»-, en el caso de Leopold, y otra de naturaleza muy represiva, en el caso de Loeb.

Ambos explicaron que la víctima la habían elegido al azar. Era la conducta lógica después de una temporada dedicada a hacer fechorías cada vez más notables.

Los acusados fueron examinados por criminólogos notables, como William Healy y Bernard Glueck. Ambos afirmaron que los acusados no tenían sentimientos, y Healy dijo de Leopold que mostraba ideas paranoicas: «El está en lo cierto, y es el mundo el que está equivocado» .

Fueron condenados a cadena perpetua. Loeb murió doce años después atacado por otro preso, al que había hecho insistentes propuestas homosexuales no exentas de cierto sadismo. Leopold salió en libertad condicional en 1958, treinta y tres años después del asesinato, y murió en 1971. Antes había fundado una institución para ayudar a delincuentes juveniles. Su cerebro fue objeto de estudios científicos que investigaban sobre la fuente de la genialidad.

Leopold había dicho en 1957: «En los últimos 25 años el remordimiento ha sido mi constante compañero. Está siempre conmigo. Algunas veces me absorbe por completo».

4.2. El modelo de Walters

Desde nuestro punto de vista, Walters (1990) ha elaborado la teoría más precisa -y más prometedora- para explicar el proceso de convertirse en un delincuente violento, lo que incluye, lógicamente, el asesinato. En la figura 4.1 aparece el diagrama de la teoría del estilo de vida criminal de este autor.

Walters explica «el estilo de vida criminal» considerando cuatro aspectos: condiciones, elección, cognición y conducta. Los criminales así considerados pueden tomar decisiones violentas porque cuentan con un sistema cognitivo que les permite filtrar la realidad de modo que se valide el deseo de dañar. Cogniciones como autoexculpación y cortocircuito, por ejemplo, posibilitan que el sujeto vulnere las reglas sociales, al eliminar todo resquicio de culpa o de ansiedad capaces de inhibir el comportamiento antisocial. Otras parejas de cogniciones, permisividad/poder, sentímentalismo/superoptimismo, a indolencia cognitiva/inconsistencia, están vinculados con otros patrones de comportamiento que son, respectivamente, intrusión interpersonal, autoindulgencia a irresponsabilidad. Las tablas 4.1, 4.2, 4.3 y 4.4 amplían más las características de los patrones antisociales básicos del delincuente violento, del estilo de vida o persistente (como también los denominamos nosotros).

Hasta aquí, entonces, se puede afirmar que el sujeto tendrá una mayor probabilidad de asesinar cuanto más consolidados tenga estos diferentes patrones de comportamiento, posibilitados, a su vez, por un estilo de pensamiento criminógeno (es evidente la deuda de Walters con los «patrones de pensamiento criminal» de Yochelson y Samenow, 1976). ¿Cuál es el origen de esas conductas y cogniciones? Aquí es donde entran en juego las condiciones y la elección. Por condiciones, Walters entiende los factores sociales, psicológicos y físicos (fisiológicos) que predisponen al sujeto a que adquiera el estilo de vida criminal. De este modo, los individuos sin apego a modelos prosociales, con afán de estimulación y con una autoestima deficiente, tienen el terreno abonado para lograr un estatus marginado mediante el recurso a la violencia. Tales deficiencias, en opinión de Walters, le generan un miedo básico ante las tareas de la vida, ante la responsabilidad, enfrentados a su incompetencia en tantas esferas de la vida.

A nuestro juicio, el mérito de la teoría de Walters es que permite comprender los procesos psicológicos del asesinato, y más en general de la violencia criminal, atendiendo al mismo tiempo al proceso de la formación de un estilo de vida que posibilite tales hechos. Es, entonces, un modelo para explicar los asesinatos de los serial killers (asesinos en serie) o de asesinos únicos que lleven una vida antisocial. No sería aplicable a los sujetos no violentos que, por causa predominantemente circunstancial, acaban con la vida de alguien.

4.3. Orientaciones para la investigación

El modelo de Walters necesita seguir siendo estudiado. Es preciso operacionalizar más afinadamente los patrones cognitivos y de conducta. Y es necesario comparar los criterios de Cleckley-Hare de la psicopatía con respecto a este modelo.

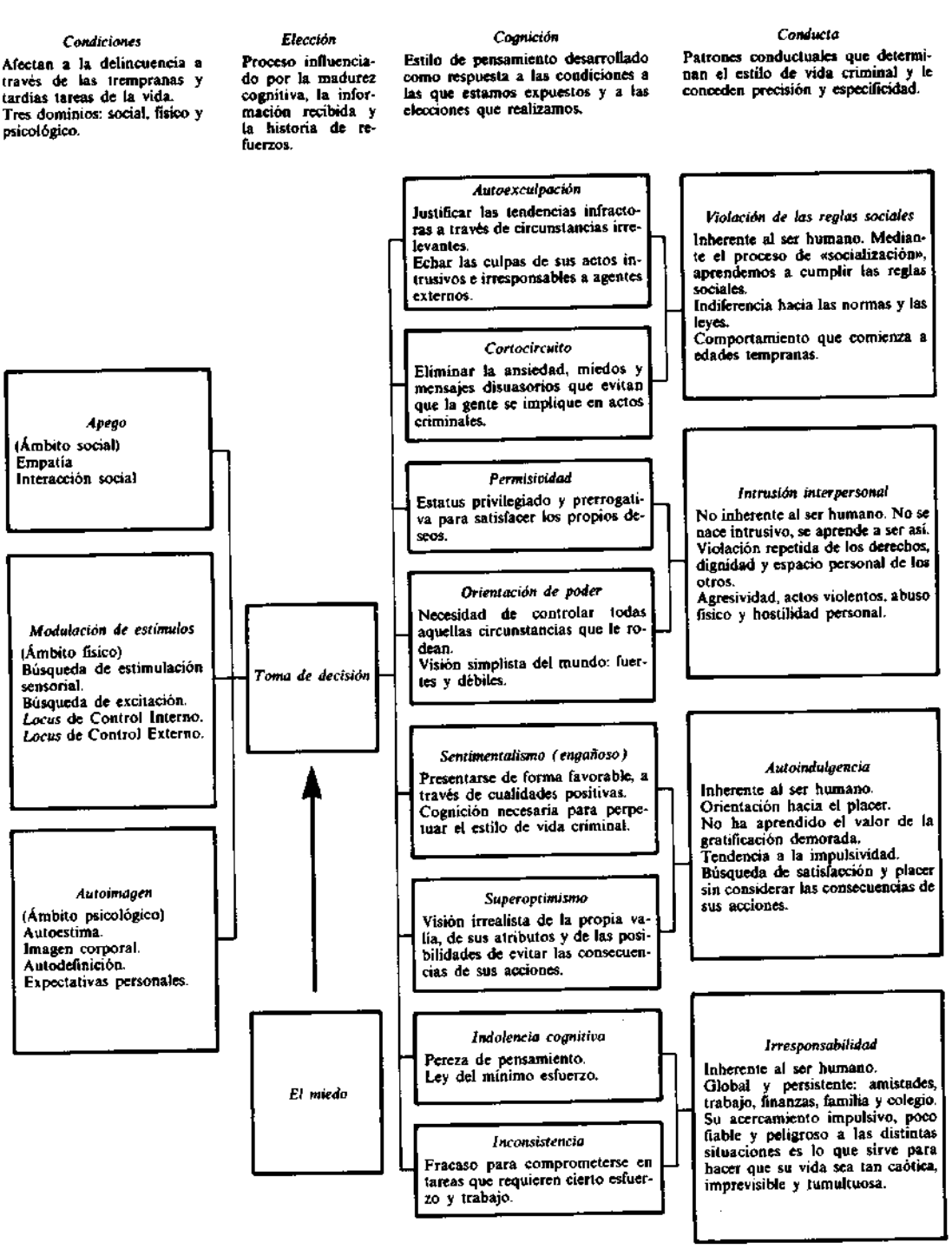


Figura 4.1.—Diagrama de la teoría del estilo de vida criminal de Walters.
(*Estilo de vida criminal:* Sistema de creencias que encaja en diversas condiciones tempranas y se asocia a elecciones que sirven para justificar, apoyar y racionalizar sus acciones criminales.)

TABLA 4.1

Patrón conductual de violación de reglas sociales

Violación de reglas sociales
• Patrón conductual inherente a la naturaleza humana. No tiene sus raíces en la adolescencia (?). • Hirschi: Nacemos con la predisposición a violar las reglas y normas de la sociedad, y sólo mediante el proceso de < socialización» aprendemos a cumplirlas. • Este patrón conductual refleja la indiferencia patente hacia las normas, leyes y reglas de la sociedad. • Conducta frecuentemente iniciada a edades tempranas: fácilmente observable en el ambiente escolar, militar, etc. Es un claro pronóstico de una posible criminalidad en su vida posterior. • La violación de reglas sociales está claramente expresada en determinados actos criminales. Es importante conocer: • La frecuencia, intensidad y duración del comportamiento infractor de normas. La edad en la que el individuo tuvo su primer arresto.

TABLA 4.2

Patrón conductual de intrusión interpersonal

Intrusión interpersonal
• No es inherente a la naturaleza humana. No se nace intrusivo, se aprende a actuar de esta manera. No tiene sus raíces en la adolescencia. • Patrón conductual caracterizado por la violación repetida y constante de los derechos, dignidad y espacio personal de los otros. Intento deliberado de abusar de los derechos y sentimientos personales de los demás. • En algunos casos, la intrusión interpersonal es la única característica conductual que distingue entre los patrones del estilo de vida criminal y los que no lo son. • Características: elevada agresividad, frecuencia de actos violentos -especialmente aquellos que implican sucesos criminales específicos--, hostilidad personal y abuso físico y/o emocional de los otros.

TABLA 4.3

Patrón conductual de autoindulgencia

Autoindulgencia
• Patrón conductual inherente a la naturaleza humana. • El delincuente persistente ha fracasado en aprender el valor de la gratificación demorada y tiende a ser impulsivo, orientado hacia el placer y autoindulgente. Busca alcanzar satisfacción y placer sin considerar las consecuencias de sus acciones. • La autoindulgencia se caracteriza principalmente por la ausencia de control que viene reflejada por: historia de abuso de alcohol y/o drogas, promiscuidad sexual, historia de inestabilidad de pareja y débiles vínculos emocionales con los otros. • Características: use de joyas llamativas, de prendas de vestir excesivamente caras, adornos con tatuajes, etc. • Las conductas autoindulgentes (sexo, drogas, tatuajes, etc.) tienen consecuencias negativas a largo plazo para el delincuente persistente y para los de su alrededor -particularmente a la luz de cuestiones como herpes, hepatitis, sida, etc.-. Pero antes de aceptar la responsabilidad de dichas consecuencias, buscará la culpa de su miseria en otras personas o en agentes externos a él.

TABLA 4.4

Patrón conductual de irresponsabilidad

Irresponsabilidad
• Patrón conductual inherente a la naturaleza humana. • El delincuente persistente encuentra tan reforzada la irresponsabilidad de la adolescencia que toma la decisión de seguir y continuar este patrón indefinidamente. • Su acercamiento impulsivo, peligroso y poco fiable a las situaciones, es lo que hace que su vida sea tan caótica, imprevisible y tumultuosa. • El delincuente persistente: fracasa al justificar sus acciones, no cumple sus obligaciones sociales y morales con los otros y es fuente constante de irritación para todos aquellos que viven cerca de él. • Actitud irresponsable, global y persistente en diversas áreas: colegio, trabajo, 6nanzas, familia y amigos. • Colegio: • Situaciones conflictivas en el ambiente escolar. • Problemas académicos relacionados con la ausencia de intereses, iniciativa y responsabilidad.

TABLA 4.4 (continuación)

- Absentismo escolar.
- Prematuro abandono del colegio, etc.
- Trabajo:
    - Informes de trabajo dispersos, escasos y muy deficientes.
    - Suelen aprovecharse de la buena voluntad y generosidad de sus superiores y compañeros de trabajo.
    - Muchos empleos esporádicos.
    - Los empleos no suelen durar más de 1 ó 2 años.
    - Con frecuencia abandonan sus trabajos o son despedidos al poco tiempo de iniciarse el contrato, etc.
- Finanzas:
    - Irresponsabilidad en el manejo del dinero: demora en el pago de cuentas, utilización inadecuada, imposibilidad de ahorro, etc.
    - Irresponsabilidad en el mantenimiento económico de la familia, etc.

Además, también se debería averiguar qué tipo de delincuente violento -homicida único, en serie, delincuente sexual, violador y homicida- se acomoda mejor a estos supuestos, o si es necesario introducir modificaciones, sustanciales o no, en tales supuestos de acuerdo a estos diferentes hechos delictivos.

Por otra parte, si bien las tipologías empíricas tienen un valor heurístico evidente, y ayudan a estructurar el cuerpo de conocimientos, nos parece más valioso dedicarnos a comprender la cadena secuencial que lleva a un sujeto al asesinato, en especial a los asesinos múltiples, más a11á de los trabajos literarios o periodísticos (véase Madrid, 1992, sobre el caso del violador y asesino de ancianas de Santander, Rodríguez Vega). La unión del análisis funcional con estudios de informes, entrevistas y hechos objetivos biográficos parece lo más apropiado.

PARTE SEGUNDA

Violencia sexual

5 Perfil psicológico de los delincuentes sexuales

SANTIAGO REDONDO

5.1. Definición de conceptos

Recientemente se ha producido en España una gran alarma pública en relación con la delincuencia violenta y, especialmente, la de carácter sexual. Ello ha sido motivado por una serie de asesinatos y violaciones de menores ocurridos, a lo largo de 1992, en distintos puntos de España (Alcacer -en Valencia-, Huelva, Valladolid, etcétera).

El primer objetivo de nuestro análisis será el acercamiento a la definición de este tipo de delitos. Tanto conceptual como legalmente, los delitos sexuales son de diversa índole y gravedad. En nuestro Código Penal se recogen bajo la moderna nomenclatura de delitos contra la libertad sexual y son los siguientes: la violación; las agresiones sexuales, los antes llamados abusos deshonestos; el exhibicionismo obsceno ante menores de 16 años o mayores sin su consentimiento; la provocación sexual, mediante el empleo de pornografía con menores de 16 años; el estupro o acceso carnal con un mayor de 12 años aunque menor de 18, sirviéndose para ello de una relación de prevalencia o superioridad, y el rapto de una persona para atentar contra su libertad sexual.

En este capítulo prestaremos atención a los delitos sexuales que más atemorizan a los ciudadanos por su violencia, a aquellos que mayor rechazo social producen: las violaciones y las agresiones sexuales a niños. Éstos son también los que han suscitado un mayor interés de parte de la literatura criminológica.

5.1.1. Violación

En la mayoría de las legislaciones, comete violación el hombre que tiene una relación sexual con una mujer que no consiente en ella. El Código Penal español establece -en su art. 429- que «comete violación el que tuviere acceso carnal con otra persona, sea por vía vaginal, anal o bucal...» si «usare fuerza o intimidación», cuando aquélla se encuentre «privada de sentido o cuando se abusare de su enajenación» ,

o < cuando fuere menor de doce años». Según ello, pueden ser víctimas de violación tanto mujeres como hombres. Por el contrario, existe la duda doctrinal de si pueden ser también autores de violación las mujeres, siendo la opinión dominante que no, que sólo los hombres pueden realizar el «acceso carnal» tipificado. En todo caso, lo habitual es, en términos conceptuales y estadísticos, que los varones sean los autores de este delito.

Una cuestión relevante aquí es si la violación es un delito universalmente reconocido como tal en las diversas sociedades y culturas. Sanday (1981) efectuó un análisis transcultural de la violación en 156 sociedades distintas, encontrando que en casi la mitad de ellas la violación estaba permitida -no era delito-,. como un elemento más de dominación sobre las mujeres en culturas de prominencia varonil. Bien es verdad que ésa no es la realidad de las sociedades occidentales, en todas las cuales la violación se encuentra tipificada como delito.

5.1.2. Agresión sexual a niños

La legislación penal española, tras referirse a la violación, considera que es delito « cualquier otra agresión sexual no contemplada en el artículo anterior, realizada con la concurrencia de alguna de las circunstancias en el mismo expresadas» , esto es, «con fuerza o intimidación», cuando la víctima se encuentre «privada de sentido» o enajenada, o sea « menor de doce años» (Código Penal, art. 430). Así pues, desde una perspectiva jurídica, las agresiones sexuales sobre niños que no sean propiamente violaciones, encajarían mayoritariamente en el epígrafe de las agresiones sexuales, aunque también podrían hacerlo en los tipos delictivos estupro y rapto a los que nos hemos ya referido.

5.2. Cifras de delitos sexuales

En cifras de la Fiscalía General del Estado para 1988, del total de las Diligencias Previas instruidas en España un 0,4 por 100 correspondieron a delitos sexuales. Este puede ser un indicador apropiado del volumen de delitos sexuales dentro del monto total de delitos que llegan a los tribunales de justicia. Complementariamente, un análisis de la población penitenciaria de Cataluña entre 1985 y 1991 nos permitió obtener un promedio de 156 encarcelados por delitos sexuales (con un rango entre 115-227), lo que supone un porcentaje medio de un 3,57 por 100 sobre el total de sujetos en prisión (para una población penitenciaria media de 5.473 individuos). En datos más recientes, a fecha 1 de junio de 1993, de todos los encarcelados varones en prisiones catalanas el 6 por 100 lo estaban por delitos contra la libertad sexual.

Para comprender la diferencia existente entre las cifras del 0,4 por 100 de delitos sexuales encausados (en el año 1988), y las del 3,57 por 100 y 6 por 100, correspondientes al promedio de encarcelados por estos mismos delitos, deben tenerse en cuenta las largas condenas de prisión a que ciertos delitos sexuales dan lugar -como, por ejemplo, las violaciones-, lo que produce una acumulación en el tiempo de sujetos encarcelados por estos delitos, frente a delitos más leves, como robo a otros.

Las anteriores cifras no se alejan en demasía de las de otros países de nuestro entorno cultural. Para Inglaterra y Gales, Prins (1986) calculó en el 1 por 100 los delitos sexuales encausados sobre el total de los delitos conocidos. Sin embargo, no podemos dejar de recordar la probable elevada cifra oscura de criminalidad sexual, tal vez superior, dadas sus características, a otras modalidades delictivas. Hollin (1989) ha señalado algunas de las razones que probablemente llevarían a que muchos delitos sexuales no sean denunciados: una es que las víctimas no desearían, en muchos casos, verse en la obligación de explicar oficial y reiteradamente, a la policía, jueces, etc., los detalles que envolvieron a la agresión; asimismo, desearían evitar atraer la atención pública sobre lo que les ha ocurrido; considérese aquí el gran atractivo que para los medios de comunicación tienen los sucesos violentos y sexuales; incluso, algunas víctimas temerían que la denuncia y la publicidad pudieran ser incitadores de posteriores ataques sexuales, de los mismos agresores o de otros nuevos. Cuando las víctimas son menores o jóvenes, los padres mostrarían un deseo razonable de ocultación, en un afán de impedir que el suceso se perpetúe sobre las vidas de aquéllos, durante todo el tiempo del proceso, y llegue a conocimiento de familiares, amigos, etc. Finalmente, para el supuesto de violaciones y agresiones sexuales conyugales, es posible que muchas mujeres, debido a su repetición o habitualidad, ni siquiera se hagan conscientes de la ilicitud de estas conductas.

5.3. Topografía de los delitos sexuales

La investigación psicológica de los delincuentes sexuales ha seguido diversos caminos. Uno de ellos, necesariamente el primero, se ha dirigido a describir del modo más exhaustivo posible tanto los comportamientos de agresión sexual, como las características demográficas y personales más comunes de los propios agresores y de sus víctimas. Para su estudio contamos básicamente con -información procedente de investigaciones realizadas en otros países, aunque también podemos ya presentar información sobre una muestra de delincuentes sexuales españoles.

5.3.1. Violación

Hollin (1989) ha recogido diversos estudios de encuesta americanos de finales de los años setenta y mediados de los ochenta. En síntesis, en estos estudios, realizados sobre muestras diversas de violadores y víctimas de violación, se obtuvieron las siguientes informaciones relevantes: las violaciones solían acaecer en la propia casa de las víctimas, en las grandes ciudades, y en coches, en ciudades pequeñas; los horarios más frecuentes de las violaciones tenían lugar entre las 20 y las 8 horas, o sea, durante la noche; en la oscuridad; en sábado, y como meses con mayor numero de violaciones aparecían mayo y noviembre. En lo tocante a las características demográficas de las víctimas, éstas eran, sobre todo, mujeres jóvenes, de 16 a 25 años, estudiantes -en menor grado amas de casa o mujeres trabajadoras-, y solteras -tendrían una mayor exposición a potenciales situaciones de violación, como vivir y viajar solas, etc.

Como características principales de los violadores más típicos se obtuvieron las siguientes: varones jóvenes, de 16 a 30 años; de clase socioeconómica baja; alrededor de la mitad eran sujetos casados y en torno al 60 por 100 tenían hijos; en lo relativo a los antecedentes delictivos, una cuarta parte de ellos habían violado con anterioridad, mientras que una tercera parte habían cometido delitos violentos previos; coherente con esta baja tasa de antecedentes delictivos previos, la reincidencia de los delincuentes sexuales, en conjunto, ha sido estimada como muy baja, no superior al 10 por 100 (Romero y Williams, 1985; Redondo, Funes y Luque, 1993); pese a ello, en estudios de autoinforme se ha encontrado que por cada delito sexual detectado habría 5 no conocidos. A la luz de la investigación psicopatológica, no cabe afirmar que los violadores sean -salvo excepciones- un grupo de perturbados, con diagnósticos formales de psicopatología.

5.3.2. Agresión sexual a niños

Según la información recogida por Hollin (1989) de diferentes estudios angloamericanos, la inmensa mayoría de los agresores sexuales de niños son varones, mientras que la mayoría de las víctimas serían niñas y jóvenes mujeres. Las agresiones más frecuentes consistirían en caricias y tocamientos genitales, masturbación o exhibicionismo, siendo muy infrecuentes las relaciones sexuales completas, con penetración, debido, en parte, a razones fisiológicas, ante la desproporción del aparato genital del agresor y de las víctimas. Aparecen una serie de factores familiares asociados con la agresión sexual: que los niños vivan sin el padre biológico, que la madre se encuentre enferma, imposibilitada, o ausente por trabajos fuera del hogar, etc. En una cuarta parte de los casos de abusos sexuales, las niñas fueron agredidas por un miembro de su propia familia.

Recientemente se ha llevado a cabo una investigación en España sobre delincuentes sexuales (Garrido, Redondo, Gil y Torres, 1993). En ella se ha estudiado a un grupo de 30 encarcelados por delitos sexuales, mayoritariamente por violación, existiendo también algunos agresores de niños, así como un grupo de comparación de 10 encarcelados por delitos no sexuales. Como instrumentos básicos para la obtención de información se emplearon, en primer término, los propios testimonios de las sentencias condenatorias, en donde se describen los delitos encausados y las circunstancias en

que éstos acontecieron; y, en segundo lugar, a todos los sujetos les fue realizada una larga entrevista psicológica, semiestructurada, en la que se indagaban sus historias previas, sus contextos sociales, sus aprendizajes sexuales, sus habilidades interpersonales, sus cogniciones y creencias, etc., y en relación con los delitos cometidos se repasaban, con lujo ¡de detalles, los antecedentes situacionales que precedieron a los delitos, las propias acciones llevadas a cabo, así como las consecuencias, de gratificación, reproche, etc" seguidas de tales acciones. El objetivo final es la realización de un análisis funcional de conducta, en que ahora se está trabajando.

Por el momento podemos ofrecer aquí algunos datos a informaciones sobre las circunstancias en que tuvieron lugar las 95 agresiones sexuales efectuadas por 22 de los sujetos estudiados, así como sobre las características más sobresalientes de las víctimas y los propios agresores.

La mayor proporción de violaciones y agresiones sexuales se produjo entre los meses de septiembre y diciembre, siendo noviembre, al igual que en los estudios angloamericanos, el mes más frecuente; tres cuartas partes de los delitos ocurrieron por la noche; en casi la mitad de las ocasiones el lugar del encuentro con la víctima fue las proximidades de la vivienda de ésta, siendo con frecuencia conducida a un lugar apartado o descampado para consumar el delito; casi la mitad de los delincuentes habían agredido a una sola víctima, aunque una pequeña proporción de ellos habían agredido a dos, tres y más víctimas; generalmente, en tres de cada cuatro casos, los agresores actuaron en solitario; en un 94 por 100 de las ocasiones los agresores emplearon armas para intimidar a sus víctimas, preferentemente objetos corto-punzantes; en el 82 por 100 de las ocasiones se consumó la acción sexual, mayoritariamente en forma de coito vaginal, aunque también en forma exclusiva de tocamientos o exhibicionismo; frecuentemente las víctimas fueron, además, robadas por los agresores (dinero, joyas o prendas de ropa); finalmente, en casi la mitad de los casos se produjeron lesiones a las víctimas (lo más frecuente: contusiones y pequeños desgarros); en una ocasión, debido a los golpes propinados por el agresor a la víctima ante su resistencia, aquél le produjo la muerte.

La mayoría de las víctimas eran chicas -el 95 por 100- y jóvenes -el 69 por 100 de ellas tenían menos de 20 años-. En el momento del encuentro con el agresor, la actividad más frecuente de las víctimas era entrar o salir de una vivienda, aunque

en un buen número de casos se encontraban en un descampado o lugar solitario. Por su parte, los agresores más típicos eran hombres de 26 a 30 años, seguidos del grupo de edad de 19 a 25; la mayoría no tenían un trabajo cualificado; 6 de cada 10 eran solteros y 3 de cada 10 casados; todos los agresores tenían alguna instrucción escolar, y, finalmente, en consonancia también con los datos de los estudios angloamericanos, pocos agresores tenían antecedentes penales previos: en nuestra muestra algo más de 2 de cada 10 sujetos.

5.4. Topologías de delincuentes sexuales

Una segunda vertiente investigadora ha pretendido poner un cierto orden en la multiplicidad de factores implicados en los delitos sexuales, prestando atención prioritaria a las características de los sujetos agresores. Su resultado ha consistido en la elaboración de diversas taxonomías de violadores y agresores sexuales de niños. Para ello los investigadores, tras analizar diversas muestras de delincuentes sexuales, han seleccionado algún criterio clasificador que han considerado más relevante. Como producto, han emergido tipologías diversas. Este camino, harto trillado, ha resultado, sin embargo, poco fructífero para la comprensión de la conducta sexual delictiva, según comentaremos más adelante.

En síntesis, para crear una taxonomía o tipología se cubren las siguientes etapas:

1. Se estudia la variabilidad en diversos factores personales de una muestra de delincuentes sexuales.

2. Mediante algún procedimiento -lógico, teórico o estadístico- se adoptan uno o varios de los factores analizados -biológicos, psicológicos, sociales...-, que se consideran más relevantes, como criterio clasificador o diferenciador de los individuos.

3. Finalmente, se agrupan los casos dentro de las categorías formadas.

5.4.1. Violadores

A modo de ejemplo, mencionaremos las categorías de violadores formuladas por Cohen et al. (1971) y por Prently et al. (1985). Cohen et al. (1971) encontraron cuatro tipos de violadores: 1) el violador por desplazamiento de la agresión, que utiliza la violación para expresar su cólera y dañar básicamente a su víctima, a menudo su esposa o novia; 2) el violador compensatorio, que satisface mediante la agresión las necesidades sexuales que no logra resolver por métodos normalizados; 3) el violador de difusión sexual y agresiva, que sería un agresor sádico a quien excita el sufrimiento de sus víctimas, y 4) el violador impulsivo, que no planifica la violación, sino que, carente de freno, actúa ante la ocasión que se le ofrece con motivo de otras acciones, como un robo, por ejemplo. Prentky et al. (1985) analizando una muestra de 108 casos de violación obtuvieron ocho tipos de violadores, combinando para ello tres factores: el primero de estos factores es el « significado de la agresión», que les lleva a formular dos categorías de violaciones: 1) la instrumental, que es utilizada por el agresor como mecanismo para lograr la sumisión de la víctima, y 2) la expresiva, en la que por encima de todo lo que se expresa es violencia; el segundo factor al que atienden es al «significado de la sexualidad», en base al cual establecen 3) la violación compensatoria, en la que el acto sexual pretende expresar en vivo alguna fantasía previa, 4) la violación de explotación, que es agresiva a impulsiva, 5) la agresión de cólera desplazada, como expresión de rabia o furia de sujeto y 6) la violación sádica, la más violenta y agresiva; finalmente, basándose en la consideración del factor «grado de impulsividad» los autores dicotomizan la violación en dos tipos, 7) violación con una alta impulsividad, que se asociaría con sujetos de una baja competencia psicosocial y con fuertes trastornos de carácter y 8) la violación de baja impulsividad, asociada con sujetos introvertidos.

5.4.2. Agresión sexual o abuso de niños

De modo semejante se han formulado tipologías de agresores sexuales de niños, bastante simples. Para su confección los autores han atendido ya sea a las características del delincuente o bien a la naturaleza de la acción criminal. Hollin (1989) ha recogido algunas de estas tipologías: violación de niños versus abuso de niños; abusadores por preferencia versus abusadores situacionales; heterosexuales y homosexuales, a incestuosos y no incestuosos.

5.5. Hipótesis explicativas de la agresión sexual

La perspectiva más prometedora en el estudio de la delincuencia sexual ha abordado la localización de factores psicológicos y situacionales de diverso contenido, que puedan explicar el desencadenamiento de las agresiones sexuales. Para ello se han estudiado la topografía de la excitación sexual, las actitudes hacia las mujeres y niños, las distorsiones cognitivas, y la competencia social de los agresores sexuales.

5.5.1. Violación

Muchos estudios han dirigido su atención al estudio del arousal o excitación sexual de los violadores. Para ello se ha utilizado el pletismógrafo, que permite medir cambios en el volumen del pene -como indicador de excitación- a resultas de la presentación de diversas estímulos sexuales, manipulados mediante diapositivas, cintas magnetofónicas o de vídeo, o la propia autoimaginación del sujeto. Esta técnica permite conocer de modo fiable qué es lo que excita o no excita a los sujetos. Más concretamente, permite conocer si los violadores son excitados en mayor o menor grado que los no-violadores por escenas de sexo forzado.

Un primer conjunto de estudios comprobaron que los violadores eran más estimulados que los no-violadores por escenas de sexo no consentido, mientras que, contrariamente, los no-violadores lo eran más por sexo consentido o normal. Ello condujo, según relata Hollin (1989), a la formulación de la hipótesis de preferencia: los violadores tendrían una preferencia por el sexo agresivo porque les resulta la forma sexual más excitante.

Un segundo elenco de investigaciones sobre arousal sexual obtuvieron que aun que los violadores parecían ser más estimulados que los no-violadores por situaciones de sexo forzado, resultaban excitados por igual a los no-violadores por escenas de sexo consentido o normal. Esta constatación negaba la afirmación de la hipótesis de preferencia, sugiriendo más bien una hipótesis de falta de inhibición (Hollin, 1989): violadores y no-violadores serían igualmente excitados por escenas de sexo consentido; sin embargo, mientras que las escenas de violencia sexual y violación inhibirían la excitación de los no-violadores, esto no ocurriría en los violadores.

El panorama se matiza aún más en un conjunto de investigaciones realizadas por Malamuth et al. (1980), que efectuaron dos puntualizaciones sobre los resultados previos de la supuesta no excitación de los no-violadores con escenas de violación: en las muestras estudiadas por estos autores, ante el comienzo de escenas de sexo no consentido o violación, los no-violadores emitían respuestas de excitación sexual en igual o mayor grado que los violadores, que se mantenían si la « víctima» llegaba a ser finalmente -aunque involuntariamente- excitada por el violador. La diferencia entre ambos grupos -violadores y no-violadores- aparecía en el supuesto de que la víctima en lugar de llegar a ser excitada continuara sufriendo: cuando la víctima continuaba sufriendo disminuía el arousal sexual de los no-violadores. La segunda puntualización es que en términos de patrón de excitación sexual no resulta tan clara la dicotomía entre violadores y no-violadores: algunos sujetos que no han violado manifestaban que, en condiciones favorables de impunidad, etc., podrían llegar a hacerlo.

Así pues, la relación entre estimulaciones sexuales y respuestas de excitación no resulta ser tan simple como pudiera parecer a simple vista, por lo que se ha sugerido, como en cualesquiera otras respuestas de interacción, la probable mediación cognitiva y actitudinal (Hollin, 1989).

En materia de actitudes, como tantas veces en psicología, la investigación ha resultado decepcionante: no se ha podido demostrar que los violadores, pese a su conducta de agresión sexual, sean, como grupo, más conservadores y negativos en sus actitudes hacia las mujeres que los no-violadores. En nuestra investigación (Garrido, Redondo, Gil y Torres, 1993) muchos violadores mostraron actitudes favorables e igualitaristas hacia las mujeres, con expresiones semejantes a éstas: «las mujeres son iguales que los hombres...», «tienen las mismas necesidades...», « tienen los mismos derechos...», etc. Es verdad que también aparecieron algunas distorsiones cognitivas y creencias erróneas: un violador, por ejemplo, manifestaba que «el 50 por 100 de los mensajes que envían las mujeres (en la interacción heterosexual) son mensajes ambiguos, se les ve el plumero, y a mí me gustan las cosas claras...»; otro manifestaba: « antes consideraba a las mujeres inferiores, las trataba mal, no las veía como personas...».

El último gran apartado de la investigación de la violación se ha dirigido al análisis de la competencia psicosocial de los violadores. La competencia social es indudablemente una condición necesaria para la conducta sexual apropiada, consentida. Por ello, en algunos casos la violación se ha considerado una alternativa a la incompetencia social de algunos sujetos para lograr relaciones sexuales consentidas. Pese a ello, la investigación ha obtenido también resultados ambivalentes (Hollin, 1989): mientras que algunos estudios han encontrado que efectivamente los violadores eran menos asertivos y más ansiosos, y tenían menos habilidades conversacionales, otros estudios, en cambio no han hallado diferencias en habilidades sociales entre sujetos violadores y no-violadores.

5.5.2. Abuso de niños

Mientras que la investigación actual se decanta por explicaciones de la violación en términos de delincuencia violenta, es indudable que el abuso de niños -no vio lento- viene requerido de explicaciones diferentes. Finkelhor (1986) ha formulado un modelo explicativo acogedor de diversas investigaciones en este campo. Hemos recogido este modelo en la tabla 5.1.

En síntesis, el modelo incluye cuatro procesos complementarios que actuarían en combinaciones diversas para propiciar el interés sexual sobre los niños: 1) Congruencia emocional: los niños resultarían atractivos debido a su baja capacidad de dominación, elemento de gran atracción para individuos varones, socializados para la dominación; II) Excitación sexual: los niños resultarían sexualmente atractivos a causa de las experiencias personales de los agresores, así como de los modelos que han tenido, y de la pornografía en este sentido; 111) Bloqueo: muchos sujetos tendrían problemas para establecer relaciones adultas con mujeres, y IV) Desinhibición: las drogas, el alcohol y ciertas distorsiones cognitivas podrían actuar como elementos precipitadores de desinhibición.

Las distorsiones cognitivas se han destacado como elementos desinhibidores importantes en las agresiones sexuales a niños. Abel et al. (1984) identificaron algunas de las distorsiones cognitivas más frecuentes que hemos recogido en la tabla 5.2.

TABLA 5.1

Modelo de Finkelhor (1986) sobre los agresores sexuales de niños

Cuatro procesos complementarios que pueden actuar en combinaciones diversas en los casos individuales, propiciando el interés sexual sobre los niños:

I. *Congruencia emocional*

Los varones (agresores sexuales) están socializados para dominar: los niños les resultan atractivos debido a su baja capacidad de dominación (relación con inmadurez, baja autoestima, agresividad).

II. *Excitación sexual*

Los niños resultan sexualmente atractivos (excitantes) debido a la experiencia personal, modelos o pornografía en tal sentido.

III. *Bloqueo*

Existen problemas para las relaciones adultas con mujeres. Por ello los niños son una alternativa sexual (relación con ansiedad, incompetencia social, actitudes hacia el sexo...).

IV. *Desinhibición*

Los sujetos se desinhiben para este tipo de conductas por el uso de drogas, alcohol, distorsiones cognitivas, etc.

TABLA 5.2

Distorsiones cognitivas en agresores sexuales de niños (Abel et al. 1984)

1. Las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal.

2. Los niños no lo dicen debido a que les gusta el sexo.

3. El sexo mejora la relación con un niño.

4. La sociedad llegará a reconocer que el sexo con los niños es aceptable.

5. Cuando los niños preguntan sobre el sexo significa que él o ella desean experimentarlo.
6. El sexo práctico es una buena manera de instruir a los niños sobre el sexo.

7. La falta de resistencia fisica significa que el niño desea el contacto sexual.

FUENTE: C. R. Hollin (1989).

5.6. Predicción del riesgo de agresión sexual

Por último, nuestro análisis se plantea si estamos en condiciones, a la luz de los actuales conocimientos en la materia, de efectuar predicciones adecuadas del riesgo de comisión de nuevos delitos sexuales. El sistema de justicia penal debe decidir, con todos los delincuentes, pero prioritariamente con los más peligrosos, el riesgo existente de que reincidan en sus carreras criminales. Estas decisiones afectan en nuestro sistema penitenciario, sobre todo, a ciertas situaciones

especiales como la concesión de permisos de salida, los eventuales acortamientos de la condena -mediante la redención de penas- y la aplicación del régimen abierto y de la libertad condicional.

Howells (1987) se ha mostrado pesimista en la predicción del riesgo, afirmando que las predicciones psiquiátricas y psicológicas de la violencia han manifestado reiteradamente su pobreza a inexactitud, siendo la razón de ello el fracaso de los clínicos para tomar en consideración factores situacionales, por encima de las variables personales generalmente utilizadas. Otros autores, como Litwack y Schlesinger (1987), han manifestado, en cambio, su confianza en las ciencias de la salud mental para evaluar la peligrosidad y diagnosticar el riesgo de comisión de nuevos delitos. Tales predicciones resultarían legítimas, sobre la base de los conocimientos que tienen estas ciencias acerca de la conducta humana, y, además, necesarias.

Ambas posturas albergan una parte de verdad, sin duda. Quienes afirman la inexactitud de la predicción de la futura delincuencia encontrarán sobrados argumentos para ello en aquellos casos en que ante una predicción favorable se produjeron, sin embargo, nuevos delitos. Quienes sostienen la necesidad y oportunidad de las predicciones cuentan también con datos abundantes sobre la bondad de estas predicciones por encima de la no predicción. Y más aún sobre la necesidad de efectuar predicciones, asumiendo algunos riesgos, a cambio del logro de amplios beneficios tanto individuales como sociales.

En materia de delincuencia y, más ampliamente, en materia de conducta humana, hoy por hoy es imposible -y tal vez lo será siempre- hacer predicciones exactas sobre el comportamiento futuro, afirmado que alguien, con total seguridad, no cometerá nuevos delitos, encontrará un trabajo, abandonará el use de drogas, etc. Las ciencias psicológica y criminológica, en sus actuales estados de desarrollo, no pueden operar sino en términos de probabilidades modestas. Sobre la base de informaciones diversas, de amplios conjuntos de variables relacionadas con la conducta de la gente -edad, experiencias y aprendizajes previos, educación, conexiones familiares y sociales, inteligencia y habilidades, actitudes, valores, salud, etc-, llegan a conclusiones probables de mayor o menor riesgo de que un sujeto cometa o no nuevos delitos, encuentre y mantenga un trabajo, o abandone las drogas. En el modus operandi científico, la psicología y la criminología van barajando, mediante la investigación y la experiencia, estos diversos factores, pudiendo apurar y afinar paulatinamente sus predicciones. Pero inevitablemente, al final, deben ser asumidas ciertas cuotas de error ineludible. El dato que deberá informar nuestras decisiones, como en todos los demás ámbitos científicos, no es si se producen fallos en la predicción, sino cuál es la proporción existente entre estos fallos y los beneficios sociales y de política criminal que se derivan de continuar efectuando estas predicciones imperfectas.

En el sistema penitenciario español se asumen riesgos evidentes cuando se conceden permisos penitenciarios a los delincuentes encarcelados o cuando se ubica a éstos en régimen abierto. Estas dos figuras legales han sido abiertamente cuestionadas con motivo de los recientes asesinatos de tres niñas en Alcacer (Valencia) por un preso evadido de un permiso de salida. Pese a ello, contamos con datos favorables que nos permiten afirmar la conveniencia de mantener ambos beneficios penitenciarios. En lo relativo a los permisos de salida, sobre una población carcelaria en España superior a cuarenta mil personas, no menos de 15.000 sentenciados estarían accediendo periódicamente a permisos de salida. Esto es, una cifra no inferior a 15.000 encarcelados salen periódicamente a la calle -cada dos o tres meses- durante varios días. Estas salidas tienen múltiples efectos positivos: en sí mismas suponen una humanización del sistema carcelario; permiten a los encarcelados un cierto reencuentro con la sociedad a la que tendrán que volver próximamente; renueva sus vínculos familiares y sociales; les ofrece la oportunidad de localizar un trabajo, para su vuelta; etcétera. Frente a este conjunto de favorables efectos, existen también algunos riesgos. El riesgo social más inmediato es que algunos sujetos no se reintegren a la prisión. Según los datos

penitenciarios de Cataluña, el 4 por 100 de los encarcelados que salen periódicamente de permisos de salida no reingresan voluntariamente en alguno de estos permisos (Departamento de Justicia, 1992). Por tanto, atendiendo a este indicador, los permisos de salida son empleados de un modo satisfactorio por el 96 por 100 de los sujetos mientras que no hacen un buen use de ellos el 4 por 100. En criminología, esta proporción de éxito argumentaría con rotundidad la conveniencia de mantener y ampliar la aplicación de los permisos de salida.

En lo tocante al régimen abierto, en España se ha comprobado que entre quienes acceden al régimen abierto existe después una muy inferior proporción de reincidentes. Mientras que 6 de cada 10 individuos que acceden a régimen cerrado, y 4 de cada 10 que están en régimen ordinario, reinciden, sólo lo hacen 2 de cada 10 sujetos que pasan por régimen abierto (Redondo, Funes y Luque, 1993). Según ello,

5.7. Conclusiones

Diversos han sido los caminos seguidos por la investigación psicológica para conocer el perfil de los delincuentes sexuales. Este conocimiento tiene implicaciones sociales y jurídicas previas. Supone también la descripción de agresores y víctimas, así como de la topografía y la cuantificación de las propias acciones delictivas. Y, sobre la base de los conocimientos acumulados, implica la formulación teórica explicativa, que aumente nuestra comprensión del fenómeno y de las posibilidades de .intervención sobre el mismo (Garrido, 1993). En todos estos terrenos contamos con información proveniente de la investigación psicológica, a la que brevemente nos hemos referido con anterioridad.

Ahora el lector nos permitirá un comentario crítico sobre las tipologías de delincuentes sexuales, camino que a tantos investigadores y estudiosos ha seducido y sigue seduciendo, pese a que hasta el presente ha resultado, en nuestra opinión, de poca utilidad. En la historia de la criminología y de la psicología criminal, las tipologías han supuesto intentos meritorios de poner un cierto orden en la barahúnda de la amplia información clínica acumulada. A partir de grandes y dispersos conjuntos de datos sobre muestras de delincuentes han focalizado su atención en algún aspecto que los investigadores han considerado el más relevante: la apariencia física de los delincuentes, la presencia de psicopatologías, la intensidad de la violencia ejercida, el_ objeto de la agresión, o variables psicológicas diversas (inteligencia, rasgos y factores de personalidad, etc.). Y, finalmente, sobre la base del aspecto seleccionado, se ha procedido a agrupar a los sujetos, con mayor o menor éxito. Posteriormente, otros investigadores han replicado un procedimiento semejante para confirmar o refutar -o, generalmente, enmendar- la taxonomía diseñada.

El éxito de esta metodología dependería, teóricamente, de que los investigadores fueran capaces de aprehender el criterio más relevante --el factor explicativo preponderante- que da cuanta de la variabilidad observada en las acciones delictivas y en los delincuentes. En términos de las ciencias físicas, la taxonomización de la variabilidad observada en la naturaleza ha tenido éxito cuando, tras cúmulos de investigación, se ha descubierto una de las claves esenciales que diferenciaba entre sí a las cosas: es el caso, por ejemplo, de las estructuras de las moléculas y de los átomos. Tras ese descubrimiento ha sido posible construir la gran típología de elementos naturales, que permite reducir a menos de 100 categorías de elementos la ingente diversidad de la naturaleza conocida. Primitivamente, la hipotética agrupación delos objetos en taxonomías como «grandes, medianos y pequeños» o « blancos, grises y oscuros» hubiera resultado del todo irrelevante en el afán científico de explicar su funcionamiento. Empédocles clasificó, hace más de dos mil años, la naturaleza en cuatro elementos eternos -tierra, agua, aire y fuego (Ramnoux, 1973)- lo que resultaba en apariencia bastante razonable. La investigación posterior ha mostrado que estas categorías no son excluyentes entre sí, ya que la tierra puede ser «fuego» -puede fundirse-, el agua puede ser «aire» -puede evaporarse-, el aire

puede ser « agua» -ciertos gases pueden condensarse- y «fuego» -ciertos gases se queman-, y el fuego puede ser «tierra» -líquidos fundidos se solidifican- y «aire» -gases que al quemarse se transforman en otros gases-, etc. Empédocles sólo había asido, en su formulación, una apariencia de las cosas.

Pues bien, algo de esto ha sucedido con muchas tipologías de delincuentes. En su intento de poner orden en la explicación de las acciones delictivas no han logrado aprehender, hasta el presente, ningún elemento suficientemente relevante en la variabilidad observada. A la luz de su escasa capacidad explicativa, cabe concluir que han tomado como punto de apoyo alguna circunstancia accesoria de lo observado. Su capacidad explicativa de la delincuencia ha resultado decepcionante.

Ello resulta lógico, si tomamos en consideración la complejidad del objeto de análisis que nos ocupa: los delincuentes, y su conducta violenta y de agresión sexual. La conducta delictiva acontece en el dinamismo de ese paradigma general de la conducta humana que denominamos «interacción», en donde un potencial delincuente, con unas experiencias y aprendizajes previos, intersecciona en un tiempo y lugar concretos con una víctima. Muchas tipologías han pretendido paralizar el tiempo/espacio y el flujo de la interacción conductual como si éstos realmente no existieran. Ése ha sido su error.

Dos consecuencias contrapuestas se derivan de la actual inquietud ciudadana sobre los delincuentes sexuales. Una de carácter positivo, consistente en la mayor atención científica que los delincuentes sexuales han despertado sobre los investigadores y las administraciones públicas. Este mayor interés propicia que se investigue más, para conocer más a fondo los factores relacionados con la etiología y la prevención de la delincuencia sexual; favorece que tengan lugar encuentros y debates científicos al respecto, y que se preste atención a esta temática en estudios y libros como éste. De todo este esfuerzo pueden, no cabe duda, derivarse consecuencias favorables para un mejor conocimiento, tratamiento y prevención de la delincuencia sexual.

Sin embargo, la alarma pública sobre los delitos sexuales también puede ser deformadora de la realidad y producir consecuencias muy desfavorables para el abordaje de este fenómeno. En este punto es muy necesario alertar a los investigadores sobre el engaño que podría suponer una excesiva fijación sobre la delincuencia sexual, tratando de escudriñar -lo que resulta una tendencia muy persistente- factores personales perversos, que expliquen el fenómeno en su conjunto. La delincuencia sexual no necesariamente se encuentra distante, según hemos visto, de la delincuencia violenta común. Por ello, en cuanto forma de delincuencia violenta, en su análisis deben ser considerados -además de factores individuales- variables sociales, de aprendizaje de hábitos, cognitivas, habilidades de interacción, etc. Por otro lado, una focalización exagerada sobre los delincuentes sexuales encarcelados, perdiendo de vista el grueso de la problemática carcelaria, podría consumar aquí el consabido refrán español: < los árboles impiden ver el bosque». Los delincuentes sexuales representan el 4 por 100 de los encarcelados. Por ello, no pueden ser, como a veces se pretende, el objetivo primario de los esfuerzos de intervención carcelaria. Y, menos aún, la actual inquietud ciudadana debería conducirnos a pensar que el endurecimiento de las penas de prisión o la restricción de los permisos de salida de los delincuentes sexuales -o de cualesquiera otros- constituyan *per se* una solución satisfactoria. Es ineludible una investigación abierta, que permita ensayar con los delincuentes programas más efectivos, incluso en la propia comunidad social, alternativos al mero encarcelamiento.

PARTE TERCERA
Violencia familiar

6. Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar

BELÉN SARASUA
IRENE ZUBIZARRETA
ENRIQUE ECHEBURÚA
PAZ DE CORRAL

6.1. Introducción

En los últimos diez años ha habido un interés creciente entre los distintos profesionales (psicólogos, psiquiatras, sociólogos) por la problemática del maltrato doméstico. Sin embargo, sólo recientemente se han empezado a estudiar de una forma sistemática los factores que pueden desencadenar la violencia en el hogar y sus consecuencias. El interés en esta área se deriva, por una parte, de la incidencia considerable de éste fenómeno en la población y, por otra, de la gravedad de las lesiones físicas y psicológicas que puede producir en la víctima.

Es difícil estimar la verdadera incidencia del maltrato doméstico en nuestra sociedad. Todavía existe un bajo porcentaje de denuncias (oscila entre un 10 y un 30 por 100 de los casos reales) y muchas de las víctimas no acuden a centros médicos ni psicológicos. No obstante, las denuncias presentadas en los juzgados (20.000 en el último año en toda España) no son sino la punta del iceberg del problema. Los datos recogidos de muestras representativas de la población americana ponen de manifiesto que en un 30 por 100 de los matrimonios se produce algún tipo de agresión física en algún momento de la relación de convivencia (O'Leary, Barling, Arias, Rosenbaum, Malone y Tyree, 1989; Straus y Gelles, 1986).

La violencia doméstica está asociada, en la mayoría de los casos, a consecuencias físicas y psicológicas importantes. En los casos más extremos puede ocasionar el homicidio de la víctima o, en algunos casos, la muerte del agresor como consecuencia de las conductas de autodefensa de la mujer. El maltrato doméstico produce en la víctima una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida a intermitente, entremezclada con periodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y sobresalto permanentes (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990). Los problemas psicológicos que se están identificando como más prevalentes son el trastorno de estrés postraumático, la depresión y los trastornos de ansiedad (Douglas, 1987; Finkelhor y Yllό, 1985; Hounskamp y Foy, 1991; Sato y Heiby, 1991, 1992; Walker, 1991). Por otra parte, las líneas de investigación actuales no apoyan la
creencia generalizada de que la violencia hacia una mujer perpetrada por su marido es menos traumatizante que la producida por un extraño (Riggs, Kilpatrick y Resnick, 1992).

Este trabajo consta de dos partes. En la primera, se hace una revisión teórica de los estudios que tratan de identificar distintas variables que están relacionadas con la presencia del maltrato doméstico y que pueden ser utilizadas para crear un perfil psicológico del agresor. Y en la segunda, se presentan los resultados obtenidos en una investigación realizada sobre las características psicológicas del maltratador.

6.2. Definición del maltrato doméstico

En la actualidad todavía sigue el debate sobre qué debe considerarse maltrato doméstico y, por tanto, a quién un maltratador (Rosenfeld, 1992). Sin embargo, se han establecido algunas variables a tener en cuenta para la elaboración de la definición de dicho fenómeno (Burgess y Draper, 1989; Emery, 1989; Frieze y Browe, 1989; Hotaling, Strauss, Lincolm, 1989; Steinmetz, 1989): a) la presencia de un acto físico y/o psicológico lesivo; b) la intención del agresor; c) el impacto percibido por la víctima; d) la desviación de la conducta de acuerdo con las normas aceptadas por la comunidad, o e) alguna combinación de estos factores.

Desde un punto de vista clínico, el maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido), y que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa) (Echeburúa et al., 1990). Los términos de agresión, física y de agresión psicológica se proponen para entender la forma de expresión de la conducta más que las consecuencias que producen (por ejemplo, un acto de maltrato físico puede ocasionar secuelas físicas y psicológicas).

6.3. Variables relacionadas con el maltrato doméstico

Las investigaciones relacionadas con el maltrato doméstico, en la mayor parte de los casos, tienen como objetivo prioritario identificar todos aquellos factores que están presentes en la situación de agresión y que son susceptibles de cambio terapéutico. Las variables psicosociológicas (por ejemplo, las experiencias de maltrato en la infancia, el nivel socioeconómico, etc.) y las demográficas (por ejemplo, la edad del agresor) son factores situacionales que no siempre están sujetos a modificaciones importantes. Sin embargo, la identificación de posibles trastornos psicopatológicos o de problemas relacionados con el alcohol y las drogas como factores que influyen o causan una situación de maltrato se constituye en una necesidad prioritaria a la hora de diseñar programas de tratamiento que puedan evitar o reducir la violencia. Por ello, la mayor parte de los estudios están enfocados al análisis de dichas variables. Por otro lado, es importante reseñar que todos los estudios a los que se hace referencia en este apartado están enfocados al maltratador físico.

6.3.1. Características biográficas/demográficas del agresor

Existe una cierta correlación negativa entre la edad y el nivel económico, por un lado, y la violencia doméstica, por otro (Straus, Gelles y Steinmetz 1980). Es decir, el maltrato doméstico es más frecuente entre los hombres jóvenes y con un nivel económico más bajo. En otros estudios (Kantor y Straus, 1987; Peterson, 1980) se ha encontrado una tasa mayor de maltrato entre los hombres en paro o empleados a tiempo parcial. Sin embargo, y de acuerdo con otros investigadores (Echeburúa et al.,1990; Hornung, McCullough y Sugimoto, 1981), se puede afirmar que los maltrata. dores son gente de todas las edades y estatus socioeconómicos.

La experiencia de exposición a la violencia en la infancia se ha identificado como una variable relacionada con las conductas agresivas en el hogar (Belsky, 1980; Rosenbaum y O'Leary, 1981; Roy, 1977). En un estudio realizado por Rouse (1984) se establece una relación entre determinados tipos de exposición a la violencia en la infancia (víctima directa, observador o violento con sus iguales) y ser maltratador en el hogar. Al menos en esta investigación, de los tres tipos de exposición sólo la observación de la violencia en la infancia está asociada con la aparición de conductas violentas hacia la mujer y los hijos. La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) apoya la idea recogida en la bibliografía de la violencia familiar. La observación reiterada de los hijos del maltrato doméstico a la mujer por parte del marido tiende a perpetuar esta conducta en los matrimonios de la siguiente generación. Los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a

las frustraciones del hogar. Las niñas aprenden, a su vez, que ellas deben aceptarla y vivir con ella (Echeburúa et al., 1990).

6.3.2. Trastornos psicopatológicos

La mayoría de los estudios que tienen como objetivo la identificación de variables psicopatológicas relacionadas con el maltrato se ocupan, fundamentalmente, de la evaluación de la personalidad del maltratador. Los trastornos de personalidad se han identificado con mayor frecuencia que otro tipo de psicopatologías en la población de maltratadores. En el estudio realizado por Hamberger y Hastings (1985, 1986) con una muestra de 105 maltratadores se detectó, excepto en 12 casos, algún tipo de trastorno de la personalidad. Estos resultados confirman los obtenidos por otros estudios anteriores (Bernard y Bernard, 1984; Coleman, 1980; Faulk, 1974; Hamberger y Hastings, 1988; Stewart y DeBlois, 1981).

El trastorno de personalidad antisocial (Bland y Orn, 1986; Dinwiddie, 1992; Hamberger y Hastings, 1988) y la depresión mayor (Dinwiddie, 1992; Gayford, 1975; Rounsaville, 1978) tienen una tasa de prevalencia mayor entre los maltratadores respecto a los que no maltratan, pero no otro tipo de trastornos psicopatológicos (por ejemplo, otros trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, etc.) (Swanson, Holzer, Ganju y Jono, 1990), a pesar de que la prevalencia de estas entidades diagnósticas ha sido mucho menos estudiada en muestras de maltratadores.

Según otras investigaciones recientes (Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992), los agresores son más ansiosos, indiferentes (con poca capacidad empática) a impulsivos que la población normal y tienden a ser más depresivos, subjetivos, dominantes y hostiles (con poco control de la expresión externa de la ira). Asimismo, los hombres maltratadores son más posesivos y celosos que los que no golpean a sus esposas (Coleman, 1980; Roy, 1982; Walker, 1979).

De acuerdo con estas características, dentro de la población de maltratadores se han diferenciado dos tipos principales de agresores: los dominantes y los dependientes (Saunders, 1992). Los maltratadores dominantes muestran, con mayor frecuencia, rasgos de personalidad antisocial y son los que ejercen las conductas más violentas tanto dentro como fuera del hogar. Por otra parte, los maltratadores dependientes tienden a ser depresivos y celosos y ejercen la violencia sólo en el ámbito doméstico.

Algunos estudios han identificado de forma sistemática problemas de asertividad en muestras de maltratadores domésticos (Hotaling y Sugarmar, 1986; Morrison, Van Hasselt y Bellack, 1981; Prescott y Letko, 1977; Rosenbaum y O'Leary, 1981). Sin embargo, otros (Bersani et al., 1992) no han hallado diferencias significativas entre el grupo de maltratadores y la población normal.

6.3.3. Abuso de alcohol y/o drogas

La relación entre el alcohol y el maltrato doméstico está ampliamente documentada en la mayoría de los estudios (Straus, 1987; Hotaling y Sugarmar, 1986; Roberts, 1988). La incidencia de maridos violentos en una muestra de 5.159 parejas es de un 7 por 100 en los abstemios y de un 19 por 100 en los alcohólicos. Sin embargo, no está tan clara, la idea de que la mayoría de los maltratadores se encuentren bajo la influencia de alcohol cuando golpean a sus esposas. En algunos estudios (Appleton, 1987; Gelles, 1972; Roberts, 1988) se ha observado esta circunstancia en un porcentaje que oscila entre el 60 por 100 y el 85 por 100 de los casos, pero en otros (Bard y Zacker, 1974; Kaufman y Straus, 1987, Rounsaville, 1978) sólo se ha identificado en un porcentaje inferior al 25 por 100 de la muestra.

La incidencia de maltrato doméstico entre los consumidores de droga es más bajo (del 13 al 30 por 100) que entre los consumidores de alcohol (del 50 al 70 por 100). Es conveniente tener en cuenta, sin embargo, que no existen apenas estudios que relacionen la violencia en el hogar y el consumo de drogas o el efecto combinado de la droga y el alcohol. Los resultados de los que se dispone apuntan, por una parte, a que el maltrato es más grave cuando el maltratador está bajo los efectos de la droga o de la droga y el alcohol y, por otra, a que las sustancias que se consumen con mayor frecuencia entre los maltratadores son la marihuana, la cocaína, las anfetaminas y el «speed» (Roberts, 1988).

El abuso de alcohol, por tanto, no se puede considerar como causa necesaria o suficiente a la hora de explicar la presencia de conductas violentas en el maltratador.

6.3.4. Problemas metodológicos.

Los resultados obtenidos de los diferentes estudios deben ser interpretados con cautela. La mayoría de las investigaciones presentan problemas metodológicos que impiden contrastar los resultados y, por tanto, obtener conclusiones definitivas. Las limitaciones más destacables son las siguientes: a) en la mayoría de los casos no se utiliza un grupo de control de no maltratadores que permita confrontar las variables estudiadas; b) en algunos estudios se utilizan muestras clínicas y en otros muestras más o menos representativas de la población; c) en algunos casos los datos se obtienen directamente del maltratador, en otros de la esposa a incluso en otros de los informes de la policía, y d) en la mayoría de las investigaciones se utilizan diferentes instrumentos de evaluación para medir las mismas variables.

6.3.5. Perfil psicológico del maltratador

A la luz de los resultados obtenidos, y teniendo en cuenta las dificultades metodológicas expuestas, se puede establecer una combinación de características comunes que están asociadas de forma más o menos constante con el maltratador doméstico.

En este sentido, no es aventurado afirmar que los hombres que en su infancia hayan sido testigos de experiencias de maltrato, que estén en paro, que tengan rasgos de personalidad antisocial y que abusen de las drogas y/o del alcohol tienen una probabilidad mayor de ejercer maltrato contra sus mujeres que los hombres que no tengan estas características.

Parece que existe cierta base empírica que apoya el estereotipo del maltratador en lo que se conoce como el *drunken bum* («holgazán borracho»). La combinación de un estatus ocupacional bajo y el abuso de alcohol aumenta en 8 veces la probabilidad de aparición de conductas violentas frente a las situaciones en que el marido bebe poco y tiene un estatus ocupacional alto (Coleman y Straus, 1983; Kaufman y Straus, 1987). Por otro lado, dado que la personalidad antisocial y la depresión mayor son entidades diagnósticas que se presentan con bastante frecuencia entre los alcohólicos, no es sorprendente encontrar una asociación de estos trastornos con el maltrato físico (Dinwiddie, 1992; Swanson et al., 1990).

6.4. Factores predictivos de violencia doméstica

No existen apenas estudios longitudinales que identifiquen qué factores se pueden considerar predictores de la aparición de conductas violentas en el matrimonio. Sin embargo, el estudio de los factores que anteceden a la aparición de las primeras conductas violentas proporciona una solución al difícil problema de separar las causas de la agresión de sus efectos.

Los modelos etiológicos que han recibido un apoyo empírico mayor sugieren que un aumento gradual de la interacción coactiva (insultos, desvaloración, amenazas, aislamiento, etc.) tiene como consecuencia una agresión fisica a lo largo del tiempo (O'Leary, 1988; Peterson, 1982; Straus, 1983). Los datos recogidos de entrevistas clínicas ponen de manifiesto que en la mayoría de los casos de maltrato doméstico las primeras agresiones físicas empiezan durante el periodo de noviazgo o al principio del matrimonio (Dobash y Dobash, 1978; Rosenbaum y O'Leary, 1981). Una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento, la probabilidad de nuevos episodios (y por motivos cada vez más insignificantes) es mucho mayor (Walker, 1979). En dos estudios longitudinales (O'Leary et al., 1989; Murphy y O'Leary, 1989) se evalúa en 393 parejas la prevalencia de maltrato físico y/o psicológico un mes antes de casarse y a los 6, 18 y 30 meses del matrimonio. Los resultados obtenidos indican que la presencia de maltrato psicológico en un primer momento es un factor predictivo de la agresión fisica. Se demuestra, por tanto, una progresión desde el maltrato psicológico al físico en los matrimonios recientes. Además, la presencia de agresiones físicas durante el noviazgo es predictivo de la estabilización de la violencia fisica a más largo plazo. Por otro lado, un 75 por 100 de las mujeres sometidas al maltrato no perciben su relación como problemática y atribuyen la causa de la agresión a factores como el alcohol, la frustración o el estrés sin reconocer la intencionalidad del agresor.

De acuerdo con estos resultados, la intervención preventiva podría ir orientada a desarrollar programas terapéuticos encaminados al tratamiento del maltrato psicológico y a aumentar las estrategias de solución de problemas dentro del matrimonio. Por otra parte, y a nivel general, parece urgente la necesidad de promover programas educacionales que faciliten un cambio de actitudes en la mujer respecto a dichas circunstancias y que contribuyan a adoptar estrategias de afrontamiento e impedir la aparición de conductas de sumisión y de aceptación de la situación de agresión fisica y/o psicológica.

6.5. Estudio empírico

6.5.1. Método

6.5.1.1. Sujetos

Este estudio forma parte de una investigación más amplia relacionada con las consecuencias psicológicas que se derivan del maltrato doméstico (físico y/o psicológico) y con el tratamiento de las víctimas.

Los datos recogidos se obtienen de una entrevista realizada a 131 mujeres maltratadas que acuden en demanda de tratamiento psicológico a los Centros de Asistencia Psicológica para Víctimas de Maltrato Doméstico del País Vasco entre 1991 y 1993. En este caso, la información sobre los maltratadores está proporcionada por sus cónyuges, fundamentalmente por dos razones. En primer lugar, porque recoger datos directamente de los agresores es complicado. Y en segundo lugar, porque los Centros de Asistencia Psicológica relacionados con la problemática del maltrato domestico están orientados a la atención de las víctimas. Sin embargo, algunos investigadores (Rosenbaum y O'Leary, 1981; Van Hasselt, Morrison y Bellack, 1985) comparan la información obtenida directamente de los maltratadores y la de las víctimas acerca de sus cónyuges respecto a determinadas variables (por ejemplo, el consumo de alcohol) y llegan a la conclusión de que las esposas pueden ser una fuente de información fiable.

Los sujetos que forman parte de este estudio han cometido actos reiterados de maltrato físico y/o psicológico durante su matrimonio. Todos los hombres que golpean a sus esposas han realizado actos psicológicos lesivos, pero no al revés. Del total de la muestra (N =131), 94 (72 por 100) son maltratadores 6sicos y 37 (28 por 100) son maltratadores psicológicos. Las características demográficas de la muestra y las conductas más prevalentes dentro de ambos grupos de maltratadores se presentan en las tablas 6.1 y 6.2, respectivamente.
En este estudio se ha considerado como objeto de análisis la muestra global de maltratadores sin grupo de control. Sin embargo, dado el carácter descriptivo del estudio

TABLA 6.1

Características demográficas de los maltratadores

Variables (*)	Muestra global (N=131)	Maltratadores físicos (N=94)	Maltratadores psicológicos (N=37)
Edad media (Rango) Duración media del matrimonio (Rango) Duración media del maltrato (Rango)	42 (19-69) 16 (1-40) 11 (1-41)	41 (19-68) 16 (1-41) 12 (1-41)	43 (23-69) 15 (1-40) 11 (1-40)

(*) Las puntuaciones de cada una de las variables se refieren a años.

TABLA 6.2

Agresiones más frecuentemente realizadas entre los maltratadores físicos y los maltratadores psicológicos de la muestra estudiada

Maltrato físico	Maltrato psicológico
- Puñetazos. - Patadas. - Bofetadas. - Estrangulamientos. - Empujones. - Agresiones sexuales.	- Insultos. - Humillaciones. - Desvalorizaciones. - Aislamiento. - Penurias económicas. - Ruptura de objetos.

y con el propósito de realizar un análisis comparativo, se han establecido dos grupos diferenciados dentro de la muestra global de maltratadores: los físicos y los psicológicos.

6.5.1.2. Instrumentos de medida

El tipo de evaluación que se ha llevado a cabo se basa en una entrevista semiestructurada sobre maltrato doméstico.

La Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, no publicada) permite evaluar las características demográficas de la víctima y del agresor, la historia de victimización y la existencia de trastornos psiquiátricos (y, en su caso, de tratamientos) de ambos cónyuges, las circunstancias del maltrato doméstico, así como la expresión emocional de la víctima y la reacción de los demás ante el acontecimiento.

6.5.1.3. Procedimiento

En esta investigación se utilizan, en primer lugar, estadísticos descriptivos para establecer la frecuencia de determinadas características en la muestra global de maltratadores y la incidencia específica en los dos grupos de maltratadores. A partir de las respuestas de la Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico (Echeburúa et al., no publicada), tal y como se observa en la tabla 6.3, se han codificado las variables de forma dicotómica, excepto la «edad actual», la « duración del matrimonio» y la «duración del maltrato» , que se han señalado en años.

TABLA 6.3

Variables objeto de estudio en el maltratador

- Edad (años)
- Duración del matrimonio (años)
- Duración del maltrato (años)
- Ocupación (Sí/No)
- Problemas en el trabajo (Sí/No)
- Tipo de maltrato (Físico/Psicológico)
- Utilización de armas y/u objetos contundentes (Sí/No)
- Asistencia médica a la víctima por las lesiones producidas (Sí/No)
- Abuso de alcohol (*) (Sí/No)
- Diagnósticos psiquiátricos (Sí/No)
- Celos (Sí/No)
- Observación por parte del agresor de violencia doméstica en la infancia (Sí/No)
- Observación por parte de la víctima de violencia doméstica en la infancia (Sí/No)
- Maltrato a los hijos (Sí/No)
- Tipo de maltrato a los hijos (Físico/Psicológico)

(*) No se han considerado los sujetos que consumen drogas, ya que tan sólo constituyen un 2 por 100 de la muestra y además lo hacen en combinación con el alcohol.

En segundo lugar, se ha efectuado un análisis comparativo entre grupos mediante la *t* de *Student* y una X^2 para determinar si existen diferencias significativas entre los dos grupos de maltratadores en función de las variables estudiadas.

En tercer lugar, se han llevado a cabo correlaciones bivariadas entre las variable; más significativas en las dos submuestras de maltratadores.

6.5.1.4. Resultados

Análisis de frecuencias

En la tabla 6.4 se presentan las puntuaciones medias de las variables continua y los porcentajes de las variables dicotómicas de la muestra global, así como los datos referidos a las submuestras de maltratadores físicos y psicológicos.

TABLA 6.4

Resultados de las variables estudiadas en la muestra total y en las submuestras de maltratadores físicos y psicológicos

Variables	*Muestra global (N=131)*	*Maltratadores físicos (N=94)*	*Maltratadores psicológicos (N=37)*
Edad media	42	41	43
(Rango)	(19-69)	(19-68)	(23-69)
Duración media del matrimonio	16	16	15
(Rango)	(1-40)	(1-41)	(1-40)
Duración media del maltrato	11	12	11
(Rango)	(1-41)	(1-41)	(1-40)
Ocupación			
Sí (%)	104 (80 %)	71 (75 %)	33 (89 %)
No (%)	27 (20 %)	23 (25 %)	4(11 %)
Problemas en el trabajo			
Sí (%)	28 (21 %)	22 (23 %)	6 (16 %)
No (%)	103 (79 %)	72 (77 %)	31 (84 %)
Utilización de armas y/u objetos contundentes			
Sí (%)	44 (34 %)	42 (45 %)	2 (5 %)
No (%)	87 (66 %)	52 (55 %)	35 (95 %)

TABLA 6.4 *(continuación)*

Variables	Muestra global ($N=131$)	Maltratadores físicos ($N=94$)	Maltratadores psicológicos ($N=37$)
Asistencia médica por lesiones a la víctima			
Sí (%)	37 (28 %)	37 (39 %)	—
No (%)	94 (72 %)	57 (61 %)	
Abuso de alcohol			
Sí (%)	71 (54 %)	54 (57 %)	17 (46 %)
No (%)	60 (46 %)	40 (43 %)	20 (54 %)
Diagnósticos psiquiátricos			
Sí (%)	9 (7 %)	7 (7 %)	2 (5 %)
No (%)	122 (93 %)	87 (93 %)	35 (95 %)
Celos			
Sí (%)	62 (47 %)	47 (50 %)	15 (40 %)
No (%)	69 (53 %)	47 (50 %)	22 (60 %)
Observación por parte del agresor de violencia en la infancia			
Sí (%)	55 (42 %)	43 (46 %)	12 (32 %)
No (%)	76 (58 %)	51 (54 %)	25 (68 %)
Observación por parte de la víctima de violencia en la infancia			
Sí (%)	28 (21 %)	25 (27 %)	3 (8 %)
No (%)	103 (79 %)	69 (73 %)	34 (92 %)
Maltrato a los hijos			
Sí (%)	115 (88 %)	81 (86 %)	34 (92 %)
No (%)	16 (12 %)	13 (14 %)	3 (8 %)
Tipo de maltrato a los hijos			
Físico (%)	43 (37 %)	34 (42 %)	9 (26 %)
Psicológico (%)	72 (63 %)	47 (58 %)	25 (74 %)

La mayoría de los maltratadores de la muestra son agresores físicos con una edad aproximada de 42 años, empleados, no tienen problemas en el trabajo y llevan casados más o menos 16 años. En la mayor parte de los matrimonios la duración del maltrato es de 11 años. Como medio coactivo se utilizan armas y/u objetos contundentes (en la tabla 6.5 figuran los más comunes) en un 1/3 de los casos. Tan sólo un 12 por 100 de la muestra no ejerce ninguna forma de maltrato a sus hijos y el tipo de maltrato al que están sometidos más frecuentemente es el psicológico. No se ha diagnosticado,

excepto en 9 casos, un trastorno psicopatológico (esto no quiere decir que no los haya), y un 57 por 100 y un 46 por 100 de los maltratadores físicos y psicológicos, respectivamente, abusan del alcohol. Los celos están presentes en el 50 por 100 de los maltradores físicos, que es un porcentaje ligeramente superior al de los maltratadores psicológicos (40 por 100).

TABLA 6.5

Tipos de armas y objetos contundentes más frecuentemente utilizados por los maltratadores

Armas blancas	Objetos contundentes
— Cuchillos. — Tenedores. — Navajas.	— Botellas. — Vasos. — Palos de escobas.

Por último, un número menor de maltratadores psicológicos (32 por 100) ha sido testigo en su infancia de violencia entre sus padres en comparación con los maltratadores físicos (46 por 100). A modo complementario, esta misma circunstancia se observa en las esposas, en donde un 8 por 100 de las víctimas de maltrato psicológico han presenciado en su infancia violencia doméstica frente a un 27 por 100 en las víctimas de maltrato físico.

Análisis de diferencias entre grupos

Tal y como se pone de manifiesto en la tabla 6.6, el análisis de t realizado con las puntuaciones medias obtenidas en las variables « edad», «duración del matrimonio» y « duración del maltrato» entre ambos grupos de maltratadores no ha revelado diferencias significativas. Por tanto, el grupo de maltratadores físicos y el grupo de maltratadores psíquicos son homogéneos respecto a dichas variables.

Los resultados de X2 referidos a la comparación de los porcentajes de las variables dicotómicas para cada grupo (tabla 6.7) ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas en las variables « utilización de armas y/u objetos contundentes» y «observación de violencia en la infancia en la esposa» entre ambos grupos. Por tanto, dentro del grupo de maltratadores físicos es más frecuente la utilización de armas y/u objetos contundentes como medio coactivo que en el grupo de maltratadores psicológicos. Además, entre los maltratadores físicos existe un porcentaje mayor de esposas que se han expuesto a la violencia doméstica durante la infancia que entre los agresores psicológicos.

TABLA 6.6

Resultados de «t» que comparan las variables estudiadas entre los dos grupos de maltratadores

Variables (*)	Maltratadores físicos	Maltratadores psicológicos	*t*
Edad media	41	43	0,57 (n.s.)
Duración media del matrimonio	16	15	0,31 (n.s.)
Duración media del maltrato	12	11	0,06 (n.s.)

(*) Las puntuaciones de cada una de las variables se refieren a años.

TABLA 6.7

Resultados de χ^2 que comparan las variables estudiadas entre los dos grupos de maltratadores

Variables	Maltratadores físicos ($N = 94$)		Maltratadores psicológicos ($N = 37$)		χ^2
	N	(%)	*N*	(%)	
Ocupación	71	(75 %)	33	(89 %)	3,03
Problemas en el trabajo	22	(23 %)	6	(16 %)	0,82
Utilización de armas y/u objetos contundentes	42	(45 %)	2	(5 %)	18,35 ***
Asistencia médica por lesiones a la víctima	37	(39 %)	—	—	—
Abuso de alcohol	54	(57 %)	17	(46 %)	1,41
Diagnósticos psiquiátricos	7	(7 %)	2	(5 %)	0,17
Celos	47	(50 %)	15	(40 %)	0,95
Observación por parte del agresor de violencia en la infancia	43	(46 %)	12	(32 %)	1,93
Observación por parte de la víctima de violencia en la infancia	25	(27 %)	3	(8 %)	5,39 *
Maltrato a los hijos	81	(86 %)	34	(92 %)	2,46

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

© Ediciones Pirámide

Por otro lado, existe un porcentaje bastante elevado (42 por 100) de agresores de la muestra total que han observado violencia en la familia de origen. En la submuestra de maltratadores físicos el porcentaje es mayor (46 por 100) que en el caso de los maltratadores psicológicos (32 por 100).

Análisis de correlaciones

En la tabla 6.8 figuran las correlaciones bivariadas de las variables objeto de estudio en la muestra total y en cada grupo de maltratadores. En primer lugar, existe una asociación muy significativa entre las variables edad del agresor, duración del matrimonio y duración del maltrato en cada uno de los grupos. Es decir, a mayor edad mayor duración del matrimonio, y a mayor duración del matrimonio mayor duración del maltrato.

En segundo lugar, se produce una relación significativa en el grupo de maltratadores físicos entre los problemas en el trabajo y el abuso de alcohol, por un lado, y los celos, por otro, pero no se da esta circunstancia en el grupo de maltratadores psicológicos. Por tanto, los maltratadores físicos que abusan del alcohol y que son celosos tienen problemas en el trabajo con mayor frecuencia que los que no beben y no son celosos de su pareja.

En el grupo de maltratadores físicos el abuso de alcohol y la utilización de armas y/u objetos contundentes como medio coactivo correlacionan muy significativamente. La utilización de armas y/u objetos contundentes y la gravedad de las lesiones producidas en la víctima (asistencia médica) están muy asociadas. Por tanto, los agresores físicos que abusan del alcohol tienen una probabilidad mayor de usar armas y/u objetos contundentes y los que las usan tienen un riesgo mayor de producir lesiones físicas en la víctima que requieren una asistencia médica.

Por último, en el grupo de maltratadores psicológicos el abuso de alcohol correlaciona significativamente con el maltrato a los hijos, pero no en la submuestra de maltratadores físicos. También se produce una correlación significativa sólo en los agresores físicos, entre la observación de la violencia familiar en la infancia y el maltrato a los hijos. Por tanto, los maltratadores psicológicos que abusan del alcohol tienen una probabilidad mayor de maltratar a sus hijos que los que no beben. Asimismo, los maltratadores físicos que han sido testigos de violencia doméstica tienen un riesgo mayor de ejercer alguna forma de maltrato sobre sus hijos frente a los que no han tenido esta experiencia.

6.5.2. Conclusiones

La mayor parte de los maltratadores de la muestra objeto de estudio (72 por 100) ejercen sobre sus esposas un maltrato físico y psicológico. No se puede establecer, sin embargo, que los hombres que maltratan a su cónyuge psicológicamente sin la presencia de agresiones físicas sean una minoría. La realidad es que las mujeres que son

TABLA 6.8

Correlaciones bivariadas en la muestra global, en el grupo de maltratadores físicos y en el grupo de maltratadores psicológicos

Variables	Muestra global ($N = 131$)	Maltratadores físicos ($N = 94$)	Maltratadores psicológicos ($N = 37$)
	Correlaciones		
Edad y duración del matrimonio	$r = 0{,}77$ ***	$r = 0{,}83$ ***	$r = 0{,}65$ ***
Edad y duración del maltrato	$r = 0{,}55$ ***	$r = 0{,}59$ ***	$r = 0{,}47$ **
Duración del matrimonio y del maltrato	$r = 0{,}73$ ***	$r = 0{,}70$ ***	$r = 0{,}79$ ***
Abuso de alcohol y problemas en el trabajo	$r = 0{,}16$	$r = 0{,}24$ *	$r = -0{,}10$
Celos y problemas en el trabajo	$r = 0{,}16$	$r = 0{,}27$ *	$r = -0{,}18$
Abuso de alcohol y celos	$r = 0{,}05$	$r = 0{,}06$	$r = -0{,}03$
Diagnóstico psiquiátrico y armas y/u objetos contundentes	$r = 0{,}01$	$r = 0{,}00$	$r = 0{,}06$
Alcohol y armas y/u objetos contundentes	$r = 0{,}33$ ***	$r = 0{,}33$ **	$r = 0{,}28$
Asistencia médica y armas y/u objetos contundentes	$r = 0{,}45$ ***	$r = 0{,}36$ ***	—
Observación por parte del agresor de violencia en la infancia y maltrato a los hijos	$r = 0{,}27$ **	$r = 0{,}35$ **	$r = 0{,}01$
Abuso de alcohol y maltrato a los hijos	$r = 0{,}20$ *	$r = 0{,}11$	$r = 0{,}40$ *

* $p < 0{,}05$; ** $p < 0{,}01$; *** $p < 0{,}001$.

golpeadas por sus maridos tienden a denunciar más o a pedir ayuda con mayor frecuencia que las víctimas de maltrato psicológico (Echeburúa et al., 1990). Así como la agresión fisica suele ser, al menos en muchos casos, fácilmente denunciable por las secuelas producidas, la coacción psicológica (en forma de amenazas, por ejemplo) y las consecuencias derivadas de ella son muy difíciles de probar.

De acuerdo con otros investigadores (por ejemplo, Hornung et al., 1981), el rango de edad de los maltratadores es amplio. En nuestro estudio, oscila desde los 19 hasta los 69 años, con una media de 42 años. Por otra parte, cuanto más años dure el matrimonio, la antigüedad del maltrato es mayor. Por tanto, en la mayoría de los casos, el primer episodio de agresión física y/o psicológica se produce durante los primeros años de la relación de convivencia.

El maltrato doméstico a la mujer se extiende a los hijos en un porcentaje muy elevado (88 por 100) del total de la muestra. Desde una perspectiva cualitativa, hay una cierta simetría entre el tipo de maltrato experimentado por la mujer y por los hijos. Así, no deja de ser preocupante que en casi la mitad de los casos la violencia del maltratador físico se aplique también a los hijos.

A diferencia de otros estudios (por ejemplo, Kantor y Straus, 1987; Peterson, 1980), en los que los índices de desempleo en las muestras de maltratadores son altas, el 80 por 100 de los agresores tienen una ocupación. En este caso, el desempleo no aumenta el riesgo de aparición de malos tratos.

En esta investigación no se puede establecer, independientemente del tipo de maltratador, una relación entre ser agresor y el hecho de haber sido testigo de violencia en la familia de origen. En la mayoría de los casos (58 por 100) no se ha producido esta circunstancia. Sin embargo, la exposición a la violencia en la infancia en los hombres que golpean a sus esposas aumenta el riesgo de cometer malos tratos físicos y/o psíquicos hacia los hijos.

Por otro lado, la observación por parte del agresor de violencia en la infancia está relacionada con una alta probabilidad de ejercer alguna forma de maltrato doméstico en el futuro.

De acuerdo con otros estudios recientes (por ejemplo, Swanson et al., 1990), no se han detectado apenas diagnósticos psicopatológicos en la muestra de maltratadores. Sin embargo, el índice de alcoholismo (54 por 100) está dentro de la tasa establecida por otros investigadores (por ejemplo, Hotaling y Sugarmar, 1986, Robers, 1988).

Por otra parte, algunos estudios han descrito a los maltratadores como celosos en comparación con los no maltratadores (por ejemplo, Coleman, 1980; Roy, 1982). En nuestro estudio los celos son también una característica particular de la muestra. Los agresores físicos que abusan del alcohol o que son celosos tienen más problemas laborales que los que coaccionan psicológicamente a sus mujeres sin golpearlas.

Por otro lado, los agresores físicos utilizan con mayor frecuencia armas y/u objetos contundentes como medio coactivo que los maltratadores psicológicos. Con la presencia de armas a objetos contundentes la probabilidad de producir lesiones físicas graves es más alta. Además, el abuso de alcohol aumenta el riesgo de que el maltratador utilice algún instrumento lesivo que pueda poner en peligro la integridad 6sica de la mujer.

En este estudio, la mayoría de las mujeres que están sometidas a algún tipo de maltrato no han sido testigos de violencia familiar en la infancia. Por tanto, la probabilidad de ser una víctima directa de violencia doméstica no está relacionada con el hecho de haber observado de forma reiterada el maltrato en la familia de origen. Sin embargo, las pocas que han sido testigos en la infancia de ese tipo de violencia familiar se incluyen en la práctica totalidad en el subgrupo de las víctimas de maltrato físico. Y téngase en cuenta que el maltrato físico es, por definición, la forma de maltrato que produce las consecuencias más graves. Un acto de maltrato físico ocasiona, habitualmente, secuelas físicas y psicológicas.

Los datos disponibles hasta la fecha no permiten afirmar que el maltrato doméstico sea el resultado de una causa específica. Es importante realizar más investigaciones que identifiquen el peso específico de cada variable y cómo interactúan entre sí a la hora de predecir el maltrato en cada una de sus manifestaciones.

7 Consecuencias del maltrato domestico

IRENE ZUBIZARRETA
BELÉN Sarasua
ENRIQUE ECHEBURÚA
PAZ DE CORRAL
DIANA SAUCA
ICIAR EMPARANZA

7.1. Introducción

La violencia familiar ha sido tradicionalmente ignorada por la comunidad científica, y frecuentemente ocultada por las víctimas y negada por los agresores. Sin embargo, el abuso físico a las mujeres se ha convertido actualmente en un problema social debido a su gran incidencia en nuestra población y a la gravedad de las secuelas tanto físicas como psicológicas producidas en la víctima.

En la actualidad resulta difícil estimar la verdadera incidencia del maltrato doméstico porque los datos existentes son poco fiables y sólo se denuncia una mínima parte de los casos (entre un 10 y un 30 por 100 de los sucesos reales). No obstante, la violencia doméstica supone la causa más común de lesiones en la mujer, más incluso que en el caso de los accidentes de coche, de los robos y de las violaciones (Stark y Flitcraft, 1988).

Desde una perspectiva clínica, el maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido), y que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa) (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990).

A pesar de los pocos estudios existentes, los cuadros clínicos que aparecen con mayor frecuencia en las víctimas de maltrato doméstico son la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de alcohol y drogas.

Con respecto a los tratamientos psicológicos propuestos, existen algunos trabajos aislados, que serán revisados más adelante y que, en la mayoría de los casos, adolecen de problemas metodológicos. Son estudios que no describen con detalle las técnicas utilizadas, carecen de instrumentos de evaluación de fiabilidad y validez contrastada, no tienen grupo de control y los resultados se presentan sin períodos de seguimiento. Por tanto, son necesarias más investigaciones sistemáticas sobre tratamientos específicos para los problemas derivados del maltrato doméstico que permitan obtener unas conclusiones más definitivas.
Este trabajo consta de dos partes. En la primera, se hace una revisión teórica de los estudios que se ocupan de la problemática del maltrato doméstico. Y en la segunda, se presentan los datos de un trabajo empírico en el que se analizan el perfil psicológico de las víctimas y las consecuencias psicológicas del maltrato, tanto físico como psicológico.

7.2. Características del maltrato doméstico

Una de las características principales del maltrato doméstico es que, a pesar de la gravedad y frecuencia del problema, las víctimas permanecen en la relación violenta durante mucho tiempo, más de 10 años por término medio. Por otra parte, en muchos casos, y tras la intervención terapéutica, vuelven a la situación anterior.

En este sentido, según diferentes estudios (Gelles, 1974; Labell, 1979; Pfouts, 1978), entre un 57 por 100 y un 78 por 100 de las mujeres maltratadas continúan con sus parejas y más de un 60 por 100 de las víctimas que acuden a Centros de Acogida vuelven a la situación de malos tratos (Snyder y Fruchtman, 1981).

El maltrato doméstico comienza normalmente desde el principio de la relación, bien desde el noviazgo o en las primeras etapas de la vida en común, y va aumentando, tanto en frecuencia como en intensidad, con el paso del tiempo. Además, el maltrato continúa, y a menudo se intensifica, durante el embarazo de la mujer (Campbell, Poland, Walker y Ager, 1992). Entre un 14 por 100 y un 60 por 100 de las víctimas señalan haber sido objeto de abusos durante el embarazo (Browker, 1983; Drake, 1982; Walker, 1984), con el riesgo que ello conlleva para la salud de la madre y del niño.

Es importante identificar los factores que influyen en la decisión de muchas mujeres que optan por continuar en la relación abusiva, a pesar del riesgo que tienen de sufrir lesiones, o incluso de morir, o que piden ayuda sin la intención de romper con sus parejas.

En una primera aproximación al problema Gelles (1976) identifica algunas variables que pueden estar relacionadas con la decisión de abandonar o no la relación: a) la severidad y frecuencia del abuso; b) la exposición y la experiencia de violencia en la familia de origen de la mujer; c) la edad y el grado de autoestima de la víctima; d) el número de hijos, y e) el nivel cultural. La severidad y la frecuencia del maltrato aparecen como los factores más determinantes a la hora de abandonar la violencia en el hogar. Por tanto, cuanto más severo y más frecuente sea el maltrato doméstico, será más probable que la mujer abandone la relación.

Posteriormente, Snyder y Scheer (1981) estudian un grupo de 74 víctimas de maltrato tras su estancia en una « casa refugio» y comprueban que un 55 por 100 vuelven con el agresor. Estas mujeres se caracterizan por haber pedido de forma reiterada la admisión en el centro, por dejar a sus maridos por períodos cortos de tiempo o por solicitar un tratamiento conjunto de pareja. Los resultados obtenidos reflejan 3 variables significativas que afectan al mantenimiento de la situación: la duración de la relación, el número de separaciones previas y la orientación religiosa. Por tanto, aquellas mujeres que llevan más tiempo con su pareja, que tras haberse separado previamente han vuelto con el maltratador y que son católicas tienen mayor probabilidad de volver a la relación abusiva. A1 contrario de los resultados de Gelles (1976), no aparece ninguna relación entre la severidad y frecuencia del maltrato y la decisión de abandonar al cónyuge.

En una investigación más reciente Strube y Barbour (1983) examinan dos variables relacionadas con la decisión de acabar con la violencia doméstica: la «obligación o compromiso» de la mujer en el matrimonio y la «dependencia económica». Después de un período de 1 a 18 meses de seguimiento, un 38 por 100 de las víctimas volvieron con el maltratador. Las mujeres sin trabajo y con una relación más larga -reflejo de un mayor compromiso con el matrimonio- tienen una probabilidad menor de dejar la relación.

En 1984 estos autores intentan replicar los resultados de este estudio y señalan las siguientes variables predictoras del mantenimiento de una relación de maltrato, en orden de importancia: a) la

falta de empleo; b) la corta duración de la relación; c) la privación económica; d) estar enamorada, y e) no tener a donde ir. Los factores que no tienen una influencia específica a la hora de abandonar una relación abusiva son el estado civil, la presencia de maltrato en los hijos, el consumo de alcohol, el número de relaciones abusivas previas y el apoyo social.

Los resultados de estos estudios deben ser tomados con cautela ya que adolecen de varios problemas metodológicos (Strube, 1988): a) el criterio de selección de la muestra, al recurrirse únicamente a muestras de mujeres que piden ayuda; b) las dificultades para el seguimiento; e) el carácter retrospectivo de las investigaciones; d) la confianza excesiva en los datos obtenidos por los autoinformes, y e) las diferencias entre los estudios respecto al número y tipo de variables utilizadas, que dificultan la comparación de los resultados.

Sin embargo, y a pesar de los problemas metodológicos, los datos expuestos -algunos de ellos contradictorios- permiten obtener algunas conclusiones sobre las variables relacionadas con la decisión de abandonar o no una relación de maltrato. En primer lugar, cuanto mayor sea la duración y la severidad del maltrato doméstico, menor será la probabilidad de romper la relación. La mujer se vuelve cada vez más temerosa y dependiente y desarrolla sentimientos de culpabilidad, de baja autoestima y de pasividad ante el problema.

En segundo lugar, existe una serie de factores sociales, como la dependencia económica, la falta de recursos y de apoyo ambiental y la vergüenza social, que favorecen la continuidad de la relación abusiva.

Y, en tercer lugar, es necesario conocer con más rigor la influencia de algunas otras variables, como, especialmente, la experiencia de exposición al maltrato en la familia de origen, tanto en el hombre como en la mujer, que pueden tender a perpetuar esta conducta en el futuro. Los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar y las niñas aprenden, a su vez, que ellas deben aceptarla y vivir con ella (Echeburúa et al., 1990).

7.3. Modelos teóricos

La identificación de variables aisladas relacionadas _con el mantenimiento del maltrato doméstico es insuficiente a la hora de entender la totalidad del problema. Resulta difícil explicar por qué una mujer no toma la decisión < racional» de dejar a su pareja y evitar de ese modo el daño físico y psicológico que produce en el entorno familiar.

A pesar de las agresiones físicas y psicológicas reiteradas, la víctima manifiesta, en muchas ocasiones, que sigue queriendo a su pareja y justifica su comportamiento con la esperanza de que cambie con el paso del tiempo. Por tanto, la dependencia de la mujer no se produce sólo a nivel económico, sino también a nivel afectivo y emocional.

Recientemente han surgido diversas teorías que tratan de explicar los mecanismos psicológicos que actúan en el mantenimiento del maltrato doméstico.

7.3.1. Teoría del «ciclo de la violencia»

La teoría del «ciclo de la violencia» descrita por Walker (1984) se basa en el concepto de refuerzo conductual y está compuesta por tres fases fundamentadas en la hipótesis de la (reducción de la tensión) La primera fase es un período de construcción de la tensión en la pareja, en la que 7á mujer tiene un control mínimo de la frecuencia y severidad de los incidentes violentos. La víctima puede evitar o retrasar el maltrato si acepta las exigencias del agresor, o acelerarlo si rechaza o se enfrenta a

sus demandas. La « tensión» normalmente surge de los conflictos cotidianos, como los problemas económicos, la educación de los niños, etc.

La segunda fase se inicia cuando aparece la violencia fisica. Las agresiones actúan como un castigo ante la conducta de la mujer y tienen como consecuencia una pérdida de control de la situación. Este período es el más corto, pero es el que produce un daño físico mayor (en ocasiones, se denuncia el maltrato y la víctima toma contacto con la policía, con los médicos, etc.).

La tercera fase es la de arrepentimiento, en la que el maltratador muestra conductas de arrepentimiento y se compromete a tomar medidas para resolver la situación (por ejemplo, acudir a una terapia, someterse a un tratamiento médico, etc.). De esta forma, el castigo (violencia repetida a intermitente) se asocia a un refuerzo inmediato (expresión de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio conductual).

Sin embargo, una vez que ha surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios (y por motivos cada vez más insignificantes) es mucho mayor (Echeburúa et al., 1990). En la mayoría de los casos la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona ante el amor y la violencia como acontecimientos que ocurren al azar.

La creencia de que debe potenciar con su conducta los aspectos positivos de su cónyuge tiene como consecuencia, en muchos casos, la adquisición de la responsabilidad de la violencia, así como la aparición de sentimientos de culpabilidad y de baja autoestima cuando sus expectativas fracasan.

Con el paso del tiempo este ciclo se va cerrando cada vez más, el maltrato es más frecuente y severo y la víctima se encuentra con menos recursos psicológicos para salir de la situación de violencia. Por tanto, cuanto más tiempo permanezca en la relación abusiva, la probabilidad de que las consecuencias psicológicas se cronifiquen es mayor y, en consecuencia, el pronóstico de la recuperación es más desfavorable.

7.3.2. Teoría de la indefensión aprendida

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) permite explicar los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la mujer maltratada en una relación violenta (Walker, 1978, 1983).

Los acontecimiento agresivos entremezclados con períodos de ternura y arrepentimiento actúan como un estímulo aversivo administrado al azar que provoca, a largo plazo, una falta de relación entre los comportamientos y los resultados de los mismos. Así se explica la pérdida de confianza de la víctima en su capacidad para predecir las consecuencias de la conducta y, por tanto, la aparición o no de la violencia. La situación de amenaza incontrolable a la seguridad personal suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes que potencian las conductas de escape ante los estímulos aversivos.

En este contexto, la mujer maltratada puede optar por permanecer con el maltratador acomodándose a sus demandas. Esta conducta puede interpretarse como una actitud pasiva, cuando en realidad la víctima desarrolla una serie de habilidades de enfrentamiento para aumentar sus probabilidades de supervivencia. Cuando la mujer perciba que estas estrategias son insuficientes para protegerse a sí misma y a sus hijos, tratará de salir de la relación violenta.

7.3.3. Otras teorías

Strube (1988) analiza tres modelos teóricos para explicar la permanencia de la mujer en la situación de maltrato: la teoría de costes y beneficios, la teoría de la acción razonada y la teoría de la dependencia psicológica. No obstante, estas teorías sólo son aplicables cuando el mantenimiento (o la disolución) de una relación abusiva constituye una decisión racional y no patológica.

La teoría de costes y beneficios (Pfouts, 1978) se basa en el modelo de Thibaut y Kelley (1959) y sugiere que la elección de dejar la relación de maltrato está en función de que el beneficio total de esa decisión sea mayor que el coste de permanecer en la situación.
La teoría de la dependencia psicológica señala que la mujer permanece en una relación de maltrato por un esfuerzo de justificación producido por su compromiso en el matrimonio. Cuando los intentos por mejorar la convivencia fracasan, la víctima se siente obligada a justificar dichos esfuerzos con la creencia de que tendrá éxito si lo intenta con la fuerza suficiente. Cuanto más tiempo y tesón invierta la mujer, más tarde se dará por vencida y tendrá menos probabilidades de abandonar a su cónyuge.

Por último, la teoría de la acción razonada, propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), no se ha aplicado todavía a la problemática del maltrato doméstico pero ha demostrado ser prometedora en otros casos. Según Strube (1988), la mujer puede percibir que salir de la relación abusiva tiene consecuencias positivas tales como el fin de la relación, el aumento de la libertad personal, las oportunidades de relación social, etc., y consecuencias negativas tales como la soledad y la carencia de seguridad económica. La actitud definitiva dependerá de la percepción positiva o negativa de los resultados totales en combinación con las probabilidades de éxito percibidas, así como de la influencia de los seres queridos.

Todas estas teorías surgen como resultado del interés reciente en el estudio, tanto de las causas como de las consecuencias, del maltrato doméstico. Sin embargo, todavía es necesario continuar investigando los mecanismos psicológicos que originan y mantienen la dependencia emocional y afectiva de la mujer hacia su agresor.

7.4. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico

A pesar de la frecuencia del maltrato doméstico en la mujer existen pocos datos que identifiquen los trastornos psicológicos específicos resultantes de esta relación violenta. Hasta el momento son dos los diagnósticos que aparecen con más frecuencia en este grupo de víctimas: la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático, clasificado dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-IV (APA, 1994).

7.4.1. Depresión

La prevalencia de síntomas depresivos en las víctimas de malos tratos es alta, al menos en la misma proporción que en otros grupos de víctimas de acontecimientos traumáticos: por ejemplo, en las víctimas de incesto (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa y Ralphe, 1988) y en las víctimas de violación (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982; Kilpatrick, Veronen y Best, 1985). Algunos estudios sitúan la incidencia de depresión en el maltrato doméstico entre un 75 por 100 (Prescott y Letko, 1977) y un 80 por 100 (Rounsaville y Lifton, 1983) de los casos.

Según los criterios de diagnóstico del DSM-I1 (APA, 1968), en el estudio de Weissman (1977) un 37 por 100 de la muestra cumplía los criterios de «neurosis depresiva» y un 10 por 100 los de «depresión mayor con abuso de alcohol».

En un estudio reciente, Sato y Heiby (1992) evalúan a mujeres víctimas de «maltrato físico severo» y observan síntomas depresivos en un 47 por 100 de la muestra. Examinan, además, diversas variables que podrían estar relacionadas con la depresión y concluyen que aquellas mujeres con historia previa de depresión, con habilidades de autorrefuerzo escasas, con pérdidas significativas y que evalúan de modo realista el maltrato, tendrán un riesgo mayor de experimentar depresión.

Estos datos permiten afirmar que la mujer víctima de maltrato tiene un riesgo importante de experimentar un cuadro depresivo (Rosewater, 1988; Straus, 1987).

El maltrato doméstico tiene una serie de características que están relacionadas con la aparición de la depresión (Staats y Heiby, 1985). En primer lugar, el castigo aplicado por el agresor ante las respuestas adaptativas de la víctima, tales como expresar miedo, pánico, enfado o intentar buscar ayuda, disminuye la probabilidad de que éstas se manifiesten en el futuro. Cuando la mujer cuestiona, argumenta, se queja o, simplemente, « devuelve el golpe», es probable que aumente la gravedad del abuso (Dobash y Dobash, 1884). Por ello, es importante tener en cuenta que cuando la víctima intenta romper la relación aumenta el riesgo de sufrir malos tratos y, en los casos más extremos, de ser víctima de homicidio (Walker, 1989).

Además, el castigo tiene efectos más negativos cuando es inconsecuente y va emparejado con refuerzos esporádicos, como ocurre en el « ciclo de la violencia».

En segundo lugar, la disminución del refuerzo (Lewinshon, 1974) está relacionada con el maltrato y con la depresión. El maltratador a menudo impide a la mujer la relación con sus familiares y amigos y se produce, por tanto, una reducción del refuerzo social y de las actividades reforzantes. El aislamiento social favorece la dependencia con el agresor como única fuente de refuerzo social y material, quien, a su vez, experimenta un aumento del control sobre la mujer.

Y, en tercer lugar, el refuerzo de ciertas conductas inadaptadas conduce al mantenimiento de la depresión en el maltrato doméstico (Lewinsohn, 1974). El refuerzo negativo mantiene la depresión cuando una conducta depresiva trae como consecuencia una reducción de los malos tratos por parte del agresor. Además, la mujer maltratada puede ser reforzada positivamente por comportamientos inapropiados, tales como conductas dependientes, sumisas, pasivas y conciliadoras, más que por conductas asertivas (Maccoby, 1990; Rohrbaugh, 1979).

La autoculpabilidad por el maltrato y la baja autoestima aparecen como síntomas importantes en la depresión. La atribución de responsabilidad sobre lo sucedido está relacionada con la aparición de la depresión en las víctima de maltrato (Cascardi y O'Leary, 1992). Sin embargo, este dato no es coherente con lo expuesto en la mayor parte de los estudios, en donde la mayoría de las mujeres no se culpan a sí mismas por la violencia (Frieze, 1979; Holtzworth-Monroe, 1988; Miller y Porter, 1983).

Por otra parte, el nivel de autoestima está directamente relacionado con la frecuencia y severidad del abuso y con la aparición de la depresión. De este modo, un abuso continuado puede tener graves efectos sobre la autoestima y puede potenciar el grado de vulnerabilidad a la depresión. Por el contrario, un nivel de autoestima adecuado actuará como « amortiguador» ante la depresión (Cascardi y O'Leary, 1992).

7.4.2. Trastorno de estrés postraumático

Recientemente se ha sugerido que el trastorno de estrés postraumático puede ser un diagnóstico apropiado para las consecuencias psicológicas que se derivan del maltrato doméstico (Douglas, 1987; Walker, 1989). Asimismo, se han propuesto otras variaciones diagnósticas ante la próxima aparición

del DSM-IV como el «trastorno de secuelas de victimización» o el «trastorno de estrés extremo no clasificado en otro lugar» (Sato y Heiby, 1991).

Además de los estudios sobre sintomatología existentes, el punto de partida para esta consideración es el avance en el conocimiento del trastorno de estrés postraumático en otros grupos de víctimas de violencia, como los de violación, de robo, de accidentes de coche y de ex combatientes.

Las víctimas de maltrato doméstico cumplen el primer criterio del DSM-III-R para el trastorno de estrés postraumático: «experimentar un suceso que está fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que es marcadamente angustiante para casi todo el mundo». En la mayoría de los casos, las mujeres manifiestan sentirse amenazadas, tanto por su propia integridad fisica como por la de sus hijos o familiares, y temen constantemente la destrucción del hogar.

Los estudios referidos a la presencia de los tres grupos de síntomas que componen el trastorno de estrés postraumático (reexperimentación del acontecimiento traumático, evitación de estímulos asociados al trauma y aumento de la activación) son escasos y derivan de investigaciones aisladas y con déficits metodológicos, pero confirman la presencia del trastorno. En estos estudios, se observan la hipervigilancia y la reexperimentación del suceso a través de pensamientos recurrentes y de pesadillas (Douglas, 1987), el aislamiento social y la evitación de estímulos asociados al trauma (Mitchell y Hodson, 1983) y unos niveles altos de arousal y de irritabilidad (Walker, 1984).

Además, en la situación de maltrato doméstico están presentes algunos factores que suelen ser predictores del trastorno de estrés postraumático: la larga duración del abuso (Foy, Sipprelle, Rueger y Carroll, 1984), las lesiones y amenaza a la vida de la mujer y/o de los hijos, las graves consecuencias del trauma, la pérdida de seres queridos (Wilson, Smith y Johnson, 1985), la presencia de sucesos estresantes anteriores, el bajo apoyo social y los problemas económicos (Steketee y Foa, 1988).

Hasta la fecha, sólo existe un estudio (Houskamp y Foy, 1991) que evalúa la presencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico. Por medio de la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III (SCID) (Spitzer y Williams, 1985) y de otros autoinformes que miden síntomas psicopatológicos, un 45 por 100 de la muestra cumplía los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático, que, además, correlacionaban con las puntuaciones de otras medidas psicopatológicas. Los resultados también señalaban una relación significativa entre la intensidad de la violencia experimentada y el trastorno de estrés postraumático.

Los datos expuestos hasta el momento, a pesar de las pocas investigaciones controladas existentes, sugieren la presencia del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático en las víctimas de maltrato doméstico. La prevalencia de este trastorno en otros grupos de víctimas y la presencia de variables predictoras del mismo en la relación abusiva apoyan la necesidad de investigaciones futuras (Sato y Heiby, 1991).

7.5. Tratamientos psicológicos

A pesar de la alta prevalencia del maltrato doméstico en nuestra sociedad y de las consecuencias psicológicas que produce en la mujer, el estudio sobre la eficacia diferencial de tratamientos específicos se encuentra en una fase incipiente. Hasta hace pocos años la violencia doméstica se ha considerado como un problema social, más que psicológico, que pertenecía a la esfera íntima de las familias, en la que la mujer no se percibía como víctima y, por tanto, no buscaba ayuda terapéutica.

El tratamiento del maltrato doméstico es complejo debido a las múltiples variables que intervienen en cada caso (aspectos sociales, económicos, legales, etc.) y no es posible centrar la atención

únicamente en las técnicas psicológicas más eficaces en la superación de la sintomatología que presenta la víctima.

Uno de los aspectos más importantes, antes de iniciar cualquier tipo de terapia, es proporcionar a la mujer un clima de seguridad y apoyo, para ella y sus hijos, que le ayude a romper con la relación violenta. Es fundamental que entienda que va a recibir ayuda no porque «está loca», sino porque está en una «situación loca» (Walker, 1991) y que el objetivo principal de la intervención es adquirir habilidades para recuperar el control de su vida y terminar con la violencia en la que está inmersa.

En función de la sintomatología más frecuente en las víctimas de maltrato doméstico -la depresión y el trastorno de estrés postraumático-, los tratamientos de orientación cognitivo-conductual son los que mejores resultados han obtenido con otro tipo de víctimas (por ejemplo, Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer, 1988). En este sentido, Webb (1992) describe un tipo de terapia, que se puede aplicar tanto de forma individual como grupal, y que es utilizado por grupos de mujeres, pero de forma no sistemática. El tratamiento cognitivo-conductual incluye el modelado, la parada de pensamiento, la reestructuración cognitiva y la inoculación de estrés.

Asimismo, Walker (1991) señala algunos puntos sobre los que debe centrarse el tratamiento de las víctimas de maltrato doméstico, pero sin aportar datos sobre resultados. La terapia debe it dirigida hacia: a) los problemas de manipulación y control; b) la disociación; c) la expresión de la ira, y d) la intimidad emocional y sexual. Además, señala la importancia de los grupos terapéuticos, formados generalmente por mujeres que están en diferentes fases en la resolución del problema, en donde la mujer vuelve a adquirir la confianza en sí misma y puede establecer nuevos puntos de apoyo.

Hasta la fecha, el único estudio que utiliza un grupo de control para comparar los resultados del tratamiento es el realizado por Cox y Stoltenberg (1991). Se aplica un programa de tratamiento a dos grupos de víctimas de maltrato que consiste en cinco módulos: 1) terapia cognitiva; 2) asertividad y habilidades de comunicación;
3) resolución de problemas; 4) apoyo, y 5) percepción del propio cuerpo. Todas las mujeres que recibieron tratamiento mejoraron significativamente en las medidas de autoestima y asertividad en comparación con el grupo de control.

Dada la carencia de datos disponibles sobre la eficacia de tratamientos y las limitaciones metodológicas existentes, es necesario resaltar la necesidad de realizar investigaciones sistemáticas que demuestren la eficacia diferencial de las distintas modalidades terapéuticas y que permitan determinar los factores que influyen directamente en la mejoría.

En una primera aproximación es esperable que el tratamiento cognitivo sea eficaz ante la depresión y actúe sobre la distorsión cognitiva y las ideas irracionales presentes en las mujeres víctimas de maltrato doméstico. Asimismo, las técnicas conductuales parecen ser válidas para combatir el miedo y la ansiedad generadas por la situación traumática vivida. Sin embargo, hasta el momento no se dispone de datos suficientemente contrastados para este tipo de víctimas.

Las distintas técnicas que se incluyen en los programas de Entrenamiento en Inoculación de Estrés pueden ser igualmente beneficiosas a la hora de entrenar a las víctimas para la adquisición de habilidades de afrontamiento.

Un aspecto común de estos tipos de tratamientos es que son terapias «activas», en donde la propia mujer desempeña un papel principal en su recuperación y en el control de su vida.

Por último, es importante resaltar la importancia de otros factores relacionados con la intervención psicológica con víctimas de maltrato doméstico y que no están suficientemente estudiados: la aplicación de una terapia individual y/o grupal, la necesidad o no de que la mujer haya roto definitivamente con su pareja antes del tratamiento y la actuación conjunta con otros grupos de profesionales.

7.6. Estudio empírico

7.6.1. Método

7.6.1.1. Sujetos

Este trabajo es un estudio piloto y forma parte de una investigación más amplia relacionada con las consecuencias psicológicas que se derivan del maltrato doméstico (físico y/o psicológico) y con el tratamiento de las víctimas.

La muestra consta de 70 mujeres víctimas de maltrato doméstico que acuden a los Centros de Asistencia Psicológica para Víctimas de Maltrato Doméstico del País Vasco entre 1992 y 1993. Del total de las víctimas, 35 (50 por 100) han sufrido actos reiterados de maltrato físico y psicológico y 35 (50 por 100) de, maltrato psicológico.

Las características demográficas de la muestra total y de los dos> grupos de víctimas figuran en la tabla 7.1.

TABLA 7.1

Características demográficas de las víctimas de maltrato doméstico (físico y/o psicológico)

	Muestra total (*N* = 70)		Maltrato físico (*N* = 35)		Maltrato psicológico (*N* = 35)	
	N	%	*N*	%	*N*	%
Edad media (rango)	37 (21-62)		35		38	
Duración media del maltrato						
Más de 10 años	34	(48,6)	19	(54,3)	15	(42,9)
De 5 a 10 años	15	(21,4)	9	(25,7)	6	(17,1)
De 1 a 4 años	17	(24,3)	6	(17,1)	11	(31,4)
Menos de 1 año	4	(5,7)	1	(2,9)	3	(8,6)
Estado civil						
Casada	46	(65,7)	22	(62,8)	24	(68,6)
Soltera	8	(11,4)	5	(14,3)	3	(8,6)
Separada/divorciada	11	(15,8)	5	(14,3)	6	(17,1)
Trámites de separación	4	(5,7)	2	(5,7)	2	(5,7)
Nivel cultural						
Sin estudios	5	(7,1)	5	(14,3)	24	(68,6)
Estudios primarios	47	(67,2)	23	(65,7)	11	(31,4)
Estudios secundarios	18	(25,7)	7	(20,0)		
Profesión						
Estudiantes	2	(2,8)	2	(5,7)	12	(34,3)
Ama de casa	27	(38,6)	15	(42,9)	3	(8,6)
En paro	10	(14,3)	7	(20,0)	20	(57,1)
Desempeño profesional	31	(44,3)	11	(31,4)		
Nivel socioeconómico						
Bajo	17	(24,3)	11	(31,4)	6	(17,1)
Medio-bajo	19	(27,1)	11	(31,4)	8	(22,9)
Medio	24	(34,3)	10	(28,6)	14	(40)
Medio-alto	3	(4,4)	3	(8,6)	3	(8,6)
Alto	7	(10)	6	(17,1)	4	(11,4)
Maltrato a los hijos						
Sí	37	(60,65)	21	(67,74)	16	(33,33)
No	24	(39,35)	10	(32,25)	14	(46,67)

La edad media de las mujeres maltratadas es de 37 años, con un rango que oscila entre 21 y 62 años. En consonancia con este rango de edad, la mayoría de las víctimas (65,7 por 100) están casadas y con hijos. De hecho, el 87,1 por 100 tienen 2 hijos por término medio.

En cuanto al nivel cultural, el 67,2 por 100 han cursado estudios primarios y el 25,7 por 100 estudios secundarios. Desde una perspectiva laboral, en un 44,3 por 100 de los casos la mujer trabaja fuera del hogar (en donde predominan las ocupaciones relacionadas con el servicio doméstico) y un 38,6 por 100 son amas de casa. En relación con el nivel socioeconómico, la mayoría (34,3 por 100) de las mujeres víctimas de maltrato doméstico tienen un estatus medio, un 27,1 por 100 medio-bajo y un 24,3 por 100 bajo. Este último grupo está formado por un mayor número de víctimas de maltrato físico y psicológico (31,42 por 100) en comparación con las víctimas de maltrato psicológico (17,14 por 100).

La duración del maltrato físico y/o psicológico es de más de 10 años en un 48,6 por 100 de los casos, de 5 a 10 años en un 21,4 por 100, de 1 a 4 años en un 24,3 por 100, y tan sólo un 5,7 por 100 de las víctimas han estado expuestas al maltrato en un período inferior a un año.

El maltrato doméstico a la mujer se extiende a los hijos en un porcentaje elevado (60,6 por 100). Cuando la mujer es maltratada psicológicamente, el tipo de abuso coincide con el que sufren los hijos (93,7 por 100). En cambio, en el caso de las víctimas de maltrato físico y psicológico la violencia física se extiende casi a la mitad de los casos (42,8 por 100); el 57,2 por 100 restante está afectado exclusivamente por un maltrato psíquico.

Las conductas más habituales dentro de ambos grupos de maltrato y el medio coactivo empleado más frecuentemente figuran en la tablas 7.2 y 7.3, respectivamente.

Las agresiones que experimenta la mujer con mayor frecuencia en el maltrato físico son: puñetazos, bofetadas, estrangulamientos, empujones y agresiones sexuales. Como consecuencia del maltrato físico, un 20 por 100 de las víctimas sufren fracturas (por ejemplo, rotura de nariz, dedos, brazos, costillas, etc.). Además de estas conductas violentas, el agresor arremete, en la mayoría de los casos, contra los objetos del hogar. La utilización de armas blancas (por ejemplo, cuchillos, tenedores, tijeras, etc.) o de objetos contundentes (por ejemplo, palos de escoba, vasos, etc.) está presente en un 40 por 100 de los casos.

TABLA 7.2

*Agresiones más frecuentes en el maltrato físico y/o psicológico**

Tipo de agresiones	Maltrato físico (N = 35) (%)	Maltrato psicológico (N = 35) (%)
Físicas		
Bofetadas	74,3	
Empujones	65,7	
Puñetazos	60	
Estrangulamientos	54,3	
Agresiones sexuales	54,3	
Patadas	31,4	
Fracturas	20	
Mordiscos	5,7	
Psicológicas		
Insultos	100	100
Humillaciones y desvalorización	100	100
Romper objetos	54,3	52,4
Penurias económicas	42,8	55,6
Retención en el hogar	20	18,3

* Los porcentajes expuestos en esta tabla se refieren a alternativas no excluyentes y, por tanto, no suman 100.

TABLA 7.3

Medio coactivo empleado en el maltrato físico

Medio coactivo empleado	(%)
Arma blanca	20
Objetos contundentes	20
Arma de fuego	11,42
Lanzar objetos	8,57

En este estudio se han evaluado las consecuencias psicológicas que se derivan de dos tipos de maltrato doméstico maltrato físico y maltrato psicológico. El objetivo del análisis de los resultados es a identificación y descripción de la sintomatología que presenta más frecuentemente este tipo de víctimas, así como la comparación entre ambos tipos de violencia.

7.6.1.2. Instrumentos de medida

Los instrumentos de evaluación aplicados en este estudio son entrevistas estructuradas y medidas de autoinforne.

La « Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico» (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, no publicada) permite evaluar las características demográficas de la víctima y del agresor, la historia de victimización y la existencia de trastornos psicopatológicos (y, en su caso, de tratamientos) de ambos cónyuges, las circunstancias del maltrato doméstico, así como la expresión emocional de la víctima y la reacción de los demás ante el acontecimiento.

La « Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático» (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1989, apéndice 1) es una entrevista estructurada que consta de 17 ítems que corresponden a los síntomas del trastorno de estrés postraumático según los criterios del DSM-IV (APA, 1994). La gravedad total de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático se obtiene al sumar el nivel de intensidad (0-3) de cada síntoma. De la misma forma se valora la gravedad de cada grupo de síntomas (reexperimentación, evitación y activación). La puntuación

mínima requerida para el trastorno de estrés postraumático es de 12, con una distribución de 2 puntos en la escala de reexperimentación -se requiere 1 síntoma-, de 6 en la de evitación -se requieren 3 síntomas- y de 4 en la de activación -se requieren 2 síntomas-. El rango de la puntuación total del trastorno de estrés postraumático es de 0-51, el de la subescala de reexperimentación es de 0-12, el de evitación es de 0-21 y el de activación es de 0-18.

Medidas de autoinforme relacionadas con otros trastornos de conducta

Para evaluar el nivel de ansiedad se ha utilizado el « Cuestionario de Ansiedad/Estado» (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Esta escala mide un estado emocional transitorio que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprehensión, así como por una hiperactivación del sistema nervioso autónomo. La puntuación media de la población es de 23,30 (DT = 11,93). El nivel de consistencia interna corresponde a un coeficiente alfa de 0,89 y la fiabilidad test-retest, con un intervalo de 104 días, es de 0,77. La versión española de este inventario está publicada por TEA (1982).

Para evaluar la intensidad inicial de la depresión se han utilizado el « Inventario de Depresión de Beck» (BDI) (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961) (versión autoaplicada de 21 ítems) y la « Escala de Depresión de Hamilton» (HRS) (Hamilton, 1960) (versión autoaplicada de 21 ítems).

Ambos instrumentos se utilizan como medidas complementarias para valorar la depresión porque el BDI está relacionado con los componentes cognitivos y el HRS con los componentes conductuales y psicofisiológicos. La adaptación en español de estos instrumentos de medida, así como las propiedades psicométricas de los mismos, figuran en Conde y Franch (1984).

Para evaluar el nivel de autoestima se ha aplicado la «Escala de Autoestima de Rosenberg» (1965). Consta de 10 ítems, 5 formulados en forma positiva y 5 en forma

negativa para el control de la aquiescencia. Los ítems están planteados en forma de una escala de tipo Likert que oscila de 1 («muy de acuerdo») a 4 («en completo desacuerdo»). La puntuación total varía entre 10 y 40, con una puntuación mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 con estudiantes universitarios en un período de 2 semanas (Silver y Tippet, 1965); la validez convergente y discriminante es asimismo satisfactoria: 0,67 con el Kelly Repertory Test, 0,83 con el Health Self-Image Questionnaire y 0,56 con las evaluaciones de autoestima del entrevistador.

7.6.1.3. Procedimiento

En este estudio se utilizan estadísticos descriptivos para determinar la frecuencia de los síntomas que se producen como consecuencia del maltrato doméstico. Para ello la muestra global se ha dividido en dos submuestras en función del tipo de maltrato que experimentan las víctimas: maltrato físico y maltrato psicológico.

En primer lugar, se tienen en cuenta los porcentajes de víctimas que presentan el trastorno de estrés postraumático. En segundo lugar, se analizan las medias y las desviaciones típicas del nivel de gravedad total del trastorno y del nivel de intensidad de los tres grupos de síntomas (reexperimentación, evitación y activación). Y, en tercer lugar, se muestran las medias y desviaciones típicas obtenidas en cada una de las medidas psicopatológicas (ansiedad, depresión y autoestima).

7.6.1.4. Resultados

En la tabla 7.4 se presentan los porcentajes de víctimas de la muestra total y de cada una de las submuestras que reúnen los criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático.

TABLA 7.4

Porcentaje de víctimas que reúnen los criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático

Trastorno de estrés postraumático	Muestra total ($N = 70$)		Maltrato físico ($N = 35$)		Maltrato psicológico ($N = 35$)	
	N	(%)	*N*	(%)	*N*	(%)
Sí	36	(51,4)	17	(48,5)	19	(54,3)
No	34	(48,6)	18	(51,5)	16	(45,7)

Una gran parte de las víctimas de maltrato doméstico (físico y/o psicológico) reúnen los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para el trastorno de estrés postraumático. En función del tipo de abuso experimentado, las víctimas de maltrato físico sufren este trastorno en un 48,5 por 100 de los casos y en un porcentaje ligeramente superior (54,3 por 100) en el caso de las víctimas de maltrato psicológico.

En la tabla 7.5 figuran las puntuaciones medias del nivel de gravedad global del trastorno y del nivel de gravedad específico de cada uno de los grupos de síntomas (reexperimentación, evitación y activación).

TABLA 7.5

Medias (y desviaciones típicas) del nivel de gravedad global del trastorno de estrés postraumático y de los síntomas de reexperimentación, evitación y activación

	Muestra total ($N = 36$)		Maltrato físico ($N = 17$)		Maltrato psicológico ($N = 19$)	
	X	*DT*	*X*	*DT*	*X*	*DT*
Trastorno de estrés postraumático (0-51)	24,9	(6,92)	25,6	(6,67)	24,3	(6,35)
Reexperimentación (0-12)	5,3	(10,19)	5,6	(8,85)	5,4	(8,23)
Evitación (0-21)	10,2	(9,58)	8,9	(8,42)	10,5	(8,02)
Activación (0-18)	8,8	(8,90)	9,8	(8,59)	8,2	(7,86)

Los resultados ponen de manifiesto que las víctimas de maltrato doméstico tienen un nivel de intensidad global del trastorno de estrés postraumático bastante alta. Desde una perspectiva comparativa, no hay diferencias entre ambos grupos ni en la intensidad global del trastorno ni en las puntuaciones específicas de los tres grupos de síntomas.

En la tabla 7.6 se exponen las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de la muestra global y de cada una de las submuestras en las medidas de ansiedad, depresión y autoestima.

TABLA 7.6

Medias (y desviaciones típicas) de las medidas de ansiedad, depresión y autoestima

Variables psicopatológicas	Muestra total ($N = 70$)		Maltrato físico ($N = 35$)		Maltrato psicológico ($N = 35$)	
	X	DT	X	DT	X	DT
Ansiedad/Estado (STAI)	42,1	(10,1)	39,6	(10,4)	44,6	(9,78)
Depresión (BDI)	19,8	(9,4)	17,3	(9,6)	22,4	(9,2)
Depresión (HRS)	24,6	(11,8)	22,5	(13,5)	26,6	(10,2)
Autoestima (EAE)	27,3	(4,5)	28,2	(5,3)	26,5	(3,8)

En el «Cuestionario de Ansiedad/Estado» (STAI) la puntuación media es de 42,1. En este caso el 97,1 por 100 de la muestra global tiene un nivel de ansiedad superior a la puntuación media (23,30) de la población. No se observan diferencias destacables en las submuestras de maltrato físico y de maltrato psicológico.

En el «Inventario de Depresión de Beck» (BDI) se obtiene una puntuación media de 19,8 en la muestra global, con un nivel de depresión leve (según la baremación establecida por Conde y Franch, 1984). En la « Escala de Depresión de Hamilton» (HRS) la puntuación media es de 24,6 en la muestra global. En este caso, el 65,7 por 100 superan el punto de corte (18) y, por ello, manifiestan la existencia de síntomas depresivos. Por tanto, la depresión en nuestra muestra de víctimas es más significativa en los componentes conductuales y psicofisiológicos que en los cognitivos.

En la « Escala de Autoestima» (EAE) la puntuación media es de 27,3 en la muestra global. La mayor parte de la muestra tiene un nivel de autoestima medio y no se observan diferencias entre el grupo de maltrato físico y el de maltrato psicológico.

7.6.2. Conclusiones

La mayoría de las mujeres que acuden en demanda de tratamiento psicológico han permanecido en una situación de malos tratos durante más de 10 años, independientemente del tipo de abuso experimentado.

Las víctimas son mujeres con un rango de edad amplio, tienden a estar casadas (o emparejadas) y con hijos. El nivel cultural es bajo (estudios primarios), son amas de casa o desempeñan trabajos poco cualificados (servicios domésticos), pertenecen a un nivel socioeconómico medio y dependen económicamente de sus parejas. Sin poderse sacar conclusiones definitivas, el tipo de violencia tiende a relacionarse con la clase social: violencia física en los niveles más bajos; violencia psicológica, en los niveles más altos.

El maltrato doméstico a la mujer se extiende también a los hijos. El tipo de agresiones experimentadas con mayor frecuencia son las psicológicas. Sin embargo, es de destacar que en los casos de maltrato físico a la mujer aproximadamente la mitad de los hijos sufren el mismo tipo de actos violentos. Estos

resultados coinciden con los datos obtenidos en una muestra más amplia, tal como se ha visto en el capítulo 5.

La mayoría de las víctimas de maltrato doméstico perciben la vivencia del abuso como una amenaza para su propia integridad física y psicológica y para la de sus hijos. Por ello, una gran parte reúne los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático, según el DSM-IV (APA, 1994), independientemente del tipo de maltrato del que han sido objeto (físico y/o psicológico). Estos datos confirman los obtenidos por Houskamp y Foy (1991). La intensidad global de los síntomas del trastorno es bastante alta y se distribuye de forma homogénea en cada grupo de síntomas.

La frecuencia de víctimas de maltrato doméstico aquejadas de un trastorno de estrés postraumático es alta, se aproxima a la proporción registrada en el caso de las víctimas de agresiones sexuales (50-60 por 100) y supera el porcentaje de víctimas que manifiestan el desarrollo del trastorno como consecuencia de cualquier tipo de delito (25 por 100) (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987; Kilpatrick et al., 1985). Esta constatación es importante porque este cuadro clínico, a pesar de su frecuencia en las mujeres maltratadas, no se ha estudiado apenas en este tipo de víctimas ni desde una perspectiva psicopatológica ni desde una perspectiva terapéutica.

Prácticamente la totalidad de la muestra presenta un nivel de ansiedad muy alto, al margen de la existencia o no del trastorno de estrés postraumático. Por otra parte, en este grupo de víctimas, los componentes psicofisiológicos y conductuales de la depresión son más importantes que los cognitivos. Además, el nivel de autoestima no está psicológicamente deteriorado.

En contraste con otros estudios previos (Rosewater, 1988; Rounsaville y Lifton, 1983; Straus, 1987), la depresión, en sus componentes cognitivos, no aparece como un trastorno predominante en las víctimas de maltrato doméstico. Tal y como señalan Cascardi y O'Leary (1992), un nivel medio de autoestima, como el que se observa en este grupo de víctimas, podría actuar a modo de «amortiguador» ante la aparición de la depresión.

Los datos disponibles hasta la fecha nos permiten afirmar que la experiencia de maltrato doméstico es una variable de riesgo para el desarrollo de consecuencias psicológicas importantes. A1 contrario de la creencia de que las agresiones físicas conllevan más riesgo para la salud psicológica de la víctima, se observa que la coacción psicológica, sin lesiones físicas, puede resultar incluso más incapacitante para el funcionamiento habitual de la mujer.

Por último, conviene señalar que éste es un estudio-photo que forma parte de una investigación más amplia aún en curso. Los resultados expuestos, como se ha podido comprobar, son novedosos, pero se hallan aún a falta de una mayor contrastación empírica, es decir, de una muestra mayor, de unos análisis estadísticos más elaborados y de unos estudios de replicación ulteriores.

APÉNDICE 1

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1989)

Nombre: Núm.:
Terapeuta: Fecha:
Evaluación:

Determínese en cada síntoma si su inicio fue *agudo* (dentro de los 6 meses posteriores a la aparición del suceso) o *demorado*, y la duración e intensidad del síntoma.

0: Nunca/nada
1: Una vez por semana o menos/poco
2: De 2 a 4 veces por semana/bastante
3: 5 o más veces por semana/mucho

Reexperimentación
(Se requiere 1 síntoma)

	Ahora	Antes
1. ¿Ha tenido recuerdos o pensamientos recurrentes o intrusivos estresantes acerca de la agresión?	_____	_____
2. ¿Ha tenido sueños desagradables o pesadillas recurrentes acerca de la agresión?	_____	_____
3. Ha tenido la experiencia de revivir repentinamente la agresión, actuando o sintiendo como si la agresión ocurriera de nuevo?	_____	_____
4. ¿Ha experimentado un malestar psicológico intenso ante acontecimientos que le recordaban la agresión (incluyendo aniversarios)?	_____	_____
Puntuación de síntomas de reexperimentación (Rango 0-12)	_____	_____

Evitación
(Se requieren 3 síntomas)

	Ahora	Antes
1. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar pensamientos o sensaciones asociadas con la agresión?	_____	_____
2. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar actividades, situaciones o lugares que le recuerdan la agresión?	_____	_____

3. ¿Existe algún aspecto importante de la agresión que no puede recordar todavía? _____ _____
4. ¿Tiene una marcada pérdida del interés por las actividades de ocio desde la agresión? _____ _____
5. ¿Se ha sentido aislada o distanciada de los demás desde la agresión? _____ _____
6. ¿Ha sentido que su capacidad para experimentar emociones de todo tipo (por ejemplo, sentimientos amorosos) está deteriorada? _____ _____
7. ¿Ha sentido que los planes o esperanzas de futuro han cambiado como consecuencia de la agresión (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____ _____

Puntuación de síntomas de evitación (Rango 0-21) _____ _____

Aumento de la activación
(Se requieren 2 síntomas)

	Ahora	Antes
1. ¿Ha tenido dificultades persistentes para conciliar o mantener el sueño?	_____	_____
2. ¿Ha estado irritable continuamente o ha tenido explosiones de ira?	_____	_____
3. ¿Ha tenido dificultades de concentración persistentes?	_____	_____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, pararse de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde la agresión?	_____	_____
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde la agresión?	_____	_____
6. ¿Ha tenido reacciones psicofisiológicas intensas cuando recuerda, piensa o sueña acerca de la agresión?	_____	_____
Puntuación total de la gravedad del trastorno de estrés postraumático (Rango 0-51)	_____	_____

Síntomas psicofisiológicos

Por ejemplo:

— Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo. _____ _____
— Sofocos. _____ _____
— Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia). _____ _____

— Dolor o malestar en el pecho.	_____	_____
— Sudoración.	_____	_____
— Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo.	_____	_____
— Náuseas o malestar abdominal.	_____	_____
— Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad.	_____	_____
— Embotamiento o sensación de cosquilleo (parestesias).	_____	_____
— Oleadas de calor y frío.	_____	_____
— Temblores o estremecimientos.	_____	_____
— Miedo a morir.	_____	_____
— Miedo a volverse loco o a perder el control.	_____	_____
Puntuación específica de síntomas psicofisiológicos (Rango 0-39)	_____	_____

8 Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar

JAVIER MEDINA

8.1. Introducción

La violencia en la familia es un problema que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, razas, religiones y clases sociales. Se calcula que de un tercio a la mitad de todas las familias norteamericanas experimentan algún tipo de violencia a l largo de su existencia (Sonkin y Durphy, 1982). En España no tenemos referencias sobre la incidencia de este problema, pero en varios estudios se ha mencionado que el número de denuncias por malos tratos supone un 10 por 100 del total de casos reales.

Aunque la violencia familiar es un término amplio que incluye diferentes formas de abuso, como el abuso infantil, abuso a personas de edad avanzada o violencia entre hermanos, este capítulo se va a centrar exclusivamente en la violencia del hombre contra la pareja. Los datos y reflexiones que se exponen a continuación proceden en gran parte de mi experiencia clínica con hombres denunciados por malos tratos a sus parejas. Estos hombres han participado en el programa de prevención de la violencia familiar que se llevó a cabo en los Juzgados de Instrucción de San Sebastián durante los años 1990-1992. El programa fue creado con el objetivo principal de ofrecer un complemento eficaz a las medidas penales. Sus funciones básicas eran la evaluación y tratamiento a estos hombres, sirviendo de alternativa a las probadamente inútiles condenas o simbólicas multas.

Cuando hablamos de la violencia del hombre contra su esposa o compañera, nos estamos refiriendo a cuatro tipos diferentes de violencia: la violencia física, la violencia sexual, la violencia psicológica y la destrucción de propiedad. Quizá sea la violencia psicológica la más difícil de delimitar. Se trata de algo más serio que un insulto. Incluye la humillación intensa y continuada, las amenazas de violencia, el control y vigilancia constante de las acciones del otro, los cambios de humor sin lógica, la desaprobación continua, etc.

8.2. El ciclo de la violencia

Walker (1979) descubrió, después de entrevistar a un gran número de parejas sobre sus relaciones, que suele darse un ciclo de violencia típico que cada pareja experimenta a su manera. Este ciclo consta de tres fases diferenciadas:

Primera fase: Acumulación de tensión. Esta fase se caracteriza por cambios repentinos en el ánimo del agresor, quien comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos, provocación o simplemente molestia. Pequeños episodios de violencia verbal van escalando hasta alcanzar un estado de tensión máxima. Esta fase puede durar desde días hasta años. A menudo el ciclo no pasa nunca de esta fase y se caracteriza por una «guerra de desgaste» con altibajos motivados por pequeñas treguas pero sin pasar nunca a la violencia física.

Segunda fase: Descarga de la violencia fisica. Es la más corta de las tres y consiste en la descarga incontrolada de las tensiones acumuladas durante la primera fase. La violencia puede variar en intensidad y duración. El episodio cesa porque el hombre, una vez desahogada la tensión, se da cuenta de la gravedad de lo que ha hecho, porque la mujer necesita ser atendida o huye, o porque alguien interviene (vecinos, otro familiar). Cuando ha pasado el ataque agudo, se suele dar un período

inicial de shock (al menos las primeras veces), que incluye la negación, justificación o minimización de los hechos no sólo por parte del hombre, sino frecuentemente por parte de la mujer también.

Tercera fase: Arrepentimiento. Se distingue por la actitud de arrepentimiento del agresor, que se da-cuenta de que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. Es ésta una fase bienvenida por ambas parte, pero, irónicamente, es el momento en el que la victimización se completa. 1=,l hombre pide perdón y promete no volver a ser violento. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que nunca más ocurrirá un episodio parecido, aunque en el fondo teme que volverá a ocurrir (sobre todo cuando ya ha habido varios episodios en el pasado). Esta fase se va diluyendo gradualmente y la tensión se irá incrementando lentamente para volver a repetirse el ciclo nuevamente. En el ciclo de la violencia se dan tres características fundamentales. Primero, cuantas más veces se completa, menos tiempo necesita para completarse. Segundo, la intensidad y la severidad de la violencia van aumentando progresivamente en el tiempo. Lo que en un principio comenzó como un bofetón, puede acabar en lesiones graves a incluso la muerte. Tercero, esta fase tiende a hacerse más corta y puede desaparecer con el tiempo. Se va creando un hábito en el use de la violencia. Si se observan estas características. fácilmente se puede deducir que este ciclo tiende a no detenerse por sí mismo.

8.3. El perfil psicosocial del hombre violento

8.3.1. La violencia como fenómeno social

Por encima de planteamientos psicopatológicos que se analizan más adelante, es necesario comenzar hablando de la influencia social como factor básico determinante de la violencia contra las mujeres por parte de los hombres.

El hombre violento, según mi experiencia clínica, es una persona de valores tradicionales que ha internalizado profundamente un ideal de hombre como modelo incuestionable a seguir. Este ideal de hombre ha sido internalizado a través de un proceso social en el que ciertos comportamientos son reforzados, otros reprimidos y una serie de reglas transmitidas. Entre las características de este ideal están la fortaleza, la autosuficiencia, la racionalidad y el control del entorno que le rodea. Estas cualidades son consideradas como masculinas y superiores, en contraposición con las cualidades típicamente femeninas, justamente opuestas a inferiores. La violencia supone, en muchos casos, un intento desesperado por recuperar el control perdido en el único ámbito donde realmente puede demostrar el hombre su superioridad: su propio hogar. El hombre violento es lo que Vicent-Marqués denomina acertadamente (varón en precario) Como todo hombre en esta sociedad, ha recibido el mensaje básico que dice que ser hombre es un ser importante y que todo hombre debe tratar de demostrar esa importancia de alguna manera. En el caso del hombre violento, la única forma de demostrar ese privilegio es a través de su papel como cabeza de familia o, al menos, como cabeza de pareja, considerando a su esposa como subordinada a él.

8.3.2. La violencia como consecuencia de un trastorno mental

Varios son los trastornos mentales que pueden tener entre sus síntomas un comportamiento violento contra la pareja. El DSM-IV cita el trastorno explosivo intermitente y aislado, la paranoia, la esquizofrenia, el trastorno bipolar maníaco y el mixto, el abuso de sustancias, etc. Todos ellos son utilizados como justificantes o atenuantes de la violencia, sobre todo en el caso del abuso de alcohol. La realidad es que, salvo aquellos casos en los que el trastorno conlleva una pérdida evidente del contacto con la realidad, en la mayoría de las ocasiones el trastorno puede actuar como agravante de la violencia, pero no constituye una causa o factor determinante de la misma. De los casi 80

maltratadores que se evaluaron durante el programa de prevención de la violencia familiar (PPVF) aproximadamente un 5 por 100 presentaba un trastorno mental que podía explicar la violencia (excluyendo el alcoholismo).

En cuanto al abuso del alcohol, un 60 por 100 de los hombres que participaron en el programa confesaron tener problemas con la bebida. Casi la mitad de éstos padecía una dependencia del alcohol desde hacía años y el resto abusaba del mismo esporádicamente o eran bebedores de fin de semana. Sin embargo, el 62 por 100 de
bebedores reconoció actuar de forma violenta tanto estando bajo los efectos del alcohol como en estado de sobriedad. El alcohol es causa única de la violencia en pocos casos, por ejemplo, en el caso de la embriaguez patológica, en el que una pequeña cantidad de alcohol produce unos efectos desproporcionados en la conducta y cognición de la persona. Generalmente el hombre que maltrata sabe a quién «puede» agredir y a quién no, incluso estando bajo los efectos del alcohol.

8.3.3. La personalidad del hombre que maltrata

Otro aspecto interesante es el la existencia de un trastorno de personalidad específico en el hombre maltratador. Los rasgos de personalidad son pautas duraderas de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo. Si estos rasgos son inflexibles y desadaptativos, causando incapacitación social, ocupacional o malestar subjetivo, se habla entonces de trastorno de personalidad. Las manifestaciones de los trastornos de personalidad suelen ser reconocibles desde la adolescencia o incluso antes, y continuamente a lo largo de la vida adulta (DSM-IV).

En la experiencia del programa no he constatado un perfil tipo de personalidad, pero sí una serie de actitudes, entendidas éstas como patrones de comportamiento y esquemas de pensamiento relativamente estables que son comunes a muchos hombres que maltratan. Estas actitudes podrían tener su origen en el aprendizaje social durante la infancia y adolescencia, aunque no existen estudios controlados sobre el tema aún. La observación de modelos significativos que hacen use de la violencia en el hogar puede tener un profundo impacto en el niño. Este puede aprender que la violencia es una forma legítima de defender los propios derechos y que el hombre puede utilizarla contra la mujer cuando ésta le desobedece o se porta de forma incorrecta.

Un 17 por 100 de hombres que pasó por el programa manifestó haber visto o sufrido la violencia dentro de su ambiente familiar. Este bajo porcentaje parece ir en contra de aquellos autores que ponen gran énfasis en la influencia del modelo familiar. Sin embargo, fue interesante comprobar que un número significativo de casos había crecido en un ambiente familiar sobreprotector y permisivo, en el cual la madre adoptaba un papel de sumisión no sólo respecto al marido, sino también frente al hijo. Este ambiente familiar podría explicar la posterior incapacidad de estos hombres para hacer frente a las situaciones conflictivas de forma adecuada y su baja tolerancia a la frustración.

La dependencia emocional es otra actitud muy frecuente entre los hombres violentos con sus parejas. Esta dependencia se ve reforzada por la dificultad para expresar sentimientos, tanto positivos como negativos. La falta de comunicación emocional tiene como consecuencias un progresivo aislamiento social, de tal forma que la pareja es la única fuente de apoyo, cariño, intimidad y comprensión.

Como consecuencia de la dependencia afectiva, estos varones desarrollan actitudes de control, vigilancia estrecha y celos irracionales. Algunos autores explican la relación de dependencia-aislamiento en base a la teoría sistémica de la familia. Así, el " aislamiento social tiene como consecuencia una mayor dependencia emocional de la pareja y viceversa. De esta forma, un ciclo de aislamiento-dependencia hace de la pareja un sistema cerrado. Los sistemas cerrados tienden a la rigidez y la tensión.

El maltratador suele ser poco asertivo y posee una pobre imagen de sí mismo. En sus relaciones sociales y laborales tiende a mantener una actitud pasivo-agresiva. No son infrecuentes los casos de hombres que, incapaces de defender sus derechos en el ambiente laboral, descargan su frustración en el seguro ambiente doméstico.

8.3.4. Vínculos entre el hombre violento y la mujer maltratada

Algunos autores han observado una serie de características especiales que aparecen con frecuencia en las mujeres que soportan la violencia de sus esposos o compañeros. Más aún, estas características parecen complementarse con ciertas carencias de sus parejas. Según Carney (1976), muchas mujeres maltratadas tienen habilidades para aprender con rapidez, capacidad para expresar sus emociones de forma adecuada y tendencia a confiar ciegamente en sus parejas cuando éstos les prometen cambiar. Éstas son características que precisamente escasean en los hombres violentos. Es decir, no aprenden con la experiencia, tienen dificultades para expresar emociones y son desconfiados.

A estas características complementarias se pueden añadir dos más. Por un lado, la capacidad que poseen muchas mujeres maltratadas para hacerse cargo de las responsabilidades familiares y la tendencia a culparse por la violencia de sus esposos. Se trata de la culpabilidad que ellos han proyectado sobre sus víctimas. Por otro lado, estas mujeres suelen mantener una actitud estoica ante las dificultades que contrasta con la baja tolerancia a la frustración del hombre violento.

Esta compleja complementariedad conforma un tipo de relación muy similar a la relación madre sumisa-hijo consentido, en la cual la mujer cuida de su marido como una madre atiende pacientemente las rabietas y caprichos de su hijo mimado. Como recompensa, la mujer tiene la sensación de ser imprescindible para su pareja, lo cual colma su ideal como mujer, el ser a través de los demás. Estos vínculos basados en la complementariedad entre determinadas carencias del agresor y los « excesos» de la víctima están profundamente arraigados en nuestra sociedad a través de los ideales tradicionales de hombre y mujer y puede explicar parcialmente por qué muchas mujeres continúan soportando los malos tratos a pesar de contar con una independencia económica.

8.4. Tratamiento del hombre que maltrata

8.4.1 La terapia coactiva

Las medidas encaminadas a la protección de la mujer maltratada tienen poco

o nulo efecto sobre el agresor, quien, presumiblemente, volverá a ser violento con su

pareja o con otra en el futuro. A esté respecto, las medidas penales han demostrado ser poco disuasorias y nada modificadoras de la conducta violenta. Por otro lado, la terapia psicológica ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos, los menos, en los que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado a modificar su comportamiento agresivo. Sin embargo, la mayoría de los hombres violentos jamás reconocerán su problema y consecuentemente carecen de la mínima motivación para aceptar una terapia psicológica de forma voluntaria. Ésta es la razón por la que el tratamiento a maltratadores se inscribe dentro de lo que se ha venido en llamar terapias coactivas. Es decir, el tratamiento psicológico es ofrecido como alternativa a una medida penal que debe ser lo suficientemente disuasoria como para que el encausado opte por el tratamiento. Así, la denuncia se convierte en el único instrumento posible para la captación y «enganche» de esta difícil población clínica.

La terapia coactiva parte de un contexto terapéutico muy concreto. El primer límite de este contexto se da en la primera fase del tratamiento y viene exigido por la precisión de todos los datos objetivos y concretos que testifican el maltrato consumado. Es fundamental que el terapeuta conozca bien los pormenores de la situación de violencia que motivó la denuncia para poder confrontarlos con el encausado. Esta confrontación debe llevar a una responsabilización por parte del agresor de su violencia. En segundo lugar, el denunciado debe tener bien claro que el terapeuta desempeña, además de su trabajo terapéutico, una labor de evaluación para el juez, a quien corresponderá tomar la última decisión acerca de su caso. Es quizá esta primera fase de evaluación-confrontación la que más difiere del modelo terapéutico tradicional en el que se presuponen una voluntariedad y una mínima motivación por parte de la persona que demanda ayuda.

8.4.2. Evaluación psicosocial

Teniendo en cuenta el carácter coactivo del tratamiento y la naturaleza de las conductas que vamos a evaluar, una recogida fiel y completa de datos es crucial para la posterior planificación de la terapia. Si queremos garantizar esta fidelidad y asegurarnos una evaluación correcta, debemos llevar a cabo entrevistas por separado con el agresor y con la víctima. Generalmente, cuando no hay un proceso de separación por medio, la versión de la víctima suele ser más fiel a la realidad que la del agresor. La entrevista con éste suele convertirse en una sesión de confrontación con los hechos que se le imputan, en la que se miden el grado de colaboración inicial y los' mecanismos de defensa utilizados. Durante esta primera parte de la evaluación, que tiene una duración aproximada de cuatro horas, se alternan las preguntas abiertas con las preguntas cerradas o de « sí-no». Este último tipo de preguntas permite superar mecanismos de defensa tales como la minimización o la racionalización que suelen aparecer siempre. Un ejemplo de entrevista de evaluación en la que se emplean preguntas abiertas y cerradas sería éste:

T: ¿Cuántas patadas crees que le pudiste dar una vez que lo esposa cayó al suelo? (cerrada)

P: Tres o cuatro... T: ¿Dónde le pegaste exactamente? ¿En el estómago, en la cabeza...? (cerrada)

P: En el costado. T: ¿Qué ocurrió después? (abierta) P: Bueno... ella trató de escapar y yo la agarré. T: ¿Cómo la agarraste? ¿De dónde la cogiste? (cerrada) P: La cogí de un brazo y le dije que ella no se iba a ningún sitio. T: ¿Le seguiste pegando? (cerrada) P: Creo que sí pero no me acuerdo bien.

Este estilo de evaluación requiere por parte del terapeuta la utilización de un lenguaje operativo, claro y preciso, que le permita conocer sin ambigüedades ni eufemismos el tipo de violencia ocurrido. No es infrecuente, sobre todo en terapeutas noveles, que se dé un contagio de la actitud avergonzada y minimizadora del agresor, actuando el terapeuta de la misma forma, temiendo que la confrontación con los hechos pueda crear una situación incómoda. Es fundamental distinguir cuándo se ha de ser directo a pesar de poner en dificultades los mecanismos defensivos del paciente y cuándo hay que dar apoyo y confianza. Precisamente el juego terapéutico va a consistir en una sabia combinación de confrontación y apoyo. La adecuada utilización de ambas permitirá una toma de conciencia y una creciente motivación para modificar la conducta por parte del agresor. La asunción de la responsabilidad sin excusas es una condición necesaria para seguir adelante con el tratamiento.

TABLA 8.1

Principales mecanismos de defensa utilizados por hombres que maltratan a sus parejas

Negación. «Yo no he hecho nada. No la toqué».
Minimización. «Sólo la aparté para que me dejara en paz».
Racionalización. «A veces tengo que ser firme pero sé controlarme en esas situaciones».
Proyección. «Toda la culpa es de ella que no para de provocarme».
Desviación. «El problema es que estoy sin trabajo».
Amnesia. «No puedo recordar si llegué a pegarle».

Las áreas fundamentales que toda evaluación de un caso de violencia familiar debe cubrir son las siguientes (Sonkin, 1985):

- Riesgo de homicidio. - Riesgo de suicidio.

- Frecuencia de la violencia. - Historial de violencia dentro y fuera del hogar.

- Abuso de alcohol y/u otras drogas. - Historial criminal si to hubiera.

- Aislamiento social.

TABLA 8.2

Resultados del programa en su primer año

— Ambos miembros de la pareja consideran que ha desaparecido el riesgo de violencia y que ha habido una clara mejoría en la relación	8 (21,6%)
— Ha disminuido el riesgo de violencia y no se han producido episodios violentos hasta la fecha	25 (67,5%)
— Se han producido episodios de violencia física durante o después del tratamiento	4 (10,8%)
— Total de casos que habían terminado el programa	37

9 Características psicológicas de los agresores físicos infantiles intrafamiliares[1]

JOAQUN DE PAÚL

9.1. Introducción y aspectos conceptuales

Se puede afirmar que, como en todo lo que se refiere al conocimiento de la realidad, en el maltrato infantil se ha ido produciendo un avance desde el conocimiento de «sentido común» hacia el conocimiento científico. No cabe duda, como no podría ser de otra manera, que nos encontramos en el «hacia». La revisión que a continuación se presenta debe ser entendida en este sentido.

Durante estos últimos veinte años se han desarrollado multitud de trabajos de investigación sobre los factores de riesgo y las causas del maltrato físico infantil. Sin embargo, hay un cierto patrón con respecto a la precisión de nuestro conocimiento sobre el tema. Es interesante retomar una de las primeras revisiones realizadas sobre el tema por Spinetta en 1972 y ver cómo sigue siendo, en un altísimo porcentaje de lo expuesto, muy actual y no superada. Los problemas metodológicos pueden tener una gran responsabilidad en este cierto enlentecimiento de nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo. Las limitaciones metodológicas vienen muchas veces impuestas por las propias condiciones de acceso al problema. Estas limitaciones hacen que deban ser relativizados muchos resultados y que no se puedan establecer conclusiones adecuadas.

Hay limitaciones metodológicas inherentes al tema del maltrato infantil y a otro tipo de alteraciones comportamentales relacionadas con problemas psicosociales. En concreto, son pocos los estudios de tipo longitudinal que se pueden encontrar (Egeland, 1980; Altemeier, 1986; Browne, 1988). La mayoría de los trabajos sobre los factores de riesgo están realizados a partir de muestras de sujetos maltratadores ya detectados y se refieren a datos que se obtienen de información retrospectiva. Este tipo de metodología presenta importantes dificultades de interpretación de los datos. Están documentadas las distorsiones de la memoria relacionadas con diferentes estados emocionales (Bower, 1981). Pueden ser frecuentes las confusiones en la interpretación de determinados resultados que pudieran ser entendidos como causas o consecuencias del maltrato. Las alteraciones comportamentales del niño pueden ser desencadenantes de episodios de maltrato físico y, a la vez, consecuencia de tales situaciones. Lo mismo ocurre con la atribución de causalidad por parte de los padres con respecto a dicho comportamiento, con la baja autoestima de los padres, con la sintomatología depresiva de las madres, etc. Se trata de variables que aparecen asociadas a los casos de maltrato infantil y que suelen ser consideradas como causantes del mismo. La evaluación de tales variables y de las familias o agentes responsables de la situación se ha realizado tras la detección de la situación de maltrato y, por tanto, de manera contaminada con fuertes condicionantes emocionales y cognitivos. Si todos los estudios retrospectivos tienen importantes limitaciones, debe tenerse en cuenta que en este tipo de situaciones se dan importantes connotaciones de tipo administrativo y jurídico añadidas a las relativas al incumplimiento de las responsabilidades básicas del rol parental.

En segundo lugar, es frecuente que se critique un importante sesgo muestral en los casos de maltrato físico infantil. Es muy difícil trabajar con otros casos que no sean los que provienen de los servicios de protección infantil y éstos representan una parte limitada de los casos existentes desde la cual es arriesgado realizar generalizaciones hacia todas las situaciones de maltrato físico infantil existentes. El conocimiento sobre los factores asociados al maltrato físico se puede concretar a un tipo de caso

[1] Parte del contenido de este capítulo ha sido incluido en el libro Los malos tratos a la infancia (Editorial Martínez Roca, 1993).

s más proclives a la detección por parte de los servicios de protección infantil. Se suele tratar de los casos más graves y los que pertenecen a clases sociales desfavorecidas o marginales.

El acceso a los casos no detectados y la puesta en marcha de investigaciones longitudinales resultan tareas de gran costo en todos los sentidos. Sin embargo, es relativamente difícil de comprender el problema metodológico derivado de la confusión de tipologías del maltrato. En cualquier revisión de la literatura internacional se puede encontrar un gran número de investigaciones o revisiones que continúan refiriéndose al maltrato infantil sin especificar claramente la muestra utilizada: cualquier tipo de casos de maltrato, maltrato físico, abandono físico o casos mixtos (Pelton, 1978; Famularo, 1986; Vondra, 1990). Incluso en las revisiones sobre factores de riesgo muy citadas como las de Belsky (1980), Newberger (1983) o Wolfe (1985), se trata el tema de una forma que como mínimo puede calificarse de confusa.

Para poder entender con mayor precisión la relevancia de cada una de las variables que han sido estudiadas como factores de riesgo para el maltrato físico infantil, es necesario tener en cuenta las diferentes formas de abordaje teórico de este tipo de comportamientos que implican planteamientos diferentes en la búsqueda de modelos explicativos. Azar (1991) propone cuatro áreas en el estudio de tales modelos teóricos: 1) su conceptualización o definición, 2) las permisos teóricas desde las que se inicia el estudio de sus causas, 3) el nivel de análisis desde el que se parte y 4) la complejidad de tales modelos explicativos.

1. Se ha definido como un acto agresivo, ha sido clasificado dentro de una categoría más amplia como las estrategias de resolución de conflictos o como la utilización del poder, se ha incluido como una alteración de las relaciones interpersonales, se ha estudiado dentro del «continuo» de la utilización del castigo fisico o se ha abordado dentro de las conductas patológicas o aberrantes propias de alteraciones psicopatológicas.

2. En cualquiera de estas definiciones del maltrato fisico se han asumido una serie de premisas que condicionan su explicación. Se ha priorizado por ciertos autores (Elliot, 1988; Vasta, 1982) la premisa de la existencia de un defecto de los individuos maltratadores que debe ser explicado desde una perspectiva psicobiológica o neuropsicológica. Otros autores han priorizado la premisa de la deficiencia, entendiendo que el maltrato fisico está ligado a la ausencia de alguna función que es susceptible de ser educada o cambiada. También se ha focalizado la atención en la premisa de la disrupción (Garbarino, 1976), entendiendo que el maltrato fisico se produce cuando factores externos al sujeto interfieren en su capacidad para desarrollar adecuadamente el rol parental.

3. Los primeros niveles de análisis del maltrato infantil en cualquiera de los modelos anteriores se centraban en variables individuales. Más tarde se fueron introduciendo modelos transaccionales a interactivos, para pasar más recientemente a intentar una integración de múltiples niveles de análisis dentro de un único marco teórico (Belsky, 1980).

4. Esta cuarta dimensión se encuentra muy ligada a la anterior. La integración de niveles de análisis ha producido un aumento de la complejidad en la interrelación de las diferentes variables intervinientes en la explicación del maltrato fisico. Del mero listado de los factores de riesgo explicados por cada una de las teorías unitarias, se ha pasado a la presentación de complejos modelos multivariados en los que se trata de estudiar la interconexión de los factores explicativos más que su mera presencia individual.

9.2. Revisión de los factores de riesgo

En la lectura de esta revisión sobre los factores de riesgo deben tenerse en cuenta los anteriores aspectos señalados. En ella se va a tener en cuenta únicamente aquella información que proviene de

investigaciones en las que se ha trabajado con una única tipología de maltrato fisico. Con ello, se asume la exigencia de todos aquellos autores que han venido reclamando tal concreción como requisito metodológico imprescindible para avanzar en el conocimiento de las causas (Spinetta, 1972; Vasta, 1982; Herrenkohi, 1983; Wolfe, 1985; Milner, 1990) a incluso del tratamiento (Daro, 1988).

Una de las variables a la que le ha sido asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato fisico se centra en la propia experiencia del padre / madre maltratador fisico como víctima de maltrato físico en su propia infancia. La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos de abordaje del «síndrome del niño apaleado» (Kempe et al., 1968). Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en las que predomina el maltrato fisico (Crivillé, 1990). Desde la teoría del apego (Bowlby, 1983), también se ha analizado dicha transmisión intergeneracional aplicando el conocido constructo de los modelos internos de funcionamiento (internal working models). Las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre la base de la relación con la imagen de sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que «el hijo se convierte para el padre en un doble de sí mismo en el que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia» « ...confrontado (el padre) a una situación que despierta en él un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona» (Crivillé, 1990, pág. 78). Desde el aprendizaje social, se ha utilizado la transmisión intergeneracional del maltrato para apoyar la hipótesis de la ausencia de habilidades aprendidas para el manejo de las conductas de los niños y de la utilización del castigo fisico como exponente de la única estrategia aprendida (Wolfe, 1985).

No obstante, ambos tipos de explicaciones se han basado en una aceptación de tal transmisión intergeneracional o de la repetición del ciclo de los malos tratos que, en los últimos años, ha empezado a ser cuestionada o, por lo menos, no aceptada de manera generalizada. La inmensa mayoría de las investigaciones (con o sin grupo control) que han estudiado esta variable confirman el hecho de que los padres maltratantes han sido maltratados. Pero la cuestión esencial es que en estas investigaciones no se ha dado acceso a todos los padres que han sido maltratados en su infancia y que cuidan adecuadamente a sus hijos. Es evidente que este importante sesgo produce una sobreestimación de las tasas de transmisión intergeneracional. El carácter retrospectivo de la mayoría de los estudios justifica este defecto en la interpretación de los resultados. Pero este mismo método también puede explicar lo contrario, es decir, un cierta infrarrepresentación de la supuesta transmisión. Muchos de los adultos maltratados pueden percibir que los castigos corporales eran normales o justificados o puede ocurrir que, desde un punto de vista global, perciban su infancia como positiva, lo que impide continuar la exploración de la existencia de castigos físicos (Zeanah y Zeanah, 1989).

Existen pocas investigaciones de tipo longitudinal y prospectivo que clarifiquen la importancia de la historia de maltrato en la explicación del maltrato físico. La revisión realizada por Kaufman y Zigler (1987) se constituye en un elemento esencial en este tema. En la revisión del trabajo de Hunter y Kilstrom (1979) se aprecia que de 282 padres de niños recién nacidos, 49 informaron que habían sido maltratados físicamente en su infancia. Un año después de la primera evaluación, 10 niños del total habían sido objeto de maltrato y, de entre ellos, nueve tenían padres que en su infancia habían sido maltratados. Desde un punto de vista retrospectivo se puede afirmar que existe una tasa de un 90 por 100 de transmisión intergeneracional del maltrato. Sin embargo, si se analizan con rigor los datos, deberíamos decir que únicamente un 18 por 100 (9/49) de los padres maltratados reproducen este comportamiento. Los trabajos longitudinales de Altemeier (1986) son otro ejemplo de gran interés. La evaluación de un total de 1.400 madres embarazadas y el seguimiento de las familias durante cinco años no permitió encontrar un peso explicativo de la historia de maltrato fisico en la aparición (informado por los servicios de protección infantil) del maltrato ocurrido con los hijos. Del total de 1.400

mujeres embarazadas estudiadas, un 11,6 por 100 (n = 95) informan que han sido maltratadas fisicamente en su infancia, encontrándose entre ambos grupos diferencias en el nivel de autoestima de la madre, apoyo social percibido y nivel de estrés experimentado. En aspectos más concretos informan sentir más rabia ante conductas problemáticas del niño y hacer un mayor use del castigo fisico. Sin embargo, en el grupo de madres que fueron maltratadas en su infancia únicamente un 2,1 por 100 son reconocidas como agentes de maltrato fisico en 1ós registros de los servicios de protección infantil. El porcentaje de casos remitidos a los mismos servicios en el resto de la muestra es de 2,5 por 100, lo que no implica ninguna diferencia de interés. Otros trabajos que han evaluado el maltrato actual sin recurrir a los casos conocidos por los servicios sociales aumentan sustancialmente la importancia de la propia experiencia de maltrato de los padres, pero nunca llega a ser considerada como generalizable. Desde este punto de vista, los autores citados (Kaufman y Zigler, 1987) estiman en un 30 por 100 el verdadero peso de la transmisión intergeneracional. Otra de las opciones de estudio de esta variable es la inclusión de la observación de maltrato fisico en la infancia del sujeto como predictor del maltrato a los propios hijos. La frecuente contaminación existente entre la experiencia de maltrato fisico y la observación de agresiones físicas en el propio hogar (a otros hermanos o entre los propios padres) hace difícil discriminar la importancia de la observación en sí misma (Milner et al., 1990).

A pesar de todo el cuestionamiento sobre la importancia explicativa de la historia de maltrato en la propia conducta maltratante, es evidente que se trata de una variable que coloca a un sujeto en un importante riesgo de reproducir el problema. La cuestión esencial es la de discriminar aquellas variables que hacen que un sujeto maltratado se convierta, o no, en un maltratador físico con sus hijos. Parece ser que la presencia de una figura de apoyo en la infancia, la participación en algún tipo de actividad psicoterapéutica y la estabilidad y apoyo emocional de la pareja actual discriminan adecuadamente entre los dos grupos (Egeland et al., 1988).

En relación a esta última variable se ha establecido también un importante número de explicaciones del maltrato físico Hay evidencias empíricas que confirman que los padres maltratantes físicos poseen una red de apoyo social deficitaria. Desde un punto de vista teórico se afirma que la cuestión esencial en el maltrato fisico es la incapacidad para manejar las situaciones estresantes. Esta incapacidad tendría una posible explicación en la inadecuación entre el nivel de estrés experimentado y la calidad de -la red de soporte social informal del sujeto (Garbarino, 1977). Gaudin y Pollane (1983) demostraron que en las familias maltratantes de tipo fisico existía una mayor pobreza en la red de apoyo de los amigos y de los parientes. Salzinger et al. (1983) demostraron que las madres maltratantes se encontraban mucho más aisladas que un grupo de madres no maltratantes. Este aislamiento se traducía en que tenían relación con menos personas tanto en términos generales como en aspectos concretos de los amigos y familiares. Pero en este trabajo no sólo se demuestra que se da un mayor aislamiento, sino que estas madres pertenecen a familias que están en una situación de «insularidad», es decir, que no existen conexiones entre los diferentes contextos de relación y la propia familia.

Existe también una abundante evidencia empírica que confirma el hecho de que una parte importante de casos de maltrato fisico se produce por parte de familias monoparentales y en su mayoría en casos en los que la madre se encuentra sola. En la anual revisión americana de los informes de maltrato fisico realizada por la American Human Association (AHA, 1981, citado en Sack, 1985), se observa que un 43 por 100 de los casos aparecen en familias en las que la madre no tiene pareja (cuando en dicho país este tipo de familias representa un 14 por 100 del total). En un trabajo realizado en nuestro país (De Paúl et al., 1988), el porcentaje de madres sin pareja en familias con problemas de maltrato físico es del 25 por 100, muy superior al que existe en la población general. Un trabajo de investigación realizado de manera específica para evaluar esta cuestión (Sack, 1985) demuestra que el riesgo de maltrato se duplica en las familias monoparentales y aumenta de manera especial en aquellas en las que la razón se encuentra en el divorcio de los padres. Resulta evidente que este tipo de datos

empíricos sobre las familias monoparentales debe relacionarse con la importancia de la ausencia de apoyo social como factor de riesgo para el maltrato fisico.

El déficit en apoyo social se relaciona con el maltrato fisico en la medida en que, como ya se ha citado más arriba, incapacita al sujeto para enfrentarse adecuadamente a las situaciones estresantes (Egeland, 1980). Pero también debe tenerse en cuenta que en este tipo de situaciones la falta de apoyo social impide un adecuado feedback externo sobre la calidad de la propia conducta interactiva con los hijos.

Una vez citado el mayor porcentaje de casos de maltrato en familias monoparentales, sería importante hacer mención a otra evidencia empírica muy relacionada demográficamente, aunque no así desde el punto de vista etiológico. El maltrato fisico se produce de manera excesivamente frecuente en aquellas familias en las que la madre y los hijos conviven con un varón que no es el padre de éstos. Estas situaciones están sobrerrepresentadas especialmente en aquellos casos de maltrato fisico extremo y severo (Krugman, 1985). Un trabajo reciente de Margolin (1992) presenta datos de gran interés. De 539 casos de maltrato físico perpetrados por personas no relacionadas genéticamente con los niños, 454 se dan en casos de madres solteras y de entre éstos, un 64 por 100 se cometen por parte del compañero de la madre (el resto lo cometen la persona contratada para cuidar al niño (15 por 100), un tío (7 por 100), un abuelo (7 por 100), etc.). El porcentaje de tiempo que emplean los compañeros de la madre en cuidar y atender a estos niños es mínimo en relación a otros tipos de personas (1,75 por 100), pero son, sin embargo, responsables de un porcentaje mucho más alto de casos de maltrato fisico (27 veces lo predecible en función del tiempo de permanencia a cargo del niño). Las explicaciones pueden ser muy variadas y complejas. La ausencia de legitimación del estatus de padre del compañero de la madre puede dificultar la relación y el establecimiento de unos patrones de disciplina normalizados. La competencia entre los dos subsistemas que aparecen en estas familias (madre /compañero y madre /hijos) puede llegar a ser extremadamente conflictiva. Incluso muchos niños pueden no solo percibir al compañero de la madre como rival en relación a la atención de la madre, sino como rival del padre genético. Otro tipo de explicaciones que van adquiriendo más fuerza son las relacionadas con modelos sociobiológicos (Daly y Wilson, 1981; Margolin, 1992) en los que se aplica la perspectiva etológica de ciertos mecanismos motivacionales de la conducta parental relacionados con la similitud genética entre padres a hijos.

La mayor frecuencia de maltrato fisico por parte de padres no biológicos debe ser excluida de los datos que confirman una mayor tasa de maltrato fisico realizado por parte de madres solas. En este último caso, esta situación debe ser considerada como una expresión particular de aislamiento social.

Otro conjunto de variables relacionadas con el maltrato fisico y que fueron las primariamente estudiadas se basan en la posible existencia de alteraciones psicológicas en los padres maltratantes. Una de las evidencias empíricas más estudiadas y reconocidas por los profesionales es la existencia de problemas de toxicomanías y alcoholismo entre los padres que maltratan fisicamente. Por ejemplo, Kaplan (1983) encuentra una tasa del 25 por 100 en un grupo de maltrato fisico muy superior al existente en un grupo control emparejado (5 por 100). Famularo et al. (1986) informan de claras diferencias entre un grupo de casos remitidos al juez por maltrato fisico (38 por 100 de ellos con evidencias de alcoholismo en algún período de su vida) y un grupo control adecuadamente emparejado (8 por 100 de casos de alcoholismo). En el caso de las madres, las diferencias entre los dos grupos son menores (30 por 100 y 9 por 100, respectivamente) que en el caso de los padres (50 por 100 y 6 por 100). Un trabajo reciente del mismo equipo citado (Famularo et al., 1992) demuestra una clara relación del abuso de alcohol con el maltrato fisico. En el trabajo ya citado y realizado en el Estado español la tasa de alcoholismo en el grupo de maltrato era de un 36,1 por 100, cifra muy superior a la encontrada en la población general. De cualquier manera, puede afirmarse que los estudios en los que se asocia el alcoholismo al maltrato fisico sufren de una ausencia de definiciones

precisas y comparables del concepto de « alcoholismo». Tampoco se ha analizado, más a11á de la evidencia empírica, el papel concreto que juega el consumo de alcohol en la existencia de maltrato fisico (Stasiewicz, 1989). Su posible relación con situaciones aversivas, con la falta de habilidades de resolución de problemas, con el aumento de la sensación de control personal y su efecto desinhibidor de las conductas agresivas son cuestiones que deben ser examinadas de manera precisa en los casos de maltrato fisico.

Siguiendo con el análisis de las variables de tipo individual relacionadas con el maltrato fisico, se ha realizado una importante cantidad de investigaciones que han analizado su relación con alteraciones psicológicas en los padres. En términos generales parece algo aceptado que el malestar psicológico correlaciona con la frecuencia de maltrato físico (Spinetta, 1972, Wolfe, 1985, Milner, 1990). Green (1980) aplicó a un grupo de madres maltratadoras físicas, negligentes y un grupo control la entrevista Current and Past Psychopathology Scales (CAPPS). Es importante señalar que ninguna de las escalas psicopatológicas «actuales» discriminó entre los tres grupos.
La sección relativa al pasado del sujeto presenta los resultados más interesantes. Con el conjunto de seis escalas que presentan más diferencias se alcanzó una tasa de clasificación correcta entre los grupos del 63,3 por 100 que, a pesar de ser superior en un 30 por 100 a lo esperable por azar, no resulta de gran poder predictivo. El grupo de maltrato fisico presentaba las mayores diferencias en la escala de «Cólera-Excitabilidad» cuyos ítems hacían referencia a la impulsividad, grado de cólera, expresión de violencia, etc., y en la escala sobre «Desorganización» que evalúa, además de la desorganización, el lenguaje incoherente, la conducta extraña, etc. En el trabajo antes citado, Kaplan et al. (1983) compararon maltratadores físicos, padres negligentes y grupo control aplicando la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) y la Global Assessment Scale (GAS). Las diferencias entre el grupo de maltrato fisico y el de abandono no son significativas y ambos grupos se diferencian del grupo control en la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad y personalidad lábil. Resulta relevante que no se encuentren diferencias en este trabajo en los diagnósticos de trastornos depresivos. En un trabajo similar más reciente (Estroff, 1984) se encuentran unas diferencias claramente significativas entre un grupo de madres maltratadoras físicas y un grupo control de madres de niños con trastorno psiquiátrico en las puntuaciones del Brief Symptom Inventory (BSI) que evalúa la existencia de síntomas psicopatológicos y del Global Severity Index (GSI), que evalúa la existencia de severidad de tales síntomas. En el grupo de madres de maltrato fisico (n = 21), un 52 por 100 puntuaban por encima del percentil 95 de la prueba. Es interesante señalar que en este mismo grupo, un 29 por 100 de las madres poseían un Coeficiente Intelectual inferior a 70. Una investigación que analiza exclusivamente casos de madres con problema de maltrato fisico (Lahey, 1984) presenta unas diferencias muy claras en sintomatología depresiva, síntomas de ansiedad y mayores quejas subjetivas de malestar fisico y psíquico. Es evidente que en este estudio se encuentran datos que avalan la hipótesis de que las madres maltratadoras sufren un alto nivel de malestar psíquico general a inespecífico. En este estudio se analizó además la interacción comportamental entre las madres y los hijos. No se encontraron diferencias en las conductas de los niños y sí en las de las madres. El malestar psíquico correlaciona significativamente con las interacciones negativas de las madres y los hijos. Parece que este trabajo apoya la hipótesis de que los «padres con niveles más altos de malestar emocional y fisico pueden tener umbrales más bajos de tolerancia a las conductas aversivas de los niños y, por tanto, pueden reaccionar más fácilmente con conductas agresivas a incontroladas» (Lahey, 1984; página 1069).

Dentro de estas variables de tipo psicológico, parece haberse encontrado una cierta relación entre la infelicidad, el sentimiento de inadecuación y la baja autoestima con la presencia de riesgo para el maltrato fisico (Oates y Forrest, 1985; Milner, 1990). Esto parece ser especialmente confirmado en el caso de las mujeres maltratadoras, que presentan un autoconcepto inferior que el de madres control y una mayor incongruencia entre la forma en que se perciben a sí mismas y lo que perciben como ideal (Rosen, 1978). Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentados por algunos padres

maltratantes en su propia infancia o la ausencia de cuidados adecuados propicien estos déficits en la valoración de sí mismos. Parece frecuente que en los padres o madres maltratantes se encuentren frecuentes sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, lo que puede colaborar a reducir sus posibilidades de hacer frente de manera efectiva a las situaciones de crisis (Anderson y Lauderdale, 1982). En una investigación llevada a cabo diferenciando madres maltratadoras fisicas de madres negligentes, y ambas a su vez de un grupo control (Gulp ,et al., 1989), se encontraron diferencias importantes entre ambos grupos clínicos con a. respecto al grupo control en sintomatología depresiva (en general relacionada con la baja autoestima). Sin embargo, las madres del grupo de maltrato fisico presentaban una fuerte disminución de la autoestima en relación al grupo control emparejado. Esto no ocurría con el grupo de madres negligentes que presentaban niveles de autoestima semejantes a los de las madres del grupo control.

9.3. Aspectos situacionales del maltrato infantil

Parece ser que todas las variables anteriormente citadas se constituyen en factores predisponentes para la aparición del maltrato fisico infantil. Pero, tal y como afirmaban Kempe y Helfer (1968), para que se produzca el maltrato fisico son necesarias tres precondiciones: una persona con potencial para maltratar, un niño que sea percibido como inapropiado y unas situaciones de tensión que precipiten la conducta agresiva o de maltrato. Quizá nos encontramos después de la revisión realizada hasta aquí, con escasa información sobre el papel de los factores situacionales en el maltrato infantil. Hay pocos trabajos que se hayan focalizado en la importancia de las circunstancias específicas que rodean a los episodios concretos de maltrato fisico. Herrenkohl et al. (1983), en un trabajo de gran interés, analizan con detenimiento los patrones interactivos previos a la aparición de episodios de maltrato. De sus resultados se deduce lo que parece ser evidente pero muchas veces olvidado: para que se produzca maltrato fisico debe haber una previa interacción padre-hijo y la conducta del hijo forma parte necesaria de la misma. Las conductas de los hijos muchas veces son altamente estresantes en el curso de una relación normal. Lo que parece ocurrir en el caso del maltrato fisico es que estas conductas son percibidas de manera distorsionada como provocativas o como mucho más inaceptables de lo normal. También parecen provocar de manera más frecuente un fuerte sentimiento de frustración y de incapacidad para ser resueltas, lo que parece relacionarse con los déficits en autoestima antes expuestos.

Abordar la cuestión en estos términos obliga a centrar la etiología del maltrato fisico en las variables más cercanas al manejo de situaciones concretas y en los determinantes situacionales de la conducta de maltrato fisico. En el caso del maltrato fisico se ha defendido la existencia de expectativas superiores a lo normal con respecto a las capacidades y el rendimiento evolutivo del niño (Steele y Pollock, 1974). La frustración de tales expectativas generaría el maltrato fisico. Sin embargo, parece que no ha podido ser confirmada tal hipótesis y los datos apuntan a que, con respecto al rendimiento evolutivo, los padres maltratadores tienen un nivel de expectativas normal o, en todo caso, inferior al normal. Las madres maltratantes esperan menos de sus hijos de lo que sería normal (Twentyman y Plotkin, 1982). No obstante, parece que las expectativas negativas se aprecian con una mayor relevancia y diferencia cuando se refieren a algunas secuencias complejas interpersonales que son muy frecuentes en la interacción cotidiana (Azar et al., 1984). Bauer y Twentyman (1985) trabajaron con un grupo de madres que habían maltratado fisicamente a sus hijos comparándolas con un grupo control. A todos los sujetos se les presentó una serie de situaciones estresantes, pero unas provenían de sus hijos y otras eran situaciones tensas no relacionadas con niños. Las madres del grupo de maltrato fisico se sintieron significativamente más irritadas que las no maltratantes en todas las situaciones, tanto de sus hijos como generales. Pero, además de ello, las madres del primer grupo perciben las conductas concretas de sus hijos como dirigidas intencionadamente a molestarles y enfadarles. Otras investigaciones realizadas por el mismo grupo confirman las hipótesis que preconizan un importante sesgo perceptivo por parte de los padres maltratantes con respecto a la

mayoría de las conductas de sus hijos. Larrance y Twentyman (1983) presentaron a madres de maltrato fisico y control una serie de fotografías de sus hijos y de otros niños. En estas fotografias, los niños desarrollaban una serie de conductas negativas y neutras. Las madres maltratantes tenían unas expectativas más negativas de sus hijos y además tendían a realizar atribuciones internas y estables de las conductas negativas de sus hijos y atribuciones externas e inestables de las conductas positivas. En general, parece ser que las madres maltratantes, bajo situaciones de estrés, perciben las conductas de sus hijos de manera más negativa y tienden a responder a las mismas de manera controladora y rechazante (Monroe y Schellenbach, 1986). Reid et al. (1987) demostraron que las madres que habían maltratado gravemente a sus hijos percibían a éstos como inferiores en capacidad intelectual que las madres de niños del grupo control, a pesar de que ambos grupos de niños habían sido emparejados en rendimiento escolar. Pero en este trabajo es más importante que, a pesar de que las madres del grupo de maltrato presentaron a sus hijos como más agresivos a hiperactivos que los niños del grupo control, en la observación realizada por personas independientes no se apreciaron diferencias en tales conductas entre los dos grupos. Es evidente que esta información de los padres puede estar sesgada por un intento de autodefensa y justificación de su conducta de maltrato.

9.4. Modelos cognitivo-conductuales. Maltrato físico infantil y procesamiento de la información

Todos los datos relativos a este tipo de distorsiones perceptivas han servido para la formulación de los modelos cognitivo-conductuales del maltrato fisico (Bauer et al., 1985; Milner, 1993). El modelo de Bauer postula que el maltrato fisico se produciría tras una secuencia de cuatro fases: 1) expectativas inadecuadas con respecto a secuencias de interacción del niño, 2) incoherencia entre la conducta del niño y las expectativas, 3) interpretaciones extrañas de la conducta del niño basadas en la intencionalidad, 4) respuesta inapropiada y agresiva hacia el niño.

El modelo de Milner (1993), basado en la teoría del procesamiento de la información social, se compone de tres fases cognitivas: la percepción de la conducta social, las interpretaciones, evaluaciones y expectativas que dan significado a la conducta social, la integración de la información y selección de la respuesta. La cuarta fase es de tipo cognitivo conductual a incluye el proceso de implementación y monitorización de la respuesta. Se incluyen en este modelo las distorsiones y sesgos cognitivos previos asociados con esquemas cognitivos preexistentes.

1. Esquemas cognitivos preexistentes: Se asume que tales esquemas o estructuras de información influyen en las percepciones del niño y en las actividades cognitivas de otros momentos del proceso. Entre ellos se debe tener en cuenta la creencia de los padres maltratadores en el valor del castigo fisico, las altas expectativas no realistas acerca del comportamiento y rendimiento de los hijos y las creencias específicas relacionadas con las características de los hijos propios (como más problemáticos, más hiperactivos, más agresivos, menos inteligentes, etc.) que parecen señalar un sesgo cognitivo por parte de los padres. El mayor problema en relación a estos esquemas previos es su dificultad de discriminación con posibles distorsiones perceptivas como la selección perceptiva de la fase primera o como la evaluación sesgada de la fase segunda. Los esquemas cognitivos preexistentes deben ser entendidos también como el resultado de previas secuencias de interacción y procesamiento de la información con el /los hijo /os.

2. Fase primera: Percepción. Aquí deben tenerse en cuenta una serie de posibles dificultades perceptivas de las madres o los padres maltratadores. Se puede hipotetizar acerca de una menor habilidad para reconocer el estado afectivo del niño y para identificar sus expresiones emocionales. Estas dificultades se agudizan en este tipo de sujetos en situaciones de menor indefinición de tales expresiones emocionales y de manera especial en situaciones de aumento del estrés situacional. Se ha hipotetizado también acerca de la tendencia de los sujetos maltratadores a percibir a sus hijos como estímulos aversivos independientemente de su conducta. En situaciones de alto nivel de estrés,

se ha mostrado que los padres con mayor riesgo de maltrato tenían dificultades para distinguir entre comportamientos positivos y negativos de los hijos. Parece que una de las líneas de investigación más productivas en relación a esta fase se encuentra en la posible influencia de las situaciones de estrés en la capacidad perceptiva [« fatiga cognitiva» (Cohen, 1980)] de los padres maltradores en relación a las conductas de los hijos.

3. Fase segunda: Expectativas, Interpretaciones y Evaluaciones de las conductas de los hijos. En este ámbito, se incluye la polémica entre la original hipótesis de Kempe acerca de la presencia de altas expectativas de los niños en los padres maltratadores y la existencia de datos que informan sobre todo lo contrario, es decir, bajas expectativas del futuro rendimiento de los hijos por parte de los padres maltratadores. Parece que se puede afirmar que ninguna de ambas hipótesis son completas y que los padres maltratadores presentan más altas y más bajas expectativas dependiendo del tipo de conductas previstas. En concreto, parecen modificarse las expectativas de los padres en función de las medidas de disciplina utilizadas ante diferentes tipos de transgresiones (Chilamkurti y Milner, 1993). Dentro de esta segunda fase del modelo cognitivo se incluirían las ya presentadas y tratadas hipótesis relativas a la presencia de estilos atribucionales alterados en relación a las conductas de los hijos y la atribución de intencionalidad a la conducta del niño frecuente en las interacciones que cristalizan en maltrato fisico. Parece que resultaría de interés añadir a este tipo de hipótesis, el estudio de la influencia de las situaciones estresantes en tales sesgos atribucionales y el papel de la evaluación de la conducta del niño como más o menos negativa como mediador de las acciones disciplinarias parentales.

4. Fase tercera: Integración de la Información y Selección de Respuestas. La menor flexibilidad para entender la conducta del niño y la menor habilidad para generar estrategias adecuadas de manejo del niño pueden estar provocadas por la dificultad existente en los padres maltratadores físicos para utilizar los recursos cognitivos que facilitan la interpretación y la resolución de los conflictos (Newberger y Cook, 1983). En este sentido, se ha demostrado que los padres con alto riesgo de maltrato no fueron capaces de cambiar sus atribuciones de la conducta del niño después de recibir información que relativizaba los aspectos negativos de determinadas conductas del niño. Los sujetos con bajo riesgo de maltrato sí fueron capaces de convertir sus atribuciones de la conducta del niño en inestables y no intencionales. Los sujetos alto-riesgo demostraron capacidad para recordar la información relativizadora, pero no fueron capaces de integrarla correctamente para comprender adecuadamente la situación (Foody, 1990). Es posible que sea más agudizada esta dificultad de los padres maltratadores en aquellas situaciones en las que esta información es menos accesible y en situaciones de alto nivel de estrés.

Por otra parte, el déficit en las habilidades de resolución de problemas en los padres maltratantes se ha relacionado con su falta de flexibilidad en la selección de respuestas disciplinarias y su escasa adecuación a los factores contextuales (Milner, 1993). Parece que en situaciones de alto nivel de estrés se agudizan estas dificultades, pero no queda claro si tiene un efecto directo sobre el momento de selección de respuesta o sobre fases anteriores del proceso cognitivo citado.

5. Fase cuarta: Implementación y Monitorización de las respuestas. Hay pocos estudios sobre esta fase, pero en la mayoría de ellos se demuestra que los padres maltratadores son incapaces de cambiar su propia conducta y de utilizar técnicas alternativas de manejo de la conducta del niño que son necesarias para modificar la conducta del niño de manera adecuada.

Todas estas alteraciones en el funcionamiento cognitivo se pueden hipotetizar relacionadas con alteraciones neuropsicológicas, con alteraciones en la reactividad psicológica con modificaciones en el estado de ánimo (depresión y ansiedad), con trastornos de la autoimagen, con problemas de

alcoholismo o con dificultades en la red de soporte social del sujeto. El estudio de dichas relaciones no se ha realizado en el ámbito de la explicación del maltrato físico infantil.

Se trataría, en definitiva, de una inadecuación de los padres para la resolución de las situaciones estresantes. En algunas ocasiones se ha argumentado desde los modelos más sociológicos anteriormente citados que el nivel de estrés ambiental de las familias maltratantes es superior al normal y que viene derivado de las situaciones socioeconómicas y laborales en las que viven este tipo de familias. Pero estas afirmaciones provienen de investigaciones siempre retrospectivas, lo que hace difícil conocer cuántas familias con condiciones ambientales de estrés similar son maltratantes. Un estudio longitudinal de buen diseño metodológico (Egeland et al., 1980) evaluó de manera prospectiva la presencia de situaciones vitales estresantes en una serie de familias a partir del octavo mes del embarazo, y hasta los doce meses de vida del niño. Estas familias fueron clasificadas posteriormente en dos grupos en función de la presencia de un cuidado adecuado o de la existencia de riesgo para el maltrato físico Estos dos grupos se diferenciaron en el nivel de estrés experimentado a lo largo de este tiempo, pero la cantidad de falsos positivos fue muy amplia: muchas familias con alto nivel de estrés no fueron clasificadas en el grupo de riesgo para el maltrato. Se establecieron cuatro grupos de madres, de manera que era posible evaluar lo que diferenciaba a las madres con alto nivel de estrés que cuidaban a sus hijos de manera adecuada de las que, con el mismo nivel de estrés, estaban en riesgo de maltrato. Estas últimas tenían un nivel mucho más alto de ansiedad, pero sobre todo se diferenciaban en sus estrategias de abordaje de la maternidad. Tendían a ser más agresivas, defensivas y suspicaces y se sentían más fácilmente frustradas y enojadas tendiendo a responder a su frustración de una manera agresiva. Las madres con alto nivel de estrés que maltratan responden al estrés sin intentar resolver la situación ni buscar apoyo o ayuda en los otros, es decir, tienen una menor competencia en términos generales. Esta investigación longitudinal apoya la hipótesis de que el maltrato se produce más frecuentemente por razones de inadecuación en el manejo y solución de los problemas y situaciones estresantes que por la presencia de más situaciones de este tipo. O, tal y como afirma Justice (1985). «el maltrato fisico es una expresión de la disminución en la habilidad para enfrentarse al estrés» (pág. 359).

9.5. Reactividad psicofisiológica y aspectos neuropsicológicos

En esta línea de argumentación, desde que se introdujo la hipótesis de que el maltrato fisico se producía en sujetos con unos rasgos de hiperreactividad fisiológica (Knutson, 1978), se han desarrollado un cierto número de investigaciones que han evaluado de diferentes maneras las respuestas psicofisiológicas de los maltratadores físicos ante una serie de estímulos relacionados con la infancia (Frodi y Lamb, 1980; Wolfe et al., 1983; Friedrich et al., 1985; Pruitt y Erikson, 1985; Stasiewicz y Lisman, 1989). En este tipo de investigaciones se ha tratado de demostrar que los maltratadores físicos se diferenciaban de los no maltratadores en que experimentaban una mayor activación fisiológica ante la presencia de estímulos infantiles estresantes, especialmente el lloro del niño. Una reciente investigación (Crowe y Zeskind, 1992) demuestra que todos los sujetos de la muestra se sentían más alterados y reaccionaban con mayor activación fisiológica a medida que el lloro del niño era más agudo. Los padres maltratadores se alteraban más emocional y fisiológicamente ante cualquier tipo de lloro. Durante toda esta década, esta cuestión ha sido tomada en consideración y ha sido ampliamente citada como una evidencia empírica. Sin embargo, una revisión estricta de estas investigaciones realizada recientemente (McCanne y Milner, 1991) encuentra una serie de déficits metodológicos que aconsejan tomar con reservas los resultados. Los datos empíricos parecen indicar que el aumento de la reactividad fisiológica ante estímulos relacionados con niños en los abusadores físicos no es un fenómeno corroborado. Sin embargo, los autores de la revisión consideran que «la hipótesis de que los maltratadores físicos tengan una mayor reactividad psicofisiológica permanece viable» (pág. 163) y que deben introducirse una serie de modificaciones en las investigaciones que permitan alcanzar algunos de los siguientes puntos: 1) mayor consistencia en

el tipo de estímulos utilizados, 2) análisis paralelo de las reacciones emocionales de los sujetos, 3) utilización de estímulos infantiles y no infantiles para conocer si se trata de una mayor reactividad general o específica a estímulos infantiles, 4) análisis de las diferencias entre grupos referidas a los cambios en la actividad fisiológica como respuesta a los estímulos, 5) añadir los estímulos infantiles a la presencia de situaciones generales estresantes ya existentes, 6) tener en cuenta que las variables fisiológicas responden a diferentes tipos de respuestas afectivas y no sólo sirven como indicación de la activación general. El trabajo de Casanova et al. (1992) trata de resolver algunas de las limitaciones de los anteriores estudios y analizar la reactividad fisiológica de los sujetos maltratadores ante estímulos no relacionados con la infancia (tareas frustrantes y estímulos estresantes táctiles, auditivos y visuales). A través de una metodología muy cuidada se demuestra que las madres con riesgo de maltrato físico tenían una mayor y más prolongada activación del sistema simpático ante este tipo de estímulos estresantes. Esta activación aumentaría el riesgo de la reacción agresiva y apoyaría el modelo cognitivo-neoasociacionista de la agresión humana que incluye componentes fisiológicos (Berkowitz, 1990; Casanova et al., 1992).

En todos estos trabajos de tipo fisiológico subyace este tipo de modelos cognitivo-conductuales en los que se argumentaría que tal reactividad fisiológica puede, en parte, ser explicada por la percepción amenazante de estímulos infantiles o de cualquier situación estresante por parte de personas que no disponen de habilidades para su adecuada resolución. La falta de habilidades de afrontamiento de problemas y de técnicas de manejo del estrés hace que se produzca esta mayor activación fisiológica.

Estas hipótesis de tipo psicofisiológico han sido las únicas planteadas desde la óptica biológica. Sin embargo, entre los modelos explicativos del maltrato infantil no se encuentran propuestas sobre factores neuropsicológicos que sí son frecuentes en los modelos generales sobre la agresión humana (Berkowitz, 1990). Tomando como base estos modelos, sería posible hipotetizar que ciertos déficits neuropsicológicos

relacionados con problemas en el procesamiento cognitivo pueden determinar si se produce la agresión, cuándo se produce y hacia quién (Milner y McCanne, 1991). Una de las evidencias empíricas encontradas en algunos casos de maltrato físico es que existe una mayor riesgo en padres con cierto retraso psíquico. Sin embargo, los datos más recientes confirman que muchos padres con retraso psíquico no maltratan ni abandonan a sus hijos (Milner, 1991). Esto implica que la hipótesis no es, en absoluto, simple y que es posible que ciertos déficits cognitivos presentes en sujetos con retraso mental y también en sujetos no retrasados contribuyan al maltrato físico. Estas alteraciones cognitivas se concretarían en dificultades para el razonamiento abstracto y en la flexibilidad para entender la conducta del niño y generar adecuadas estrategias de manejo de la conducta del niño. Se ha sugerido que sujetos con una disfunción cerebral mínima pudieran tener dificultades para resolver los problemas familiares y una mayor tendencia a experimentar frustración y cólera provocados por su limitado vocabulario, su lentitud de pensamiento y su ineficacia comunicativa (Milner, 1991).

La evaluación de determinadas conductas estresantes del niño debe realizarse en relación a sus capacidades evolutivas, a su funcionalidad situacional, a su intencionalidad, etc. y esto requiere de una serie de capacidades cognitivas que deben funcionar de manera ágil y en situaciones donde otro tipo de factores estresantes pueden interferir o limitar su eficacia. Tras esta evaluación de la situación debe realizarse una serie de elecciones con respecto a las estrategias más adecuadas para resolver la situación generada por el niño. En estas elecciones deben analizarse también todas las posibilidades más y menos eficaces a corto plazo y que tienen más beneficios y menos costos a largo plazo. La eficacia de las estrategias utilizadas debe evaluarse de manera automática para introducir correcciones en las mismas e ir adecuándolas a las reacciones del estado emocional del niño. Todo ello requiere de unas capacidades cognitivas que no siempre pueden darse por supuestas en todos los sujetos o que no siempre son puestas en marcha con la misma eficacia en un mismo sujeto. La

limitación en el repertorio o la inadecuación de estas estrategias provocan un sentimiento de ineficacia que genera, a su vez, en muchos de ellos frustración y cólera o que pone en marcha una reactividad fisiológica y unas distorsiones cognitivas sobre el comportamiento del niño que, tras una retroalimentación mutua, desencadenan el impulso agresivo hacia el niño. La ausencia de técnicas de control de los impulsos sería el último eslabón que justifica la aparición del maltrato físico.

10 Violencia y familia: un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil

MARÍA IGNACIA ARRUABARRENA

10.1. Introducción

Según algunos autores han señalado, «la familia es el grupo o institución con mayor nivel de violencia física que un ciudadano normal es probable que encuentre» (Straus y Steinmetz, 1975, en Stark y Flitcraft, 1988, pág. 297). La violencia conyugal,

el maltrato infantil, la violencia entre hermanos y el maltrato hacia los ancianos son fenómenos que están recibiendo en los últimos años una importante atención por parte no sólo de los investigadores (fundamentalmente, desde el área de la Psicología /Psiquiatría, Neuropsicología y Sociología), sino también de las instituciones públicas (Sistema Judicial, Servicios de Atención a la Mujer, Servicios de Protección a la Infancia) y de diferentes movimientos asociativos (movimientos para la Defensa de los Derechos Humanos y los Derechos de la Infancia, movimientos feministas).

La violencia hacia la infancia en el seno de la familia es un problema realmente preocupante en nuestra sociedad occidental. Puede afirmarse que su estudio riguroso ha comenzado recientemente, a partir de la definición en 1962 del «Síndrome del niño apaleado» («The battered child syndrome») por parte de Henry Kempe. Desde ese momento, las cifras de incidencia y prevalencia del problema no sólo no han disminuido, sino que han aumentado. Ello, sin embargo, no significa que este tipo de situaciones se produzcan actualmente con más frecuencia que en épocas anteriores, sino probablemente indica que hay una mayor capacidad de detección de las mismas (National Center on Child Abuse and Neglect, 1988, 1992).

Cuando se utiliza la expresión «violencia hacia los niños» , ésta tiende a identificarse con las conductas de agresión física, y principalmente con el maltrato físico. En ocasiones también se incluyen en esta denominación las situaciones de maltrato emocional (que en la mayoría de las ocasiones acompañan al maltrato físico) y, en menor medida, el abuso sexual.

Utilizando la definición más general de este término, la violencia padres-hijos puede entenderse como cualquier acción ejercida por los padres, desde su posición de poder, que dañe o lesione física o psicológicamente al niño o le coloque a éste en grave riesgo de padecerlo. En este caso, la conducta violenta queda definida principalmente por sus consecuencias, pudiendo así considerarse como tal no sólo las acciones de maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual, sino también el abandono físico y el abandono emocional, y otro tipo de situaciones tales como el maltrato prenatal o el denominado Síndrome de Munchaüsen por poderes, pues se ha constatado que todas ellas producen o pueden potencialmente producir efectos perniciosos (a nivel físico y psicológico) en el receptor.

No obstante, en el ámbito de las relaciones padres-hijos, tal definición general requiere ser matizada. Cuestiones tales como si ha de tenerse o no en cuenta la intencionalidad del acto dañino, la severidad de sus consecuencias en el niño, su cronicidad, si lo que se define como maltratante hace referencia a

una conducta, un adulto, o un núcleo familiar, etc., son aspectos importantes a la hora de definir cada una de las situaciones mencionadas.

Por limitaciones de contenido, y aunque ciertamente importante a interesante, este documento no va a abordar en detalle esta cuestión de la definición de lo que se considera maltrato infantil en el ámbito familiar. La exposición se centrará en la intervención rehabilitadora en este tipo de situaciones, realizando inicialmente un breve repaso de los diferentes modelos de tratamiento desarrollados con familias maltratantes y/o negligentes y sus resultados, focalizando fundamentalmente la atención en el maltrato y abandono físico infantil intrafamiliar.

10.2. Los programas de tratamiento para familias con problemas de maltrato / abandono infantil

10.2.1. Contexto general de la intervención rehabilitadora

Previo a describir los diferentes modelos de tratamiento, es preciso reseñar ciertas características particulares de la intervención con las familias maltratantes / negligentes que condicionan el contexto general de la misma:

- Existe un imperativo legal que exige a la administración pública (Servicios de Protección Infantil y Sistema Judicial) intervenir en defensa del niño cuando sus padres no pueden temporal o permanentemente asumir sus responsabilidades parentales o violan los derechos del menor. La intervención con las familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil se produce en la mayoría de las ocasiones desde este marco general. Tal intervención puede incluir la salida temporal del niño del domicilio familiar (a una institución o a una familia de acogida), la salida del padre / madre maltratante de dicho domicilio, la retirada definitiva o provisional a los padres de la patria potestad o derechos de tutela, guarda y custodia sobre los menores, o la designación de una pena a los padres en aquellos casos en los que se ha cometido delito. Tales medidas pueden o no llevarse a efecto simultáneamente con otros tipos de intervención rehabilitadora.

- La demanda de ayuda en la mayoría de las ocasiones no parte de los padres, quienes inician su participación en el tratamiento por indicación de la autoridad del sistema administrativo o judicial (en este punto es preciso señalar que en España, a diferencia de otros países, ni la autoridad judicial ni administrativa tienen competencia para obligar a un padre / madre maltratante a participar en un tratamiento).

De esta manera, los padres pueden percibir a los profesionales responsables del tratamiento como figuras que representan simultáneamente la ayuda y el control, lo cual supone una dificultad importante para el desarrollo de una relación terapéutica. Eliminar esta connotación de control por parte de la intervención terapéutica, así como definir clara a independientemente el rol de autoridad, es una de las razones por las cuales existe una línea de pensamiento que aboga por el fomento de la intervención judicial (junto con la de los Servicios de Protección Infantil) en este tipo de casos (Cirillo y Di Blasio, 1991; Masson, 1988).

- Al inicio del tratamiento, la mayoría de estos padres no muestra conciencia del problema ni motivación interna de cambio, cuestiones ambas que se han considerado handicaps importantes para la eficacia del proceso rehabilitador. No obstante, los resultados obtenidos en algunas investigaciones realizadas (por ejemplo, Irueste-Montes y Montes, 1988) indican que los resultados obtenidos en familias obligadas por el juez a acudir a tratamiento son superiores o similares a familias cuya participación es voluntaria.

10.2.2. Diferentes modelos de tratamiento y resultados

Se han desarrollado diferentes modelos de tratamiento para familias maltratantes y negligentes, siendo su evolución paralela a la producida en los modelos que desde 1962 se han formulado en relación a la etiología del problema.

En el momento actual, existe un consenso generalizado en relación a que el tratamiento de las familias maltratantes / negligentes exige una intervención multifactorial que contemple las influencias recíprocas entre el sujeto y su entorno familiar y social. El objetivo de los programas de tratamiento no se focaliza exclusivamente en finalizar la conducta maltratante, sino en posibilitar un funcionamiento adaptativo de la familia en su conjunto, de sus diferentes subsistemas y sus miembros individuales, y disminuir el nivel de estrés familiar.

Aun aceptando estos presupuestos básicos, las diferencias entre los modelos de tratamiento desarrollados en la actualidad para el maltrato y abandono fisico se basan en postulados teóricos que priorizan o asignan un mayor peso a una o varias variables como factores causales o mantenedores de la situación de maltrato, y en las que centran, por tanto, su intervención.

A continuación se describen las estrategias de tratamiento más utilizadas a lo largo de los últimos años con este tipo de familias (para más información, véanse las revisiones de Gaudin, 1993; Kaufman y Rudy, 1991).

a) *Programas basados en el modelo cognitivo-conductual*

En los primeros momentos de aplicación de este modelo al maltrato infantil, éste se circunscribía a lo que se conoce como modelo de aprendizaje social, utilizándose exclusivamente en situaciones de maltrato fisico. Desde este modelo, se parte del supuesto de que la agresión física proviene del fracaso de los padres para manejar la conducta del niño de manera apropiada. Los programas de tratamiento desarrollados centraban su atención, por ejemplo, en enseñar a los padres cómo extinguir las conductas no deseadas de sus hijos, aumentar su nivel de tolerancia a este tipo de conductas, disminuir las conductas verbales y fisicas negativas de los padres hacia los hijos y aumentar la utilización del refuerzo positivo por parte de los padres (Isaacs, 1982).

Diferentes autores incorporaron posteriormente a este modelo la importancia de los factores cognitivos como variables mediadoras fundamentales a la hora de explicar la conducta maltratante (Azar y Twentyman, 1986). Este tipo de programas cognitivo-conductuales mantienen como objetivos, entre otros, la enseñanza a los padres de habilidades de coping, habilidades sociales y de comunicación, habilidades de trato hacia el niño y técnicas disciplinarias alternativas al castigo fisico, nociones básicas de desarrollo infantil y técnicas de autocontrol.

En ambos casos, se trata de intervenciones de corta duración, altamente activas y directivas, donde se intentan modificar secuencias comportamentales actuales específicas que contribuyen o desembocan en el maltrato.

Inicialmente, este tipo de programas comenzaron a desarrollarse de manera individual con los padres en el domicilio o en el marco clínico. En la actualidad, tienden a llevarse a cabo en el domicilio familiar y a incluir no sólo a los padres, sino también a los niños a incluso al conjunto de miembros del núcleo familiar.

Además del tratamiento individual, este modelo utiliza habitualmente el tratamiento en grupo (grupos de entrenamiento de padres). Este recurso, cuyos objetivos son básicamente los mismos que los

señalados anteriormente (Wolfe, Sandler, y Kaufman, 1981), incorpora un nuevo componente, el apoyo social, que se ha mostrado extremadamente relevante en la intervención con este tipo de familias. Este tipo de programas (junto con los eco-conductuales) son los que cuentan con una evaluación más rigurosa de sus resultados, aunque tales evaluaciones presentan en general limitaciones metodológicas que impiden establecer conclusiones definitivas. Sus resultados son alentadores, aunque existen serias dudas acerca de su eficacia a largo plazo. De acuerdo a los datos existentes, parece que la combinación del entrenamiento grupal con el trabajo individual en el domicilio mejora los resultados.

b) *Programas eco-conductuales*

Este modelo conceptualiza el problema del maltrato infantil en un contexto multifactorial más amplio que la relación padres-hijo o que el análisis de los antecedentes y consecuentes de la conducta. Las conductas son analizadas en el contexto en el que ocurren y el tratamiento se focaliza en la influencia recíproca del comportamiento del niño o de los padres y su entorno.

Este tipo de programas, además de incluir los aspectos trabajados en los modelos cognitivo-conductuales, incorporan un enfoque multifactorial, añadiendo, por ejemplo, objetivos relativos a la enseñanza de cuidados básicos al niño, seguridad en el hogar, economía familiar, utilización del tiempo libre, técnicas de búsqueda de empleo, terapia de pareja y tratamiento de problemas específicos (por ejemplo, alcoholismo) (Lutzker, Wesch, y Rice, 1984; Wodarski, 1981).

Al igual que en el caso anterior, si bien los resultados de estos programas parecen positivos a corto plazo, éstos van remitiendo a medida que se amplía el tiempo de seguimiento.

c) *Programas basados en la figura del educador familiar*

Este tipo de programas se basan en la constatación de que gran parte de los padres maltratantes / negligentes han carecido a lo largo de su vida de figuras de vinculación de las cuales hayan podido aprender modelos positivos de relación y desarrollar una imagen positiva de sí mismos.

La figura del educador familiar (visitador domiciliario) se encuentra ampliamente extendida. Esta figura cumple dos funciones básicas: a) ejercer como figura de apoyo emocional hacia los padres y b) ejercer funciones de modelado y enseñanza (Tannen, 1986).

Los educadores familiares son en ocasiones voluntarios a los que se entrena o no. En otros programas son profesionales pagados que poseen una formación especializada.

Los objetivos de trabajo de estas figuras incorporan en la mayoría de los casos los abordados en los programas eco-conductuales, aunque añaden un componente de especial relevancia: la función que ejercen como figuras de apoyo social para los padres y como modelo para que éstos sean capaces de buscar sistemas de apoyo en su entorno.

En general, estos programas utilizan, además del educador familiar, otro tipo de recursos.

d) *Programas basados en la provisión de apoyo social*

Algunas investigaciones han señalado la importancia de que la familia disponga de una red adecuada de apoyo social no sólo para su rehabilitación, sino también para mantener los cambios obtenidos tras el tratamiento.

Con este objetivo se han desarrollado los denominados Grupos de Autoayuda (como Padres Anónimos; Moore, 1983). Estos grupos constituyen un entorno no amenazante para los padres donde éstos pueden expresar libremente sus sentimientos y establecer relaciones de apoyo. Otro tipo de programas basados en el fomento del apoyo social son los desarrollados con voluntarios (Gifford, Kaplan, y Salus, 1979), aunque éstos trabajan con familias que no presentan índices elevados de violencia y, especialmente, en fases menos intensivas del tratamiento.

e) *Terapia familiar*

Finalmente, un último tipo de programas son aquellos que centran su intervención en la modificación, desde el contexto clínico psicoterapéutico, de los patrones de interacción familiar. Inciden sobre la relación de la familia en su conjunto con el exterior, de los diferentes subsistemas que la componen, y entre sus individuos.

Dentro de lo que se entiende por terapia familiar, existen diferentes modelos teóricos, entre ellos el enfoque psicodinámico y de las relaciones objetales, el abordaje estructural, el abordaje estratégico y el modelo conductual (estos dos últimos incorporan los conceptos del modelo cognitivo-conductual).

Existe una gran controversia acerca de las indicaciones y contraindicaciones para la terapia familiar, y prácticamente no hay investigaciones metodológicamente rigurosas (salvo en el enfoque conductual) acerca del resultado de este tipo de intervención con familias maltratantes / negligentes (véase la revisión realizada por J. Navarro, 1992). Como consecuencia de ello, y tal como señalan Klavans Simring y Mishne (1989), la decisión de utilizar la terapia familiar generalmente se funda en la preferencia personal del profesional y su formación y experiencia, más que en datos empíricamente probados acerca de su eficacia. Por otra parte, y siguiendo a estos autores, las condiciones para su aplicación (grado de patología familiar no severo, nivel de agresividad no elevado, cierto grado de conciencia del problema y motivación de cambio, implicación para mantenerse en el tratamiento, etc.) lo hacen inviable para muchas de las familias maltratantes y negligentes, al menos en las primeras fases del tratamiento.

Realizando una valoración global de los resultados de todos los programas de tratamiento, las cifras de éxito no son alentadoras. De acuerdo a los datos aportados por Starr (1988), una amplia evaluación realizada al final de la década de los años setenta en Estados Unidos demostró que un 30 por 100 de los casos tratados sufrieron recaídas graves durante su participación en el tratamiento y sólo el 42 por 100 de los adultos fueron considerados como recuperados. Otras revisiones recogidas por este autor señalan cifras globales de recidiva entre el 20 y el 60 por 100; situándose en un 70 por 100 durante el tratamiento, y en un 38 por 100 después del mismo. Por otra parte, la revisión a este respecto realizada por Deborah Daro (1988) indica que las cifras de recidiva son especialmente elevadas en los casos de abandono físico (66 por 100), maltrato emocional (75 por 100) y maltrato fisico severo (53 por 100); en los casos de abuso sexual (19 por 100) y maltrato fisico no severo, éstas son menores.

Como conclusión general, se ha señalado que, con los recursos y programas tradicionalmente utilizados, es improbable que se obtengan resultados positivos en más de la mitad de los casos tratados (Starr, 1988). No obstante, también esta cifra ha de interpretarse con cautela, puesto que su significado varía según sea la línea base de recuperación en aquellas familias que no reciben tratamiento (lo cual es, hasta el momento, desconocido).

Estos datos señalan la inminente necesidad de mejorar la eficacia de los programas de tratamiento con familias maltratantes/ negligentes. Ello requiere, en primer lugar, reconocer a identificar a aquellas familias que son intratables (porcentaje que algunos autores han situado en torno al 20 por 100) y, en

segundo lugar, lograr el conocimiento suficiente para precisar qué tipo de programas, con qué tipo de familias y problemas y en qué condiciones, producen determinado tipo de efectos.

10.3. Descripción del programa de tratamiento para familias maltratantes /negligentes desarrollado por la Diputación Foral de Guipúzcoa: diseño y resultados

A continuación se describe el diseño y resultados de un programa de intervención rehabilitadora para familias donde se producen situaciones de desprotección infantil, implantado por el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa desde el año 1991. Dicho programa es desarrollado mediante convenio con un servicio privado (Servicio Especializado de Orientación y Atención Familiar GIZALAN).

10.3.1. Características básicas del diseño del programa

a) *Tipología de familias atendidas*

Tipo de problemática: - Maltrato Fisico - Abandono fisico - Maltrato emocional - Abandono emocional - Incapacidad parental de control de la conducta infantil - Explotación laboral - Familias «alto-riesgo»

El programa atiende tanto familias donde los menores se encuentran en el domicilio familiar porque la autoridad competente (Diputación Foral de Guipúzcoa y/o autoridad judicial) valora que, a pesar de los problemas existentes, su integridad física y/o psíquica no se encuentra en peligro, como familias donde se ha producido la separación del menor de dicho entorno con carácter de urgencia y/o como medida provisional, y se plantea como objetivo rehabilitar a la familia para promover su retorno.

Como casos no aptos para ser atendidos en el programa (pues su diseño no responde a las necesidades de los mismos) se encuentran los siguientes:

- Abuso sexual.

- Familias en las que las dos figuras parentales (en el caso de biparentales) o la única existente (en el caso de monoparentales) presentan a) retraso mental medio o severo o b) trastorno psíquico diagnosticado o de alta severidad (concretamente trastornos paranoides y esquizofrénicos y depresión mayor y trastorno bipolar).

b) Procedimiento de intervención

1. Previo a la incorporación de las, familias al programa: Aceptación de los padres de su participación en el tratamiento y firma de un compromiso específico con la Diputación Foral de Guipúzcoa.

2. Incorporación al programa:

2.1. Fase de observación (6-8 semanas). El objetivo de esta fase se centra en realizar una valoración exhaustiva de la situación de la familia y el menor, en base a la cual se determinarán los objetivos de la intervención y su secuenciación. De especial importancia en esta fase es a) la valoración de la conciencia del problema y motivación de cambio en los padres y b) el desarrollo de una vinculación positiva de éstos con los profesionales del programa.

2.2. Fase de tratamiento intensivo (18-24 meses). Esta fase incluye el desarrollo propiamente dicho de la intervención rehabilitadora, utilizándose para ello los recursos precisos y con la intensidad requerida en cada caso. Durante su desarrollo, se produce una reevaluación constante de la evolución de la

intervención y de la pertinencia de los objetivos formulados, proceso que se lleva a cabo, en la medida de lo posible, de manera consensuada con la familia.

2.3. Fase de seguimiento (máximo 6 meses). Esta fase tiene como objetivos a) asegurar la generalización a implantación de los cambios producidos durante el tratamiento, b) promover una desvinculación progresiva y adecuada de la familia de los profesionales del programa y c) establecer los mecanismos necesarios para que la familia prosiga recibiendo recursos de apoyo en caso necesario.

c) Recursos propios del programa

El programa de tratamiento cuenta con diferentes recursos flexibles en su utilización, lo que significa que a) están disponibles para su aplicación (y en su intensidad) en el momento en que se valore que son necesarios y b) pueden proporcionar la respuesta requerida ante situaciones de crisis o urgencia en las familias (lo que supone una disponibilidad permanente).

Estos recursos son los siguientes:

a) Trabajadores familiares: Centran su intervención en las figuras de los padres, con las siguientes funciones: 1) proporcionar apoyo emocional, 2) ejercer tareas de enseñanza y 3) ejercer tareas de modelado (estas dos últimas en relación a habilidades de trato y cuidado hacia el niño, organización doméstica, y habilidades de relación con el entorno). Realizan sus funciones mediante visitas domiciliarias. Tienen también asignada la tarea (junto con la figura del supervisor del caso) de recoger y transmitir información y coordinar la actuación de otros profesionales en contacto con la familia (servicios sociales municipales, servicios médicos, escuela, salud mental, etc.).

b) Servicios psicoterapéuticos y psiquiátrico (tratamiento de adultos a infantil; terapia individual, de pareja y familia; tratamiento farmacológico).

e) Grupos pedagógicos de padres/madres: Su objetivo es enseñar a los padres diferentes contenidos y técnicas relacionados con el cuidado infantil, proporcionándoles las habilidades necesarias para enfrentarse de manera adecuada a las demandas y necesidades planteadas por sus hijos. El contexto de los grupos pedagógicos permite también a los padres constatar que sus problemas son compartidos por otras familias, posibilitar que los propios miembros del grupo funcionen como fuente de apoyo y modelos entre sí, y fomentar el aprendizaje de habilidades sociales. Los grupos desarrollan 20 sesiones de periodicidad semanal, utilizándose en los mismos material escrito y audiovisual.

d) Grupos de niños: Simultáneos a los grupos pedagógicos de padres/madres, sus objetivos consisten en acoger a los menores mientras sus padres se encuentran en el grupo de adultos, fomentar relaciones adaptativas con otros adultos a iguales, observar el comportamiento infantil y detectar problemáticas individuales y abordar objetivos específicos en relación a algunos de los menores.

e) Supervisores del caso: Sus funciones consisten en 1) coordinación de la intervención con las familias, 2) centralización de la información, 3) supervisión y apoyo técnico y personal a los trabajadores familiares, 4) toma de decisión respecto a la intervención terapéutica, 5) valoración periódica junto con la familia del proceso y resultados de la intervención, 6) elaboración de informes periódicos de las familias para la Diputación Foral de Guipúzcoa y 7) intervención directa en situaciones de urgencia.

Además de los recursos propios, la intervención desarrollada en el programa requiere la provisión de otros apoyos a la familia y/o al menor (ayudas económicas, apoyo extraescolar, actividades de tiempo

libre, etc.). La propuesta a los organismos pertinentes de la provisión de tales apoyos es asimismo tarea de los profesionales del programa.

d) Sercicios/instituciones con los que se coordina el programa

Una intervención de las características desarrolladas requiere funcionar en estrecha coordinación con otros servicios/instituciones en contacto con la familia y/o el menor. En general, éstos son los siguientes:

- Servicios de Infancia municipales. - Otras áreas de Servicios Sociales (Atención a la Mujer principalmente). - Instituciones de acogida para menores. - Escuela COP. - Servicios de Pediatría. - Centros de Salud Mental. - Servicios de tratamiento específicos (alcoholismo, toxicomanías---.). - Policía. - Justicia. - Instituciones asistenciales. - Asociaciones/grupos de Tiempo Libre para adultos y niños. - Otras asociaciones ciudadanas.

10.3.2. Características de las familias atendidas en el programa durante los años 1991-1992

En el período de tiempo referido, el programa ha atendido un total de 55 familias, residentes en un total de 22 municipios del territorio histórico de Guipúzcoa. A continuación se describen las características más significativas de las mismas.

10.3.2.1. Cronicidad de la problemática familiar

La media de tiempo transcurrido en el conjunto de familias desde que éstas fueron detectadas por los Servicios Sociales hasta el momento de su remisión al programa de tratamiento se sitúa en cuatro años y dos meses. Un 43,5 por 100 de las familias superan tal cifra, y en un 30 por 100 de los casos su remisión al programa se realiza antes de los 18 meses posteriores a su detección. En algunos casos, su detección se produjo como consecuencia de la situación de maltrato/abandono de los menores, mientras que en otros se detectaron primeramente otras problemáticas (alcoholismo/toxicomanías en los padres, violencia conyugal, dificultades económicas, etcétera) y posteriormente se constató la existencia de una situación de desprotección infantil.

Dado que las cifras obtenidas hacen referencia a la fecha del primer informe escrito del que se tiene constancia, es posible que esta cifra media pueda ser más elevada.

10.3.2.2. Tipología de casos

- Una sola tipología: Maltrato físico: 8 por 100. Abandono físico: 14 por 100. Maltrato emocional: 2 por 100. Abandono emocional: 2 por 100. Incapacidad parental de control de la conducta infantil: 12 por 100.

- Dos tipologías: 22 por 100.

- Más de dos tipologías: 20 por 100.

- Alto-riesgo: 20 por 100.

10.3.2.3. Características sociodernográficas

- Estado civil: Casados: 45 por 100. En pareja: 9 por 100. Separados/Divorciados: 27 por 100. Madres solteras: 9 por 100. Viudos/as: 9 por 100.

Destaca en la muestra el elevado porcentaje de familias monoparentales, que se sitúa en el 45 por 100.

- Número de hijos

El número medio de hijos por familia asciende a 3,4, cifra muy superior a la estadística de la población general. El 23,6 por 100 de las familias tienen cinco o más hijos.

- Edad de los padres

La edad media de las madres se sitúa en 35 años, con un rango que oscila entre 19 y 54. La media de edad de los padres asciende a 39,1 años, con un rango entre 24 y 60.

- Edad de las madres al tener su primer hijo

La edad media de las madres al tener su primer hijo es de 22,7 años, con un rango que oscila entre 16 y 40. Es signihcativo el hecho de que el 42 por 100 de ellas tuvieron su primogénito a edades inferiores a los 20 años, en el período de la adolescencia. Este porcentaje aumenta al 69 por 100 cuando la edad tomada como referencia es de 24 años.

- Edad y sexo de los niños

Del total de 164 hijos/as menores de 18 años, aproximadamente el 50 por 100 tienen edades superiores a los diez años. Existe una sobrerrepresentación de las edades comprendidas entre los 6 y los 12 años.

La distribución según sexo indica una mayor representación de niños (60 por 100) que de niñas (40 por 100).

- Nivel cultural parental

Destaca respecto al nivel cultural de los padres el elevado porcentaje de analfabetos (11 por 100 de madres y 8 por 100 de padres). Algo más del 70 por 100 de los padres/madres no poseen más que estudios primarios (sin finalizar EGB y sin obtener el Graduado Escolar), siendo capaces, en la mayoría de los cases, no sin dificultad, de leer, escribir y realizar operaciones matemáticas básicas.

-- Situación laboral

El porcentaje de padres en situación de desempleo asciende al 35 por 100. En el caso de las madres, este problema afecta al 22,2 por 100 de la muestra (el 48 por 100 del total se dedica a labores domésticas).

Únicamente el 35 por 100 de los padres y el 11,1 por 100 de las madres disponen de un trabajo de carácter estable. El 15 por 100 de los padres y el 3,7 por 100 de las madres poseen un trabajo temporal. De todos aquellos que realizan actividad laboral, el 80 por 100 ocupa puestos de trabajo no cualificados.

-- Ingresos económicos

El 43,5 por 100 de las familias dependen para su subsistencia de las ayudas económicas proporcionadas por los Servicios Sociales. Las restantes son económicamente autosuficientes y autónomas.

10.3.2.4. Problemáticas familiares asociadas a la situación de desprotección infantil

Como aspectos más significativos referentes a otras problemáticas específicas presentes en estas familias al inicio de la intervención, además de la relativa a la situación de desprotección o alto-riesgo de los menores, cabrían señalarse los siguientes:
- En el 49,1 por 100 de las familias, uno o ambos padres ha sido víctima en su infancia de situaciones de malos tratos y/o abandono intrafamiliar. Como consecuencia de ello, el 59,3 por 100 de ellos fueron institucionalizados durante su niñez.

-- En el 40 por 100 y 16,4 por 100 de las familias uno o ambos progenitores padecen problemas de alcoholismo o toxicomanías, respectivamente. En un 21,8 por 100 de las familias uno de los padres posee una enfermedad física crónica a incapacitante.

- Respecto a las relaciones interpersonales, en el 54,6 por 100 de los casos existen problemas severos en la relación conyugal (en la práctica totalidad de las ocasiones asociados a situaciones de violencia fisica de intensidad elevada). Los problemas de relación con la familia extensa afectan también a un porcentaje elevado de casos, situándose en el 72,7 por 100. Por otra parte, un 56,4 por 100 de las familias se encuentran en una situación de aislamiento social completo.

- En el 23,7 por 100 de las familias uno o ambos padres presentan conductas delictivas o antisociales (en general, asociadas al consumo de drogas o relacionadas con acciones de violencia 6sica hacia otras personas).

- A1 iniciarse la intervención del programa, otros profesionales anteriormente intervinientes o en contacto con los padres habían diagnosticado trastornos psíquicos crónicos en un 16,4 por 100 de ellos (fundamentalmente, Trastornos de Personalidad, DSM-111-R) y problemas emocionales en un 34,6 por 100 (fundamentalmente, inmadurez emocional, baja autoestima, depresión).

- Finalmente, en un 14,5 por 100 de las familias existían problemas de conducta antisocial/delictiva en al menos uno de los hijos.

10.3.3. Sistemas de evaluación de resultados

El programa utiliza dos sistemas de evaluación de resultados:

a) Evaluación clínica, que recoge la valoración de los profesionales del programa acerca de si 1) el problema existente en la familia en relación a los menores se ha resuelto y en qué medida y 2) los factores identificados al inicio de la intervención como asociados a tal problema han sido o no corregidos y, en caso de ser así, en qué medida.

b) Evaluación estandarizada, que consiste en aplicar medidas pretratamiento y secuenciales (con intervalos entre la primera y segunda evaluación de ocho meses, y posteriormente de seis meses) para evaluar el cambio producido en el conjunto de familias. Las variables evaluadas y los instrumentos utilizados son los siguientes:

- Historia personal de crianza de los padres: Adaptación española de una subescala del Maternal History Interview (MHl; Altemeier et al., 1979).

Sintomatología depresiva: Versión española del Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1967).

Potencial para el maltrato fisico: Adaptación española del Child Abuse Potential Inventory (CAP; Milner, 1979, 1980).

Habilidades de enfrentamiento a los problemas: «Inventario de Reacciones Generales» (Endler y Parker; TEA, 1989).

Problemas comportamentales en los niños: Adaptación española del Child Behavior Checklist en su versión para padres (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983) y maestros (TRF; Achenbach y Edelbrock, 1986).

Ajuste marítal: Adaptación española de la «Escala de Ajuste Marital» (Braiker y Kelley, 1976).

Apoyo social: Adaptación española del Social Support Appraisals Scale (SS-A; Vaux et al., 1986), Interpersonal Support Evaluation List (1SEL; Cohen et al., 1986) a Inventory of Social Supportive Behaviors (ISSB; Barrera y Ainlay, 1983).

Escalas de Observación acerca del nivel de cuidado recibido por el niño: Adaptación española del Child Well-Being Scales (CWBS; Magura y Moses, 1986) y del Home Observation for the Measurement of the Environment (Caldwell y Bradley, 1978).

3.4. Resultados

3.4.1. Porcentajes globales

En el mes de diciembre de 1992, fecha tomada como referencia para realizar esta exposición, la situación de las familias en el Programa de Intervención era la siguiente:

El 55 por 100 de las familias se encontraban « en tratamiento» , esto es, en fases iniciales o intermedias del proceso de rehabilitación.

El 24 por 100 de los casos habían sido dados de baja en el programa al considerarse que a) la totalidad de los objetivos planificados con la intervención habían sido conseguidos de manera completamente satisfactoria o b) la totalidad de los objetivos planificados no habían sido alcanzados, pero los conseguidos eran suficientes como para garantizar que la situación de desprotección y sus causas principales habían sido corregidos, manteniendo la familia un nivel adecuado de atención a los menores.

El 22 por 100 de los casos habían sido dados de baja en el programa al considerarlos como no resueltos, dado que a) ninguno de los objetivos previstos había sido conseguido, no habiéndose obtenido mejoría alguna en la situación de la familia y los menores o b) algunos de los objetivos planificados habían sido conseguidos, pero ello no era suficiente para garantizar la resolución de los problemas de la familia y la provisión de un adecuado cuidado en el presente y en el futuro a los menores.

Analizando exclusivamente los casos dados de baja en el programa, se observa que en el 52 por 100 de ellos la intervención rehabilitadora fue exitosa, mientras que en un 48 por 100 de los casos no se obtuvieron los resultados perseguidos.

10.3.4.2. Duración del tratamiento

El tiempo medio de tratamiento de las familias con las que la intervención no ha sido exitosa se sitúa en 9,7 meses, cifra que se ajusta, como media, a la previsión realizada en el diseño inicial del programa. No obstante, un 58,3 por 100 de ellas superó tal cifra.

Respecto a las familias con evolución positiva, los datos obtenidos señalan una media de tiempo de intervención que supera en 6-8 meses a los 18 inicialmente planificados. Existe, por otra parte, un mínimo porcentaje de casos (n = 2) donde el tratamiento requiere prolongarse durante más tiempo debido a las peculiares características de la problemática presentada por la familia.

10.3.4.3. Recursos utilizados y aprovechamiento de los mismos

A continuación se expone el tipo de recursos propios del programa utilizado con el total de 55 familias atendidas:

- Trabajador familiar

Porcentaje de familias atendidas: 98,2 por 100.

- Servicios psicoterapéuticos

Valoración: 40 por 100.

Tratamiento: 32,7 por 100.

- Grupos pedagógicos de padres/madres y grupos de niños

Porcentaje de familias atendidas: 36,4 por 100.

Respecto al aprovechamiento de los recursos, destaca el del trabajador familiar (con un bajo porcentaje de visitas domiciliarias no realizadas: 6,7 por 100). Respecto a los servicios psicoterapéuticos, existe un elevado porcentaje de sesiones planificadas y no realizadas, que se sitúa en el 18,1 por 100, cifra que aumenta al analizar el aprovechamiento de los grupos pedagógicos de padres/madres y niños, donde el 45 por 100 de las familias no asiste con regularidad.

Un análisis más detallado del aprovechamiento de los servicios psicoterapéuticos de adultos indica que únicamente en el 16,7 por 100 de las familias que recibieron tratamiento se valoró que se habían obtenido resultados exitosos.

10.3.4.4. Comentarios

Los resultados globales obtenidos en este Programa de Intervención con familias maltratantes/negligentes se sitúan en una línea similar a los recogidos en las publicaciones internacionales. Sin embargo, es evidente que su nivel de eficacia requiere ser mejorado.

Tal mejora, en éste y otros programas con objetivos similares, no puede derivar más que del desarrollo de investigaciones empíricas dirigidas a determinar, con la mayor precisión posible, qué tipo de intervención es eficaz para qué tipo de problemáticas y en qué condiciones específicas. Ésta es, evidentemente, una tarea difícil pero absolutamente necesaria. Ningún método, estrategia o técnica de intervención, sea cual sea su planteamiento teórico, ha demostrado ser válido para tratar con éxito a la totalidad de las familias con problemas de maltrato y/o abandono infantil. Quien considere que ello es así comete un craso error, pues los datos empíricos muestran que no existe un tratamiento estándar que sea apropiado para la amplia variedad de tipologías de problemáticas presentes en estas familias. En la evaluación de este programa se ha constatado, por ejemplo, que la terapia familiar sistémica, recurso may utilizado en este ámbito de intervención en España y que por otra parte posee un coste económico may elevado, presenta, en un análisis global, resultados may limitados con este tipo de familias. Cuál es la razón de ello es algo que resta por determinar.

El Programa de Tratamiento presentado en este documento y desarrollado por la Diputación Foral de Guipúzcoa posee un sistema de evaluación que le permitirá, apoyándose en sus resultados, mejorar su eficacia. En este momento, sin embargo, no se dispone de datos fiables en este sentido, dado que el número de familias atendidas es aún excesivamente limitado para extraer ese tipo de conclusiones.

La escasez de recursos, tanto humanos como económicos, en los Servicios de Protección Infantil españoles obliga a políticos, profesionales a investigadores a realizar un esfuerzo coordinado, intenso y urgente para lograr la optimización de tales recursos en términos de costes y beneficios. Es preciso, por tanto, que las evaluaciones subjetivas a imprecisas dejen paso o se complementen con evaluaciones metodológicamente rigurosas de los resultados de los recursos y programas utilizados hasta el momento.

En España, este planteamiento, fuertemente implantado en otras áreas de conocimiento como es el caso, por ejemplo, de las ciencias médicas, ha sido objeto de un fuerte cuestionamiento y no ha sido prácticamente tomado en consideración en el área de la intervención psicosocial, y concretamente en la intervención desde los Servicios de Protección Infantil. La razón más frecuentemente aducida para ello se centra en la dificultad para evaluar componentes humanos que, además de dinámicos, no son tangibles ni manipulables experimentalmente (sentimientos, afectos, etc.). No obstante, probablemente esta justificación esconda otras razones menos confesables como el temor a evaluar el propio trabajo, falta de tiempo y preparación para realizar investigaciones metodológicamente rigurosas, la consideración de la «teoría» como algo inútil y completamente alejado de la «práctica», o la no disponibilidad de energía o motivación para llevar a cabo un esfuerzo de adaptación y remodelación en el propio trabajo.

A pesar de lo anterior, el desarrollo alcanzado en la investigación sobre los problemas de violencia hacia la infancia en el ámbito internacional hace prever que ha de producirse una evolución en este sentido en España. Únicamente de esa manera será posible lograr una mayor calidad y eficacia en los servicios de ayuda proporcionados a estas familias.

PARTECUARTA
Violencia y Sistema Penitenciario

11 Delitos violentos y reincidencia

SANTIAGO REDONDO

En España no tenemos tradición en análisis empíricos de la reincidencia en el delito. Sin embargo, el conocimiento de la reincidencia nos suministraría una información valiosísima sobre el funcionamiento y eficacia de nuestro actual sistema penal, cuya finalidad declarada última es el control y la reducción del fenómeno delictivo. Además, sobre la base de la investigación empírica, serían posibles análisis más finos de la reincidencia en el delito, que permitieran ponerla en relación con factores personales de los sujetos y del funcionamiento del sistema jurídico-penal; estas relaciones podrían aportarnos alguna luz acerca de la adecuación y efectividad de las medidas penales que son aplicadas a los delincuentes.

11.1. ¿Cuánto se reincide?

11.1.1. La reincidencia en otros países europeos

En otros países europeos, en cambio, se han realizado diversas investigaciones tendentes a conocer las cifras de reincidencia de muestras diversas de delincuentes. Los resultados básicos de algunos de estos estudios, así como una somera información sobre la metodología seguida en cada caso, fueron publicados en el núm. 15 (septiembre 1990), del Bulletin d'information pénitentiare, del Consejo de Europa. Esta información sobre la reincidencia en Europa fue recogida en una encuesta llevada a cabo por el Centre de Recherches Sociologiques sur le Droit et les Institutions Pénales, del Ministerio de Justicia francés, en colaboración con la Dirección de Asuntos Jurídicos del Consejo de Europa, División de problemas criminales (Tournier y Barre, 1990). En estos estudios la reincidencia media de los delincuentes excarcelados en diversos países europeos -por asignación de una nueva condena de prisión osciló entre un mínimo de un 3,9 por 100 (Luxemburgo) y un máximo de un 36 por 100 (Reino Unido), durante el primer año de seguimiento. Mientras que al quinto año, ésta fue de un porcentaje mínimo del 35,1 por 100 (Bélgica y Luxemburgo) y un
máximo del 54 por 100 (Reino Unido). Podemos obtener interesante información complementaria, en los trabajos mencionados, si consideramos los factores « edad» y «modo de liberación». Por edades, la reincidencia más elevada correspondió a los sujetos más jóvenes de 21 años (con porcentajes de hasta un 70 por 100, en un estudio del Reino Unido), mientras que los de mayor edad reinciden en menor proporción. Finalmente, en to tocante a la modalidad de liberación, en los pocos países en que fue estudiada (Bélgica, Dinamarca y Francia), la liberación condicional o bajo palabra se asoció con niveles más bajos de reincidencia (un 37,1 por 100 en el estudio francés, por ejemplo) que la terminación de la pena en prisión ordinaria (un 88 por 100 en el estudio danés).

11.1.2. La reincidencia en España

La primera información empírica sobre la reincidencia en España se recogió en las Memorias 1990 y 1991 del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña, sobre la base de sendos estudios, muy sencillos, llevados a cabo por la Dirección General de Servicios Penitenciarios y Rehabilitación. En estos trabajos se estudiaron dos muestras de sujetos que habían cumplido una condena de privación de libertad, y que habían sido excarcelados -desde alguna de las prisiones de Cataluña- en 1987 o en 1988. A lo largo de 1987 salieron de prisión, tras el cumplimiento de su condena, en torno a 530 individuos. Durante los dos años siguientes se controló, mediante el sistema informático de prisiones -Sigma 60--, cuántos de ellos volvían a ingresar en prisión por una nueva causa penal. Además de obtener las cifras básicas de reingreso carcelario, éstas se pusieron en relación con ciertas variables como el sexo de los sujetos, su edad y el régimen de vida del que habían salido a la situación

de libertad. En 1988 fueron excarcelados de las prisiones catalanas más de 700 internos. A éstos se les realizó -mediante el mismo procedimiento- un seguimiento de un año, poniéndose en relación el reingreso en prisión con los factores antes mencionados. Como datos básicos pueden señalarse los siguientes: durante el primer año de seguimiento, reincidieron un 28 por 100 de los sujetos de la muestra de 1987, y un 22,7 por 100 de la de 1988; durante el segundo año, la reincidencia acumulada de la muestra de 1987 había ascendido al 35,66 por 100 (Departamento de Justicia, 1990).

Los datos españoles presentados hasta ahora, provenientes de los estudios realizados en el Departamento de Justicia, nos dan una información muy básica de la reincidencia existente en Cataluña, durante el primer y segundo año de seguimiento, por lo que se refiere a las poblaciones de delincuentes que terminaron de cumplir una condena de privación de libertad en 1987 y 1988, respectivamente. Sin embargo, estas informaciones, siendo importantes, resultan sumamente esquemáticas, debido a la sencilla metodología de « conteo» seguida para su obtención. Frente a ello, presentaremos información de una investigación reciente que se ha propuesto una mayor sofisticación en el análisis, de modo que puedan ser depuradas y profundizadas la relaciones existentes entre la reincidencia de los excarcelados y más variados factores personales y de cumplimiento de sus condenas (Redondo, Funes y Luque, 1993).

Durante mucho tiempo, la investigación criminológica se esforzó por conocer la «personalidad criminal» de los delincuentes. Se pretendió que quienes cometían delitos probablemente serían poseedores de ciertos rasgos deficitarios intrínsecos (heredados, constitucionales o psicológicos), que los caracterizarían como delincuentes, haciéndoles diferentes de los sujetos socialmente bien integrados. Este camino llevó a la formulación de múltiples tipologías de los delincuentes, en cuyo análisis y comprobación se invirtieron ingentes esfuerzos investigadores [entre ellas, por ejemplo, las tipologías de Sheldono (1942), y Kretschmer (1967)]. Sin embargo, la búsqueda de « la personalidad criminal» ha mostrado ser una vía poco fructífera y clarificadora, tanto por lo que se refiere a la comprension como a la intervención sobre los delincuentes.

Frente a ello, el más reciente concepto de « <<carrera delictiva o criminal» nos permite diferenciar a los sujetos de las acciones delictivas que llevan a cabo. El análisis secuencial de los delitos cometidos en un período de tiempo determinado, tal y como se plantea en el modelo de « <<carrera delictiva», resulta sugerente para la detección de procesos y factores relacionados con la delincuencia, y para la identificación de momentos diferentes del desarrollo de una « carrera criminal», tales como su inicio, mantenimiento o terminación, o, también, por lo que se refiere al análisis del tipo de delitos cometidos y la frecuencia de los mismos (West y Farrington, 1977; Garrido, 1990). Esta perspectiva nos ha llevado a buscar relaciones de concomitancia entre algunos de estos factores y la reincidencia. Prestaremos atención aquí a cuatro factores que han sido del máximo interés científico en criminología, en su asociación con el inicio y mantenimiento de las carreras delictivas. Nos estamos refiriendo a la indagación de las relaciones existentes entre la reincidencia y la edad, la tipología delictiva, la prisionización, y la forma de excarcelación de los sujetos.

11.1.2.1. Edad y reincidencia

La edad de las personas es un factor de enorme trascendencia psicológica, que afecta a todos los procesos del desarrollo de los individuos y de su conducta. Por ello, nos pareció que debía ser el primer foco de nuestra atención. Más concretamente, hemos analizado la relación existente entre la reincidencia y la edad de excarcelación de los sujetos (véase tabla 11.1).

Podemos observar la gran asociación existente entre la edad y la reincidencia. Por to que se refiere al momento de la excarcelación, reinciden más y antes aquellos sujetos que habían salido de la cárcel -y habían ingresado en ella- más jóvenes. De quienes reincidieron, el porcentaje más amplio -de un 20

por 100- se refiere a individuos que tenían, al ser excarcelados, entre 24-25 años; eran, por tanto, todavía muy jóvenes. Mientras que de quienes no reincidieron, el mayor porcentaje -del 24 por 100- se sitúa en el intervalo de edad 30-35 años.

TABLA 11.1

Edad en el momento de la excarcelación y reincidencia. Se ha dicotomizado la población en reincidentes y no reincidentes (en un seguimiento de 3,5 años), consignándose los porcentajes de sujetos de una y otra submuestra en cada intervalo de edad

Intervalos de edad de salida (en años)	Reincidentes	No reincidentes
18-19	7%	1%
20-21	11%	3%
22-23	13%	8%
24-25	20%	11%
26-27	11%	12%
28-29	9%	10%
30-35	(11%)	24%
36-40	8%	11%
Más de 40	7%	18%
No consta	3%	2%

11.1.2.2. Tipología delictiva y reincidencia

Dirigimos nuestra atención también a indagar las eventuales relaciones existentes

entre los tipos de delitos cometidos por los sujetos y su posterior reincidencia. Los principales resultados son presentados en la tabla 11.2.

TABLA 11.2

Tipología delictiva y reincidencia

Tipología delictiva	N	Reincidentes	No reincidentes	
Contra la propiedad	352	43%	57%	100%
Contra la salud pública	45	29%	71%	100%
Contra las personas	25	12%	88%	100%
Libertad sexual	16	0%	100%	100%

En relación con la tipología delictiva, comprobamos que la mayor proporción de reincidentes aparece entre los delincuentes contra la propiedad -un 43 por 100-, seguidos de los traficantes de drogas (jurídicamente, delitos contra la salud pública) -un 12 por 100-, y de los que delinquieron contra las personas. Finalmente, en nuestra muestra, ningún delincuente sexual (de tan solo 16 existentes) reincidió. Información que contrasta sobremanera con la actual alarma pública existente en España sobre esta materia, merced a los espeluznantes asesinatos de niñas, de cariz sexual, en que han participado algunos delincuentes evadidos de prisión.

11.1.2.3. Prisionización y reincidencia

Frecuentemente se ha postulado por criminólogos y penitenciaristas la aparición en los encarcelados del fenómeno prisionización. Éste ha sido descrito como un paulatino deterioro psicológico de los encarcelados, por efecto de su internamiento, que les conduciría a una progresiva indefensión, un mayor aislamiento personal, al aprendizaje de nuevas conductas delictivas, y, finalmente, a una mayor reincidencia (Clemmer, 1940). Implícitamente, cabría esperar que este deterioro fuera mayor cuanta más dureza de trato hubiera experimentado el sujeto durante su encarcelamiento. Por ello, resultaba de gran interés para nosotros el conocimiento de la posible relación existente entre los modos de cumplimiento de la condena, así como el acortamiento o no de la misma o el «trato» recibido de parte del sistema de justicia y la futura reincidencia. Para ello, calculamos un «índice de penosidad», que nos informaba de en qué medida los encarcelados de nuestra muestra habían sido favorecidos o no por reducciones de condena y por el cumplimiento de la misma en regímenes de menor o mayor dureza[1].

Los resultados fueron altamente sugerentes como indica la tabla 11.3.

TABLA 11.3

Grado de penosidad experimentado por los encarcelados de la muestra, donde AP es el incremento de penosidad experimentado por los sujetos. A efectos de este análisis, se han formado 3 grupos con un número similar de individuos

ΔP	Reincidentes	No reincidentes
<9	16,3%	43,5%
$N = 161$	$N = 30$	$N = 131$
9/57	40,2%	29,6%
$N = 163$	$N = 74$	$N = 89$
>57	43,5%	26,9%
$N = 161$	$N = 80$	$N = 81$
	100%	100%

[1] En realidad el «índice de penosidad» se calcula para cada individuo ponderando por un valor preestablecido el tiempo de prisión pasado en cada régimen de vida, y dividiendo la suma por el tiempo total de estancia en prisión, con objeto de obtener un parámetro que haga comparables a los sujetos en el factor penosidad, sin que sea afectado por la duración de la condena.

Como puede verse, se puso de relieve una evidente asociación entre el incremento de la penosidad de la cárcel y la reincidencia posterior. Espectacularmente, la cifra de reincidentes fue muy superior entre quienes mayor incremento de penosidad tuvieron --AP7- que entre los que experimentaron un menor incremento de ésta o una reducción de la misma.

11.1.2.4. Modo de excarcelación y reincidencia

El advenimiento a Europa y América del ideal de la rehabilitación trajo consigo la introducción en la praxis penitenciaria de regímenes que favorecían el acercamiento progresivo de los individuos a su comunidad. Desde hace más de un siglo el regimen abierto y la liberación condicional han sido práctica de los sistemas penitenciarios de algunos países occidentales. Éste es también el caso de España.

En alguna forma, hemos querido someter a prueba esta hipotetizada relación entre liberación paulatina de los delincuentes y favorecimiento de su reinserción social. Para ello hemos analizado la relación existente entre el modo en que los sujetos son excarcelados -más progresivo o menos- y su reincidencia (véase tabla 11.4).

TABLA 11.4

Liberación condicional y ¡reincidencia

	Reincidentes	No reincidentes	Total
Libertad condicional	24,5% (20,4%)	58,9% (79,6%)	100%
Extinción de la condena	75,5% (53,1%)	41,1% (46,9%)	100%

Según podemos ver, para nuestra muestra, encontramos una alta relación entre medidas favorecedoras de la incorporación social de los sujetos --como la libertad condicional- y su menor reincidencia posterior. Sólo reinciden el 20,4 por 100 de los sujetos que son liberados condicionalmente, mientras que vuelven a delinquir el 53 por 100 de aquéllos que cumplen sus condenas de modo completo, sin salir previamente en libertad condicional.

11.2. ¿Cuánto se dice que se reincide?

La investigación que acabamos de presentar nos muestra, por primera vez en España, información empírica sobre: 1) la menor reincidencia de los sujetos de mayor edad; 2) la menor reincidencia de los delincuentes; sexuales, de los que han delinquido contra las personas y contra la salud pública, frente a los delincuentes contra la pro

piedad, que serían los más reincidentes; 3) la relación existente entre la mayor «penosidad carcelaria» y la reincidencia, y 4) por el contrario, el efecto favorecedor de menor reincidencia que tendría la libertad condicional.

Sin embargo, al igual que ocurre con la propia delincuencia y otras manifestaciones sociales que preocupan a la población (como el paro, la drogadicción, el aborto, la salud, etc.), la reincidencia en el delito es un fenómeno al que frecuentemente se refieren los medios de comunicación de masas, y sobre el cual la gente se forma una cierta opinión, que puede ser más o menos coincidente o distante de los conocimientos existentes sobre sus dimensiones reales y sobre los factores con ella relacionados.

En investigaciones realizadas en otros países (por ejemplo, Roberts y White, 1986, en Canadá) se ha puesto de relieve cómo la gente tiende a sobreestimar los niveles de reincidencia por encima de las cifras reales existentes. En nuestro país no existen, hasta la fecha, investigaciones directamente encaminadas a conocer las creencias de la población a este respecto, desconociéndose incluso, hasta bien recientemente, los niveles reales de reincidencia, según ya hemos comentado. Existen, eso sí, algunas investigaciones que han indagado creencias y actitudes sobre la delincuencia y factores conexos con ella, en ciertos colectivos profesionales que trabajan en este campo, talles como funcionarios de prisiones, policías o jueces, o en muestras de la población en general (Martín y Rodríguez, 1989; Ortet y Pérez, 1990; González et al., 1991).

En esta investigación nos propusimos estudiar las estimaciones que, antes de conocer la información «verdadera» sobre los índices de reincidencia, hacían los participantes en un curso de criminología sobre la reincidencia en el delito, atendida una serie de variables personales y sociales de los supuestos delincuentes, así como de las propias acciones delictivas cometidas (Funes, Redondo y Luque, 1992; Redondo, Funes y Luque, 1992).

Como sujetos integrantes de la muestra fueron seleccionados 106 profesionales y alumnos de tres cursos de criminología (de los que los autores eran profesores), celebrados dos de ellos en Barcelona (XLVI Curso Internacional de Criminología, Barcelona, 28-31 de octubre de 1991, y alumnado del Seminario de Delincuencia Juvenil, de tercer curso del Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona, curso académico 1991-1992) y uno en Albacete (Máster de Criminología de la Universidad de Castillla-La Mancha, curso académico 1991-1992).

Para la recogida de la información se confeccionó un cuestionario, en el que se pedía a los sujetos que realizaran distintas estimaciones porcentuales sobre la reincidencia de grupos de delincuentes, después de ser excarcelados tras cumplir una condena de privación de libertad. Para ello se instaba a los sujetos a que tomaran en consideración determinadas condiciones y factores, que habitualmente se suponen relacionados con la delincuencia, como el sexo, la edad, el tipo delictivo, las condenas recibidas, el régimen de cumplimiento de las mismas, etc.

En la tabla 11.5 hemos recogido los principales resultados comparativos entre los porcentajes de reincidencia que fueron atribuidos, en sus estimaciones, por la muestra encuestada, y la cifras « reales» de reincidencia, en cada caso.

TABLA 11.5

Diferencias entre las creencias sobre la reincidencia de sujetos españoles (en porcentajes), en contraste con las respectivas cifras « reales» de reincidencia en el delito

Tipo de delito (1)	Primarios			Reincidentes			Multirreincidentes		
	Est.	Real	rA	Est.	Real	rA	Est.	Real	rA
Contra la propiedad	50,4	23,4	0,46	73,5	35,9	0,49	84,8	55,7	0,66
Contra las personas	32,8	7,7	0,23	47,8	25	0,52	55,2	16,6	0,30
Delitos sexuales	31,1	0	0	45,4	0	0	52,3	0	0
Tráfico de drogas	60,8	11,1	0,18	88,6	0	0	100	44,4	0,44

(1) Para cada grupo de delincuentes (primarios, reincidentes y multirreincidentes) apareen tres columnas: en la columna «Est.» se consignan los porcentajes de reincidencia estimados por la población estudiada; en la columna «Real» aparecen los porcentajes reales de reincidencia en el delito; mientras que la columna «rA» representa la razón de acierto de las estimaciones en relación con las cifras reales de reincidencia.

11.3. Conclusiones

Por encima de todas las variables relacionadas con la reincidencia, un factor aparece siempre presente, modulando a todos los demás: la edad de los sujetos. Lo más evidente de todo es que reinciden más en el delito los individuos más jóvenes, y reinciden menos los menos jóvenes. Una vez establecida esta estrecha relación, todo to demás viene después. Así pues, ahora también podemos concluir que, como la misma delincuencia que llega a las prisiones, la reincidencia es también un fenómeno joven.

Por otro lado, puede concluirse que todas aquellas medidas que aligeran la condena de un sujeto (reducciones de la misma, parse a régimen abierto y liberación condicional) parecen operar en un sentido reinstertador, facilitando que no se vuelva a delinquir. Por el contrario, el mayor endurecimiento y rigidez (no acortamiento de la condena, largos períodos en régimen cerrado, y no acceso a régimen abierto y/o libertad condicional) actúan como facilitadores de la futura reincidencia de quienes los sufren.

Respecto del presente, la constatación anterior nos permite extraer conclusiones muy favorables y esperanzadas sobre el funcionamiento actual de figuras que abren las prisiones y acercan a los condenados a la comunidad: los permisos de salida, el régimen abierto y la libertad condicional. Taimbién sobre los efectos positivos que, para muchos condenados, estaría teniendo la reducción de las, con frecuencia, desproporcionadas condenas de prisión. Respecto del futuro, no podemos sino concluir la conveniencia de mantener todas estas figuras jurídicas a incluso, ya que su funcionamiento es saludable, la extensión de algunas de ellas, como el régimen abierto.

Por lo que se refiere a la evaluación de las diferencias entre las estimaciones sobre la cifras de reincidencia y los datos « reales» sobre la misma se produce siempre una distorsión aumentativa de la realidad. El público, aunque esté compuesto por profesionales de la criminología, tiende siempre a considerar la reincidencia como un fenómeno de gran entidad. Las creencias, las construcciones sociales en torno a fenómenos sociales complejos, fundamentalmente las que tienen que ver con el mundo del delito, tienden sistemáticamente a deformar el fenómeno hasta límites poco explicables, constituyéndose en realidades autónomas con mayor incidencia incluso que los propios delitos objetivos.

En los sujetos que cometen por primera vez delitos contra la propiedad, las creencias, el prejuicio, sitúan la reincidencia prácticamente en el doble de la real (rA en torno al 0,5)„ es decir: piensan que uno de cada dos delincuentes contra la propiedad comete nuevos delitos, cuando en realidad sólo lo hace uno de cada cuatro. También es distorsionada la reincidencia atribuida a los sujetos que cometen delitos contra las personas: su distancia con respecto a los datos de la realidad es todavía mucho mayor (irA = 0,23), que en otros delitos.

No es fácil hacer comparaciones en el caso de los delitos sexuales. El índice real de reincidencia (es muy bajo (en parte por las características del delito y en parte por el efecto combinado del mayor impacto de la prisión preventiva), pero las apreciaciones colectivas continúan a enorme distancia de la realidad.

Pero donde las creencias colectivas parecen llegar a un máximo de artificialidad, de constructo que poco o nada tiene que ver con lo que pasa, es en los delitos relacionados con el trafico de drogas. Como el resto de componentes del «problema droga» , predomina la « realidad construida» sobre la «realidad real». Se cree que la reincidencia es prácticamente seis veces mayor que la que se produce (rA = 0,18).

12. La dimensión rehabilitación versus riesgo social: estudio de los permisos penitenciarios

MIGUEL CLEMENTE
SUSANA V. DIAZ HUAMAN

11.1. Breve introducción histórica al estudio de delito

Que la historia de la humanidad es la historia del crimen es algo tan innegable que no son pocos los casos que se pueden encontrar en nuestro pasado colectivo en los que el delito es el eje explicativo de las vicisitudes de protagonistas y héroes de todos. Hasta los dioses del Olimpo griego, tan imitados y adorados por los que amamos y bebemos de la cultura, están inmersos en ese universo delictivo inseparable de nuestra vida cotidiana. Así, Zeus, sólo por lo que podríamos denominar como su carga hereditaria, era un auténtico criminal; no hemos de olvidar que su abuelo, el dios Urano, eliminó a sus descendientes hasta que su esposa y su hijo Cronos le devoraron a la vez a él; también Cronos devoró a sus hijos. Y si en vez de acudir a la denominada y vuelta a poner de moda hoy en día carga hereditaria, nos fijamos en sus hazañas, el historial de Zeus hubiera causado un espanto al menos comparable a cualquier reality show de nuestros días: era homicida, homosexual, violador (no hemos de olvidar que se convirtió en toro para violar a Demeter, Perséfone y Europa), incestuoso (se casó con su hermana Hera); en una palabra, un criminal en toda regla (una excelente revisión de los aspectos históricos que se tratan en este apartado se puede encontrar en Martín, 1987).

También en la tradición cristiana el tema del delito está inserto en la explicación de los comienzos de la humanidad; no en vano el libro del Génesis nos muestra cómo el primer delito de la humanidad lo cometió una mujer, Eva, utilizando a Adán para arrancar la fruta del árbol del bien y del mal, y provocando desde entonces esa lista de problemas sociales que tanto nos preocupan desde un planteamiento científico, entre otros, a los psicólogos sociales.

Y si nos centramos en España, qué duda cabe de que en la mente de los españoles determinados pícaros y personajes de ficción relacionados con el hampa y la miseria han tornado apariencia de realidad gracias a ilustres literatos como Miguel de Cervantes, Francisco de Quevedo o Mateo Alemán, convirtiendo en héroe y justiciero al supuesto delincuente, que por los caminos polvorientos despojaba de sus enseres a los ricos para repartir su botín entre los pobres. Personajes que sin duda estaban también en la mente de ilustres criminólogos y penalistas españoles, como Saldaña, el padre Montes, Salillas, o Bernaldo de Quirós (véase García-Pablos, 1988).

Pero, ¿qué antecedentes científicos podemos establecer en el estudio del delito y de la conducta delictiva? También éstos son remotos y variopintos. Comenzando, por ejemplo, por el Código de Hamurabi, allá por el año 1728 antes de Cristo en Mesopotamia, cuando se comenzó a separar la función de los jueces de las típicas de los sacerdotes, o cuando se establece que no se debe castigar a todos por igual ante el mismo delito, puesto que los ricos, al tener que ser el ejemplo del resto y esperarse de ellos una moral más elevada, deberán ser castigados con más severidad que los pobres; curiosa contradicción con el estado actual de cosas (véase, por ejemplo, Clemente, 1987).

Y quién puede dudar del papel decisivo del Antiguo Egipto como pionero en la identificación criminal, en la Medicina Forense, y sobre todo en lo que desde hace pocos años los psicólogos sociales han dado en llamar Psicosociología Cognitiva, y en concreto atribución de causalidad. Un fragmento del Libro de los Muertos sin duda nos puede aclarar este extremo (Martín, 1987). Después de la muerte, el hombre subsiste y sus acciones son acumuladas ante él, ante un tribunal presidido por Osiris y

rodeado por los dioses del Consejo, cada uno de ellos idóneo para juzgar un pecado capital. En el centro se halla una balanza en uno de cuyos platillos se pone el corazón del muerto, que representa tanto sus buenas como malas acciones; y en el otro platillo, se deposita la suerte que ha tenido el sujeto en la vida. Sin duda la discusión herencia-medio, que tantos ríos de tinta ha desatado, y que en gran medida ha desaparecido por aburrimiento, estará ahora mismo en la mente de muchos.

Sería el código de la Dinastía Chon, llegando ya en el tiempo al año 1122 antes de Cristo, el que hace referencia por primera vez a la imposición de penas proporcionales en función de los delitos cometidos, cuestión que muchos atribuyen a aquel príncipe italiano del Renacimiento, Cesare *Beccaria*, que en 1876 escribió el genial tratado *Dei Delitti a delli Penni*, considerado como uno de los pilares de la moderna Criminología (Beccaria, 1764).

Acercándonos más en el tiempo, también Confucio, cinco siglos antes de Cristo, manifestó una serie de ideas que sin duda alguna nos recuerdan en gran medida a Concepción Arena¡. Así, Confucio llegó a afirmar: « Ten cuidado de evitar los crímenes, para no verte obligado a castigarlos». Y recordemos la típica frase de Concepción Arenal: «Odia el delito y compadece al delincuente». De nuevo la Historia se repite.

Y cómo no, Sócrates (que explicaba la conducta delictiva en función de la ignorancia de los pueblos), Platón (para el que el delito era un producto del medio ambiente, y en concreto de la miseria), Aristóteles (que relacionó el delito con las facultades del alma y la configuración corporal), y tantos y tantos pensadores griegos que reflexionaron y trataron de explicar el delito.

Ya en el siglo XVIII, Santo Tomás de Aquino comienza a hablar de cómo existen personas que tienen una predisposición hacia el mal, mientras que otras están predispuestas para el bien, en un momento sociohistórico en el que las denominas pseudociencias arrasan en Europa, llevando el terreno de la explicación de la delincuencia al plano individual, y determinando quién era o no era delincuente en función de la forma de los ojos (oftalmasmocopia) y en concreto del iris (iridología), de las rayas de la mano (quironnancia), de las líneas de la frente (matoscopia), o de las rayas del pie (pedomancia). Pseudociencias que iban preparando un terreno abonado para la aparición de las teo)rías de los frenólogos y de los craneómetras, cuyo influjo crearía en las ciencias sociales la orientación de la Patología Social, siendo el máximo representante en el estudio de la delincuencia el antropólogo y médico italiano Cesare Lombroso (1897), que con su obra *L'uomo Delinquente* afirma tajantemente que el delincuente es un ser atávico, que reproduce en su interior el pasado primigenio de la especie humana,, un desarrollo en la ontogénesis de una filogénesis detenida antes de alcanzar los niveles del hombre adulto y civilizado, y que, por tanto, sitúan al delincuente más cerca del chimpacé en la escala evolutiva que del hombre adulto y civilizado (véase, por ejemplo, Clemente, 1987). Teorías que todavía hoy perviven, y el mismo prestigioso psicólogo británico Eysenck utiliza en la actualidad, al emplear el concepto de neotenia, expresión de la conocida frase que se atribuye en este país al saber de los gitanos, de que «si el niño de pequeño no es listo, mejor; señal de que de mayor lo será; pero si de pequeño es muy listo, malo; de mayor será tonto». Una mera comparación entre el rápido desarrollo evolutivo del chimpacé en comparación con los niños le sirve a Eysenck para obtener evidencia empírica hacia ese saber popular. En España esta corriente ha sido bien acogida y desarrollada. Mateo Seoane y Sobral desarrollaron la frenología en nuestro país, y Cubí fue el creador de la expresión «criminal nato» (véase de nuevo Martín, 1987; así como Carpintero, en prensa).

Pero no todo eran intentos de individualizar el tema. Así, mientras las pseudociencias hacían ¡furor, Tomás Moro publicaba su Utopía, aduciendo cómo el delito era producido por factores económicos, por la guerra, por la ociosidad, por el ambiente social y por los errores en la educación. Ideas que se opondrían frontalmente a las expresadas por Lombroso, Ferri, Garófalo, y que permitirían el nacimiento de la ya citada Escuela Clásica de la Criminología, con Beccaria a la cabeza, y con Bentham, filósofo y

jurista inglés, como continuador. Ideas que reacogían trabajos como el de Howvard, personaje que se dedicó a recorrer gran parte de las prisiones inglesas, escribiendo una obra que fue definida por Bernaldo de Quirós como un «Informe sobre la Geografía del Dolor». A pesar de todo, la batalla estaba siendo ganada por los : lombrosianos y neolombrosianos, y su influjo se dejó sentir en las concepciones del delito y en los códigos penales. Así, en la forma procesal del marqués de Moscardi se especifica que (Martín, 1987): « Oídos los testigos de cargo y de descargo, y vista lo cara y lo cabeza, lo condeno a...», y aquí se abrían dos posibilidades para el procesado, o prisión a horca. También el Edicto de Valerio seguía un esquema similar; , al afirmar que « cuando tengas dudas entre dos presuntos culpables, condena al más ; feo». Algo similar a lo expresado por Lavater, que decía que «la verdad embellece, y el vicio desfigura».

12.2. Marcos de referencia explicativos de la conducta delictiva

Pero olvidemos ya las breves nociones históricas, y examinemos las orientaciones teóricas que han predominado en el estudio de la delincuencia. Para ello examinaremos la patología social, la desorganización social la desviación social, el etiquetado social y el conflicto de valores (consideramos que las citadas orientaciones se pueden considerar como marcos de referencia, mientras que de forma más específica y concreta se establecerían las teorías psicosociales de todos conocidas; para una explicación más en profundidad de esta división, se puede consultar Clemente, 1992; así como Clemente, en prensa).

12.2.1. La patología social

La primera de las orientaciones que nacieron en el tiempo para la resolución de los problemas sociales fue la denominada patología social, nombrada así por basarse en la analogía de lo orgánico. Se produce una serie de símiles que utilizan como punto de referencia de las instituciones y organizaciones sociales elementos tomados de la Biología. Estas imágenes aún prevalecen en nuestros días, y no es extraño oír hablar de la «cabeza» de la sociedad para referirse al gobierno de un país, del «largo brazo» de la ley para referirse a la policía y a los tribunales de justicia, a incluso se ha llegado a afirmar que los sistemas de comunicaciones son el «sistema nervioso» de la sociedad. Uno de los pensadores que más utilizó este símil, Spencer, comentaba que la sociedad es un organismo que posee una masa (las personas de la sociedad), una estructura compleja que se incrementa con su crecimiento, partes interdependientes, y una vida que está por encima de las vidas de cada parte (Rubington y Weinberg, 1981).

Desde esta perspectiva, se consideraba que las personas o las situaciones se convertían en problemas sociales cuando interferían con el funcionamiento normal de la sociedad «orgánica». Esa interferencia constituía una enfermedad o patología. Así, para los patólogos sociales, los obstáculos para el progreso social se situaban tanto en los desajustes de tipo individual (ser delincuente, ser dependiente económicamente, poseer ideas políticas extremistas, etc.) como en el mal funcionamiento de tipo institucional (como era el caso de la tan famosa a importante depresión económica).

En 1876, Cesare Lombroso publicaba su obra titulada L'uomo Delinquente, provocando tal influencia en la sociedad de su época que el análisis social deja paso a la unidad de estudio individual, llegándose a afirmar sin ningún tipo de titubeos que, por lo que se refiere a la delincuencia, «la naturaleza del criminal determinaba el carácter de las instituciones y tradiciones» (véase la excelente exposición crítica de Taylor, Walton y Young, 1975).

Se rechaza, por tanto, toda idea de que las desviaciones sociales puedan ser el producto de una desigualdad; la sociedad no tiene ya nada que ver con el sujeto

desviado. Así, el paso de considerar la unidad de análisis social a la individual favorece al positivismo, olvidándose algo tan esencial como la crítica social; si una persona se desvía, la culpa es de dicha persona, siendo ella la responsable de su problema.

Desde una perspectiva más psicosocial, pero centrada en un pensamiento individualista, sin duda es preciso destacar la aplicación del modelo de Bandura (Bandura y Walters, 1974; Bandura, 1982) de aprendizaje observacional al estudio de la delincuencia, así como hay teorías del desarrollo moral de Kohlberg, y del desarrollo genético de Piaget (véase en estos dos últimos casos, por ejemplo, Siegel y Senna, 1981; y en el primero de ellos, Garrido, 1987). Ninguna de ellas, es preciso reconocerlo, ha tenido una importancia grande a la hora de explicar la conducta delictiva.

Pero como esta orientación ha sido ampliamente comentada en la introducción histórica, se expondrá mejor a continuación la orientación de la desorganización social.

12.2.2. La desorganización social

La orientación de la desorganización social ha tenido representantes dentro de la Psicología Social que en gran medida pertenecen a la vasta escuela denominada como Interaccionismo Simbólico. En primer lugar, expondremos brevemente el surgimiento de esta forma de analizar y tratar los problemas sociales.

Fueron fundamentalmente tres tipos de características sociales los que según Rubington y Weinberg (1981) crearon toda una serie de condiciones indeseables de vida en las grandes ciudades norteamericanas: se trataba de la migración, la industrialización y la urbanización. Los resultados de dichas condiciones siguen considerándose en la actualidad grandes problemas sociales, como es el caso de la delincuencia, de la drogadicción, el alcoholismo, la enfermedad mental, etc. En un primer momento, dichos problemas sociales poseían una dimensión pequeña, por lo que la perspectiva de la patología social todavía poseía una credibilidad para el tratamiento de los mismos; sin embargo, la expansión excesiva de estos problemas planteó la necesidad de buscar nuevos marcos explicativos, creándose el caldo de cultivo adecuado para el surgimiento de la orientación de la desorganización social.
De manera paralela, la ciencia sociológica se enfrentaba con nuevos problemas como disciplina; de hecho, cuando Augusto Comte creó el término de Sociología (con su dualidad terminológica en las raíces griegas y romanas), lo hizo bajo la idea de que fuera una especie de reina de todas las ciencias, como una culminación de todas las demás; pero Tuna veintena de años más tarde, otro pensador francés, Émile Durkheim, orientaba esta disciplina hacia otra posición, situándola como una ciencia más, poseedora de sus propios conceptos y temas de investigación. Así, la orientación de la desorganización social nace como un intento de desarrollar una disciplina científica en la Sociología, una ciencia más.

Una de las ideas que retoma la perspectiva de la desorganización social de la caduca patología social es la de que la sociedad es un todo, que posee un conjunto de partes integradas entre sí; el problema se produce ante una posible descoordinación de unas partes con las otras. Y uno de los conceptos centrales dentro de esta orientación es el de regla: las reglas no sólo van a definir las diferentes partes de la sociedad, sino que también van a definir cómo se van a interrelacionar dichas partes entre sí. De esta manera, se empezaron a percibir los problemas sociales como elementos que demostraban las desintegraciones sociales, construyéndose poco a poco una orientación que trataba de explicar con sus conceptos no sólo cómo se producía y se creaba la organización social, sino también cómo se producía y se creaba la desorganización social.

Dentro de esta perspectiva se destaca, sobre todo una línea de pensamiento que se ha dado en llamar el estructural-funcionalismo. Los máximos representantes de esta orientación serían, según Rubington y Weinberl, Cooley, Znaniecki y Ogburn.

Por lo que se refiere a Cooley, a él se debió la famosa distinción entre grupo primario y secundario, haciendo referencia el primero de ellos a un tipo de relaciones de características más primarias y de «cara a cara», mientras que el segundo se centraría en aquellas relaciones más impersonales y menos frecuentes. Esta clasificación se utilizó fundamentalmente para dar cuenta explicativa del problema social que acompañó a la masiva emigración del campo a la ciudad, en cuanto que se producía una ruptura con los grupos primarios de control. Por otra parte, fue Cooley el autor que conceptualizaría la desintegración social como algo disociador de las tradiciones.

También Thomas y Znaniecki se centraron en los problemas migratorios, pero no en los internos dentro de los Estados Unidos, sino en las emigraciones de los campesinos polacos al país norteamericano. Su definición de la desorganización social tenía que ver con una ruptura de la influencia de las reglas en el individuo. Para poder realizar este trabajo, se basó en el análisis de las cartas que enviaban los emigrantes polacos a la familia y a los amigos de su país, tratando de comprobar cómo en las mismas se manifestaban problemas de tipo cultural, étnico y generacional. Thomas y Znaniecki, tras la realización de dicho análisis, comentan que el problema del campesino polaco en los Estados Unidos era el de encontrarse sin reglas o con un nivel de reglas muy bajo, no poseyendo medios para definir su situación de manera adecuada. En algunos casos, sin embargo, sí que existían reglas, pero éstas o bien eran muy vagas o entraban en conflicto con las suyas (bien con las de carácter personal o con las de su país). Todas estas características contribuían a crear una situación de falta de entendimiento entre el americano y el polaco, con el consiguiente surgimiento de una gran cantidad de problemas sociales (tales como la delincuencia, el alcoholismo, la enfermedad mental, etc.) todos ellos esperables al no poder la familia del sujeto inmigrante controlar a sus miembros.

El último de los representantes considerado es Ogburn, del que destacaremos la explicación de los problemas sociales mediante el concepto de « laguna cultural». Dado que las diversas partes de una sociedad son interdependientes, al producirse un cambio no todas las partes evolucionan al mismo ritmo, por lo que unas partes quedan desfasadas de otras, produciéndose una especie de desorden. Este fenómeno suele ocurrir porque a menudo las personas son más rápidas a la hora de aceptar nuevos instrumentos y tecnologías, pero no lo son tanto a la hora de aceptar nuevas

ideas, o las ideas y el cambio cultural que implican los nuevos instrumentos. Este problema ha sido y es de extremo interés por parte de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (véase, por ejemplo, entre otros, Medrano, 1993; Peiró, 1990: etc.), así como por parte de la Psicología Transcultural (véase, por ejemplo, entre otros, Hofstede, 1980; Morales et al., 1992; Triandis et al., 1986; etc.). De producirse dicha disfunción, en el plano cultural se manifiesta la citada «laguna» mencionada por Ogburn.

Pero sin duda la orientación fundamental explicativa del hecho delictivo es la desviación social, que va a ser la que abordemos a continuación.

12.2.3. La desviación social

En el año 1937, Fuller argumentaba que los libros sobre problemas sociales poseían una de las dos orientaciones siguientes: o bien estaban orientados hacia los conceptos teóricos, o bien lo estaban hacia los problemas concretos de la comunidad. Los manuales conceptuales tratan de derivar la explicación de los problemas sociales de la teoría social, bien sea bajo la perspectiva de una

orientación particular, o bajo varias. Por su parte, otros manuales, más orientados hacia los problemas, enfatizan la importancia de comprender el problema, suelen ser más pluridisciplinares y suelen alejarse más de una perspectiva academicista. En cualquiera de los casos, en ambos tipos de manuales suele predominar un enfoque centrado en la desintegración social; pero mientras que en los manuales orientados por los conceptos (sean monísticos o eclécticos) la noción de la desorganización social suele ser algo totalmente explícito, en el caso de los orientados por los problemas, dichas nociones se suelen producir de manera implícita. Un buen ejemplo de esta cuestión lo encontramos en el manual de Merrill (1931), titulado Social *Disorganization*.

Esta dicotomía, que a primera vista podría parecer algo ajena y distante del tratamiento de las cuestiones que aquí se abordan, no lo es en cuanto que fue produciendo el nacimiento de dos grandes escuelas con visiones y perspectivas diferentes en el tratamiento de los problemas sociales. Una de ellas, situó su centro de operaciones en la Universidad de Harvard, y utilizó un enfoque que se centraba en el estudio de la estructura social; la otra, desde la Universidad de Chicago, enfatizaba un punto de vista centrado en los procesos sociales. Ambas escuelas consideraban de gran importancia el estudio de los problemas sociales y ambas utilizaron un prisma para comprenderlos, que se ha dado en llamar la orientación de la conducta desviada.

No todo, lógicamente, eran similaridades entre estas dos orientaciones. Así, la Escuela de Harvard elaboraba sus planteamientos sobre la base de una fuerte vinculaci6n con la teoría, afianzando sus conceptos generalmente en los grandes pensadores europeos tales como Durkheim, Pareto o Weber, así como en el padre de la corriente estructural-funcionalista, Parsons. No ocurrió lo mismo en el caso de la denominada Escuela de Chicago, centrada más en la descripción que en la teoría, y que escogió como «laboratorio» para efectuar sus experiencias la ciudad de Chicago.

A pesar de que la Escuela de Chicago se centró de manera predominante en la descripción de los hechos, no por ello dejó de desarrollar teorías de gran importancia, como es el caso de la teoría de los núcleos concéntricos en el desarrollo urbano, capaz de predecir diversos niveles de desorganización social en diversos sectores de la ciudad; cuestiones verificadas también en los estudios que relacionan la salud mental con variables ambientales, que además permitieron el desarrollo de los estudios sobre Psicología Social y Medio Ambiente véase por ejemplo, Booth, 1981; Clemente, 1981, y Gillis y Hagan, 1981).

Para la Escuela de Harvard, un concepto fundamental fue el de la anomia, utilizado en primer lugar por Durkheim en 1897 en su estudio sobre el suicidio, trabajo que no fue traducido al inglés hasta 1951, momento en el que produjo un gran impacto en las ciencias sociales norteamericanas.

La concepción habitual del término de anomia hace referencia a situaciones de vacío o de carencia de normas en una sociedad. Dicha carencia de normas tiene una serie de manifestaciones, entre las cuales es de destacar el nacimiento de comportamientos desviados entre sus miembros. Por tanto, el comportamiento desviado tiene una estrecha relación con condiciones estructurales y organizacionales de la sociedad, así como con el grado de desarrollo de tipo social que posea una comunidad determinada.

El contexto histórico en el que surge este concepto es el de la sociedad francesa del siglo XIX, convulsionada por dos tipos de revoluciones; una de ellas, la más conocida, de tipo político, y la otra de carácter socioeconómico, debida a un vertiginoso proceso de industrialización, que conllevaron un proceso acelerado de cambio social. Retomando a Nisbet (1965), se trataba de una sociedad que intuía la crisis de una serie de valores predominantes en aquella época, con lo que supone dicho elemento de desaparición de una serie tanto de seguridades, de inseguridades y de tiranías, como de nacimiento de nuevos poderes, que traerían a su vez nuevas inseguridades y tiranías.

Desviaciones como el suicidio o el delito se deben considerar normales en las sociedades mecánicas, ya que su ausencia sería indicativa de un estado de control excesivo dentro de la sociedad; sin embargo, en una sociedad con un tipo de solidaridad orgánica, dichas desviaciones pueden llevar a una situación de anomia. Todos estos conceptos serán desarrollados por el pensador francés en dos de sus obras más conocidas: Las reglas del método sociológico (1895), y El suicidio (1897).

La importancia de los conceptos durkheimianos para la Escuela de Harvard estriba en los trabajos llevados a cabo por un discípulo de Parsons, Merton (1957), autor de la obra Social Structure and Anomie. Llega a afirmar Merton que el estado de anomia puede ser algo normal para determinados segmentos de la población; en concreto para aquellos en los que se produce una sobrevaloración de las metas culturales, a la vez que existe una imposibilidad de acceso a los aspectos deseados. Crea, por tanto, una teoría general que es aplicable a varios problemas sociales, estableciendo además que la anomia puede considerarse como una respuesta «normal» ante situaciones « normales», debido al gran énfasis que sobre todo la sociedad norteamericana establece en la consecución de metas sociales. Las diferentes tasas de problemas sociales se podrían explicar debido a que en determinados sectores de la población la disparidad entre los medios y los fines es diferente.

Tras la aparición de la obra de Merton, fue de gran importancia la de Sutherland (1939), también perteneciente a la Escuela de Chicago, y que en 1939 publicó su Teoría de la Asociación Diferencial. Tal y como habían expresado con anterioridad Thomas y Znaniezki, Sutherland pensó que la desorganización social era un importante factor de desviación social, por lo que dedicó gran parte de sus esfuerzos a explicar por qué una persona se vuelve desviada, y cómo la estructura social promueve desviación. De esta forma, establece que los sujetos «aprenden» a ser delincuentes por asociación con patrones de conducta desviada, identificando cuatro dimensiones de dicha «asociación diferencial»: primacía, intensidad, duración y frecuencia.

Son varios los científicos sociales que consideran que la asociación diferencial es un concepto complementario del de la anomia, ya que implica continuar la perspectiva de Durkheim de que la conducta desviada es una parte natural de la vida social. En cierta forma se trata de una teoría diferencial, en cuanto que es idónea para determinar qué sujetos se vuelven desviados y cuáles no.

Un autor que es considerado como continuador de la teoría de Sutherland, y que sintetizó la perspectiva de la anomia y la de la asociación diferencial fue Cohen (1959), pudiéndose comprobar su perspectiva en el libro Delinquent Boys. Cohen explica el problema de la delincuencia a través del papel de la escuela: el niño de clase baja recibe en la escuela una enseñanza apta para la clase media, mediante un sistema de razonamiento también típico de la clase media, pero alejado del sistema de razonamiento del ambiente del niño de clase baja; esto supone un choque entre los dos sistemas, con el consiguiente fracaso escolar y la entrada de muchos niños y jóvenes en el universo delictivo.

Pero, tras estas breves líneas, nos ocuparemos de otra de las orientaciones teóricas, como es la del etiquetado social.

12.2.4. El etiquetado social

La teoría de la etiqueta se va a ocupar de estudiar la definición social de la desviación. Esta orientación ha sido conceptualizada también por algunos autores como perteneciente a la perspectiva del interaccionismo simbólico, en cuanto que se centra en determinar cómo las personas definen las situaciones. Así, se trata de una orientación subjetiva, que retoma el planteamiento expresado por Fuller de que un problema social se define por lo subjetivo, es decir, por la percepción de la existencia

para las personas de una serie de condiciones problemáticas, tengan o no una base real (véase Clemente, 1992). Así, frente a una corriente mayoritaria que expresa que los problemas sociales se definen por la existencia de una serie de condiciones objetivas, esta orientación centra su análisis en el polo subjetivo.

Ya se ha comentado que entre la Universidad de Chicago y la de Harvard existía una confrontación que supuso dos grandes tipos de orientaciones a la hora de abordar el estudio de los problemas sociales, confrontación que produjo que la Universidad de Harvard se dedicara más al estudio de la estructura social, mientras que en Chicago los investigadores y pensadores se orientaron más hacia la teoría de la etiqueta; esto supuso a la vez que el concepto de etiqueta esté asociado más bien a una oposición al concepto de estructura social. Así, mientras que para la teoría de la desviación era de suma importancia todo lo que tenía que ver con los aspectos diagnósticos (como es el caso de la determinación de la importancia que tenían los hogares rotos, la anomia, los desórdenes mentales, la clase social, etc.), para la etiqueta el aspecto fundamental es el de la reacción social, olvidándose en gran medida del acto inicial y final de la cadena de la desviación. En general, se podría afirmar que la teoría de la etiqueta se va a centrar más en los procesos que en la estructura, más en lo subjetivo que en lo objetivo, en las reacciones más que en las causas de la desviación.

Acorde con este planteamiento, se establece que la definición de la situación que realizan las personas va a depender de los valores de cada uno, así como de los intereses personales del que realiza la definición. Debido a esta característica, muchos autores, como es el caso de Rubington y Weinberg (1981) o de Becker (1963), típicos representantes de la orientación de la etiqueta, han preferido utilizar la denominación de orientación interaccionista.

Metodológicamente, la forma más habitual de abordar el análisis de los problemas sociales ha consistido en ponerse en el papel de la persona desviada, y por tanto, etiquetada como tal; en menor medida, también esta orientación ha elegido el punto de vista del que etiqueta, generalmente no una persona a título individual, sino alguien que desempeña y asume un rol. El estudio de las reglas sociales y de las prácticas que las refuerzan, desde este planteamiento, es algo tremendamente importante.

A pesar de que se va considerando a Mead y a Schultz como los representantes de este enfoque, lo cierto es que hubo dos obras que marcaron el punto referencial de esta perspectiva de análisis, y que, por tanto, no podemos dejar de recordar: se trata del trabajo de Lemert (1951), titulado Social Pathology, y del posterior de Becker (1963), aparecido con el nombre de Outsiders.

Pero pasemos a continuación a analizar la orientación del conflicto de valores.

12.2.5. El conflicto de valores

Algunos autores, mientras se iba creando una ciencia social que enfatizaba la necesidad de crear y de alcanzar un consenso social, y de restablecer continuamente un equilibrio, se centraron en la perspectiva de que en la sociedad lo normal era el desequilibrio y las desigualdades, lo que provocaba continuamente conflictos. Así, y paralelamente a la orientación de la desintegración social, fue naciendo la perspectiva del conflicto, que desde el planteamiento de los problemas sociales se convertiría en la orientación del conflicto de valores, alimentándose de pensadores que estaban convencidos de la existencia de estructuras « defectuosas» en la sociedad, a incluso algunos de ellos propugnando la necesidad de cambiarlas. Nace así una nueva orientación en el estudio de los problemas sociales.

Dentro de la Sociología europea, el tema del conflicto era algo habitual, a partir de las influencias de Marx, que describió la Historia en términos de confrontaciones entre las clases sociales. Más adelante, sería Simmel quien analizaría el conflicto como una forma de interacción social. Pero en América, la orientación del conflicto era algo inhabitual, hasta que en 1925 Frank comenzó a utilizar esta perspectiva en el estudio de los problemas sociales. A pesar de este momento inicial, no sería hasta diez años después, en concreto con los trabajos de Fuller y Myers (1941a, 1941b), cuando se puede hablar de una auténtica perspectiva con fuerza en la interpretación de los problemas sociales; estos autores argumentaron que el conflicto de valores es un elemento que aparece en todas las fases de los principales problemas sociales.

En todas las fases se va a producir una contraposición de los valores de varios (al menos dos) grupos sociales. Este énfasis en el conflicto coincide con el ambiente reinante en la época en que Fuller y Myers hicieron sus publicaciones; mientras que Fuller comenzó sus trabajos en plena época de la depresión norteamericana, su trabajo junto con Myers se sitúa en el momento de desarrollo de la Segunda Guerra Mundial.

Frente a los argumentos utilizados por la orientación de la desintegración social, los teóricos del conflicto de valores piensan que no existe nada raro en el hecho de que las personas traten de preservar sus propios intereses y valores, ni dicha característica implica ningún grado de desorganización social. Es más, la misma crítica que utilizaron los teóricos de la desorganización social para enjuiciar a los patólogos sociales, acudiendo al argumento de la falta de cientificidad en el hecho de utilizar argumentos morales en las calificaciones, se puede lanzar contra los representantes de la desorganización social, que sin decirlo están etiquetando como patológicos a determinados individuos. Así, los pensadores del conflicto de valores atacan a los de la desintegración por falta de seriedad científica, así como por falta de objetividad.

La desorganización social, para los teóricos del conflicto, pasa a ser simplemente una etiqueta que encubre el fallo de determinados teóricos a la hora de poder comprender las organizaciones entre las personas, al no seguir estas organizaciones siempre los estilos típicos de la clase media.

Pero tras estas breves menciones a las teorías y orientaciones explicativas del hecho delictivo, pasaremos a plantear el objeto de este trabajo: el problema del riesgo social y de la rehabilitación, a través de los permisos penitenciarios de salida.

12.3. El sentido de los permisos penitenciarios de salida

No han sido pocos los autores que, aun reconociendo la importancia de explicar la génesis del hecho delictivo, han llamado la atención sobre el hecho de que delincuentes hay, de que éstos se encuentran en un número más que considerable en las prisiones y de que la prisión, al menos sobre ese papel de la ley que muchos calificarían como «mojado», debería servir para rehabilitar. Lógicamente, cada orientación citada posee sus propios planteamientos sobre la rehabilitación, cuestión en la que no nos vamos a detener. Pero sí es preciso que nos detengamos en qué es lo que implica la rehabilitación, y qué hacen las instituciones sociales para conseguirla. Vayamos en primer lugar con la primera de las cuestiones.

¿Qué implica la rehabilitación? Antes de abordar directamente esta cuestión, recordaremos el porqué de la imposición de penas en un sistema de justicia como el nuestro. Según la ley, la pena tiene una función intimidatoria, así como rehabilitadora. La función intimidatoria estriba en demostrar al sujeto que el sistema responde ante sus comportamientos atentatorios de un pacto social, y que, por tanto, cada vez que cometa un delito, será castigado. Así, el sujeto evitará la comisión de delitos, y además el penado servirá como ejemplo ante los demás de la existencia de esa respuesta del sistema,

produciéndose una (bajo el punto de vista jurídico) prevención de nuevos delitos. Pero la pena tiene también una función rehabilitadora; esto implica que el mero hecho de que un sujeto sea condenado y cumpla esa condena le rehabilita; o, en una palabra, el mero paso del tiempo rehabilita al delincuente, desde un punto de vista estrictamente social o, más bien, incluso societal.

Y recordemos la segunda pregunta, aunque retomaremos en parte la primera: ¿qué hacen las instituciones sociales para rehabilitar? Además de hacer que el sujeto pase parte del tiempo de su vida bajo custodia, crea mecanismos específicos para lograr que ese tiempo cumpla dicha función rehabilitadora. Algunos de esos mecanismos son personales, y, por tanto, no se puede decir que estén pensados como tal para la rehabilitación, puesto que incluso se especifica por ley que el interno es libre para utilizarlos o no; nos referimos en concreto al denominado Tratamiento Penitenciario, tema central del papel de la psicología en las prisiones; otros son puramente sociales, en cuanto que incluso se llegan a convertir en derechos de los internos; se trata de los permisos penitenciarios de salida.

Por tanto, el examen de estas dos preguntas nos lleva a concluir que el permiso de salida es el elemento que se ha establecido como auténticamente rehabilitador de la estancia del sujeto en prisión, a incluso podríamos afirmar que su nacimiento, hace algo más de cien años en este país, se plantea ante la no reconocida nunca del todo idea de que la cárcel no rehabilita, sino que incluso destruye cada vez más al sujeto y lo incapacita poco a poco para su reintegración en sociedad; así, si es cierto, aunque repito que no reconocidamente, que la prisión no rehabilita, será preciso crear un mecanismo para obviar este fallo del sistema, que compagine el deseo de los que tienen el poder de mantener a los delincuentes «acotados», el de la sociedad en general de buscar mecanismos que no atenten contra el miedo de ser víctimas de los delitos y el humanitario, o mejor debería decirse de derecho, de no destruir social y personalmente a los sujetos que ingresan en las prisiones, convirtiéndoles en « carne de prisión» . Los permisos penitenciarios de salida son la solución que desde la ley resuelve estos problemas.

De esta manera, el permiso penitenciario de salida se convierte en un indicador de rehabilitación. Y más aún si tenemos en cuenta que tal permiso, salvo aquellos que se conceden por cuestiones ajenas a nuestro planteamiento, se emitirá por las instituciones sociales sólo si existe un convencimiento de que el interno muestra una serie de características que presuponen tal rehabilitación. Características que podrán o no coincidir con las que en la realidad existan.

Para poder clarificar más esta exposición, en las tablas 12.1, 12.2 y 12.3 se pueden observar los diversos tipos de permisos penitenciarios existentes en la actual reglamentación, así como sus características (una información más detallada sobre este asunto, así como los trabajos pioneros sobre permisos penitenciarios en España, se pueden encontrar en Rejas, 1988, 1991).

TABLA 12.1

Tipos de permisos penitenciarios de salida

Permisos	Características
Ordinarios (De fines de semana)	Se consideran permisos ordinarios los permisos de fin de semana que se concederán, en principio, a todos los penados clasificados en tercer grado que voluntariamente lo soliciten, o bien se encuentren en Establecimientos o Secciones de carácter abierto, o bien salgan diariamente a trabajar al exterior. Regulación: artículos 45.7 y 43.2 del Reglamento Penitenciario.

Mayúsculas: Nomenclatura según el Reglamento Penitenciario.
Minúsculas: Nomenclatura utilizada en los Centros Penitenciarios.

TABLA 12.2

Tipos de permisos penitenciarios de salida

Permisos	Características
Especiales (Ordinarios)	Se considerarán permisos especiales los permisos de veinticuatro horas a siete días que las Juntas de Régimen y Administración, previo estudio y propuesta de los Equipos de Observación o Tratamiento, concedan a penados o preventivos, a título de *recompensa* por su buen comportamiento y como medio de reforzar los efectos beneficiosos del tratamiento penitenciario. *Requisitos:* — Haber cumplido la cuarta parte de la condena. — No observar mala conducta. — No pueden sumar más de 36 ó 48 días al año, según el penado se halle clasificado en 2.º o 3.er grado. Regulación: Artículo 47.2 de Ley Orgánica General Penitenciaria.

Mayúsculas: Nomenclatura según el Reglamento Penitenciario.
Minúsculas: Nomenclatura utilizada en los Centros Penitenciarios.

A la vista de los diferentes tipos de permisos existentes, resulta evidente que ni los denominados legalmente como ordinarios ni los extraordinarios son de nuestro interés. Sólo los llamados especiales, en cuanto que son concedidos de acuerdo con un criterio de posible rehabilitación y, por, tanto, intento de premiar el buen comportamiento del sujeto, así como la suposición de que esa salida no supondrá un problema para la sociedad y será beneficiosa para el sujeto, serán objeto de nuestro estudio.

Y ¿qué personas a instituciones determinan si tal posible rehabilitación se produce? No es fácil responder a esa pregunta; esperemos que la tabla 12.4 ayude a determinar tal cuestión.

TABLA 12.3

Tipos de permisos penitenciarios de salida

Permisos	Características
Extraordinarios (Especiales)	Se considerarán permisos extraordinarios aquellos que se conceden por razón de matrimonio o alumbramiento, o de nacimiento, matrimonio, primera comunión, enfermedad grave o fallecimiento de familiares comprendidos dentro del segundo grado civil, o también para que el interno pueda resolver situaciones de especial gravedad o importancia susceptible de incidir sobre su sistema económico o familiar futuro. *Características:* — Son un derecho del interno. — Para penados y preventivos. Regulación: Artículo 47.2 de Ley Orgánica General Penitenciaria.

Mayúsculas: Nomenclatura según el Reglamento Penitenciario.
Minúsculas: Nomenclatura utilizada en los Centros Penitenciarios.

TABLA 12.4

Decisiones sobre la adjudicación de los permisos penitenciarios de salida

Equipo de observación y tratamiento	→	Junta de régimen y administración	→	Dirección del centro	→	Dirección general de IIPP	→	Juez de vigilancia penitenciaria
Centro Penitenciario						Administración		Judicatura

Resulta evidente, tras el examen de las entidades decisorias sobre los permisos, que lo normal es que sean los equipos de observación y tratamiento los que toman dicha decisión, si bien el juez de vigilancia penitenciaria es el que posee siempre la última palabra.

Y reflexionemos sobre un último punto respecto a esa posibilidad de determinar la rehabilitación y saber hasta qué punto esa rehabilitación es la suficiente como para que el sujeto no cause problemas en su salida al resto de la sociedad. Resulta evidente que los criterios que pueda utilizar la entidad decisoria legalmente pertinente

pueden ser los mismos o distintos, en mayor o en menor medida, de los que existan en la realidad. ¿Cómo poder verificar dicha cuestión? A mi entender, de la siguiente manera. Desde el punto de vista de la adjudicación de permisos penitenciarios, podríamos distinguir tres posibilidades:

a) Internos que, reuniendo los requisitos legales objetivos para disfrutar permisos de salida, no lo han obtenido, debido a la negativa tanto del equipo del Centro Penitenciario, como si ha sido el caso, también del juez de vigilancia penitenciaria. En general, se definen por no haber conseguido permisos, sea cual sea la razón.

b) Internos que han obtenido permiso, bien sea a pesar del informe negativo del equipo o del Centro Penitenciario, o con el informe positivo del equipo o del Centro, o porque directamente to ha otorgado la Dirección General o el Juez de Vigilancia Penitenciaria, y que han hecho un use incorrecto del mismo (no se han reintegrado).

c) Internos que han obtenido permiso, bien sea a pesar del informe negativo del equipo o del Centro Penitenciario, o con el informe positivo del equipo o del Centro, o porque directamente lo ha otorgado la Dirección General o el Juez de Vigilancia Penitenciaria, y que han hecho un use correcto del mismo (se han reintegrado y no han cometido ningún delito en su salida penitenciaria).

Resumidamente, nos encontraríamos ante tres tipos de internos: los que no obtienen permisos, los que sí los obtienen pero realizan un mal use de los mismos y los que también los obtienen pero realizan un buen use de los mismos.

Son los sujetos del segundo grupo, aquellos que realizan un mal use de sus permisos, utilizándolos para evadirse de los centros, los que más traen de cabeza a la sociedad, en cuanto que al cometer delitos graves y saltar los hechos a los medios de comunicación, éstos recalcan cómo el interno obtuvo un permiso y se fugó, haciéndose generalmente hincapié en quién concedió el permiso (la autoridad penitenciaria o la judicial), de cara a buscar responsabilidades (los acontecimientos ocurridos en Alcáser son un claro ejemplo de lo que estamos comentando).

12.4. Una posible investigación para determinar la rehabilitación versus el riesgo social utilizando los permisos penitenciarios de salida

La información que se va a exponer a partir de este punto ha sido fruto de la realización de una investigación realizada para la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios, dependiente del Ministerio de Justicia. Mientras que el citado organismo estaba interesado en obtener una prueba psicológica baremada para la determinación de si un interno debería obtener un permiso penitenciario de salida (cuestión que se realizó, obrando la investigación en manos de dicho organismo), en este documento se va a hacer referencia a algo más académico y científico, como es la dimensión citada de rehabilitación versus riesgo social.

Si comparáramos a los sujetos que obtienen permisos (sin distinguir el use que realicen del mismo) con los que no los obtienen, obtendríamos lógicamente una idea de los criterios barajados por las instituciones jurídicas para determinar hasta qué punto un sujeto está rehabilitado y puede ser positivo que se le conceda el permiso. Sería, por tanto, una verificación de los criterios subjetivos, generalmente de los equipos de observación y tratamiento.

Pero si comparásemos a los sujetos que habiendo obtenido permiso hacen un mal disfrute del mismo frente a los que utilizan dicho permiso sin problemas, lo que obtendríamos sería hasta qué punto existe un conjunto de variables capaces de predecir realmente esa rehabilitación.

Por último, si comparamos los dos resultados citados, el criterio subjetivo y el objetivo, verificaremos si los criterios de los equipos de profesionales son los correctos, y podremos buscar claves explicativas de por qué, caso de que no coincidan en todo o en parte, se producen dichas divergencias.

A1 margen del planteamiento meramente científico y de investigación, los resultados de esta investigación serían de gran ayuda a los equipos de observación y tratamiento de las prisiones, así como a los jueces de vigilancia penitenciaria, en cuanto que permitiría disponer de un instrumento predictor del riesgo en la concesión de permisos.

Pero pasemos ya, una vez examinado el problema que nos ocupa, a especificar algunos aspectos técnicos de la investigación realizada.

12.4.1. Muestra

Antes de especificar con qué sujetos se trabajó, es preciso plantearse qué cantidad de internos compondrían el grupo más interesante de este trabajo, el etiquetado como b, es decir, de internos que no se han reintegrado tras un permiso. Para ello podríamos tomar los datos del año pasado, 1992, cuya estadística se presenta a continuación en la tabla 12.5, según la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios (Ministerio de Justicia).

Así pues, los sujetos del grupo b (internos que han obtenido permiso pero no se han reintegrado) son 527 personas en 1992. En una investigación con las características citadas, el obtener los datos de los internos es una tarea prácticamente imposible; sólo desde la propia institución penitenciaria se pueden recabar los datos, acudiendo a los archivos y a la memoria de los técnicos integrantes de los equipos de Observación y Tratamiento. Por otra parte, sólo desde la Secretaría de Estado de Instituciones Penitenciarias se conocen los nombres de los sujetos que componen la citada muestra b, así como qué internos no han recibido permisos a pesar de poseer las características legales pertinentes, y qué internos disfrutan de permisos sin problema. Por tanto, nos encontramos ante una investigación en la que no es posible obtener datos salvo desde el interior de la institución penitenciaria.

Este problema se solucionó debido a la gravedad social de los sucesos acaecidos en un pueblo de Valencia, donde un delincuente que no volvió de un permiso penitenciario asesinó a tres niñas brutalmente. Los hechos acaecidos motivaron la creación de una comisión en el Congreso de los Diputados, que encargó al Gobierno la reforma de la ley en lo relativo a la concesión de los permisos penitenciarios. El interés fundamental de la institución penitenciaria era la determinación del riesgo en la concesión de un permiso penitenciario de salida, por lo que, a partir de ahora, al referirme a la variable conducta o dependiente, mencionaré ésta como riesgo.

Se pensó en utilizar la población total de sujetos del grupo b, en total 527, más otros 527 seleccionados al azar de los grupos a y c. Por tanto, la muestra final debería ser de 1.581 personas.

TABLA 12.5

*Resumen permisos (años 1991-1992)**

Autoridad	Internos	Número permisos	No reingresos	Porcentaje
Admon. penitenciaria	Régimen abierto	**31.531** 26.287	**71** 61	**0,22** 0,23
Juzgados vigilancia	2.ª grado	**19.416** 19.164	**348** 424	**1,78** 2,21
	Criterio contrario administración	**1.173** 642	**57** 26	**4,85** 4,05
	Perfil peligroso	**782** 428	**51** 54	**6,52** 12,61
Autoridades judiciales	Preventivos	**127** 71	**0** 1	**0** 1,41
Total		**53.029** 46.592	**527** 566	**0,99** 1,21

* Los números en negrita se refieren al año 1992.

12.4.2. Variables a utilizar y diseño

Se utilizaron variables criterio o causativas del riesgo, variables control o pertinentes para evitar sesgos en la consecución de la muestra, y variables conducta o dependientes, en este caso el riesgo. Lógicamente, en todos los casos la variable conducta o dependiente será el riesgo, entendido como el que el sujeto se encontrara en uno de los grupos específicos señalados. ,

Variables criterio del riesgo

Para la determinación de estas dieciocho variables se procedió de la siguiente manera: se elaboró un primer documento con una serie de personas que actuaron de expertos, pertenecientes a la Secretaría de Estado de Instituciones Penitenciarias. A continuación, y tras llegar a un consenso, se llevó a cabo una reunión con todos los directores de las prisiones españolas salvo Cataluña, ya que esta Comunidad Autónoma tiene asumidas las competencias en materia penitenciaria, manteniendo una estructura propia. En dicha reunión se discutió la tabla consensuada por los expertos, y se creó otra nueva tabla, compuesta por 18 variables. Esta tabla se dispuso en forma de cuestionario

Las variables se agruparon en grandes áreas, que fueron las que se especifican a continuación:

- Variables de la persona (extranjería, transtorno psicopatológico, drogodependencia, inestabilidad y marginalidad).

- Variables de la actividad delictiva (tipo delictivo, profesionalidad, reincidencia y repercusión social).

- Variables de la conducta penitenciaria (quebrantamientos, fecha 3/4 partes, artículo 10, ausencia de permisos y menos de tres meses en el centro).

- Variables relacionadas con el permiso (falta de control, dependencia convivencial, lejanía y presiones internas).

Todas ellas quedan definidas posteriormente de manera rigurosa, de cara a evitar confusiones en la aplicación y, por tanto, conseguir una fiabilidad adecuada. Dichas definiciones trataron de ser muy sencillas, si era posible dicotómicas, y muy relacionadas con el universo penitenciario.

Evidentemente, la entrevista con los directores de los Centros Penitenciarios pretendió dos grandes objetivos, creemos que conseguidos:

- Obtener información sobre las variables consideradas de riesgo de la manera más adecuada posible.

- Conseguir la involucración de todos los profesionales de los centros, de forma que se sintieran parte del trabajo que se iba a realizar, y colaboraran en todo lo necesario.

Con respecto al segundo de los objetivos, puesto que la mortandad fue muy baja, se puede afirmar que se consiguió tal objetivo.

Además, cada variable o conjunto de variables representaba una orientación teórica. Así, se estableció la siguiente correspondencia:

- Patología social: extranjería, trastorno psicopatológico, drogodependencia, e inestabilidad.

- Desintegración social: marginalidad, tipo delictivo y profesionalidad.

- Desviación social: falta de control, dependencia convivencial, lejanía y presiones internas.

- Etiquetado social: reincidencia y repercusión social y quebrantamientos.

- Conflicto de valores: fecha 3/4 partes, artículo 10, ausencia de permisos y menos de tres meses en el centro.

Variables intervinientes

Ya se ha especificado que son las idóneas para poder efectuar una predicción más fina y rigurosa del riesgo. De cualquier forma, previamente se determinará si son pertinentes o no estadísticamente, puesto que podría darse el caso de que alguna de ellas no sea relevante al no ofrecer variaciones importantes sobre las puntuaciones globales de riesgo sin modular. Inicialmente se consideran las siguientes:

- Sexo.

- Edad (en franjas de cinco años).

- Cuantía de la condena (en franjas penitenciaria y judicialmente significativas).

Variables a controlar

Se consideraron como tales las siguientes:

- Centro Penitenciario que emite el permiso.

- Año de concesión del permiso (siempre en 1992).

Variable conducta

La variable conducta será el riesgo a la hora de conceder el permiso. Para ello se tendrán en cuenta los tres niveles definidos por la consecución de la muestra.

A) Internos que, reuniendo los requisitos legales objetivos para disfrutar permisos de salida, no lo han obtenido, debido a la negativa tanto del equipo del Centro Penitenciario, como si ha sido el caso, también del Juez de Vigilancia Penitenciaria. En general, se definen por no haber conseguido permisos, sea cual sea la razón. A partir de ahora, se denominarán como grupo de riesgo 1.

B) Internos que han obtenido permiso, por la vía que sea, bien con el informe favorable o desfavorable del equipo, y lógicamente, siempre tras la aprobación del Juez de Vigilancia Penitenciaria, y que no se han reintegrado al Centro tras acabar el mismo. De ahora en adelante, se identificará como grupo de riesgo 2.

C) Internos que han obtenido permiso, por la vía que sea, bien con el informe favorable o desfavorable del equipo, y lógicamente, siempre tras la aprobación del Juez de Vigilancia Penitenciaria, y que se han reintegrado al Centro tras acabar el mismo, sin que se haya detectado ninguna anomalía en el disfrute del mismo. De ahora en adelante, se identificará como grupo de riesgo 3.

De cara a la realización de la investigación, se siguió un diseño de grupos apareados, de forma que actuó como submuestra definitoria del apareo la considerada como grupo b o muestra 2 (internos que han obtenido permiso pero no se han reintegrado), compuesta por 527 personas. La muestra total fue de 1.581 personas (de acuerdo con los apareos de los grupos a y c con el b). Las variables de apareo se emplearon de la siguiente manera: Los sujetos a aparear de cada uno seleccionado en el grupo b deberán ser del mismo Centro Penitenciario que el sujeto del subgrupo citado, y su informe se referirá también a situaciones ocurridas en el año 1992 (es decir, se considerarán las dos variables de control citadas). Además, los sujetos de los grupos a y c serán idénticos al del b en sexo, edad, y bloque de cuantía de la condena (es decir, en las variables intervinientes). Se pensó en un procedimiento para que además los sujetos apareados de los grupos b y c hubieran obtenido el permiso en fechas cercanas, y para que si había varios de los grupos a y c a emparejar con el b, fuera el azar el que determinara los que entraran a formar parte del trabajo. El cuestionario debía ser cumplimentado por las personas que más datos poseyeran sobre los internos objeto de estudio, generalmente el equipo de observación y tratamiento.

Así, el diseño fue multivariado-univariado, de criterio múltiple, de grupos naturales y con apareamiento.

El análisis de los datos se realizó mediante los paquetes estadísticos SPSS y BMDP, pidiendo los siguientes estadísticos y pruebas:

- Estadísticos de tendencia central: media aritmética, mediana, moda, valor máximo, valor mínimo, etc.

- Estadísticos de dispersión: desviación típica, distancia intercuartil, y asimetría.

- Análisis de regresión logística, para determinar la predicción de cada variable con respecto a los tres niveles de riesgo, y verificar la comparación entre el criterio de realidad y el subjetivo.

12.5. Resultados y conclusiones

Las tablas que se presentan a continuación indican resumidamente los resultados obtenidos del análisis de las dos regresiones logísticas efectuadas, una de ellas comparando los grupos de riesgo 1 frente a 2 más 3, y la otra comparando el 2 con el 3. Para cada análisis de regresión se ha obtenido una tabla muestral, otra con el ajuste a los diversos estadísticos, otra con la predicción conseguida a través de las variables, otra con las variables que permiten efectuar una predicción correcta y otra con

las variables consideradas malas predictoras por el modelo. Para simplificar, se incluyen a continuación sólo algunas de ellas, en concreto aquellas que se refieren a la predicción que consigue el modelo para cada comparación (tablas 12.6 y 12.7), así como el listado general de variables y niveles significativos en cada predicción, según los resultados obtenidos por las regresiones logísticas (tabla 12.8). Esta tabla, al ser además comparativa, es un buen instrumento para examinar las diferencias entre los aspectos perceptivos y la realidad.

TABLA 12.6

Tabla de la estimación de la probabilidad de acierto en las clasificaciones de riesgo a partir de las variables predictoras (grupos de riesgo 1 versus 2 + 3)

		Predicción		
		Sin permiso de salida (1)	Con permiso de salida (2 + 3)	
Realidad	Sin permiso de salida (1)	228	197	53,65 %
	Con permiso de salida (2 + 3)	120	792	86,84 %

Predicción media: 76,29 %.

TABLA 12.7

Tabla de la estimación de la probabilidad de acierto en las clasificaciones de riesgo a partir de las variables predictoras (grupos de riesgo 2 versus 3)

		Predicción		
		No regreso tras permiso (2)	Si regreso tras permiso (3)	
Realidad	No regreso tras permiso (2)	291	160	64,52 %
	Si regreso tras permiso (3)	118	343	74,40 %

Predicción media: 69,52 %.

© Ediciones Pirámide

TABLA 12.8

Criterio subjetivo (concesión)	Criterio objetivo (evasión)
Variables y niveles	
4 Extranjería	4 Extranjería
3 Sin vinculación	1 CEE
5 Trastorno psicopatológico	3 Sin vinculación
1 Compensado	6 Drogodependencia
7 Inestabilidad	1 Esporádica
8 Marginalidad	10 Profesionalidad
12 Repercusión social	11 Reincidencia
13 Quebrantamientos	13 Quebrantamientos
1 Sin custodia	1 Sin custodia
2 Con custodia	15 Artículo 10
3 Con nuevo delito	16 Ausencia de permisos
14 Fecha 3/4 partes	19 Deficiencia convivencial
1 De 2 a 6 años	20 Lejanía geográfica
2 Más de 6 años	21 Presiones internas
16 Ausencia de permisos	
17 Menos 3 meses centro	

1. En primer lugar, se constata una disparidad muy grande entre las variables que predicen la forma de actuar de las instituciones que conceden los permisos y aquellas que influyen en el hecho de que los internos vuelvan al centro tras el permiso o no vuelvan. Sin embargo, esto no quiere decir sin más que los criterios de los técnicos poco tienen que ver con los de la realidad, que no serían otros que los que se manifiestan de hecho en los internos; es preciso considerar que este hecho ocurre si la muestra está sobresaturada de sujetos que no se han reintegrado tras un permiso; la realidad nos indica que el criterio del equipo suele acertar casi siempre. Ahora bien, sobre sus fallos podría actuar el instrumento citado, que conseguiría una notable mejoría según se puede comprobar por los datos expuestos en las tablas anteriores. Este hecho confirma la necesidad de haber estudiado un tema como el presente, y de dotar a los profesionales penitenciarios de un instrumento que sea buen predictor del posible riesgo, o lo que es lo mismo, de la posible rehabilitación. Por otra parte, pone también de manifestó un hecho que ya algunas teorías psicosociales han demostrado extensamente, y que hace referencia a la diferente conceptualización de la realidad según el punto de vista que se adopte, y a las diferencias entre lo que una persona cree y lo que la realidad confirma. Estas teorías, diversas en nuestra ciencia, encuentran uno de sus antecedentes en el Interaccionismo Simbólico, y se sitúan en otro de sus polos en la denominada teoría de la atribución. A pesar de esta disparidad general, es preciso afirmar también que la coincidencia existe, si bien sólo en dos variables, y además se desvanece al examinar las alternativas de cada una de ellas consideradas importantes: se trata de los quebrantamientos y de la extranjería, presentes en ambas regresiones logísticas con un peso muy grande.

2. Si analizamos el criterio seguido por los profesionales frente a la concesión o no de permisos, es decir, el aspecto que hemos denominado como perceptivo, nos encontramos con que existen tres grandes ejes explicativos, que serían los siguientes, en orden de importancia:

- Factores relacionados con la propia persona a la que se le debe conceder el permiso: corresponderían al primer bloque del cuestionario, a implican situar en el propio sujeto el factor posible

del riesgo, debido a sus propias características. Se convierte así al delincuente en el propio problema. Esta manera de obrar lleva a conceder de manera sistemática permiso a las mismas personas. Las teorías de la patología social se inscribirían en este contexto. Quizá el énfasis en la medición en las prisiones de una serie de variables intrapsíquicas, sobre todo de personalidad, se explique por estas preferencias, que no son sino un reflejo de las que utilizamos las personas en sociedad.

- Factores de la conducta penitenciaria: corresponderían al tercero de los bloques del cuestionario a implican realizar la presunción de que la conducta del individuo en la institución, su conducta en anteriores permisos y su situación y condición penal son determinantes para conceder o no el permiso. Así, la institución se refuerza a sí misma utilizándose como criterio de lo que puede pasar fuera de la misma. Desde un punto de vista teórico, la orientación de la organización y de la burocracia sería la que se situaría de manera más cercana a esta perspectiva, donde el criterio legal es predominante.

- La repercusión social de los delitos cometidos por el interno: los profesionales prevén la reacción social que se puede originar si un sujeto se evade en un permiso, en función de los delitos por los que se encuentre penado, y en consecuencia son más cautos a la hora de autorizar la salida de internos penados por delitos de gran repercusión social. La etiqueta sería la teoría predominante en este apartado, en el que son «los otros» los que marcan el desarrollo de los hechos.

Pero ¿y los criterios que verdaderamente determinan si un sujeto se evade en un permiso o vuelve sin problemas? Será el tema que estudiemos a continuación.

3. Los resultados de la regresión logística correspondientes al criterio de realidad nos muestran también la existencia de una serie de ejes explicativos de la vuelta o no de los internos a la prisión, que serían los siguientes:

- Aparecen primero dos ejes con una importancia similar: el primero de ellos englobaría una serie de variables que pertenecen fundamentalmente al bloque conceptualizado como variables relacionadas con «el permiso». Se refieren a la existencia de elementos que han sido típicamente puestos de manifiesto por las teorías de la desviación social, también denominadas como subculturales.

- El segundo de los ejes, de un peso similar al primero citado, se centra en la conducta penitenciaria. Ya hemos comentado que las teorías de índole organizacional, encabezadas clásicamente por la teoría de la burocracia, son las explicativas de este tipo de manifestaciones.

- El tercer eje, de menor importancia, abarca las cuestiones de reincidencia y profesionalidad, ampliamente explicadas también por la teoría de la etiqueta.

- Por último, y con una importancia similar al eje anterior, nos encontramos con las variables relacionadas con el propio sujeto, que ya hemos comentado que encuentran en las orientaciones de la patología social su razón de ser.

4. Por tanto, y como última cuestión a destacar en estas breves conclusiones, es preciso decir que la investigación diseñada permite detectar la validez de las teorías, si bien investigaciones posteriores basadas en los resultados de ésta permitirían llegar a la elaboración de un modelo más completo al respecto.

El presente trabajo ha pretendido realizar un pequeño aporte al estudio de la conducta desviada desde la perspectiva de un claro criterio de rehabilitación o, si se desea, en su polo opuesto de riesgo. Permite identificar una dimensión rehabilitadora que trata de enlazar los dos criterios citados en su día por esa gran figura de nuestra disciplina que fue Kurt Lewin (1935, 1938, 1946), a saber, el impacto

social y el rigor experimental; pretende ofertar en consonancia un grano de arena tanto a los académicos y teóricos que desde la psicología se ocupan de los problemas de la desviación, como a los que, desde el campo profesional, desarrollan su trabajo en esa especialidad que se ha dado en llamar Psicología Jurídica. Consideramos que la investigación realizada, debido a su complejidad y a la gran cantidad de datos que posee, de los que sólo una pequeña parte se han podido comentar aquí, no agota todas sus aportaciones en las cuatro necesariamente breves conclusiones citadas. Pero valga hasta aquí la discusión de las mismas. En todo caso, esta investigación pretende que las leyes no sean aquello que ya criticó Beccaria (1764) al expresar: « Algunos restos de leyes de un antiguo pueblo conquistador, hechos a compilar por un príncipe que vivía en Constantinopla hace dos siglos, mezclados después con ritos lombardos y contenidos en farragosos volúmenes de intérpretes privados y oscuros, forman la tradición de opiniones que en gran parte de Europa recibe todavía el nombre de leyes».

Sin duda, en ese cambio de concepción de las leyes y del sistema jurídico en general, el psicólogo ya ha aceptado jugar un papel importante.

PARTE QUINTA

Intervención terapéutica y psicosocial

13 Cuidados y tratamiento del paciente violento

ALFREDO CALCEDO
VICENTE MOLINA
CELSO ARANGO

13.1. Introducción

La agresividad es una modalidad de conducta muy extendida en la escala filogenética. El comportamiento social a individual de los seres humanos es el más diverso y desarrollado en esta escala, y ello se manifiesta también en las más complejas motivaciones de la conducta agresiva cuando ésta se presenta. No obstante, se pueden delimitar patrones patológicos de agresividad susceptibles de ser tratados. Para ello han sido propuestos diversos enfoques terapéuticos, que revisaremos en este capítulo junto con otros temas relevantes para el tratamiento médico de la violencia en el contexto psiquiátrico.

En la actualidad no existen dentro de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales (ICD-10, DSM-IV) criterios que describan cuadros clínicos caracterizados por la existencia de agresividad patológica. Tampoco hay fármacos ni otras modalidades de tratamiento universalmente aceptados para la agresividad patológica. Sin embargo, existen datos en la literatura médica sobre la eficacia de enfoques terapéuticos específicos ante ciertas conductas violentas.

Por otro lado, la amplitud de los conceptos incluidos dentro de la palabra agresión también dificulta su situación en la nosología. Así, según Bluglass y Bowden (1990), al hablar de agresión incluirían no sólo a la violencia y el potencial para ésta, sino también a la conducta amenazante, la conducta enérgica no dañina, la creatividad, y ciertos esfuerzos orientados a la supervivencia del individuo. En este capítulo, se empleará el concepto de agresividad como el daño inducido a otros por el sujeto agresor, fundamentalmente físico pero también psicológico en ocasiones y que puede conformar un patrón de conducta predominante en las relaciones con los demás y el mundo. Dicha agresividad puede ser concurrente o no con una psicopatología definida. A esta última se referirán indistintamente las expresiones de agresividad o violencia patológicas y, en cuanto a los pacientes, se hablará de pacientes violentos o agresivos.

Respecto de la relación entre psiquiatría y violencia, al psiquiatra se le han atribuido papeles tan variados en relación con la conducta violenta como los enumerados por Halleck (1980): explicador, evitador, pronosticador, terapeuta y rehabilitador, evaluador de sus resultados, terapeuta de sus consecuencias sobre las víctimas y agente social en relación con la sumisión al tratamiento o la cárcel. La violencia no es en forma alguna privativa, ni siquiera característica de los enfermos mentales, pero no cabe duda de que cierto número de los enfermos que son llevados a los recursos psiquiátricos han

ejercido algún tipo de agresión hacia otros, por to que no se puede olvidar el estudio de este problema en la práctica médica psiquiátrica.

La visión global tanto de lo patológico como de las circunstancias personales (familiares, sociales, laborales, etc.) y legales es necesaria para la comprensión y abordaje de cada paciente. En cada persona actúan a la vez su sustrato neurobiológico, su biografía, sus motivaciones, las reglas y características del contexto en que se encuentra y su psicopatología. En este capítulo trataremos por separado los diferentes aspectos por necesidades de la exposición. Ahora bien, en la práctica clínica es necesaria una visión globalizadora. En cuanto al abordaje de un paciente violento, esta visión global debe abarcar cuando menos tres aspectos: los cuidados, el manejo y el tratamiento. Respecto de los primeros, a su vez abarcan tanto a los cuidados físicos de enfermería como psicológicos. El apoyo psicoterapéutico al paciente violento puede contribuir a que modele su conducta de forma más adaptada, por imitación de aquellos con quien ha establecido una relación empática. En cuanto al manejo, incluye las medidas físicas y conductuales que se pueden adoptar para protección del paciente y de los otros, y para el mantenimiento de un ambiente terapéutico, como son el aislamiento y la contención. Por último, en el tratamiento se incluyen procedimientos farmacológicos, de modificación del « milieu» mediante las normas que en éste rigen y conductuales, por medio de técnicas psicológicas de orientación cognitivo-conductual.

13.2. Neurobiología de la conducta agresiva

La conducta agresiva aumenta su complejidad a medida que se asciende en la escala filogenética. Muchos autores han dividido la agresividad animal en predatoria y afectiva. En la primera no existirían las manifestaciones de excitación que aparecen en la segunda, características de la defensa ante una situación límite. La conducta predatoria sería similar a un ataque « frío». Esta división puede ser epistemológicamente de valor en humanos, ya que la agresión predatoria es cuando menos similar a la planificada (en crímenes organizados), mientras que la afectiva es más semejante a los accesos incontrolados de cólera.

Dentro de la enorme complejidad del fenómeno, se ha implicado a sistemas diferentes de neurotransmisión en la modulación de ambos tipos de conducta. Los mecanismos colinérgicos y catecolaminérgicos se han relacionado con la inducción de la predatoria, mientras que el GABA y la transmisión serotoninérgica parecen inhibirla. La agresión afectiva parece modularse por la serotonina y la noradrenalina, que la inhibirían, y por la dopamina, que la facilitaría. Todos estos datos hay que interpretarlos con las limitaciones que suponen ser, en gran parte, modelos animales extrapolados al ser humano y con la mayor complejidad de la distribución de las vías de neurotransmisión en el cerebro del hombre. La transmisión serotoninérgica se ha implicado además en el control de los impulsos. En este sentido, se ha hipotetizado por Coccaro et al. (1993) que exista una anormal función serotoninérgica central en el alcoholismo. Así, dentro de las anomalías bioquímicas de este sistema de neurotransmisión, algunas conducirían al descontrol del impulso auto o heteroagresivo, mientras que otras conducirían a alteraciones del ánimo.

Es discutida la relación de las hormonas sexuales masculinas (en especial de la testosterona plasmática) con la agresividad. Algunos autores han señalado que se asocia su mayor nivel plasmático con una mayor tendencia a la agresividad que, dependiendo de procesos cognitivos y ambientales, podría o no desembocar en su manifestación abierta (Goldstein, 1974). Hay estudios asimismo que encuentran una relación signihcativa en una población de reclusas (Moyer, 1971) entre el momento en que se comete la agresión y las fechas premenstruales, posiblemente en relación con la disminución de progesterona característica de esas fechas.

Otros mecanismos hormonales han sido relacionados con la regulación de la agresividad. Éste es el caso de los corticoides (Herbert, 1993), cuyo nivel se ha encontrado elevado en animales «subordinados» en la escala jerárquica grupal, y de la CRF («corticotropin-releasing-factor»), que también en animales ha mostrado capacidad para inducir agresión al ser microinyectada en ciertas áreas cerebrales.

En cuanto a los neuropéptidos, se han hallado niveles de P-endorfina tres veces más altos en el líquido cefalorraquídeo de animales subordinados (Herbert, 1993). Esta sustancia se ha hipotetizado que pueda representar un nexo entre la agresión y los cambios conductuales y neuroquímicos asociados a ésta.

Respecto de los hallazgos anatómicos, las lesiones irritativas que implican el polo temporal anterior, la amígdala, el hipotálamo anterior y el lóbulo frontal son más proclives a resultar en un aumento de la agresividad, sobre todo si afectan el hemisferio dominante. También se ha visto aumento de la violencia tras lesiones del tegmento mesencefálico. La amígdala tiene un sistema de conexiones que hacen pensar en este núcleo como un modulador de las interacciones entre el neocórtex y el sistema límbico y, por tanto, de las relaciones entre conducta social a instintiva respecto de la agresión. Las lesiones del núcleo basolateral de la amígdala disminuyen la conducta agresiva (Herbert, 1993). Este núcleo se conecta con el neocórtex, recibiendo la mayor parte de las aferencias corticales, y con el hipotálamo, el estriado ventral y el tálamo mediodorsal, a los que envía un gran número de aferencias, que a su vez tienen aferencias glutamatérgicas excitatorias sobre la corteza frontal (Alexander, 1986), con lo que se cierra un circuito excitatorio amígdalo-baso-cortical.

Las lesiones del núcleo córtico-medial de la amígdala no tienen efecto sobre la agresión, pero disminuyen la interacción sexual. También se ha observado en animales que la estimulación del hipotálamo ventromedial aumenta la conducta agresiva (Herbert, 1993).

La tendencia actual de la neurociencia, para éste y otros problemas, es abandonar una perspectiva excesivamente localizacionista y tratar de explicar el fenómeno como la integración de diferentes estructuras en un circuito. Ello da idea de la complejidad del fenómeno simplemente a nivel neuroanatómico.

En resumen, aunque hay evidencias sugerentes de la relación entre determinados tipos de agresión y cambios hormonales y en la neurotransmisión, la identificación de específicos subsistemas se ve oscurecida por las complejas interacciones entre sus partes (cerebro límbico, corteza frontal, gónadas, glándulas adrenales, etc.).

13.3. Efectos del medio sobre la agresión: El milieu psiquiátrico hospitalario

Como ejemplo particularmente relevante, en la práctica clínica, de la relación de las influencias ambientales con la presencia de la agresión en la conducta del enfermo mental, se revisarán en esta sección algunos de los factores más importantes que contribuyen a esta relación.

El medio psiquiátrico hospitalario no es una estructura uniforme. Diversos conceptos relativos al tratamiento de los pacientes mentales, en el marco de los debates ideológicos que han caracterizado en los últimos años a la psiquiatría, influyen notablemente en la presencia de violencia en el hospital. Así ocurre con las políticas de puertas abiertas o cerradas, los matices de la aceptación del derecho a rechazar tratamiento o la inclusión en un mismo hospital de pacientes de características muy diferentes, como psicóticos, adictos a drogas o alcohol o afectivos (Soloff, 1983). No hay que olvidar además la procedencia de cada paciente y las características de su medio social habitual, donde

habrán aprendido ciertos patrones de conductas de relación, incluyendo las agresivas, si en su medio son frecuentes o de alguna forma premiadas.

Considerando el hospital psiquiátrico, o la unidad psiquiátrica de un hospital general, como un espacio orientado al tratamiento de la enfermedad mental de los pacientes cuando otros recursos se han agotado o son inviables, señalaremos algunos factores que influyen en la presencia de la violencia en estas salas. El milieu es un espacio en el que se trata y por el que se trata al mismo tiempo. La integración de los conocimientos farmacológicos y psicoterapéuticos, junto con el conocimiento de los factores ambientales y de los cuidados y el manejo institucional de la violencia, debe resultar en una disminución de la incidencia de ésta en el medio psiquiátrico.

Un determinante fundamental de las características del ambiente social de una sala psiquiátrica es la duración media de los internamientos. Como describe Jones (1953), en unidades de estancia prolongada (varios meses), se puede desarrollar un ambiente que propicia la integración y participación de los pacientes, mientras que esto es mucho más difícil de conseguir con estancias breves. Para mantener un medio terapéutico, y que el paciente lo perciba como tal, en este último tipo de unidades es necesario un mayor esfuerzo por parte del staff.

Dentro del hospital se desarrolla una dinámica de grupo que conduce a una cierta cultura interna de la unidad psiquiátrica. Hay que tener en cuenta, para comprender bien este fenómeno, que la capacidad de funcionar correctamente en un grupo

social suele estar disminuida en los pacientes que ingresan. La detección y solución dentro de la dinámica grupal de hechos como la dificultad para resolver por medios verbales problemas interpersonales puede ser clave para evitar la aparición de la violencia (Soloff, 1983). La detección precoz de enfrentamientos con importantes componentes no verbales entre pacientes o entre pacientes y miembros del staff es un signo precoz de alarma, que indica que la apropiada intervención debe llevarse a cabo para evitar la aparición franca de la violencia.

En los hospitales psiquiátricos tradicionales de larga estancia se ha descrito que las «explosiones» de violencia de ciertos pacientes crónicos se ligaban a la transición de roles. Cuando se introducían cambios importantes en el ambiente, tales como en las asignaciones de trabajo a los pacientes, en sus privilegios o en las responsabilidades del staff, era frecuente ver agresiones ligadas a disputas de roles, tras quedar difuminado el anterior statu quo (Soloff, 1983). Este fenómeno merece especialmente ser tenido en cuenta considerando que muchos pacientes « agudos» , merced al fenómeno de « puerta giratoria», empiezan a convertirse en crónicos en la práctica, llevando esto aparejado consigo que se forme un microcosmos en el hospital, con los correspondientes roles sociales, transiciones y disputas.

Todo ello conduce al problema de la fijación de límites, también reconocido en la literatura como crucial a la hora de prevenir la violencia en el medio hospitalario. La primera condición para que esta tarea sea terapéutica y eficaz es, por supuesto, saber qué conductas deben limitarse en orden a contribuir al tratamiento de los pacientes. Es decir, en orden a que la mayor parte posible de los pacientes se beneficien sustancialmente del medio hospitalario. Debe existir claridad y coherencia en las relaciones entre miembros del staff, que debe ser percibido por los pacientes como una unidad dedicada al tratamiento. Como ejemplo que ilustra la importancia de ello, los enfermos borderline, uno de los grupos con mayor riesgo de reacciones violentas, tienden a utilizar el mecanismo psicológico conocido como splitting en sus relaciones con los demás, particularmente con el staff. Esto es, atribuyen o depositan sobre uno o unos de sus miembros todas las características de la bondad o de la maldad sin matices. Esto cambia rápidamente ante la menor contrariedad y lo que es bueno pasa a ser absolutamente malo. Este tipo de dinámicas debe ser conocido por los miembros del personal para

evitar tomas de partido antiterapéuticas, en las que se impliquen de forma en exceso personalizada. A su vez, estas tomas de partido pueden conducir a enfrentamientos entre miembros del personal terapéutico que sean percibidos por los pacientes que, como consecuencia de ello, vean debilitadas sus expectativas o se vean incluso desbordados por el conflicto (Soloff, 1983).

Dentro del problema de los límites hay que señalar que ciertos pacientes, potencialmente violentos, tienden a « comprobarlos» progresivamente al inicio de su hospitalización. La percepción por el paciente de unidad en el staff, y del claro objetivo terapéutico del personal, puede detener lo que sería de otro modo una escalada de violencia. Es de crucial importancia, siguiendo a Lion (1983), que los límites fijados sean claros, evitando las actitudes ambiguas, y que a la vez su objetivo sea explicado y pueda ser comprendido por los pacientes.

La transformación de la asistencia recientemente vivida en la práctica de la psiquiatría ha producido cambios que han involucrado a los pacientes y los sistemas relacionados con su cuidado (justicia, policía, recursos sociales y sanitarios, etc.). La situación así creada ha generado tensiones nuevas entre los derechos del individuo enfermo y los de la sociedad. Monaham (1982) distingue entre derechos negativos, según los cuales el individuo es libre del control impuesto por otros, y positivos, según los cuales tiene acceso a todos los recursos terapéuticos necesarios. La discusión entre derechos y necesidades de los enfermos psiquiátricos es especialmente relevante a la hora del tratamiento de los pacientes agresivos, ya que el límite entre sus derechos y los de los demás es particularmente estrecho. Desde el punto de vista ético, el interés del médico que trata con estos pacientes debe ser la obtención del mayor beneficio terapéutico posible para el máximo número de pacientes, sin sacrificar el interés terapéutico del paciente violento. Ahora bien, en el conflicto de intereses generado entre el paciente agresivo que invade los derechos de los otros pacientes, o rompe el ambiente terapéutico, debe prevalecer el interés de la mayoría. No cabe descuidar, sin embargo, la atención a esos determinados pacientes que, por sus trastornos de conducta, dificultan la convivencia. La imposición de medidas de tratamiento (farmacológicas, mecánicas, conductuales,...) debe tener como objetivo mejorar la psicopatología y la adaptación social de quien las recibe. Por último, el respeto del marco legal vigente debe informar todas las actuaciones de este tipo.

13.4. Tipos de pacientes violentos

En general, se ha asociado un mayor riesgo de violencia en pacientes varones y jóvenes, y que padezcan alguna de las siguientes patologías: trastorno mental orgánico, esquizofrenia, manía, trastornos graves de la personalidad (borderline y antisocial) y/o alcoholismo (McGuire y Troisi, 1990). Las características de la psicopatología de cada caso, determinarán en buena parte las situaciones de riesgo para la violencia. Así, la baja tolerancia a la frustración en el trastorno antisocial hará proclives a la agresión a las personas que lo padecen en circunstancias diferentes, por ejemplo, de los pacientes maniacos, en las que la violencia se relacionará con el estado de exaltación a irritabilidad propio de la fase, o de los esquizofrénicos, en los que la auto o heteroagresión puede relacionarse con las ideas delirantes de perjuicio a influencia, o con alucinaciones auditivas de tipo imperativo.

Ciertos pacientes son más proclives que otros al descontrol de la agresión. Siguiendo a McGuire y Troisi (1990), hay cuando menos tres características que deben hacer pensar que un determinado paciente tiene especial riesgo para la violencia hacia otros. La primera, el que un enfermo no comprenda que su ira puede hacerle perder la perspectiva lógica con que contemplar el mundo. La segunda, el que constantemente parezca desear dañar a determinado(s) sujeto(s), pero sin especificar la manera. Y la tercera, que tenga una historia de agresividad episódica. Una cuarta característica, algo diferente, es la del paciente que es incapaz de expresar su enfado o ira hacia otros, ya que los enfermos de este tipo suelen ser personas excesivamente dependientes con accesos imprevisibles de ira descontrolada.

Megargee (1966) propone una clasificación en dos tipos del paciente agresivo: el overcontrolled (sobrecontrolado) y el undercontrolled (subcontrolado). El primero se caracterizaría por inhibir su ira, tendiendo a internalizarla, hasta que su acumulación acaba en una explosión. Suelen cometer pocos actos agresivos, pero muy violentos. El segundo, con menor control sobre su conducta, cometería muchos actos agresivos, sin extrema violencia. Ciertos correlatos fisiológicos se han descrito como característicos de ambos grupos: en el segundo tipo, hiporreactividad electrodérmica, deficiencia adrenocortical, electroencefalograma con mayor actividad de las bandas lentas, hipersensibilidad y/o aumento androgénico, deficiencia serotoninérgica y de la monoaminoxidasa. En cambio, en el primer grupo se ha descrito una elevación crónica de 17-hidroxi corticosteroides (Prentky, 1985).

13.5. Tratamiento médico del paciente violento

La primera división que cabe hacer en cuanto al abordaje de la violencia en los pacientes es entre un tratamiento puntual, es decir a corto plazo, o a medio/largo plazo de forma más etiológica.

En general, para un buen enfoque del tratamiento por parte del médico, en cualquiera de los casos, hay ciertos aspectos a tener en cuenta en su planihcación:

- Respecto al paciente: información previa, sobre todo de episodios anteriores de violencia; consumo de tóxicos; daño cerebral previo; relación por la enfermería de amenazas o actos violentos consumados.

- Respecto de la situación: conocer el lugar físico y rutas de escape del lugar de la entrevista; amplitud del espacio social para paciente y médico; evitación de muestras de miedo o ansiedad por el médico, que pueden reforzar el miedo a perder el control del propio paciente; realizar la entrevista con otro miembro del staff.

A menudo, ocurren incidentes violentos porque no se evalúan los recursos disponibles o no se solicita ayuda adecuadamente.

El Royal College of Psychiatry (Reino Unido) publica las siguientes recomendaciones para el manejo de pacientes hospitalizados violentos o potencialmente violentos (1976):

- El staff enfrentado a una situación potencialmente violenta debe mantenerse en calma, confiado y ser objetivo.

- Hablar y escuchar debe ser la primera medida, debiendo evitarse las intervenciones físicas en primera instancia si es posible.

- El grado de fuerza empleado y el número de staff involucrados debe ser el mínimo para controlar al paciente.

- La asistencia médica debe requerirse, de inmediato.

- Deben salvaguardarse las partes más vulnerables del paciente (cuello, tórax, abdomen).

- Los puntos de retención deben estar cerca de articulaciones mayores, para disminuir el riesgo de fracturas o esguinces.

- Debe extremarse el cuidado en la administración de medicación intramuscular en estas condiciones.

- Si se requiere contención física, cada miembro del staff debe conocer su tarea concreta y bien determinada.

Además de ello, todo incidente violento debe registrarse por escrito y ser evaluado posteriormente, de forma crítica, por todo el personal para evitar su reiteración.

13.5.1. Tratamientos farmacológicos

13.5.1.1. Tratamiento con neurolépticos

Son los fármacos más utilizados globalmente para la contención del paciente violento a corto plazo, basándose en sus propiedades sedativas. No se pretende con su utilización un efecto más o menos específico sobre la conducta agresiva, sino una «contención química» debida a sus efectos secundarios (McGuire y Troisi, 1990).

Los antipsicóticos tradicionales (haloperidol, clorpromazina, etc.), son eficaces para el tratamiento de la violencia en el contexto de un cuadro psicótico agudo (por ejemplo, una esquizofrenia o un cuadro maniaco). Su use crónico, en ausencia de este tipo de patología para controlar a través de la sedación las manifestaciones agresivas de ciertos sujetos, es inehcaz y suele incluso complicar la evolución (Ratey, 1993). Este autor además informa que niveles plasmáticos altos de neurolépticos se asocian con una mayor respuesta agresiva en el grupo estudiado. Por otro lado, en pacientes con manifestaciones violentas están basadas en alteraciones cerebrales conocidas, este tipo de fármacos puede disminuir el umbral convulsivo y exacerbar el descontrol de la conducta.

La clozapina, un neuroléptico atípico, puede abrir nuevas vías al papel de los neurolépticos en el tratamiento de la agresividad patológica. Se trata de un medicamento que, además de bloquear de forma similar los receptores Dl y D2, actúa a nivel de los receptores neuronales dopaminérgicos D3 y D4, propios del sistema límbico, el área cerebral implicada en la conducta instintiva. Otra propiedad bioquímica relevante de la clozapina es que bloquea los receptores serotoninérgicos 5HT2, dado que la transmisión serotoninérgica parece estar implicada en la modulación de la conducta agresiva. En un reciente estudio (Ratey, 1993), la adición de clozapina al régimen terapéutico habitual resultó en una disminución entre el 31,8 y el 65 por 100 de distintas manifestaciones violentas en un grupo de pacientes. Asimismo, en este estudio, se observó una disminución del 22 por 100 del tiempo de ingreso en una unidad hospitalaria dedicada a pacientes de difícil manejo.

13.5.1.2. Tratamiento con ansiolíticos, sedantes a hipnóticos

No está demostrada la efectividad de estos fármacos a medio y largo plazo. Algunos estudios (Ayd, 1985) informan de un aumento de la hostilidad y la agresividad, junto con una inducción paradójica de rabia en pacientes tratados con benzodiacepinas, que según los autores podría deberse a un efecto desinhibidor de estos fármacos. Además son conocidos sus efectos nocivos de sedación crónica y la posibilidad de desarrollar una dependencia en los tratamientos prolongados.

13.5.1.3. Tratamiento con sales de litio

El carbonato de litio es un fármaco cuya principal indicación en psiquiatría es el tratamiento de ciertos trastornos del ánimo. Existen estudios que apoyan su empleo en el tratamiento a corto y largo plazo en ciertos grupos de pacientes en los que la violencia es una manifestación clínica importante. Este efecto podría ser independiente de la estabilización del ánimo.

McGuire y Troisi (1990) indican que puede ser útil para el tratamiento de niños y adolescentes delincuentes en situaciones no agudas. Otros estudios apoyan la utilidad de las sales de litio para disminuir las crisis agresivas en niños.

Otra situación en la que se ha informado de eficacia de este fármaco es en el control de la conducta violenta en el retraso mental. Tyer (1984) encuentra una disminución de esta conducta en 17 de 25 pacientes en un estudio doble ciego. Los niveles empleados para el control de la agresividad, en varios estudios, fueron de 0,6 a 1,5 mEq/1 y la latencia del inicio de su acción terapéutica, entre una y cuatro semanas (Sheard, 1971).

Por último, se ha empleado el carbonato de litio en poblaciones de reclusos. Sheard (1971) estudió a 66 reclusos no psicóticos a los que administró este fármaco, observando que se producía una disminución de las manifestaciones agresivas. La disminución fue más notable con niveles de 0,6 a 1,2 que de 0 a 0,6 mEq/1.

13.5.1.4. Tratamiento con betabloqueantes

La administración de betabloqueantes para el control de la agresividad se ha recomendado en pacientes en que ésta sea secundaria a un proceso orgánico (Talbott, 1990). Éste es el caso de las enfermedades de Alzheimer o de Hungtinton, en que con frecuencia se producen agresiones indiscriminadas. El fármaco más estudiado es el propanolol. Las dosis empleadas en los diferentes estudios son muy variables, oscilando entre los 40 y los 1.400 mg/d de propanolol. Se recomienda iniciar el tratamiento con 20 mg cada 8 horas a ir aumentando unos 60 mg cada 3 días hasta alcanzar un efecto terapéutico, o dosis de 800 mg/d, aproximadamente. Es necesario tener un especial cuidado en el manejo de los betabloqueantes en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca, renal o hepática, angina, diabetes o disfunción tiroidea.
Se recomienda el control periódico del pulso para detectar precozmente la bradicardia causada por estos fármacos, potencialmente peligrosa.

También se han estudiado en este sentido el nadolol, el metoprolol y el pindolol (Ratey et al., 1992). El nadolol es el único betabloqueante hidrosoluble de los estudiados, lo que facilita su acción a nivel del sistema nervioso central.

13.5.1.5. Tratamiento con anticomiciales

La posible relación de los sistemas neuronales implicados en la modulación de la agresividad y en la producción de cuadros epilépticos, se ha utilizado como argumento para explicar la utilidad de los anticonvulsivantes en la agresividad patológica (Barrat, 1993).

El medicamento sobre cuyo use terapéutico, dentro de este grupo, hay mayor acuerdo es la carbamacepina. Se ha comprobado su eficacia tanto en pacientes epilépticos como en no epilépticos, con resultados más concluyentes para el tratamiento de pacientes con electroencefalograma anormal, particularmente con foco temporal (Barrat, 1993). El mecanismo de acción del control de la agresividad por la carbamacepina se ha relacionado con la modulación de la transmisión serotoninérgica (Yan et al., 1992).

Los resultados del empleo de la fenitoína son menos concluyentes que con la carbamacepina respecto de su acción antiagresiva.

Es posible que una mejor clasificación nosológica de la agresividad permitiera definir grupos de pacientes que se beneficiaran más específicamente del tratamiento con anticomiciales, o con otras modalidades terapéuticas.

13.5.1.6. Otros tratamientos farmacológicos no hormonales

Los medicamentos que actúan sobre la transmisión serotoninérgica están cobrando en recientes estudios cada vez mayor importancia en el tratamiento de la agresividad patológica.

La buspirona, un agonista de los receptores 5-HTIA, se ha mostrado eficaz en el estudio de Colenda (1988) para el control de la violencia en pacientes demenciados y con daño cerebral. Colella (1992) encuentra que es un fármaco eficaz en el contexto del síndrome premenstrual.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina también están siendo estudiados recientemente, basándose en las alteraciones en los metabolitos de la serotonina encontradas en líquido cefalorraquídeo de pacientes agresivos. Sobin (1989) muestra que la fluoxetina y la fluvoxamina son eficaces para disminuir las manifestaciones agresivas en pacientes orgánicos. Coccaro (1989) informa de resultados positivos en el control de estas manifestaciones en trastornos severos de la personalidad.

13.5.1.7. Tratamientos hormonales

En el pasado se ha utilizado la castración para el tratamiento de agresores sexuales recidivantes. En la actualidad, los antiandrógenos (fármacos que antagonizan la acción de las hormonas sexuales masculinas) no producen una castración permanente, sino química. Los más utilizados en el tratamiento de las agresiones sexuales patológicas son la medroxiprogesterona y el acetato de ciproterona (en forma depot). Es importante destacar que el empleo de estos fármacos no se basa en la teoría de que las agresiones o desviaciones sexuales patológicas sean el resultado de un exceso de testosterona a otra hormona sexual. En segundo lugar, estas drogas no alteran las preferencias en la dirección sexual, y así, si una persona está sexualmente interesada en niños sin tomar esta medicación, su preferencia hacia éstos no cambiará por efecto de la misma.

Los antiandrógenos afectan tanto el nivel de interés sexual como su actividad. En general, con incremento de la dosis lo primero en ser afectado es la fantasía sexual espontánea y la rumiación, para después afectar la respuesta a estímulos sexuales explícitos. Finalmente, disminuye la respuesta a estímulos físicos. Así, en teoría es posible adecuar la dosis a cada individuo de forma que pueda disfrutar de una actividad sexual normal haciendo desaparecer las rumiaciones y conductas patológicas sexuales (Quinsey, 1990).

El empleo de los antiandrógenos debe acompañarse de psicoterapia de apoyo, con atención a aspectos de educación sobre el fármaco y la sexualidad, establecimiento de una relación terapéutica y habilidades sociales.

Aunque en la literatura existen varios trabajos que muestran la utilidad de los antiandrógenos en el tratamiento de desviaciones sexuales, es muy discutido su empleo para la disminución en general de la conducta agresiva.

Esta medicación tiene importantes efectos secundarios, como ginecomastia, laxitud, astenia, depresión y aumento de peso. La espermatogénesis es inhibida, y tanto infertilidad como impotencia pueden aparecer.

13.5.2. Contención mecánica

Entre los medios más utilizados en las salas psiquiátricas para contener la conducta violenta de un paciente están los mecánicos. Sin embargo, no por muy utilizados dejan de existir objetivos y procedimientos a los que deben obedecer para tener sentido dentro de la práctica clínica moderna.

De la frecuencia con que se emplea la contención mecánica puede dar idea la cifra de asaltos violentos al personal implicado en la atención a estos pacientes, que suele derivar en la sujeción del enfermo que lo provocó. Whitman (1976) señala que en un año estudiado, en Estados Unidos, el 24 por 100 de las personas pertenecientes al staff relacionado con los pacientes había sufrido algún tipo de agresión por alguno de ellos.

La contención mecánica es un procedimiento que puede calificarse de extremo en

el sentido de que puede alterar notablemente las relaciones terapéuticas entre el enfermo y el personal que le atiende si se emplea irracionalmente. Soloff (1983) opina que deben agotarse otros recursos antes de recurrir a éste. Previamente debieran haber fracasado intentos interpersonales de relación, aislamiento y farmacoterapia, empleados de forma sucesiva. El mismo autor señala que no todos los pacientes pueden ser abordados de la misma forma cuando presentan un cuadro agresivo. Así, en enfermos borderline o levemente psicóticos, tienen posibilidades de éxito los intentos interpersonales, con la ventaja de salvaguardar en to posible la relación terapéutica. En cambio, en pacientes gravemente psicóticos, el retrasar la contención cuando es necesaria puede suponer exponer al paciente a un grado extremo de ansiedad derivado de sus vivencias delirantes o alucinatorias, que le pueden llevar a acciones violentas contra sí mismo o contra otros. Rosen (1978) enumera los objetivos de los procedimientos mecánicos de aislamiento y sujeción:

- Contención de impulsos destructivos y disruptivos.

- Aislamiento del medio cuando de ello se derivan beneficios.

- Disminución del aporte sensorial a pacientes incapaces de manejarlo por su grado de desorganización.

Respecto del último objetivo, merece la pena señalar que los enfermos psicóticos que son sujetados lo son con más frecuencia al inicio de su estancia hospitalaria, mientras que los no psicóticos lo son de forma independiente respecto del momento de ingreso (Soloff, 1983).

Los factores propios del staff que contribuyen a la contención de los pacientes también son importantes. Desde lo tiempos del tratamiento «moral» de los enfermos psiquátricos se han escrito frases como ésta de Connolly: « El use de la fuerza para tratar con los enfermos agrava la condición patológica preexistente, de forma que la condición actual parece más consecuencia de un mal tratamiento que de la enfermedad». En general, puede decirse que el miedo, la falta de claridad y el autoritarismo excesivo por parte del personal provocan una atmósfera viciada que lleva a un mayor grado de violencia en las salas psiquiátricas y, por tanto, a un mayor use del aislamiento y la sujeción. Greenblatt (1955) informa que, con un programa orientado a la formación del personal del Boston Psychopatic Hospital, se redujo en gran medida el empleo de los medios mecánicos por parte de éste, como consecuencia de la disminución del miedo en la relación con los pacientes.

Respecto de la claridad en la atmósfera de las salas, o claridad de las normas, Moos (1974) desarrolló una escala que aplicó a un estudio sistemático de las condiciones de las salas psiquiátricas. Encontró que, en un ambiente organizado, los pacientes evolucionaban mejor y con menos incidentes que

cuando se favorecía la libre expresión de afectos. Parece como si la enfermedad les hiciera más vulnerables a dejarse llevar por un torbellino de emociones, desorganizando más su conducta a medida que éstas se hacen más intensas y menos soportables. Necesitarían entonces de la claridad de las normas, diferente del autoritarismo, para superar cuando menos la fase aguda de su enfermedad.

13.5.3. Aislamiento

Respecto del aislamiento de un paciente pueden sentarse indicaciones similares que para la contención mecánica (Tardiffp, 1984). Ejemplos de estas indicaciones son la disminución de la estimulación sensorial a un paciente psicótico con dificultades para manejarla, la preservación del medio terapéutico y de los derechos de los demás pacientes ante ciertas conductas, o incluso la petición de ciertos enfermos de ser aislados. Este último punto es quizá más relativo que los otros, en el sentido de que puede obedecer, según los casos, a diferentes motivaciones. A veces, la razón será un auténtico deseo de dejar temporalmente un medio que está generando una angustia insoportable. Otras, será una comprobación de las reglas y los límites fijados y la facilidad con que pueden ser manipulados, sobre todo en el caso de pacientes con personalidad antisocial o «borderline». Y en otras ocasiones, se tratará de un comportamiento regresivo que habrá que cuidarse de favorecer, en tanto puede conducir a la aparición del hospitalismo.

En cada caso, por tanto, la indicación y duración del aislamiento deben sentarse en función de la personalidad y psicopatología actual del paciente y sus circunstancias. Además, por supuesto, no deben descuidarse el control y la atención al paciente temporalmente aislado, y nunca debe contemplarse como un castigo.

13.5.4. Procedimientos conductuales

La aplicación de los procedimientos cognitivos y conductuales persigue la modificación de los patrones habituales de comportamiento violento del paciente de forma perdurable. Esto es diferente sustancialmente de las aplicaciones previamente descritas para la aplicación de los métodos de sujeción mecánica, fundamentalmente para manejo de una emergencia. Sin embargo, cuando ello está indicado, estos métodos pueden también aplicarse como parte de un programa conductual terapéutico.

Estos programas se basan en la premisa del aprendizaje del comportamiento y de la modificación del medio del sujeto para llegar a aprender formas más adaptativas de conducta. Es muy frecuente encontrar que las respuestas agresivas se producen como reacción al dolor o malestar físico, o a la frustración de ciertas expectativas en general, o tras ser testigos de actos violentos por parte de otros, a los que reportaron beneficio (Libermann, 1984). El manejo verbal (cognitivo) pretende hacer conscientes a los pacientes de este tipo de antecedentes y, por medio de instrucciones previas, facilitar la presentación de respuestas adecuadas.

Otro aspecto importante de los programas conductuales para el tratamiento de la violencia patológica es la utilización de refuerzos positivos (premios a las conductas adecuadas) y negativos (evitación de situaciones desagradables que seguirían previsiblemente a una conducta violenta).

Más concretamente, la primera condición que persiguen los programas cognitivo-conductuales en este marco es la desaparición de todo refuerzo positivo para la violencia. Esto es, que una agresión no se siga nunca, dentro de lo posible, de consecuencias positivas para el agresor. Así no debe obtener ventajas ni mantener privilegios conseguidos con la conducta violenta.

Como este último punto no siempre es posible, se describen en la literatura procedimientos de << castigo>>Esto es, se describe la aplicación de la sujeción o el aislamiento dentro de un programa terapéutico. En este caso, la duración de la sujeción no tiene por qué ser prolongada, ya que el mismo efecto terapéutico (de refuerzo negativo) en muchos casos puede obtenerse en sólo algunos minutos.

Siguiendo a Liberman y Wong (1984), se pueden describir los siguientes elementos en un programa conductual de control de la violencia:

- Selección de comportamientos « objetivo» sobre los que actuar.

- Refuerzo de las conductas apropiadas (premiándolas por medio de recompensas en la comida, atención social a otros privilegios).

- Refuerzo de conductas socialmente adaptadas, también con premios, que sean incompatibles en el tiempo con las violentas. Es decir, comportamientos que no tengan relación con la resolución de diferencias, pero que implican distanciarse de la violencia (como la integración en juegos sociales).

- Entrenamiento en habilidades sociales, por medio del aprendizaje y consiguiente refuerzo de medios adecuados de comunicación interpersonal y social. Se parte del presupuesto de que muchos pacientes violentos carecen de los recursos suhcientes para expresar emociones o frustraciones, y ello facilita la aparición de la agresión.

- Programación horaria de actividades socialmente integradoras.

- Reducción de las conductas agresivas o peligrosas por medio del use del aislamiento y la contención mecánica. Entre los elementos inherentes a estos procedimientos ligados a su acción terapéutica, son destacables (dependiendo de los pacientes individuales) los siguientes: la extinción social (consistente en apartar al enfermo del centro de la atención social), la extinción sensorial (aplicable a enfermos en que la conducta auto o heteroagresiva implica una gratificación sensorial) y la observación contingente (en que el paciente debe observar durante un periodo de tiempo las conductas más adecuadas de otros sujetos).

Como todos los demás procedimientos terapéuticos, los conductuales requieren conocimientos y entrenamiento para su correcta aplicación, para lo que el personal de enfermería y auxiliar tienen una importancia especialmente relevante, dado su más cotidiano contacto con el enfermo en las salas psiquiátricas.

13.5.5. Psicocirugia

En pasadas décadas ha habido un importante debate sobre la indicación de la psicocirugía para el control de problemas graves de conducta. Algunos profesionales todavía la defienden en estos casos con las modernas técnicas esterotáxicas tras una cuidadosa selección. Así, Narabayashi y Sima (1973) informan de 125 pacientes epilépticos en que lesiones quirúrgicas de la amígdala produjeron disminución de excitabilidad, irritabilidad y violencia. Incluso se ha propuesto el control de la violencia sexual mediante intervenciones quirúrgicas sobre el hipotálamo.

Sin embargo, puede afirmarse que la psicocirugía, por su irreversibilidad desconocimiento de las vías y sistemas que afecta y efectos secundarios, además de factores éticos, está muy raramente indicada en la actualidad para el manejo de la violencia (Tennent y Wood, 1990).

13.6. Conclusiones

La notable complejidad de la conducta agresiva implica que un abordaje simplificado del problema esté condenado al fracaso. Sin embargo, muchos pacientes pueden beneficiarse del use racional de los conocimientos y técnicas actualmente disponibles. El estudio de los factores biológicos, sociales, conductuales, psicológicos y psicopatológicos de cada enfermo singular puede facilitar el diseño de planes terapéuticos a su medida. Estos planes tienen mayores posibilidades de éxito que los abordajes estandarizados como el use de sedantes como único tratamiento farmacológico. Asimismo, esta consideración multidimensional puede estimular el avance en la comprensión y el tratamiento de estos problemas. En cualquier caso, particular atención debe prestarse a las dimensiones éticas y legales implícitas en las diversas actuaciones terapéuticas.

14 ¿Se puede reeducar al psicópata?

VICENTE GARRIDO

La opinión pública suele reaccionar con notable escepticismo ante la. pregunta que plantea el presente capítulo. Esto ocurre en todo el mundo: determinados crímenes brutales, sin sentido, sin proporcionalidad alguna a la presumible ofensa, desafían nuestros sentimientos de probidad y nuestras creencias en un orden social justo y racional. En España hemos tenido casos recientes, que no hace falta mencionar aquí. La estupefacción alcanza un nivel mayor si los perpretadores son niños; la amenaza se siente más incomprensible, el peligro de un futuro incierto es más evidente.

«Un niño surcoreano fue enterrado vivo hasta morir por un grupo de compañeros que, a golpes, le habían dejado inconsciente por negarse a pagar una deuda de 100 wones (unas once pesetas). (...) Allí, entre bambúes y rodeado de seis amenazantes compañeros, Son Kang-Chol se negaba repetidamente a pagar la deuda cuyo importe era, al parecer, incapaz de conseguir. Los muchachos no aceptaron la negativa del pobre niño y armados con varas de bambú, le obligaron a desnudarse y tras gopearle sin piedad, y dejarle inconsciente, le enterraron, todavía con vida, en uno de los muchos arrozales que rodean la ciudad» (ABC, 3-5-1989).

La psicopatía es una de las grandes amenazas que tiene la humanidad, una de las peores porque nace de la propia derrota del ser humano en su tarea de mejorar la bondad, el cuidado y el respeto hacia sí mismo, hacia los que le rodean. En estas páginas que siguen hay cierta esperanza, pero no hemos de pintar un panorama falso: hoy no sabemos cómo recuperar eficazmente al psicópata. Que debemos hacerlo es algo claro, salvo que queramos reconocer que no podemos pelear por mejorar al mismo ser humano. ¿Qué sentido tiene la ciencia si obviamos el esfuerzo por desafiar a los hombres y mujeres que más nos golpean, que más daño hacen a nuestra maltrecha sociedad? (no renuncio aquí a incluir a todos aquellos sujetos que, con rasgos psicopáticos, atentan contra la salud y justicia social de miles de personas, debido al poder que ostentan, fuera de las redes de la marginación delictiva).

Es por esto que hacemos nuestro el comentario del secretario de unos premios de creatividad, celebrados el año pasado, cuando dice que «la humanidad se encuentra en una encrucijada cuya única salida será el desarrollo de la creatividad y su utilización consciente para encontrar el verdadero sentido de los recursos humanos en el fluir de la revolución» (El País, 24-11-1992). Estamos de acuerdo: hemos de ser creativos a la hora de diseñar programas de intervención con psicópatas; a la hora de generar formas de prevención, estrategias que sean capaces de compensar, en lo posible, aportes genéticos y ambientes favorecedores de la violencia y el egocentrismo, caldo de cultivo de la conducta psicopática. Mi impresión es que estamos dando vueltas a unos cuantos objetivos valiosos, pero sin que sepamos ver ahora una senda definida para un avance significativo.

14.1. Los resultados de la investigación del Quality Insurance Project

Hamilton, Decker y Rumbaut (1986), refiriéndose a los sujetos diagnosticados con un trastorno antisocial de la personalidad (TAP en adelante), señalan que, « generalmente, son la desesperación de los terapeutas» (pág. 197). No les falta razón. Esta idea se repite en las diversas -aunque muy escasas-- evaluaciones efectuadas acerca de la tratabilidad y sus resultados en sujetos diagnosticados psicópatas y con TAP. Algunos de los trabajos de esta índole más relevantes vamos a comentarlos aquí.

El Quality Assurance Project (1991, en adelante QIP), el primero de los estudios a reseñar, planteó su investigación de la efectividad del tratamiento de la psicopatía mediante tres líneas complementarias. En la primera de ellas, el comité de expertos creado para esta ocasión llevó a cabo una revisión de la

literatura existente sobre el TAP/psicopatía. Esta revisión constató lo que otras revisiones, a saber, la escasez de investigaciones metodológicamente adecuadas en el ámbito de la psicopatía. En efecto, son muy pocas las que definen adecuadamente los sujetos, establecen con detalle los tratamientos empleados, y se valen de diseños de control en la investigación. En especial, el no definir adecuadamente los sujetos implica que, generalmente, los investigadores desconozcamos si realmente los delincuentes eran psicópatas, reclusos diagnosticados con TAP, o meramente delincuentes comunes. Desafortunadamente, añadimos nosotros, ya que el TAP es la categoría diagnóstica más popular para referirse a los psicópatas, resulta por ahora inviable hacer una revisión en función únicamente de los estudios que han empleado los criterios «duros» de la psicopatía, es decir, los planteados por Cleckley y Hare (véase el capítulo sobre la psicopatía en este mismo volumen). Además, muchas de las revisiones efectuadas, cuando definen claramente a los sujetos tratados, constatan que se trata de delincuentes comunes, con lo que su relevancia para el tratamiento de los psicópatas es escasa. En el tabla 14.1 aparecen las conclusiones más relevantes de la revisión efectuada de la literatura.

Como ya mencionamos, el QIP pretendió arrojar nueva luz sobre el problema del tratamiento de sujetos diagnosticados como psicópatas o con TAP, empleando tres estrategias diferentes. En la segunda, el comité encargado de la investigación envió a 282 psiquiatras australianos un cuestionario donde se contenían diversas preguntas en torno al fenómeno de estudio. De ellos, 262 contestaron, de los cuales sólo 36 reconocieron haber tratado a sujetos de estas características. Los resultados más importantes de esta segunda vía de análisis aparecen en el tabla 14.2.

TABLA 14.1

Revisión de la literatura

1. Muy pocos estudios identifican a los sujetos de acuerdo a los criterios del DSM-III (TAP) o con los criterios de Cleckley-Hare.

2. Ninguno de esos estudios empleó un grupo de control, y muy pocos incluyeron un seguimiento de una duración aceptable del grupo tratado.

3. Muchos de esos estudios de resultados emplean criterios de diagnóstico de fiabilidad desconocida, o no explican en absoluto los criterios empleados, lo que hace difícil compararlos con los estudios que emplean los criterios del TAP o de Cleckley-Hare.

4. Las revisiones sobre el tratamiento de este desorden suelen abarcar poblaciones de delincuentes juveniles y adultos en general, por to que su relevancia para el estudio de los psicópatas es discutible.

5. No existe un tratamiento que pueda considerarse efectivo para los sujetos diagnostica dos de TAP.

6. Ciertos estudios sugieren, sin embargo, el modo en que los sujetos con TAP responden al tratamiento:

7. Responden mal a la hospitalización. - Su pronóstico mejora cuando presentan tablas de ansiedad y depresión.

8. Su respuesta al tratamiento del abuso de sustancias es peor que la de los sujetos

drogadictos sin TAP, a menos que aquellos presenten también un diagnóstico de depresión.

9. Los psicópatas no han respondido al tratamiento realizado mediante psicoterapia o comunidad terapéutica.

10. Aunque se recomienda el empleo de tratamientos comprehensivos institucionalizados, no hay evidencia de que éstos sean eficaces.

11. Se reconoce la dificultad de llevar a cabo programas con psicópatas metodológicamente correctos, y se recuerda la dificultad de variar el ambiente al que éstos han de regresar después de finalizada la intervención.

TABLA 14.2 opiniones de 262 psiquiatras consultados por el comité

1. El 71 por 100 consultado reconoció haber tenido pacientes coincidentes con el cuadro clínico del TAP.

2. Cuatro de cada cinco psiquiatras dijeron que no había un tratamiento disponible para este tipo de sujetos.

3. Los que estaban dispuestos a tratar sujetos con TAP (sólo 36 psiquiatras) señalaron que una forma de realizar progresos era ofreciendo counselling a intervención en crisis, en la espetanza de que a ello aliviara su conducta global.

Los psiquiatras que intentaron tratar a los psicópatas reconocieron que no disponían de un tratamiento específico, ni mucho menos efectivo, si bien algunos indicaron que consiguieron algún progreso «asegurándose de que los factores implicados en la contratransferencia no empeoraran la condición del paciente, procurando tratar enérgicamente cualquier otra condición concurrente, y ofreciendo asesoramiento cauto y honesto en los momentos de crisis, en la esperanza de que si lograban disminuir la perturbación, entonces el paciente podría disponer de algo sobre to que avanzar una vez que la crisis hubiera remitido» (pág. 543).

La tercera vía de análisis incluyó el conjunto de opiniones emitidas por el propio comité de expertos que habían dirigido esta investigación del QIP. Los resultados más sobresalientes figuran en el tabla 14.3.

TABLA 14.3

Opiniones del comité de expertos

1. Se hace necesario desarrollar una metodología sofisticada para la evaluación y trata miento de esos sujetos.

2. Es importante distinguir la razón por la que ellos piden ser tratados --cuando esto ocurre- de los problemas reales que presentan. Superar este primer engaño facilita la terapia.

3. Es importante distinguir y tratar convenientemente aquellos factores que pueden provocar conductas propias del TAP (traumatismo, reacción al consumo de alcohol y drogas) de lo que es la condición permanente de « <<personalidad antisocial».

4. Igualmente, es importante tratar convenientemente dificultades que coexisten en los sujetos con TAP: abuso de alcohol/drogas; delusiones; manía; esquizofrenia.

5. Si bien hay escasas probabilidades de que los delincuentes con TAP se beneficien de programas de intervención en las prisiones, las comunidades terapéuticas pueden ayudar a su cambio haciendo que el clima de la prisión sea menos agresivo, y las situaciones de crisis menos frecuentes.

La conclusión fundamental que habría que hacer de todo el trabajo realizado por el Quality Insurance Project puede establecerse del siguiente modo: No existe un método efectivo de tratar el trastorno de personalidad antisocial. Sólo se puede intervenir en las circunstancias Sue agravan y complican este trastorno.

14.2. Estudios psicofisiológicos

Los psicópatas que permanecen en las prisiones no sólo son delincuentes, sino que plantean problemas especiales para su tratamiento, tales como falta de motivación para el cambio, poca o nula sinceridad y una gran dificultad en responsabilizarse de sus actos (Freeman y Gunderson, 1989). A tales dificultades se añade su usualmente espléndida capacidad de manipulación, lo que exige un dominio del terapeuta fuera de lo corriente:

«¿Qué ha de hacer el clínico cuando se ha de enfrentar a un ejemplo claro de manipulación? La conducta del paciente invita a una lucha de poder, al rechazo o la venganza, pero actuar según esas tentaciones sólo consigue continuar y reforzar la patología del paciente. La comprensible irritación que provoca esa manipulación ha de considerarse como una confirmación del diagnóstico, no como un plan para el tratamiento. Ahora bien, la aquiescencia a la manipulación tampoco resulta una alternativa viable. Creemos que la mejor forma de enfrentarse a la manipulación consiste en establecer unos límites firmes y explícitos acerca de las cosas que no se van a tolerar, haciendo igualmente explícito al mismo tiempo que se le está ofreciendo ayuda; finalmente, debemos aceptar y colaborar con la parte más saludable del pacienten (Hamilton et al., 1986, pág. 198).

Otra fuente importante para conocer la cuestión de la posible reeducación del psicópata la constituyen aquellos trabajos que se plantean los aspectos biológicos, una vez que parece claro que la

predisposición fisiológica ha de tomarse seriamente en cuenta (véase Garrido, 1984; Elliot, 1987). Adrian Raine y Jennifer Dunkin (1990) han publicado un novedoso trabajo donde reflexionan sobre las derivaciones prácticas que pueden desprenderse de los estudios genéticos y fisiológicos para con la prevención y tratamiento de delincuentes y psicópatas. La novedad estriba en que tales reflexiones no se suelen hacer, quedando relegados estos estudios generalmente al ámbito de la investigación básica. Las conclusiones principales del trabajo de Raine y Dunkin (1990) se hallan en el tabla 14.4.

TABLA 14.4

Implicaciones de la genética y la psicofisiología para la intervención con psicópatas

1. El efecto de las variables psicofisiológicas parece más relevante en las clases sociales elevadas; es decir, los sujetos antisociales de buenos ambientes acusan más los efectos biológicos.

2. Una baja capacidad de activación, tanto en el SNA como en el SNC parece un hecho distintivo de los psicópatas. Una consecuencia importante es su búsqueda permanente de nuevas estimulaciones.

3. Cuando las consecuencias a obtener son de índole positiva, en vez de escapar a conse cuencias aversivas, los psicópatas manifiestan un buen aprendizaje.

4. Deberían ser un objetivo prioritario las intervenciones que pretenden lograr un desarrollo de las capacidades de los sujetos, proporcionando oportunidades para obtener refuerzos positivos en conductas prosociales.

5. Es posible llevar a cabo programas de prevención en niños antisociales, compensando la influencia de una base biológica de tendencia criminógena.

Son reflexiones importantes. En particular, la idea de que de los psicópatas responden bien ante refuerzos positivos, y condicionan pobremente frente a estímulos aversivos, apoya con un fundamento biológico los resultados obtenidos desde la psicología: el tratamiento basado en el castigo o en el refuerzo negativo (aprendizaje de evitación) no modifica patrones de respuesta complejos que, además, han sido férreamente instalados en el repertorio del sujeto mediante condicionamiento positivo. La
experiencia de encarcelamiento con escasos resultados en psicópatas y delincuentes comunes es un hallazgo común que avala esta tesis (Garrido y Redondo, 1993): el estar en prisión, sin ningún programa de tratamiento, no ayuda a reeducar a los psicópatas.

Los estudios biológicos vuelven a apoyar los de índole psicológica en otro punto crucial: podemos hacer muchas más cosas en la prevención que en la reeducación. Esto es algo que se discutió en el capítulo sobre la psicopatía, y que confirma que los indicadores psicofisiológicos y genéticos de predisposición antisocial pueden equilibrarse, en la mayoría de los casos, con un ambiente favorable. No sabemos en qué medida esto también es cierto en el caso de los psicópatas, pero no tenemos por qué dudar de su aplicabilidad en el caso de, al menos, un número importante de ellos.

14.3. Nuestra investigación

Por nuestra parte, en los últimos dos años hemos estado trabajando con el propósito final de pergeñar un programa de tratamiento to más adecuado posible a delincuentes psicópatas. Como primera fase de esta tarea, hemos procedido a una revisión exhaustiva de la literatura, con dos peculiaridades en relación a búsquedas y revisiones anteriores. Primero, hemos creado una categoría especial para ocuparnos de los psicópatas que abusan del alcohol y de las drogas, grupo que ciertamente incluye a los sujetos más difíciles y reacios al tratamiento, por su triple condición de delincuentes, psicópatas y consumidores de alcohol y drogas. Una segunda peculiaridad consistió en de6nir con la mayor precisión posible el tipo de «psicópata» sobre el que versa el trabajo; es decir, distinguimos claramente si el criterio diagnóstico fue el trastorno antisocial de la personalidad (TAP), la definición de Cleckey/Hare o cualquier otro procedimiento (véase Garrido, 1993a; Esteban, Garrido y Molero, 1993). Las principales conclusiones obtenidas hasta la fecha se indican en el tabla 14.5.

Nuestros resultados, en materia de tratamiento, se complementan en diferentes puntos con otras revisiones. Hemos dedicado bastante esfuerzo a preguntarnos cuál es la posible efectividad de las comunidades terapéuticas en la intervención con estos sujetos, habida cuenta la insistencia con que la literatura recomienda esta estrategia, y la respuesta está lejos de ser concluyente. De forma genérica, las comunidades terapéuticas son programas de tratamiento residenciales, con una duración de entre 15 y 24 meses. En comunidades ajenas a la delincuencia, la mayor parte del personal clínico está constituido por ex adictos, rehabilitados en la propia comunidad terapéutica. La meta específica del tratamiento es el desarrollo de un estilo de vida prosocial marcado por la abstinencia y la eliminación de actitudes y conductas antisociales. El régimen diario en las comunidades se estructura en torno a la implicación del residente en varias actividades laborales, educativas, profesionales, terapéuticas, recreativas y comunitarias. Los componentes clave del programa son los grupos de encuentro y la terapia de grupo, el consejo individual, las sesiones de aprendizaje, las clases de educación formal y terapéutica y las responsabilidades laborales del paciente. Los residentes van pasando a través de unas fases explícitas, que suponen un in cremento del grado de aprendizaje psicológico y social. Tras completar ocho meses de residencia, el plan de tratamiento contempla seis meses de vida independiente (De León, 1989).

TABLA 14.5 Conclusiones investigación propia: tratamiento de delincuentes psicópatas

1. Es necesario clarificar las investigaciones realizadas con sujetos diagnosticados con Trastorno de la Personalidad Antisocial, en relación a las que utilizan los criterios de Cleckley/Hare. 2. Dentro de los trabajos que versan sobre psicópatas, es necesario cualificar los resulta dos en relación al tipo de psicópata de que se trate: psicópatas primarios o «puros», versus psicópatas secundarios o «neuróticos». 3. No se puede obviar el tratamiento de la adicción al alcohol y las drogas en el trata miento de estos sujetos. En un 60 al 80 por 100 de esta población se halla esta problemática asociada. 4. El estilo de prestación de la intervención es tan importante como el contenido de la intervención:

- La terapia debe seguir un criterio estricto de conducta, enfatizando la asunción de responsabilidad de los sujetos tratados.

- La modificación de los recursos interpersonales (habilidades sociales) es insuficiente si no se acompaña de un cambio en el modo de percibirse a sí mismos y la realidad, lo que incluye la superación de las racionalizaciones para delinquir y el pensamiento compartimentalizado (disociación).

- Se hace necesario que el delincuente psicópata adquiera vínculos significativos con otras personas, al menos desplazando su necesidad de estimulación hacia actividades convencionales, y conectando las fuentes de refuerzo básicas al respeto hacia los demás.

5. Las comunidades terapéuticas han de seguir perfeccionándose.

En el caso de los psicópatas, la estratificación de responsabilidades y jerarquías, más o menos difusas en otro tipo de delincuentes o pacientes, se hace claramente explícita. Se habla en este caso de < comunidades terapéuticas jerárquicas» El objetivo principal de las comunidades terapéuticas jerárquicas es el cambio global del estilo de vida, la abstinencia de drogas y la eliminación de la conducta antisocial. Dada su larga duración, su intensidad y el tratamiento de orientación grupal centrado directamente en la personalidad del paciente, se espera que se den de forma permanente cambios en la personalidad. El modelo de tratamiento de las comunidades terapéuticas jerárquicas implica la utilización de técnicas de confrontación, por lo que el nivel de la tolerancia para los sentimientos agresivos debe ser alto (Ravndal y Vaglum, 1991).

Si bien las notas distintivas de una Comunidad terapéutica son: « libre comunicación en todos los aspectos, análisis común de los procesos de grupo, medidas para la eliminación de la jerarquía y frecuentes encuentros globales y por grupos» (Dorsch, 1985, pág. 137), en las comunidades terapéuticas jerárquicas, no sólo se evita la eliminación de la jerarquía, sino que se fomenta. Es decir, la organización intrínseca de este último tipo de comunidad terapéutica es de tipo piramidal, por lo que los pacientes que participan en la misma van ascendiendo dentro de un escalafón de cargos o niveles (a mayor nivel mayor responsabilidad).

En el tabla 14.6 se incluyen los aspectos más relevantes obtenidos por nuestra investigación, con respecto a la revisión de trabajos que han empleado comunidades terapéuticas con delincuentes psicópatas que consumen alcohol o drogas.

TABLA 14.6

Características comunes de las comunidades terapéuticas, más actuales, en las que se incluyen psicópatas abusadores del alcohol y/o las drogas

1. Se ubican en un emplazamiento específico para su funcionamiento.

2. El personal clínico cuenta con la colaboración de ex adictos, rehabilitados en la propia comunidad.

3. El objetivo principal es el desarrollo de un estilo de vida prosocial, la abstinencia de

alcohol-drogas y la eliminación de la conducta antisocial.

4. Los componentes clave de los programas son la terapia de grupo a individual intensiva, la confrontación y la implicación del paciente en las diversas actividades impartidas en la comunidad.

5. La organización es de tipo piramidal o jerárquico.

6. Se centran directamente en el cambio de la personalidad del paciente.

7. Se contempla una fase de reinserción una vez se ha finalizado el programa.

8. La educación formal y vocacional, se contempla, tanto dentro como fuera de la comunidad (según los niveles de seguridad requeridos).

14.4. Claves personales para la intervención psicoeducativa

En el capítulo sobre «psicología del homicida» introducimos la teoría del estilo de vida criminal de Walters (1990), en función de la que se explica la génesis y mantenimiento del delincuente violento persistente. Unas ciertas condiciones ambientales, físicas (fisiológicas) y psicológicas conducen a unos patrones cognitivos que posibilitan la realización de actos antisociales, y una conducta irresponsable, entre otros patrones de conducta. En un interesante trabajo posterior, Elliot y Walters (1991) señalan determinados escollos que los delincuentes persistentes suelen plantear ante una intervención de naturaleza psicoeducativa. Tales dificultades son, en realidad, maniobras que los delincuentes llevan a cabo para evitar enfrentarse a la ardua tarea del cambio personal, y están basadas en los patrones cognitivos distorsionados ya indicados en el mencionado capítulo de este volumen: autoexculpación, cortocircuito, permisividad orientación de poder (control ambiental), sentimentalismo, superoptimismo, pereza (indolencia) cognitiva a inconsistencia. Todo terapeuta y educador que trabaje con psicópatas y personas diagnosticadas con trastorno antisocial de personalidad debe tomar buena nota.

a) El psicópata intentará averiguar lo que el terapeuta desea oír, para poder complacerle, y dar una imagen positiva. El objetivo es intentar conseguir algún trato de favor posterior. Tal conducta se inscribe en la percepción de superioridad con respecto a los demás que el sujeto suele tener, y en su pauta habitual de manipular las relaciones interpersonales en su propio beneficio.

b) No proseguir con la tarea de responsabilizarse de la propia conducta, cambiando el foco de atención hacia el educador. Suele ser habitual que los delincuentes encuentren demasiado costoso el progreso, y los refuerzos demasiado lejanos, especialmente si es el modo de pensar antisocial lo que está siendo confrontado. En tales casos los internos buscarán responsabilizar (de inmorales, corruptos, o de ser personas «sin problemas») a otras personas de su situación, en vez de proseguir con la tarea de exploración personal.

c) Exigir una compensación a cambio del esfuerzo realizado. Es bien conocido el deseo de los delincuentes de obtener refuerzos inmediatos, sin que el trabajo desarrollado tenga una mínima consistencia. Elliot y Walters (1991) no son nada explícitos acerca del modo en que debería solucionarse este problema, pero para nosotros es importante que el terapeuta o educador establezca, desde el principio, que las ganancias a obtener por la intervención reportarán unos beneficios previamente estipulados (por ejemplo, redención), sin que una actuación juzgada como muy brillante

suponga tratos o favores especiales. Es importante que el delincuente comprenda que el cambio personal, la « maduración» exige pasar por unos determinados caminos, incluyendo los establecidos -desde luego- por la justicia y la burocracia, aunque esté privado de libertad. Al fin y al cabo, todos, delincuentes y no delincuentes, estamos sujetos a ellas.

d) Solicitar « tiempo libre» con frecuencia, que haya más películas de vídeo, etc. El propósito es el de divertirse, en vez de proseguir con la tarea (la pereza cognitiva y la permisividad fundamentan este deseo persistente de abandonar la tarea). El educador debe de emplear los materiales como instrumentos positivos de confrontación de los patrones cognitivos, y no como una oportunidad para que los delincuentes « escapen» al proceso de cambio.

e) Solicitar auxiliar al educador en las tareas de cambio a sus compañeros delincuentes. Es éste un asunto realmente polémico, ya que Elliot y Walters, a diferencia de otros autores (por ejemplo, Ross y Fabiano, 1985), mantienen la tesis de que el actuar como « terapeuta» auxiliar o paraprofesional puede fomentar el patrón cognitivo de la orientación de poder, es decir, su deseo de controlar, de ganar poder sobre el ambiente, así como de sentirse superiores
sobre los demás. Ellos Megan a desaconsejar su implicación en actividades de prestación de ayuda en servicios sociales, algo que se recomienda desde otros planteamientos como una forma adecuada de desarrollar en ellos el sentido de la empatía o preocupación por los demás. Los autores no dan con una respuesta adecuada para resolver este dilema, y me temo que, en efecto, es algo difícil de solucionar. Quizá la respuesta esté en acompañar este tipo de actividades con un contexto educativo inhibidor del pensamiento de búsqueda de poder y, como dicen Elliot y Walters, explicar que esos pensamientos no harán sino aislarle de su ambiente. Igualmente, sería recomendable que la ayuda de estos delincuentes se oriente hacia actividades de asistencia fisica y material, y no tanto en tareas de terapia o counselling, donde es más fácil manipular a los demás como una fórmula de gratificación del ego. Finalmente, también recomendaríamos que el delincuente actúe como «terapeuta auxiliar» en aquellos casos en los que éste se dedique a sabotear el programa; de este modo él podría verse como «alguien importante» en un programa que, por esta razón, «ya no es tan estúpido» como antes.

f) Una última estrategia es negar que el programa tiene algo que ver con el sujeto. Elliot y Walters se refieren explícitamente al programa por ellos designado para confrontar los pensamientos distorsionados propios del criminal persistente, pero nosotros podemos hacerlo extensivo a todo programa que busque confrontar al individuo con las racionalizaciones empleadas para mantener su carrera delictiva. Es habitual que los delincuentes intenten negar que lo que se discute y analiza en el programa tiene que ver con su vida, con su propia historia de circunstancias y decisiones; reconocer eso es algo doloroso, y supone ser capaz de romper su propia estructura conceptual, sobre la que ha definido su vida durante tantos años. La recomendación aquí es plantear que las distorsiones y mentiras en las que se fundamenta un estilo de vida criminal es algo que puede aplicarse a ellos (los sujetos tratados), pero no necesariamente, ni quizá en todos los casos. Y que ellos tendrán que decidir si se ajustan o no a ese patrón:

«Nunca hemos dejado de impresionarnos al ver el impacto que esta información (el programa) tiene sobre los sujetos que son familiares con el estilo de vida criminal. Este efecto se comprende más fácilmente si se considera que el reconocer la realidad y la relevancia personal del estilo de vida criminal es, en muchos sentidos, equivalente a reconocer la falacia a irracionalidad de la propia existencia (...) Por esta razón el educador debería proporcionar la posibilidad de que los delincuentes que lo deseen puedan asistir a sesiones individuales, donde se discutan algunos de los puntos suscitados en las sesiones grupales» (Elliot y Walters, 1991, pág. 176).

14.5. Aceptar el reto

Como se comentó al inicio, el trabajar con psicópatas es un reto formidable. No conocemos tratamientos eficaces, y su capacidad de manipulación nos coloca permanentemente en tensión. Si además -como es habitual- consumen alcohol o droga habitualmente, los problemas se incrementan. El lector puede acudir a otros trabajos (Garrido 1993a, 1993b) para ampliar estos temas. Pero hay algunas claves que nos orientan por unos caminos que parecen fructíferos.
En primer lugar, Una conclusión importante de nuestra investigación nos aconseja emplear un criterio criminológico en el diagnóstico de los delincuentes psicópatas, tal y como se explica en el tabla 14.7.

TABLA 14.7

El criterio criminológico de la psicopatía

El diagnóstico de la psicopatía debería ajustarse, como elementos clave, a los siguientes indicadores: 1. Distorsiones cognitivas. La gran capacidad para reconvertir la realidad a la propia conveniencia de uno; la incapacidad de integrar los intereses ajenos en un mínimo y coherente patrón personal durante un cierto tiempo. Esta percepción «peculiar» de la realidad se acompaña con conducta manipulativa que se extiende a múltiples aspectos de la vida. 2. Deseo permanente de nuevas sensaciones. Búsqueda de estimulación a través de distintos escenarios, emociones fuertes, percepción de riesgo. Consumo de alcohol y drogas. 3. Intrusión interpersonal. Capacidad para dañar sin motivo aparente, para infligir daño. El daño no es sólo físico, sino que implica perjuicios extensos en múltiples facetas de la vida, en aquellas personas que guardan una relación permanente con él.

En segundo lugar, debemos reflexionar sobre los acercamientos para la intervención indicados anteriormente. El énfasis hay que ponerlo en enseñar patrones cognitivos que no estén distorsionados, y comportamientos adaptados que sean capaces de obtener refuerzos en mayor medida que los desadaptados. Nuestro punto de vista es que el cambio de conducta de un psicópata pasa por que éste encuentre « estúpido» lo que hace (no aspiramos a que « comprenda» que su proceder es inmoral o no ajustado a un hombre de bien). Esto implica una decisión, si se quiere pragmática, de seguir una conducta prosocial. El desafiar y confrontar la forma de pensar habitual debería, al menos, conseguir este fin; esto es, que el sujeto sea capaz de decirse algo asi como: « ¡Qué diablos! Es verdad que me complico la vida inútilmente, y que: me dejo llevar por ideas absurdas. No vale la pena continuar por ese camino».
No estoy diciendo que ése sea el « programa máximo», pero sí « un programa mínimo» . El fin último siempre debería ser que el delincuente abandone su vida criminal porque la encuentre indigna.

«Y, sin embargo, la culpa es necesaria. Y lo es porque los humanos tendemos a depredarnos naturalmente, a herirnos, a explotarnos. Porque hay un trazo violento y cruel en lo que somos, que se compensa con la conciencia de la corresponsabilidad y con la solidaridad. Nuestra ferocidad y nuestro egoísmo producen un chirrido que es la culpa, y esa culpa nos pone en contacto con lo que mejor somos: nuestra capacidad de sintonizar con el otro. Sin sentimientos de culpabilidad viviríamos ensimismados y ausentes de la sociedad y del entorno. Recordemos, en fin, que el pecado y la culpa

nos alejaron del paraíso: pero eso fue, precisamente, lo que nos hizo humanos» (Rosa Montero, periodista de El País).

15 intervención penitenciaria con delincuentes violentos

SANTIAGO REDONDO

Violencia y cárceles son dos conceptos íntimamente vinculados. Uno de los objetivos de las cárceles es, precisamente, la contención y el control de la violencia ejercida por algunos individuos, en la sociedad. Paralelamente, las cárceles efectúan, a su vez, un ejercicio de violencia, al retener por la fuerza a los delincuentes violentos.

Un objetivo más reciente de las instituciones correccionales (centros de reforma juvenil, cárceles, etc.) es el diseño y la aplicación de programas, técnicamente fundamentados, más efectivos para el tratamiento de los delincuentes violentos. Segúll Megargee (1991), como último objetivo, la psicología correccional espera poder predecir qué delincuentes serán o no un riesgo para la comunidad, así como poder transformar a delincuentes de carrera en ciudadanos integrados en la sociedad.

15.1. ¿Quiénes son los delincuentes violentos?

Para enmarcar adecuadamente la violencia delictiva, debemos atender a diversas perspectivas. La primera se refiere a los conceptos de violencia física/psicológica versus otras manifestaciones delictivas (delitos económicos, relacionados con la conducción, con la salud pública, etc.). En términos globales, todo delito menoscaba los derechos y libertades de otras personas. Ello sirve tanto para el homicidio, donde es arrebatada la vida, como para el tráfico de drogas, en que se pone en riesgo la libertad y salud ajenas, así como para la estafa, en que, mediante falsedades, se sustraen los bienes de otros. Sin embargo, no en todos los supuestos puede hablarse de un igual ejercicio de violencia. Weiner y Wolfgang (1989) han definido la violencia delictiva como (el ejercicio de fuerza fisica, real o mediante amenaza, legalmente no permitida, de una persona directamente contra una o varias personas, con el propósito de asegurar algún fin contra el deseo o sin el consentimiento de la otra persona o personas» (pág. 36). Así pues, la violencia implica acciones directas sobre la víctima, que afectan a su vida, su integridad física o su libertad. Además, posee un elemento distintivo dominante de carácter emocional: la víctima es compelida mediante el ejercicio de la fuerza física, la intimidación por un arma o la agresión efectiva, experimentando fuertes sentimientos de temor a indefensión. Por ello, desde esta primera perspectiva, nuestro análisis se circunscribe a los delincuentes calificados como < violentos» a aquellos que han ejercido la agresión directa sobre sus víctimas a la hora de cometer un delito.

Nuestra segunda perspectiva mira a la violencia desde la intersección entre sociedad y cárceles. Aquí pueden distinguirse tres acepciones del término violencia o delincuentes violentos. La primera pondría el énfasis en el delito o los delitos cometidos. Desde este punto de vista, se considerarían delincuentes violentos, según hemos visto, todos aquellos que han realizado acciones delictivas que implican dosis importantes de agresión sobre sus víctimas. Es claro que asesinos, agresores o violadores entrarían a formar parte de este grupo de delincuentes. La segunda acepción haría hincapié, por el contrario, en el ejercicio de la violencia continuada en la interacción delincuente/cárcel. Desde esta perspectiva, serían calificados como delincuentes violentos y peligrosos aquellos encarcelados que se comportan violentamente dentro de las instituciones de custodia, en la interacción con otros internados o con el personal penitenciario. La tercera acepción haría referencia a la violencia pronostica, que tendría elementos comunes de las dos anteriores acepciones de violencia: en términos pronósticos podríamos

referirnos como delincuentes violentos a aquéllos de quienes cabe esperar nuevas acciones violentas a su vuelta a la comunidad.

Estas violencias se solaparán, sin duda, en muchas ocasiones, pero no en otras. Existen algunos delincuentes que han hecho un fuerte use de la violencia en el curso de sus acciones delictivas (por ejemplo, al atracar una oficina bancaria, agrediendo a los empleados) que también serán sujetos violentos y peligrosos durante su encarcelamiento (agrediendo a otros reclusos, fabricando y portando armas blancas dentro de la cárcel, secuestrando a otras personas, etc.). Otros, sin embargo, habrán llevado a cabo acciones delictivas muy violentas (como un asesinato o una violación) pero efectuarán un bajo o nulo ejercicio de la violencia durante el encarcelamiento. Por ello, generalmente, no serán calificados como presos peligrosos.

En la intervención penitenciaria con delincuentes violentos siempre está presente esta dicotomía: delitos previos versus comportamiento durante el encarcelamiento. Los sistemas penales y penitenciarios tienden a priorizar una a otra perspectiva, y, más frecuentemente, a refundir ambas. Aquí, la pregunta crítica es: ¿Debe priorizarse el tratamiento de quienes cometieron delitos muy violentos o el de aquellos que, por encima del delito, muestran un estilo de vida violento, evidenciado claramente durante el cumplimiento de sus condenas?

La aparente dicotomía de nuestra pregunta -muy presente en el actual debate social en España- encierra, sin embargo, un cierto sofisma o circularidad. Se dan algunos casos, efectivamente, en que violencia en la sociedad y violencia en la cárcel son elementos separables. Sobre todo, cuando para un delito violento (un asesinato, por ejemplo) pueden identificarse evidentes estímulos antecedentes -móviles, en términos jurídicos-- que explicarían en buena medida la acción. Podría ser el caso de un parricidio, cometido como resultado de una violenta discusión conyugal. Sin embargo, la investigación criminológica nos enseña que, en la inmensa mayoría de los casos, acciones violentas repetidas y estilo de vida violento pueden resultar sinónimos. En términos psicológicos, esto sucederá cuando la violencia constituye un modo de respuesta estimularmente generalizado.

En otro capítulo analizaremos la cuestión de la reincidencia de los delincuentes violentos. Por ello, obviaremos aquí un amplio comentario al respecto. Baste con señalar, por el momento, que la reincidencia en el delito se asocia más claramente con sujetos que exhiben un modo de vida violento, repetido, aunque sea de menor intensidad -delincuentes de carrera-, que con quienes, pese a haber cometido un acto de agresión importante, sólo lo han hecho una sola vez o de modo muy esporádico (Redondo, Funes y Luque, 1993). Por todas la anteriores consideraciones, adoptaremos aquí una perspectiva amplia en lo que se refiere a la intervención penitenciaria sobre delincuentes violentos. Prestaremos atención, por un lado, a programas dirigidos a delincuentes cuyas acciones criminales, por las que fueron condenados, exhibieron gran violencia. Pero también lo haremos sobre intervenciones dirigidas a delincuentes que muestran un comportamiento violento habitual durante su estancia en las instituciones de corrección.

15.2. Tipologías de delincuentes violentos y topografía de la violencia en prisión

15.2.1. Violencia delictiva

Desde una perspectiva delictiva, puede encontrarse una serie de categorías en la que se agruparían la mayoría de los delincuentes violentos o peligrosos. Más allá do las diferencias entre países, Weiner y Wolfgang (1989) han concluido que se suelen calificar como delitos violentos, en general, el homicidio no involuntario, la violación y la tentativa de violación, el robo, el asalto, la relación sexual desviada no voluntaria y el secuestro.

En la legislación penal española los delincuentes violentos corresponderían a la siguientes categorías delictivas:

1. Delincuentes contra las personas.

2. Delincuentes contra la propiedad: robos con «violencia» o intimidación.

3. Delincuentes sexuales: violadores y agresores sexuales.

4. Delincuentes «violentos» relacionados con el consumo y tráfico de sustancia tóxicas.

5. Delincuentes « violentos» con psicopatologías graves.

En principio, todos los delincuentes contra las personas -en nuestra terminología legal- podrían ser considerados delincuentes violentos. Quienes han matad a otros, no por accidente. Quienes han agredido y causado lesiones a otras persona

La categoría delictiva de delitos contra la propiedad resulta poco discriminativa d violencia. No todos los delincuentes contra la propiedad son delincuentes violentos.
Sólo aquellos que han ejercido intimidación o violencia grave en la comisión del delito: éstos se incluyen dentro del tipo delictivo robos.

Tampoco nuestra actual categoría penal de delitos contra la libertad sexual, de moderna nomenclatura, permite una discrimación certera de violencia. Debemos recurrir, aquí, a los tipos específicos (violación, estupro, etc.) para localizar el ejercicio de la agresión. Así puede haber delitos sexuales nada violentos, como el exhibicionismo, y otros generalmente muy violentos como la violación.

En la actualidad, muchos delitos de diversos tipos (contra las personas, robos, sexuales, etc.) aparecerán relacionados con el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol y las drogas. En muchos de ellos, dado el estado de embriaguez o deprivación tóxica de los sujetos, puede ser ejercida una gran violencia. También en ciertos casos la agresión y la violencia estarán presentes en el tráfico de drogas.

Finalmente, el ejercicio delictivo violento irá asociado en algunos casos a la presencia de psicopatologías graves en los sujetos.

A continuación presentamos una tabla resumen sobre las proporciones de encarcelados correspondientes a las tipologías delictivas de delincuentes violentos más numerosas en la actualidad (véase tabla 15.1).

En la perspectiva amplia que hemos adoptado en relación con la violencia, bajo la denominación delincuentes violentos no necesariamente nos estamos refiriendo a asesinos, sádicos, etc. Nuestra consideración de delincuentes violentos acoge el sentido literal del término violencia, anteriormente definido: se refiere a sujetos que han ejercido la agresión, amenazas o intimidación sobre sus víctimas. Según ello, puede estimarse el porcentaje de encarcelados por delitos violentos en no menos del 50 por 100 de la población de varones encarcelados. La proporción de mujeres en prisión por delitos violentos puede estimarse en una cifra semejante -no menor del 50 por 100-, al ser en ellas mayor el porcentaje de delitos contra las personas.

El análisis clínico de diversas muestras de delincuentes violentos ha generado en la literatura anglosajona multiplicidad de taxonomías. Megargee (1991), uno de los autores actuales más

destacados en este ámbito, ha revisado la literatura clínica sobre violencia delictiva, encontrando, en síntesis, seis tipos de agresores:

1. Sujetos normales en graves circunstancias situacionales (como, por ejemplo, en estado de embriaguez por ingesta de alcohol).

2. Sujetos con severas patologías (psicosis funcional a orgánica, trastorno de estrés postraumático, ingesta de sustancias químicas o drogas, etc.).

3. Sujetos con un estilo de vida agresivo, expuestos a una socialización subcultural en contextos en los que la violencia es «normal».

4. Sujetos que utilizan la violencia como medio/instrumento para fines extrínsecos (como dinero, producir un cambio político, obtener gratificación sexual, fines militares, etc.).

5. Sujetos que padecen crónicas emociones de cólera, hostilidad a odio, a las que son inducidos por situaciones de opresión, abuso, frustración, etc.

6. Sujetos con excesivas inhibiciones y controles, que una vez rotos les llevan a grandes explosiones de violencia.

TABLA 15.1

Encarcelados por delitos violentos[1]

Categorías delictivas	Tipos delictivos	*N*	%
Delitos contra las personas (8,5%)	Homicidio	378	6,53
	Infanticidio	8	0,14
	Lesiones	105	1,81
Delitos contra la libertad sexual (6%)	Violación	261	4,5
	Otros (agresiones sexuales)	85	1,47
Delitos contra la propiedad (56%)	Robos[2]	3.051 [1.830]	52,7 [31,6]
Infracción de leyes sobre:	Delitos contra la salud pública y el medio ambiente[3]	1.181 [236]	20,4 [4]
Otros delitos	Todos los demás	721	12,45
Total hombres encarcelados		5.790	100

15.2.2. Violencia en prisión

Desde la perspectiva de violencia continuada en prisión, puede realizarse una categorización de los comportamientos violentos en los siguientes términos:

1. Agresiones directas hacia otros encarcelados.

2. Agresiones directas hacia el personal penitenciario.

3. Agresiones directas hacia las instalaciones.

4.Toma de rehenes.

5. Introducción, fabricación y posesión de objetos de agresión.

6. Autoagresiones y suicidios.

En la tabla 15.2, a continuación, se recogen las cifras de incidentes violentos habidos en el subsistema penitenciario de Cataluña -integrado por 10 centros penitenciarios que albergaban entonces a 5.026 reclusos- durante 1991

TABLA 15.2

Incidentes violentos en las prisiones[1]

Incidentes violentos	*N*	%
Agresiones graves entre internos	63	5
Agresiones al personal penitenciario	28	2,2
Retenciones de funcionarios y tentativas	1	0,08
Autolesiones graves	40	3,17
Suicidios	1	0,08
Tentativas de suicidio	15	1,19
Incendios Intervención de objetos peligrosos (armas punzantes, etc.)	8 341	0,63 27
Alteraciones graves del orden	13	1,03
Total incidentes violentos	510	40,44
Otros incidentes (intervención de sustancias tóxicas, protestas colectivas sin violencia, etc.)	751	59,55
Total	1.261	100

[1] Los datos corresponden a las 10 prisiones de Cataluña, y a un promedio de 5.026 reclusos, durante 1991. En la primera columna aparecen las distintas modalidades de incidentes. En la segunda y tercera, respectivamente, las cifras absolutas de incidentes y los porcentajes que suponen sobre el total.

FUENTE: Memoria-1991, del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

15.3. Causas de la violencia

A la hora de explicar la violencia grave (un asesinato ensañado, una violación atroz, etc.) caemos con facilidad en la tentación de soslayar nuestra habitual aspiración científica. De tolerarnos, ante la magnitud y atipicidad de ciertas conductas violentas, alguna proposición oscura, compleja, y, a veces, lindante con lo mágico. En suma, estamos tentados de permitirnos en criminología y en psicología una cierta regresión científica que dote de apariencia de explicación a lo incomprensible. Con motivo de los recientes violentos asesinatos de niñas, ocurridos en distintos lugares de España durante el pasado año, hemos podido oír -en debates televisivos, etc .preguntas dirigidas a expertos parecidas a: <<Un señor que roba, mata para defenderse, etc., está claro... pero a sujetos que violan a niñas, que asesinan brutalmente a sus víctimas, ¿qué les pasa?, etc.» En ese momento, nuestro experto -el que fuere- está tentado de avanzar alguna explicación que satisfaga al entrevistador y a la audiencia, aunque aclare muy poco o nada: « Sin duda, se trata de individuos con psicopatologías graves, con mentes retorcidas; en ellos.
No caeremos aquí en la tentación de la mera explicación lingüística, vacía de contenido científico, que resuelva por encima de lo que la investigación psicológica y criminológica nos informan. Orientaremos nuestra atención a aquellas teorías y explicaciones generales de la delincuencia, que la información empírica viene avalando. Y dentro de este marco, situaremos a la delincuencia violenta como un caso particular que requiere sus propias matizaciones.

Permítanme un ejemplo que he utilizado otras veces para referirme a los factores cognitivos de la delincuencia (Redondo, 1993). Se basa en la sugerente similitud que puede establecerse entre el ser humano y un ordenador. Cuando se altera la conducta de un ordenador (la pantalla no responde, da mensajes incorrectos, se borra la información, etc.), sólo caben tres posibles fuentes de causación: 1) o bien falla quien opera el ordenador, equivocándose de tecla, y dándole, por tanto, mensajes incomprensibles -esto sucede en la inmensa mayoría de las ocasiones-, 2) o bien falla el software, los programas, resultando inapropiados para lo que se pretende, insuficientes, o contaminados, lo que conduce a una conducta alterada, errónea o atípica en el ordenador -esto ocurre algunas veces-, 3) o bien se ha producido un fallo en el hardware interno, la máquina esta cortocircuitada y no puede entender adecuadamente los mensajes y/o responder convenientemente --ello sucede en contadas ocasiones, si lo comparamos con la cantidad de veces que ocurren 1 y 2.

Pues bien, en términos de delincuencia el ideal de parsimonia científica nos sugiere una secuenciación explicativa semejante. La investigación criminológica de los últimos cincuenta años nos ha enseñado que ante la conducta delictiva sólo caben, también, tres fuentes de explicación, de relevancia paulatinamente decreciente: 1) o bien las dificultades están en los diversos contextos del delincuente, que no lo han estimulado y preparado suficientemente para el funcionamiento social, o lo han estimulado en contrario -la mayoría de las veces-, 2) o bien el fallo se encuentra en factores básicos -cognitivos y otros- de interacción del individuo con su entorno, lo que le impide integrar y tener éxito en la conducta social -en muchas ocasiones-, 3) o bien, finalmente, existen problemas graves, psicopatologías, lesiones, alteraciones neurológicas, etc., que impiden una ágil y adecuada integración de todo lo demás -en contadas ocasiones.
Este análisis versa sobre la intervención penitenciaria en la violencia. Por ello, si lo anterior fuera cierto, deberíamos esperar que la mayoría de intervenciones hubieran ido dirigidas a educar a los delincuentes, a promover su capacitación laboral, a reestructurar sus cogniciones y actitudes sociales, a dotarlos, en suma, de mejores habilidades sociales para la interacción exitosa con otros seres humanos. Tales programas deberían haber trabajado, así pues, para proveer a los delincuentes de 1) mejores contextos estimulares y 2) mayores capacidades -software de interacción (Redondo, 1993)para conectarse a esos contextos prosociales. En última instancia, sólo algunos programas se destinarían a sujetos violentos con alteraciones psicológicas graves. Veremos que, en efecto, la

realidad de los programas de intervención sobre la delincuencia resulta bastante coherente con las previsiones que hemos realizado.

15.4. Causas de la violencia en prisión

Continuando en términos de parsimonia científica, el análisis de la vida carcelaria nos permite identificar tres grandes «causas» de la agresión. La primera se relacionaría con la experiencia y hábitos pasados de los sujetos. Muchos delincuentes poseen un modus vitae violento. Desde edades tempranas, en el propio ambiente familiar y social, han aprendido a delinquir, robar, agredir y amenazar a otros. La segunda sería una violencia estimularmente propiciada o reactiva, a causa de ciertas provocaciones, vida aburrida, consumo de drogas, falta de información y de respuestas judiciales, falta de solución a problemas penitenciarios, frustración de expectativas sobre permisos de salida, régimen abierto, libertad condicional; también podría venir afectada por factores ambientales y climatológicos, tales como la masificación de muchas prisiones, el calor veraniego, etc. En tercer lugar, la violencia adquiriría un carácter instrumental. Muchos sujetos ejercerían la violencia como un modo de obtención de ciertas ventajas, utensilios, etc., ya sea de parte de la propia institución carcelaria, o de otros encarcelados. Tendría este carácter la violencia que es infligida para, por ejemplo, robar dinero a otros presos, o conseguir droga, o, en otro orden de cosas, las conductas autolesivas que, generalmente, funcionan como operantes para reclamar la atención o ciertos beneficios de la institución carcelaria y de su personal.

Un cariz diferente al de las autolesiones tendría, en muchos casos, la conducta suicida de los encarcelados, infrecuente, pero, como es obvio, de enorme gravedad y trascendencia. Muchos comportamientos autolesivos funcionan en prisión como operantes instrumentales para el logro de atención y la solución de ciertos problemas jurídicos o penitenciarios. En cambio, en un estudio sobre el suicidio en las prisiones de Cataluña, durante el período de 1987-92 (en que se produjeron 18 suicidios), se encontraron los siguientes factores de riesgo de suicidio (Dirección General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació, 1993):

1. El ingreso en prisión por ciertos delitos graves, como sexuales y contra las personas.

2. Tratarse del primer ingreso en prisión.

3. Encontrarse en situación legal de preventivo o al inicio del cumplimiento de la condena.

4. Estar físicamente aislado dentro de la cárcel por sanción, o para su protección de la eventual agresión de otros sujetos (por ejemplo, nuevos ingresos por delitos sexuales).

5. Tener menos de 26 años.

6. Tener antecedentes psiquiátricos.

7. Manifestar un comportamiento deprimido o agitado.

8. Concurrencia previa de un incidente de carácter regimental (peleas, amenazas, sanciones, etc.) o judicial (noticia sobre una nueva condena, no concesión de un permiso de salida, etc.).

15.5. Intervenciones con delincuentes violentos

Como punto nuclear de nuestro análisis hemos seleccionado una serie de programas recientes, llevados a cabo en distintos países europeos con delincuentes violentos. Hemos prestado atención a

lo realizado en esta materia en Europa por razón de la obvia creciente conexión intereuropea y, pese a ello, el tradicional desconocimiento que hemos tenido de lo realizado en estos paises más próximos.

En una búsqueda correspondiente a la última década, hemos podido localizar casi una treintena de programas aplicados con delincuentes violentos de diversa índole, bajo el requisito básico de que sus resultados hubieran sido adecuadamente evaluados (Dünkel, 1982; Redondo, 1983, Hollin y Courtney, 1983; Hollin et al. 1986; Petterson et al., 1986; Cullen, 1987; Thornton, 1987; Robertson y Gunn, 1987 McDougall et al., 1987; Day, 1988; Kury, 1989; Cooke, 1989; González y Gutiérrez 1989; Garrido et al., 1989; Sánchez y Polo, 1990; Berggren y Svard, 1990; McMurran 1990; Redondo et al., 1990; Hopkins, 1991). Estos programas varían entre sí por lo que se refiere tanto a los modelos teóricos que subyacen a ellos, como en lo tocante a las edades y tipologías de los sujetos tratados, así como por los contextos de si aplicación. Los programas hallados corresponden a intervenciones realizadas et cuatro países europeos: Alemania (3 estudios), España (6 estudios), Gran Bretaña (1: estudios) y Suecia (2 estudios). En ellos se intervino sobre un número aproximado di 3.000 sujetos (en total fueron evaluados 4.580, de los cuales unos 1.500 formaban parte de grupos de control y de comparación con finalidades evaluativas).

En lo tocante a las edades, la mayoría de los programas que hemos analizado s han realizado con sujetos jóvenes en edad penal, en el rango aproximado 16 a 2 años (15 programas) o con jóvenes-adultos, mayoritariamente entre 21 y 30 año (7 trabajos); 2 programas operaron con grupos mixtos de jóvenes y adultos, y 2 1, hicieron con menores (predelincuentes) de reforma. Respecto al sexo de los sujeto! todos estos programas se realizaron con hombres. Ello resulta lógico si consideramos que la inmensa mayoría de los encarcelados (el 92 por 100 en España) son hombres. Las tipologías delictivas predominantes en estos sujetos eran en este orden, delincuentes contra la propiedad, mezcla de diversas tipologías delictivas, tráfico de drogas, delincuentes sexuales y delincuentes contra las personas (véase tabla 15.3).

TABLA 15.3

Tipologías delictivas predominantes en los programas de tratamiento

Tipologías delictivas	Número de programas	Número de sujetos evaluados/tratados
Contra la propiedad	12	3.356
Contra las personas	1	25
Delincuentes sexuales	2	16
Tráfico de drogas	2	720
Mezcla de varias tipologías delictivas	9	463
Total	26	4.580

Tipologías delictivas predominantes en los programas de tratamiento

Las intervenciones se llevaron a cabo en prisiones de jóvenes y adultos, en centros de reforma juvenil o en unidades específicas de esos centros o prisiones.

De todos estos programas en algunos los sujetos tratados fueron seleccionados por la gravedad y tipología de los delitos cometidos (especialmente sexuales) y en otros por razón de su violencia continuada en situación de internamiento.

Más interesante resulta el análisis de los modelos teóricos en que se fundamentaron estos programas y, consiguientemente, las estrategias o técnicas interventivas emprendidas, que han sido recogidas en la tabla 15.4.

TABLA 15.4

Estrategias/técnicas interventivas utilizadas en los diversos programas analizados

Técnicas utilizadas	Número de programas
Terapia de conducta (modelos operante y clásico)	1
Programa ambiental de contingencias (modelos operante y aprendizaje social)	2
Terapia cognitivo-conductual: habilidades sociales, reestructuración cognitiva, etc.	15
Comunidad terapéutica	5
Terapia psicológica/psiquiátrica no conductual	2
Endurecimiento regimental (modelo de prevención especial)	1
Total	26

15.6. Componentes principales de los programas aplicados

Veamos a continuación un detalle de las características más sobresalientes de las técnicas interventivas utilizadas con delincuentes violentos:

1. Terapia de conducta: En las terapias de conducta el modelo básico utilizado es el condicionamiento operante, cuya ley empírica del efecto establece que las consecuencias de una respuesta son un determinante de la probabilidad futura de esa respuesta. Una aplicación muy frecuente de la terapia de conducta con encarcelados viene constituida por las economías de fichas, cuyos elementos básicos son (Redondo, 1993): 1) se establece una serie de objetivos conductuales (higiene, cursos, programas laborales, reducción del consumo de drogas, de las agresiones y violencia, etc.); 2) se determina una serie de reforzadores o situaciones gratificantes (visitas familiares, dinero, reducciones de condena...); 3) se pondera la relación de valor entre conductas-refuerzos; 4) se estructura un sistema de fichas o puntos, que son entregados a los sujetos por sus logros conductuales, y que pueden intercambiar por los refuerzos. Como operadores de estos programas suelen actuar tanto terapeutas expertos como paraprofesionales previamente entrenados en técnicas conductuales.

2. Prograrna ambiental de contingencias: Se asienta sobre los modelos teóricos de condicionamiento operante y del aprendizaje social o cognitivo. Un ejemplo típico de este tipo de programas lo constituye

el sistema de fases progresivas, cuyos componentes básicos son los siguientes (Redondo et al., 1990): 1) se establece una serie de objetivos conductuales, que suelen abarcar toda la vida diaria de los sujetos; 2) se estructura una serie de unidades de vida o fases, distintas en exigencia de conducta y disponibilidad de reforzadores; 3) los sujetos son periódicamente asignados a unas fases a otras en función de sus logros conductuales. Para la aplicación de este tipo de programas se requiere la práctica implicación de todo el personal de la institución, liderados por un reducido grupo de expertos, que se encargarían del diseño, la supervisión y la evaluación de los mismos.

3. Terapia cognitivo-conductual: Se fundamenta en el modelo cognitivo conductual o de aprendizaje cognitivo. Tal vez el programa cognitivo-conductual más completo lo constituya el programa de competencia psicosocial (Ross, Fabiano y Garrido, 1991), cuyos elementos fundamentales serían los siguientes: 1) se evalúan los déficits cognitivos y de habilidades de interacción de los sujetos; 2) se trabaja con grupos reducidos (8-12 sujetos), en sesiones de 1-2 horas, 1-5 veces por semana; 3) se aplican las siguientes técnicas estructuradas: Solución de problemas cuyo objetivo es enseñar a los sujetos a reconocer situaciones problemáticas y generar soluciones a las mismas; entrenamiento en habilidades sociales útiles para la interacción más exitosa de los individuos con su entorno social (para ello, se emplean técnicas de modelado, role-play,
feedback y práctica estructurada); control emocional de cólera, etc., aprendiendo a anticipar situaciones y utilizar ciertas habilidades cognitivas para evitarlas; razonamiento crítico, mediante el que se enseña a los sujetos a pensar reflexiva y críticamente sobre su propia conducta y la de los otros; desarrollo de valores, técnica en la cual, mediante el trabajo sobre «dilemas morales», se enseña a los individuos a tomar una perspectiva social, poniéndose en el papel de los otros; habilidades de negociación, en donde se enseña a negociar como estrategia alternativa a la confrontación, y pensamiento creativo, programa en el que se procura desarrollar el « pensamiento lateral» o alternativo, frente a las más habituales soluciones violentas con que muchos delincuentes suelen abordar sus problemas. Son operadores corrientes de los programas cognitivo-conductuales, terapeutas expertos o educadores y para-profesionales entrenados en estas técnicas.

Dentro de las terapias cognitivo-conductuales se inscriben el mayor número de programas que hemos analizado (Hollin y Courtney, 1983; Hollin et al., 1986; McDougall et al., 1987; González y Gutiérrez, 1989; Garrido et al., 1989; McMurran, 1990, y Hopkins, 1991).

4. Comunidad terapéutica: Pretende abarcar toda la vida diaria de los sujetos; las relaciones encarcelados-personal son definidas como semejantes a las que deberían existir entre pacientes-enfermeros en un contexto terapéutico. Sus principales componentes son: 1) se eliminan los controles rígidos, o los sistemas de sanciones más habituales; 2) el control de la conducta de los sujetos se hace descansar en el propio grupo: en la comunidad, formada por encarcelados y personal; 3) tienen lugar asambleas periódicas de comunidad, para debatir los problemas existentes en la institución. Como operadores de una comunidad terapéutica suele mencionarse a todo el personal de la institución. Corresponden a esta modalidad interventiva los trabajos de Petterson et al. (1986), Robertson y Gunn (1987), Cooke (1989), Sánchez y Polo (1990), y Berggren y Svürd (1990).

5. Terapia psicológica/psiguiátrica no conductual: Incluimos en este apartado un conjunto heterogéneo de terapias fundamentadas en los modelos psicodinámico, médico, de terapia no directiva y otros (Dünkel, 1982; Cullen, 1987; y Day, 1988). Como elementos comunes a todos ellos aparecen los siguientes: 1) se efectúa un diagnóstico de la problemática psicológica de los individuos; 2) la esencia de la intervención consiste en sesiones individuales o de grupo, durante períodos prolongados, dirigidos a esclarecer las eventuales problemáticas personales subyacentes en los sujetos; 3) finalmente, se valora la posible recuperación de los « delincuentes-pacientes». Sus operadores deben ser terapeutas expertos.

6. Endurecimiento regimental: esta perspectiva se basa en el modelo doctrinal clásico de la prevención especial, según el cual la sanción penal produciría por sí misma efectos reductores de la conducta delictiva futura. Sus propuestas básicas son las siguientes: 1) se establece una estricta disciplina y supervisión de los sujetos, que afecta a toda su vida diaria; 2) se planifican actividades

obligatorias trabajo, gimnasia, etc.; 3) se aplica un sistema inflexible de sanciones. Corno operadores de este sistema aparecería todo el personal de la institución. Por fortuna, hemos encontrado esta orientación en sólo uno de los trabajos revisados (Thornton, 1987).

15.7. Resultados

En el conjunto 3e programas comentados se evaluaron indicadores de efectividad relativos a medidas de ajuste institucional, ajuste psicológico, medidas académicas y laborales, eventuales mejoras en las habilidades de los sujetos para la interacción y reincidencia. Los programas más efectivos fueron los de orientación conductual y cognitivo-conductual, en los que los sujetos tratados mejoraron en más del 50 por 100 de los indicadores medidos. Por ello, puede afirmarse que muchos de estos programas lograron, en un nivel satisfactorio, sus objetivos. Especial mención merecen los logros obtenidos en la reducción de las tasas de reincidencia. Éstas pueden cifrarse, en una primera aproximación, en ganancias promedio de entre el 10 y el 20 por 100. Esto es, tras la aplicación de estos programas, los grupos participantes en los mismos reincidieron entre el 10-20 por 100 menos que los grupos controles, no tratados.

También tuvieron efectividad, aunque menor, las terapias psicológico/psiquiátricas no conductuales. Sin embargo, resultó contraproducente, en términos de reincidencia y otros indicadores de efectividad, el mero endurecimiento regimental aplicado en uno de los programas revisados.

15.8. Conclusiones

El diseño adecuado de programas rehabilitadores y su aplicación consistente pueden afectar positivamente a la delincuencia violenta. Pueden, en primer lugar, producir mejoras en la humanización de los sistema de control, especialmente de las cárceles. Uno o varios programas educativos, laborales, psicológicos, etc., pueden convertir el contexto de una cárcel en un lugar más apacible, humano y rico en estimulación social para quienes la habitan. Pero no sólo eso. Además, muchos de estos programas pueden tener, sobre quienes son aplicados, efectos muy positivos en la reducción futura de sus eventuales acciones violentas.

Aunque ya contamos con programas de una moderada efectividad -especialmente aquellos que operan desde perspectivas conductuales y cognitivas (Lösel, en prensa), es también cierto que se deberá seguir trabajando para su mejora paulatina. En lo tocante a delincuentes violentos, esta mejora de programas requerirá, en opinión de Weiner y Wolfgang (1989): 1) una más cuidadosa identificación de los delincuentes violentos de alto riesgo y de los períodos de sus vidas en que este riesgo de violencia es mayor; 2) una mejor selección de aquellos que son persistentes y gravemente violentos, y de aquellos cuyas carreras delictivas violentas se encuentran en ascenso, y 3) finalmente, la necesaria identificación de aquellos individuos sobre quienes podemos pronosticar una continuidad o persistencia de la violencia en el futuro.
Es verdad que la intervención con delincuentes violentos no está exenta de dificultades. Una inicial tiene un cariz jurídico. Nuestro derecho penal es, por tradición y definición legal, un derecho garantista, que pivota sobre la culpabilidad como eje sine qua non para el inicio de cualquier actuación, en términos jurídicos, en materia de delincuencia. En cambio, desde una perspectiva psicológica de la delincuencia, con frecuencia sería necesario un mayor énfasis en una intervención preventiva, con sujetos de riesgo, antes de que hayan cometido acciones criminales violentas. Ahora bien, un

hipotético proceso de identificación de aquellos sujetos que se encuentran en alto riesgo de convertirse en delincuentes violentos podría llevar a la detección de «falsos positivos», y, en alguna medida, a una cierta penalización de grupos marginales o minorías no integradas en la sociedad (por ejemplo, a núcleos gitanos, emigrantes, etc.). Algo de esto sucedía antaño con la abolida Ley de Peligrosidad Social, de 1970, que permitía el control legal y el encarcelamiento de individuos por razón de un determinado estilo de vida, por encima de acciones delictivas concretas. Pues bien, nuestra primera dificultad estriba en la necesidad social de mantener un adecuado balance entre un principio de culpabilidad estricto -no actuar hasta que un sujeto haya delinquido- y la conveniencia de intervenir con anterioridad, en determinados casos, en beneficio de una protección comunitaria proactiva.

Un segundo problema, no menor, es de cariz tecnológico. Ya hemos argumentando la necesidad de más y mejores programas interventivos. Pero la intervención per se es insuficiente. Estamos requeridos de una mayor tecnología evaluativa a investigadora, sin la cual no puede avanzarse en el conocimiento criminológico. Para conocer la efectividad de los programas que aplicamos, se necesita emplear diseños de investigación a instrumentos de medida más potentes. Con demasiada frecuencia la evaluación de los programas de tratamiento adopta estrategias excesivamente toscas, sin apropiadas definiciones, sin grupos de control, sin mediciones previas a la intervención, sin medidas de seguimiento, etc.

Finalmente, la intervención con delincuentes violentos requiere a los psicólogos y otros profesionales de la criminología la adopción de una perspectiva ética y social. No debe perderse de vista, como han recalcado Morris y Braukmann (1987), que la delincuencia forma parte, en última instancia, de un determinado contexto social que la propicia con sus desigualdades, con la generación de bolsas de marginación, y con la falta de recursos educativos y laborales. Si, pese al trabajo invertido en generar programas de tratamiento de los delincuentes, no se promueven cambios estructurales en este contexto social, todos los esfuerzos que se realicen resultarán en gran medida baldíos.

16 Epílogo: ¿Se puede prevenir la violencia?

KARMELE SALABERRIA JAVIER FERNANDEZ-MONTALVO

16.1. Introducción

La respuesta a esta pregunta necesita estudios rigurosos y específicos. La falta de conocimiento sobre las causas de la violencia supone una limitación importante para su prevención. Si bien la intervención terapéutica puede resultar independiente de las causas que originan la violencia, desde una perspectiva preventiva resulta difícil implantar programas concretos si no se conocen adecuadamente los factores que la generan.

La prevención siempre se ha considerado el último eslabón de la cadena cuando se comienza a estudiar cualquier tema. La mayoría de los problemas médicos o psicosociales con los que se enfrenta la ciencia con el afán de erradicarlos pasan habitualmente por una serie de fases (De Paúl, 1988):

a) Descripción y estudio de los casos más serios y llamativos.

b) Elaboración de programas-piloto de tratamiento muy poco específicos.

c) Estudio a investigación de los factores causales del problema.

d) Desarrollo de programas de tratamiento más específicos y eficaces, que tienen en cuenta los posibles factores causales.

e) Desarrollo de investigaciones que tratan de identificar precozmente los posibles casos.

f) Estudio y aplicación de programas con un enfoque preventivo.

A lo largo de la historia siempre se han descrito detalladamente casos de tortura, violación, asesinato, robo, etc. Sin embargo, sólo recientemente se han intentado aplicar programas de tratamiento para las personas violentas. El estudio de los factores causales se halla en sus primeros pasos y la prevención está aún por hacer. De hecho, es el aspecto menos adecuadamente estudiado de la criminología aplicada. Aunque la idea general de la prevención del delito parece atractiva, autores como Empey (1974) y Bittner (1970) la consideran un sueño utópico.

Sin embargo, el hecho de que todavía no se conozcan con seguridad las causas de la violencia, no significa necesariamente que no existan acciones que se puedan

llevar a cabo para prevenir las actividades violentas y delictivas (Rutter y Giller, 1988).

Desde un punto de vista cronológico, se pueden distinguir tres tipos de prevención (Echeburúa, 1993):

a) Prevención primaria: Se realiza antes de que surja el problema y tiene como objetivo impedir su aparición; es el tipo de intervención más deseable. Se lleva a cabo fundamentalmente a nivel comunitario, intenta modificar los factores ambientales y personales relacionados con la aparición de la conducta problemática y se esfuerza por dotar a los sujetos de recursos múltiples para hacer frente a las situaciones difíciles. Va dirigida a tres tipos de sujetos: a la población general, a grupos específicos de la población y a sujetos de alto riesgo.

b) Prevención secundaria: Tiene como objetivo detectar y tratar tempranamente las conductas problemáticas. Actúa a través del diagnóstico precoz con la esperanza de que la detección de la alteración en momentos tempranos puede facilitar el tratamiento y/o hacerlo más rápido o eficaz. Este tipo de prevención puede ser considerada como una forma de intervención, pues se orienta a las alteraciones del comportamiento que ya están presentes.

c) Prevención terciaria: Se lleva a cabo sobre problemas que ya han sido objeto de tratamiento y tiene por objetivo evitar posteriores complicaciones y recaídas.

Es frecuente que los programas de intervención propuestos por diferentes autores abarquen más de un tipo de prevención de los anteriormente expuestos.

La prevención primaria, en el campo de la violencia, actúa, por una parte, sobre los factores ambientales (nivel socioeconómico, recursos disponibles por la población, medios de comunicación, escuela, etc.) y, por otra, sobre factores personales (características familiares, métodos de educación, consumo de alcohol y drogas, rasgos de personalidad, etc.) en la población general y en poblaciones o grupos específicos de alto riesgo.

La prevención secundaria se dirige principalmente a la detección precoz de conductas violentas en la población infantil y adolescente. Cuanto más joven se inicia una persona en conductas violentas, mayor es la probabilidad de que se establezcan pautas de comportamiento violentas relativamente estables y duraderas. Asimismo, la prevención secundaria se dirige también a impedir que la conducta violenta se instaure como hábito de comportamiento en aquellas personas que la han utilizado ocasionalmente. Este último aspecto es importante, puesto que, una vez surgido el primer episodio de violencia, la probabilidad de nuevos episodios (y por motivos cada vez más insignificantes) es mucho mayor (Corral, 1994).

La prevención terciaria va dirigida a impedir la reincidencia y facilitar la rehabilitación de aquellas personas que han sido tratadas por conductas violentas.

La prevención secundaria y la prevención terciaria van más a11á del objetivo de este epílogo. Éste se centra en los ámbitos de actuación de la prevención primaria de la violencia (tabla 16.1).

TABLA 16.1

Ámbitos de actuación de la prevención primaria de la violencia

Intervención en factores ambientales:
— nivel socioeconómico; — medios de comunicación; — escuela.
Intervención en factores individuales:
— familia: métodos de disciplina; — características personales; — consumo de alcohol y drogas.

16.2. Factores ambientales

16.2.1. Nivel socioeconómico

Dentro de los factores ambientales, el nivel más global y amplio de la prevención va encaminado a reducir situaciones de pobreza, marginalidad, hacinamiento, falta de recursos y oportunidades. Éstos se consideran factores influyentes en el desarrollo de la violencia. Para ello resulta necesaria la adopción de medidas políticas, económicas, legales, sociales, etc. que eliminen, en la medida de lo posible, todas las frustraciones inútiles, privaciones, injusticias y castigos impuestos externamente. En otras palabras, se trata de conseguir una nivelación sociocultural y económica que va más a11á de unas medidas meramente psicológicas.

16.2.2. Medios de comunicación

A un nivel más específico, resulta necesario intervenir en los medios de comunicación, que parecen haber tenido efectos indeseados sobre el aumento de la violencia entre los adolescentes. Bandura (1973), en sus múltiples experimentos, ha demostrado la importancia de la observación de conductas violentas en el desarrollo del comportamiento agresivo. En la mayor parte de las películas, series televisivas y dibujos animados, la violencia se considera como una vía adecuada para conseguir determinados fines, pues los protagonistas habitualmente logran sus objetivos mediante el recurso a ella.

Por ello, es necesario tomar medidas específicas en las que los medios de comunicación (televisión y cine principalmente) alteren sustancialmente el contenido violento de sus programas, eliminando imágenes a historias que representan brutalidad
y crueldad. Ello exige prescindir de las escenas de violencia gratuita, de las conductas agresivas impregnadas de realismo y de las dramatizaciones excesivamente emotivas. En concreto, la violencia televisiva que aumenta el comportamiento agresivo en los niños y jóvenes es la presentada en secuencias homologables a la vida ordinaria, y no tanto la de las películas de guerra y peleas de dibujos animados, que los sujetos perciben como ajenas a su realidad.

En todo caso, la cantidad máxima de televisión que debe ver un niño de cualquier edad no debe superar los 60 ó 70 minutos por día. Es posible que todas estas medidas tengan beneficios limitados pero posiblemente útiles (Rutter y Giller, 1988).

16.2.3. Escuela

Dentro de los factores ambientales, uno de los más importantes para la enseñanza de conductas altruistas, de convivencia con otras personas, de respeto mutuo, etc., es la escuela. Aunque es probable que la intervención en la escuela dé lugar a pequeñas reducciones en la violencia, parece útil intervenir porque: 1) todos los niños van a la escuela y, por tanto, cualquier beneficio afectaría a la totalidad de la población y no solamente a un pequeño grupo; 2) la intervención en la escuela probablemente tendría otros beneficios aparte de los efectos sobre la violencia, y 3) los cambios propuestos implican un desembolso económico mínimo (Rutter y Giller, 1988).

Es importante no reforzar los comportamientos violentos y comenzar a fomentar las conductas no agresivas (solidaridad, altruismo, etc.), así como enseñar a los niños a utilizar las habilidades de conversación y el razonamiento. De hecho, la comunicación cierra el paso a la conducta agresiva. Asimismo, en la escuela se han de incluir acciones que sirvan para establecer valores y normas de conducta como formas básicas de disciplina.

En los últimos años, se han desarrollado programas de intervención en el ámbito educativo con el objetivo de fomentar conductas prosociales ,y enseñar a controlar la agresión, que pueden ser útiles para la prevención primaria de la violencia (Garaigordóbil, 1992; Jaffe, Suderman, Reitzel y Killip, 1992; Larson, 1992; Spivak, Hausman y Prothrow-Stith, 1989).

Spivak et al. (1989) realizaron un proyecto de prevención de la violencia aplicable a nivel comunitario [Violence Prevention Project (VPP)]. El proyecto iba dirigido a jóvenes con el objetivo de prevenir los resultados sociales negativos de la violencia. En este proyecto se incluían campañas en los medios de comunicación para advertir a la población general de los efectos de la violencia, aumentar la conciencia del problema y dar información sobre los factores de riesgo asociados. Además, se utilizó a personal entrenado para trabajar con jóvenes sobre aspectos de resolución de conflictos y de la ira y proporcionarles técnicas alternativas para su control.

Jaffe et al. (1992) evaluaron la efectividad de un programa para prevenir las agresiones a la mujer y la violencia. La muestra estaba compuesta por 737 adolescentes (379 chicos y 358 chicas). La intervención breve incluía una explicación sobre las agresiones a la mujer, así como datos sobre la violencia, a los que seguía una discusión en clase dirigida por los profesionales de la comunidad. Se encuestó a los sujetos antes de la intervención, inmediatamente después y a las 5 ó 6 semanas de finalizarla. Se encontraron diferencias en la evaluación realizada al terminar el programa en actitudes positivas, conocimiento a intenciones de cambio de conductas. Estos resultados se mantenían en el seguimiento en ambos sexos, si bien las mujeres mostraban un número mayor de actitudes positivas.

Larson (1992) aplicó en la escuela un programa basado en los principios cognitivo-conductuales para el control de la agresión. Constaba de 20 sesiones distribuidas en 5 semanas. La muestra estaba compuesta por 22 adolescentes con una media de edad de 14 años, procedentes de un medio urbano. El programa estaba dirigido hacia las conductas agresivas en la escuela, al control de la ira y a la regulación de las tendencias a actuar de forma antisocial. Incluía la utilización del video para el modelado, autoinstrucciones, resolución de problemas y autorregistros. Se encontraron diferencias significativas en las conductas agresivas entre el grupo de control, compuesto por 15 sujetos, y el grupo que recibió la intervención. Estas diferencias se mantenían en el período de seguimiento.

En nuestro país también se han llevado a cabo programas similares de intervención escolar (cfr. Garaigordóbil y Maganto, 1994). En concreto, en el programa de Garaigordóbil (1992) se incluyen la acción, la comunicación y la interacción cooperativa entre iguales, con el objetivo de instaurar conductas prosociales, prevenir dificultades de relación interpersonal y potenciar el desarrollo integral.

La muestra estaba compuesta por 178 niños del ciclo inicial y 53 niños del grupo de control. Se aplicaron 22 sesiones de juego, que tenían una periodicidad semana¡, duraban de 60 a 90 minutos a incluían de 4 a 5 actividades lúdicas. Este programa estaba compuesto por 60 juegos que implican la cooperación entre los participantes, aprender a escuchar, dar ayuda a los demás, etc.

Los resultados ponen de manifiesto la mejora en la socialización y un aumento significativo de las conductas sociales positivas de liderazgo a iniciativa asociadas al espíritu de cooperación. Asimismo, se observó una mayor jovialidad o alegría, un mayor número de conductas amistosas en la interacción social y una mayor sensibilidad social y conductas de ayuda ante los más marginados.

Por otra parte, el programa logró una disminución de las conductas perturbadoras para la socialización, como las relacionadas con agresividad, terquedad, apatía, retraimiento, ansiedad y timidez. Estas mejoras se apreciaron no sólo en el comportamiento en el aula. sino también fuera de ella. Además, se consiguió un mayor respeto por las normas y un mayor autocontrol de los impulsos. Todo ello llevó a una mejora en la adaptación social global de cada niño en el aula.

16.3. Factores individuales

16.3.1. Familia

Los niños cuyo nacimiento no es deseado por sus padres, cuyas madres son adolescentes, que crecen en familias muy numerosas sin recursos o que no establecen vínculos afectivos positivos, están expuestos a un alto riesgo de sufrir y cometer conductas violentas.

Los niños que viven con sus padres en un ambiente familiar inestable a intranquilo, sin disciplina, que son objeto de malos tratos en su infancia, que viven en la calle, o que son educados en instituciones o reformatorios con un cambio frecuente de cuidadores, carecen de modelos adultos para comportarse adecuadamente y tienen dificultades para establecer lazos afectivos. Por ello, constituyen otro grupo de alto riesgo.

La prevención a este nivel iría dirigida, en primer lugar, a detectar precozmente este tipo de situaciones de alto riesgo. En segundo lugar, a ofrecer a los padres programas que enseñen las habilidades necesarias para el cuidado de los hijos y para el afrontamiento de las situaciones conflictivas intrafamiliares, así como métodos de disciplina no violentos.

Boileau (1989) describe los objetivos, actividades y resultados de dos organizaciones comunitarias que se dedican en Quebec (Canadá) a prevenir la violencia familiar. «Padres Anónimos» ofrece apoyo a los padres con tendencia a perder el control y ser violentos con sus hijos, y «Opción Grupal» proporciona tratamiento en grupo a los hombres que abusan de sus mujeres a hijos.

16.3.2. Métodos de disciplina

El castigo ejercido de forma sistemática genera la aparición de conductas agresivas en el castigado (Echeburúa, 1988). Castigar frecuentemente a un niño por ser agresivo no es un sistema eficaz para reducir la agresión, ya que el castigo es en sí mismo un acto agresivo. Los niños que son castigados con frecuencia aprenden a ser agresivos. Si no muestran la agresión con sus padres, pueden desplazarla a otros niños más débiles, a hermanos más pequeños, a animales o a los juguetes (Lindzey, Hall y Thompson, 1978).

Si los padres animan o aprueban la agresividad de sus hijos, los niños cada vez serán más agresivos. Incluso no es necesario que el refuerzo sea directo. La observación de la agresividad de otra persona que está siendo recompensada o aceptada por ello es suficiente para hacer a un sujeto más agresivo (Bandura, 1973).

Es importante enseñar a los padres formas de evitar o superar el castigo físico. No se puede enseñar a los hijos que no peguen pegándoles cuando lo hacen, como no se puede enseñar a que no griten gritando nosotros cuando lo hacen. Lo adecuado es encontrar modos de reaccionar a la agresión que no sean agresivos, como la discusión razonada o la evitación de situaciones que hacen sentirse irascible. El oponer ira a la ira, o agresión a la agresión, sólo contribuye a intensificar el problema y no es probable que ayude a alcanzar una solución equitativa. Es necesario corregir en los niños conductas de brutalidad temprana -y no reforzarlas nunca- referidas al trato con los animales, a la destrucción de objetos colectivos, etc.

16.3.3. Características personales

Los niños con un nivel intelectual bajo, con un escaso rendimiento escolar y una personalidad dependiente pueden experimentar una pérdida de autoestima y una necesidad de autoafirmación por

medios violentos (Corral, 1994). De ahí la importancia de la detección precoz de estos casos por parte del maestro en la escuela.

Existen determinados rasgos de personalidad en los niños que se consideran factores de riesgo para el desarrollo de la conducta antisocial. Destacan entre otros la extraversión, la impulsividad, el déficit por atención, la osadía, la búsqueda de sensaciones (búsqueda de excitación y desinhibición) y la ausencia de empatía (Farrington, 1990). Estos rasgos pueden llevar a transgredir normas de conducta, a probar situaciones nuevas y de riesgo y a fracasar en la escuela. Todo ello aumenta la probabilidad de desarrollar posteriormente conductas antisociales. Según Hawkins, Von Cleve y Catalano (1991) y Lochman (1992), hay una clara relación entre la conducta agresiva en la infancia y el posterior desarrollo de conductas violentas y abuso de drogas en la adolescencia.

Sin embargo, la relación entre fracaso escolar, factores de personalidad (como la hiperactividad y el déficit de atención) y el desarrollo de conductas violentas dista de estar clara. Existen tres posibles vías para el establecimiento de relaciones causa-efecto entre estos factores (Loeber, 1990): la primera, que el fracaso escolar predisponga a la violencia; la segunda, que los problemas de atención a impulsividad originen problemas de lectura y fracaso escolar, lo que haría más probable la aparición de comportamientos agresivos, y la tercera, que los problemas de atención a impulsividad faciliten tanto el fracaso escolar como el desarrollo de conductas violentas.

Resulta difícil diseñar programas de prevención concretos para este tipo de niños y se desconoce el alcance que dichos programas puedan tener. Se han desarrollado, sin embargo, algunas intervenciones específicas con niños agresivos (Hawkins et al., 1991; Lochman, 1992).

En el estudio de Hawkins et al. (1991) se llevó a cabo un programa de entrenamiento con padres y profesores de 458 niños de Seattle (285 pertenecientes a un grupo experimental y 173 a un grupo de control).

El programa desarrollado con los padres duraba 7 semanas y constaba de un entrenamiento en habilidades de supervisión de la conducta de los niños, en el use apropiado de recompensas y castigos, en el empleo de prácticas de disciplina consistentes en la utilización de habilidades de comunicación y en la implicación de los niños en actividades familiares. Todo ello se realizó mediante el modelado, ensayos de conducta, feedback y tareas para casa.

El programa desarrollado con los profesores tenía como objetivos aumentar el rendimiento académico, reducir la conducta antisocial y crear vínculos de apego, así como actitudes positivas, hacia la escuela. El programa constaba de tres bloques. El primero (participación activa en clase) estaba diseñado para prevenir problemas de conducta. Los profesores aprendían a dar instrucciones claras y reglas sobre el comportamiento en el aula. Además, aprendían a utilizar intervenciones menos

alteradoras de la dinámica de la clase. Este bloque incluía el use del refuerzo positivo para instaurar conductas deseables en clase y aumentar el vínculo entre el estudiante, el profesor y la escuela. El segundo bloque (entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales) consistía en enseñar a los profesores habilidades de comunicación, toma de decisiones y resolución de conflictos. Se utilizó para ello la técnica de solución de problemas desarrollada por Spivack y Shure (1982). En el tercer bloque, se utilizaba la enseñanza programada como forma de aprendizaje.

Ambos programas se evaluaron al cabo de dos años de su implantación. Los resultados mostraron una reducción en las tasas de agresividad de los niños blancos y en las tasas de conducta autodestructiva en las niñas blancas del grupo experimental con respecto al grupo de control. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los niños y niñas negros del grupo experimental y de control.

Los autores intentan explicar este hecho señalando que, de los 37 profesores incluidos en el estudio, 31 eran blancos. Este hecho cobra especial relevancia debido a que el método principal de evaluación era la versión para profesores de la escala de observación de Achenbach y Edelbrock (1986) [Child Behavior Checklist (CBLS)].

Lochman (1992) llevó a cabo un programa con una muestra de 145 niños, distribuidos en tres grupos (31 sujetos agresivos que recibieron una intervención para el control de la ira; 52 niños agresivos que no recibieron tratamiento, y 62 niños no agresivos).

Se realizó una intervención cognitivo-conductual, que constaba de 12 a 18 sesiones semanales de 45 a 60 minutos, para el control de la ira. La intervención consistía en: a) establecer reglas grupales y refuerzos contingentes a su cumplimiento; b) utilizar autoinstrucciones para inhibir la conducta impulsiva; c) identificar los problemas y las estrategias utilizadas por los niños para resolverlos; d) generar nuevas alternativas de solución de problemas; e) observar modelos de niños que saben controlar la ira; J) realizar ensayos de conducta y grabarlos en vídeo, y g) utilizar la discusión, el role-playing y el diálogo para ayudar a los niños en sus problemas actuales.

Según los resultados obtenidos en el seguimiento efectuado a los tres años, los que recibieron este programa presentaban menores tasas de consumo de alcohol y drogas, mayores niveles de autoestima y mayores niveles de habilidades para la resolución de problemas. El programa repercutió en una mejoría del comportamiento en el aula, si bien se desconocen los efectos a más largo plazo.

Tras la realización del estudio, Lochman (1992) plantea ciertos aspectos que pudieran mejorar el programa de intervención propuesto. En concreto, un aumento del periodo de tratamiento, un mayor énfasis en los aspectos de cognición social y una implicación de los padres, así como de otras personas significativas para los niños, podrían llevar a un mayor éxito en las intervenciones cognitivo-conductuales.

16.3.4. Consumo de alcohol y drogas

El consumo temprano de alcohol y drogas está relacionado con las conductas violentas (Laberg, Fauske y Loberg, 1989; Loeber, 1990). De igual forma, la presencia de conductas antisociales en la infancia facilita el abuso de alcohol y drogas en la adolescencia (Kellam y Brown, 1982).

Por otra parte, el consumo de alcohol y drogas en la población adulta se asocia también a niveles altos de violencia. La relación entre violencia y consumo de sustancias actúa en tres frentes. En primer lugar, el consumo de sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, puede facilitar la aparición de conductas violentas. En segundo lugar, el consumo de alcohol, a pesar de ser un depresor del Sistema Nervioso Central, puede facilitar también la aparición de conductas violentas por su efecto desinhibidor sobre el comportamiento. A su vez, la combinación de alcohol con sustancias estimulantes como las anfetaminas, o con sustancias depresoras como el hachís, puede potenciar las conductas violentas. Por último, el síndrome de abstinencia de los opiáceos (la heroína, fundamentalmente), así como el temor a experimentarlo, puede llevar a cometer actos violentos.

Estos hechos tienen importantes implicaciones, pues los programas preventivos de las conductas adictivas pueden repercutir de forma indirecta en la prevención de la violencia.

16.4. Conclusiones

Aunque se conocen algunos factores que predisponen a la violencia, existe una considerable diferencia entre identificar un factor dañino y saber cómo eliminarlo o reducir sus efectos. No existen

programas preventivos disponibles que reduzcan la violencia considerablemente. No obstante, existen algunas medidas preventivas que pueden tener un impacto pequeño pero útil.

La mayor parte del éxito de la medicina preventiva proviene de las medidas de alto alcance de salud pública (tales como la mejora de la sanidad y nutrición) o de las medidas personales diseñadas para modificar la predisposición individual (tales como la vacunación). Sin embargo, no existen paralelismos conocidos en criminología. Mientras se cuenta con algunas acciones que habrían de llevarse a cabo con respecto a las variables de alto riesgo, que influyen sobre la predisposición individual, no hay acciones específicas que reduzcan la violencia. Las intervenciones ecológicas, como posibles cambios en las escuelas, en la comunidad o en los medios de comunicación, son susceptibles de ser exploradas más a fondo, aunque es difícil estimar cuánto se podrá conseguir por estos medios (Rutter y Giller, 1988).

La implantación de programas preventivos concretos necesita un mayor conocimiento de: 1) las bases de la violencia; 2) los grupos de riesgo; 3) la modificación de los factores de riesgo, y 4) la evaluación a largo plazo de dichos programas para conocer su eficacia. Probablemente, los programas que proporcionen alternativas

a la violencia física que fomenten la discusión razonada y la búsqueda de sensaciones o de estimulación en el deporte pueden constituir un camino a seguir. Desde esta perspectiva, la sublimación de la agresividad se ha de producir a través del trabajo, la creatividad y el deporte.

Los factores sociológicos y económicos constituyen, sin duda, la causa más importante a nivel global de la conducta violenta. Pero el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas y de razonamiento moral y el establecimiento de ciertos estilos de pensamiento (vinculados al tipo de integración familiar y escolar experimentado en la infancia y la adolescencia) pueden explicar la opción individual para comportarse de una forma social o de una forma violenta (Echeburúa, 1991).

En la actualidad, y probablemente en el futuro, será difícil conocer el alcance real de las medidas de prevención comentadas anteriormente. Sin embargo, esto no debe ser un obstáculo para planificar, en la medida de lo posible, acciones específicas que incidan en los factores de riesgo, ya que siempre merecerá la pena intentarlo.