

# **C**UADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol.4, número 1, 2004



## **S**OBRE **V**IOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez  
(Compilador)

*Fundada en 2001*

*Director:* Víctor Aparicio Basauri

*Subdirector:* José Filgueira Lois

*Secretario de Redacción:* José A. Fernández Menéndez

*Consejo de redacción:* Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Alberto Durán Rivas, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández y Juan José Martínez Jambrina.

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)  
Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

*e-mail:* aenasturias@hotmail.com  
www.asoc-aen.es

*Ilustración de la cubierta:* Francis Bacon  
Study for Chimpanzee, March 1957. Colección Peggy Guggenheim.

*Reservados todos los derechos.* Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

*Número de ejemplares:* 750

*Depósito legal:* AS – 3.607 – 01

*ISSN:* 1578/9594

*Impresión :* Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

*Periodicidad:* Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 4 - Núm. 1 - 2004

---

**EDITORIAL** ..... 5

### ARTÍCULOS ORIGINALES

**De qué hablan los psiquiatras cuando hablan de agresión.**

*Guillermo Rendueles Olmedo* ..... 7

**Generación y regeneración de la violencia contra las mujeres.**

*Yolanda Fontanil Gómez, Esteban Coto Ezama, y Roxana Fernández Galán* ..... 37

**La violencia contra las mujeres**

*M<sup>a</sup> Concepción Fernández Pol* ..... 53

**Procedimientos terapéuticos con hombres que agreden a sus mujeres**

*Jose Antonio Muñiz Torrado y Manuel Lopo Lago* ..... 65

**Qué se puede hacer con los agresores de mujeres**

*Raquel Espantoso San José* ..... 75

**Población penitenciaria asturiana: tratamiento psicológico para agresores sexuales**

*Ana Suárez Pérez* ..... 87

### INFORMES

Declaración de Toledo ..... 101

**RESEÑAS** ..... 105

**REUNIONES CIENTÍFICAS** ..... 117

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 122

## Editorial

### Sobrevolando violencias

Tras varios y diseminados paseos peripatéticos, destinados a descorchar una presentación del presente número, y en vista de la incapacidad para apartar de mi mente el eco de la palabra poder cuando pienso en violencia, agarro por las solapas el M<sup>a</sup> Moliner, buscando no sé si luz o consuelo, y destilo lo que, sobre el término violencia, declara: “*Cualidad de violento...Fuerza. Utilización de la fuerza en cualquier operación. Hacer violencia a (sobre) alguien: Violentar. Forzarle de cualquier manera a hacer lo que no quiere hacer.*” “Me gusta el término violentar, se me adapta mejor. Continúa más adelante: “*Violentar: obligar o forzar a una persona en cualquier forma a hacer cierta cosa que no hace con gusto*”. Definitivamente violentar lava más blanco.

Como varios artículos se intitulan con variadas referencias a la palabra agresión, vuelvo a bucear en el corazón de M<sup>a</sup> (Moliner). “*Agredir: Atacar. Lanzarse contra alguien para herirle, golpearle o causarle cualquier daño.*” Como que se me queda corto. Echo de menos la vertiente relacional del término violentar. Si adoptáramos éste vocablo, algo se complicarían los términos al uso en la actualidad: diríamos violentador y violentado, con sus variantes violentadora y violentada. Pero continuamos sin decir nada acerca de la legitimidad de la acción.

Marina (Diccionario de los sentimientos), buscando las dimensiones para definir los sentimientos, incluye la agresión dentro de los vectores del dinamismo emocional: “*Impulso a ir contra algo: agresión*”. Podríamos parafrasearlo sosteniendo que la agresión es el impulso contra alguien para conseguir algo de esa persona, un método para perpetuar una relación de poder espuria. Ahora nos deslizamos hacia el olvidado mundo de los valores. Cuando sobrevolamos la violencia como centro de atención, siento la necesidad de explicitar los valores como persona, como terapeuta. Los temas que ocupan este monográfico lindan en ocasiones con la acción social, con las propuestas políticas, pues trascienden el ámbito de lo personal o microsocioal. Si reflexionamos sobre lo que observamos en el laboratorio secreto de nuestras consultas, cobraremos conciencia de la necesidad de promover actitudes nuevas, que la ciudadanía asuma, para organizar la convivencia entre las personas. Apoyaríamos acciones sociopolíticas que prevengan, imposibiliten, o dificulten la aparición de los contextos donde se desarrolla la violencia. Por ejemplo, respaldaríamos algunas propuestas (EL PAIS, 25/5/2004) que alertan acerca de los efectos de la política actual de los medios de comunicación, cuando cuentan agresiones de hombres a mujeres, basada en la alharaca y el morbo: amedrenta a futuras víctimas, y presta apoyo indeseado a los agresores.

Imposible abarcar el poliformismo de la violencia en el marco de la presente edición: violencia de género (o, siguiendo la propuesta de la Real Academia Española, violencia por razón de sexo, o incluso violencia doméstica), de padres a hijos, viceversa, a los ancianos, a los pobres esclavos de lo que han dado en llamar trabajo, a los inmigrantes, entre iguales, entre países, en la escena terapéutica. La violencia organiza las relaciones, con o sin legitimidad. Cada uno de estos temas merecería al menos un monográfico. Por el momento nos conformamos con el Cuaderno que tiene entre las manos. La mayoría de sus trabajos corresponden a ponencias presentadas en el Seminario *Perspectivas sobre la agresividad y violencia*, organizado en marzo de 2003 por la Escuela de Salud Mental de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Posteriormente se incorporó el trabajo “La violencia contra las mujeres”. Es de buena ley agradecer a los autores, y al resto de colaboradores, sus esfuerzos, pues gracias a ellos esta publicación llega a buen puerto.

# ¿De qué hablan los psiquiatras cuando hablan de agresión?

That they speak the psychiatrists when they speak of agresion?

Guillermo Rendueles Olmedo

*Psiquiatra*  
Centro de Salud Mental. SESPA  
Gijón

## RESUMEN

*El crimen o el pequeño maltrato agresivo son conductas que interpelan a su desciframiento a los distintos saberes humanos. En este texto se sitúa la respuesta siquiátrica como una interpretación alejada tanto de la ciencia-etología, neuropsicología-como del saber común y la moral práctica pero cercana a las ciencias disciplinares forjadas en juzgados y cárceles. Califico la teoría psi sobre la gestión del mal como un discurso retórico y augurico (poner orden en un suceso que no lo tiene) con escasa capacidad descriptiva o pronóstica. Por ello abogo por una retirada de lo psiquiátrico de ese campo pericial o terapéutico de las conductas agresivas porque de lo que no se sabe más vale callar.*

**Palabras clave:** agresividad, peritación psiquiátrico-forense, locos-criminales, vergüenza.

Si el significado de un término se define por su uso, los psiquiatras deben ser los científicos mejor situados para construir el término agresividad dada la elevada frecuencia con la que una conducta es calificada como tal en los diálogos psicoterapéuticos. Hay conductas hetero agresivas y auto agresivas, hay agresividad manifiesta pero también la-

## ABSTRACT

*Aggressive behaviour ranging from minor abuse to criminal acts cry out for deciphering by the human sciences. In this article I argue that its interpretation in psychiatric terms is as far removed from ethological and neuropsychiatric approaches as it is from common sense and practical morality. In fact, the psychiatric approach has far more in common with the disciplinary sciences forged within courts of law and penitentiary institutions. I characterize the psi theory on the management of evil as a rhetorical and soothsaying discourse, seeking order in events which intrinsically lack it, with little descriptive or predictive power. As a consequence, I go on to advocate a complete withdrawal of psychiatry from the field of forensic evaluation or treatment of aggressive behaviour, for 'whereof one cannot speak, thereof one must be silent'.*

**Keywords:** aggression, aggressivity, forensic psychiatry, psychiatric evaluation, criminally insane, shame.

tente, hay personalidades agresivas pero también pasivo-agresivas. La agresividad ilumina psicobiografías criminales pero al tiempo descubre bajo la santidad filantrópica la sublimación agresiva. La formación reactiva frente a la agresividad justifica, la elección de algunas profesiones "ambivalentes" como las de cirujano donde hacer sangre

con el bisturí pone en acto lo agresivo de forma socialmente útil.

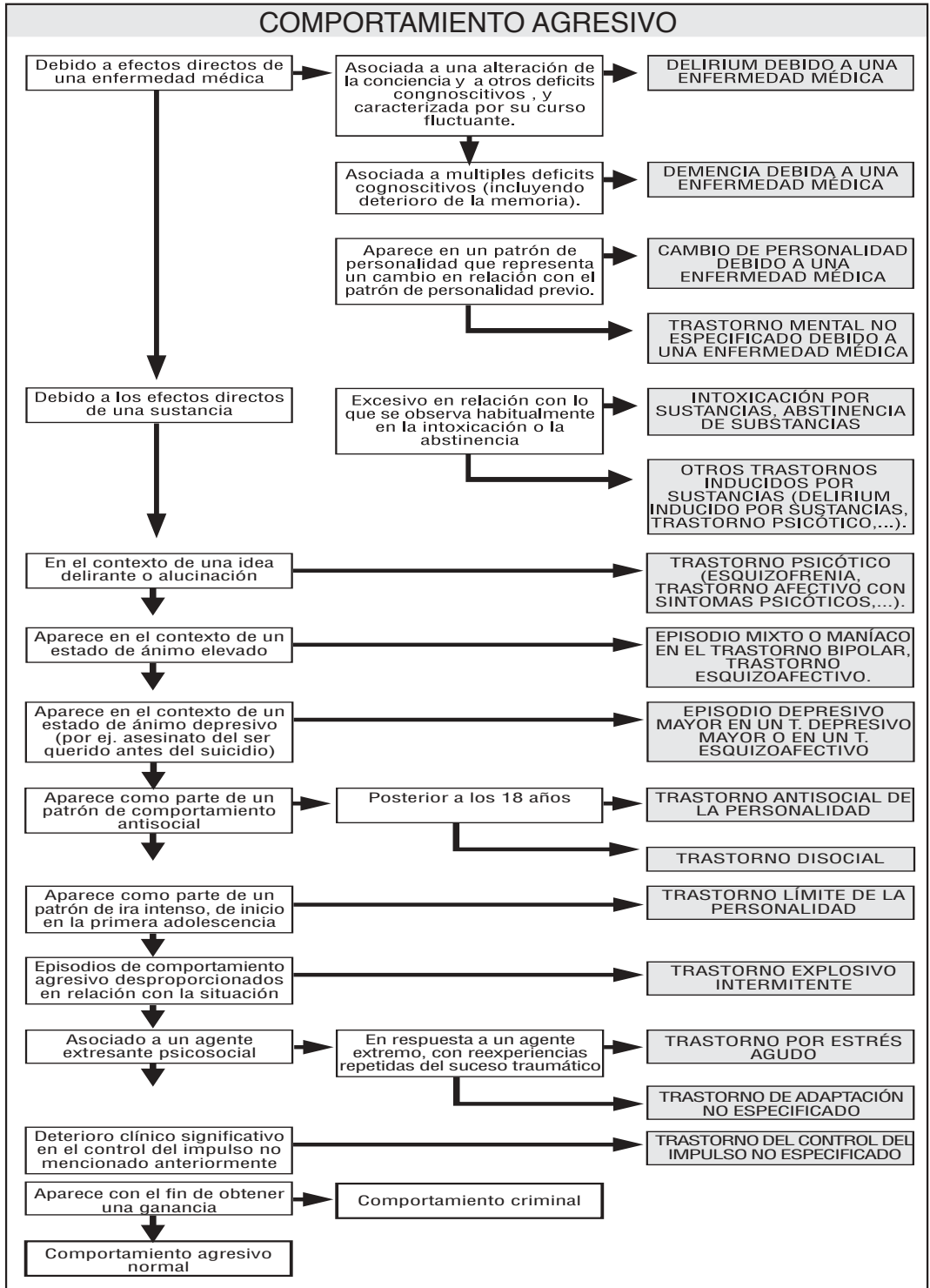
La práctica psiquiátrica ha logrado normalizar administrativamente sus diagnósticos y aparecer como una disciplina médica “basada en la evidencia”, articulando un árbol de decisiones diagnósticas consensuadas en uno de los Manuales de Diagnóstico Diferencial del DSMIV. En dicho texto se ofrece doce categorías en las que la conducta agresiva puede ser el indicio sintomático que conduce a varios diagnósticos psicopatológicos. Como podemos ver en el cuadro adjunto, el árbol de decisiones incluye prácticamente toda la patología psiquiátrica con lo que agresividad se convierte en un término tan polisémico que cualquier queja sobre un trastorno de conducta propio o ajeno puede ser reconducido hasta ser enmarcado en el campo de lo agresivo entendido como síntoma de trastorno mental. Psiquiatrización que induce una genealogía aparentemente simple de lo agresivo como proyección de estados internos, pero que produce un cambio moral profundo ya que como intentare mostrar tiene como resultado la descalificación de los actos morales convirtiendo el problema del daño agresivo o las relaciones de maltrato familiar en un síntoma a tratar en el marco de la medicina.

Un uso tan extenso e inclusivo de la calificación agresiva para tan variadas conductas humanas, contrasta con la ausencia de precisión en los textos psiquiátricos para definir psicopatológicamente tanto la agresividad en general, como los puntos de corte entre la agresividad normal-patológica. Agresividad es un término que por ejemplo no aparece ni en el índice alfabético de materias del Manual de Diagnóstico de la DSMIV<sup>1</sup>, ni tampoco en el texto sobre Estudio de Casos del mismo manual. En otros prestigiosos manuales psiquiátricos como el de Talbot<sup>2</sup> la definición tiene tal simplicidad que se aleja no solo de cualquier

significación precisa, sino que empobrece el significado coloquial del término. Talbot define la agresión como “Acción Forzada física, verbal o simbólica.... Puede ser conveniente y auto protectora como en la asertividad o inadecuada como en el caso de la conducta hostil o destructiva”<sup>3</sup>. Si acudimos a glosarios específicos de términos psiquiátricos como el de Lise Moor<sup>4</sup>, encontramos una simplicidad aun mayor “Agresividad: tendencia caracterológica a atacar, buscar la discusión y a pelearse”.

Las definiciones y las clasificaciones cerradas a lo popular son el rasgo específico de cualquier saber científico que se define por el uso preciso de unos lenguajes bien definidos. La psiquiatría no ha logrado en absoluto ese cierre de categorías. Tiene fiebre o no, padece reumatismo son afirmaciones médicas que descalifican y excluyen cualquier declaración popular de sentirse febril o con dolores reumáticos ya que la fiebre se mide con un termómetro que separa lo normal-patológico y los síndromes reumáticos por unos datos de laboratorio que coinciden con uno síntomas. Las nuevas “enfermedades de la doxa” como la fibromialgia o el cansancio crónico quieren violar esa norma con los equívocos términos de lo psicossomático, imponiendo una nosología popular que tan solo refleja el consentimiento con la demagogia de la medicina del bienestar y el acobardamiento médico para usar los términos clásicos de ventajas con el síntoma o queja por simulación de enfermedad.

El método para despsiquiatrizarse las perversiones sexuales mediante un referéndum en un congreso de la APA, que evitó cualquier discusión académica entre expertos, muestra la pereza de un gremio que tuvo hasta ayer entre sus dogmas que la perversión es el negativo de la neurosis, y se desembaraza sin más de ambos términos. Referéndum que al confirmar sin más la



versión de los lobbies gays, evita también cualquier autocrítica de los gremios psiquiátricos<sup>5(a)</sup> y muestra en caricatura como las clasificaciones psiquiátricas son un doble poco elaborado del equilibrio entre un saber común y un poder pastoral que impone o excluye lo tratable como enfermedad psiquiátrica en un tiempo y un país (para bulimias están las adolescentes etíopes o para mobbing los niños esclavos que hacen alfombras en Pakistán).

## AGRESIVIDAD Y ETOLOGÍA

Uno de los efectos de esta hegemonía de las DSM por la vía administrativa del consenso (justo lo opuesto al descubrimiento científico, que es tal por su disenso con el paradigma dominante), fue abortar el refinamiento analítico que la fenomenología había logrado para diferenciar los sentimientos humanos. Tristeza era un término crudo según Jaspers que requería ser matizado por su pertenencia a uno de los estratos anímicos que comprendían desde lo corporal a lo espiritual. La tristeza endógena o la vital debía diferenciarse de la tristeza psíquica o la espiritual en un cuidado dialogo que exigía una escucha capaz de captar el “temple de animo”<sup>6 (b)</sup> de cada paciente. Pero como los antidepresivos de nueva generación actúan de forma indiferenciada sobre todas las formas de tristeza, mejor diagnosticar con esa guía sintomática que define la depresión con criterios de “Casi”: casi todos los días me encuentro triste o casi ningún día me encuentro feliz con lo que

hago que enseña la DSMIV. De ahí que la primera constatación de este escrito es que la aceptación del uso común del termino agresión en los diálogos psiquiátricos lo aleja de las ciencias duras que estudian la agresividad, tanto a nivel descriptivo- la Etología- como causal -la genética y la neurofisiología cerebral-, y lo acerca a la gestión del mal por el derecho y las practicas penitenciarias. En otras palabras que de lo bio-psico –social poco y mucho de practica disciplinaria.

La primera sorpresa que depara la bibliografía etológica, de Lorenz a Wilson<sup>7</sup>, al psiquiatra es la pluralidad descriptiva de lo agresivo que lejos de conducir a un árbol diagnostico debe ser entendido siempre como agresividades: territoriales, entre machos, inducidas por el miedo, maternales, instrumentales, moralizadoras e incluso rituales (los duelos canoros que escuchamos estos días de primavera son torneos no sangrientos para disputarse los territorios donde anidar en el bosque). Frente a la ambigüedad de las sintomatologías psi, la precisión de los rasgos conductuales del etograma deberían ser un ejemplo de una semiología bien hecha<sup>8</sup>.

La segunda sorpresa consiste en que los programas de conducta agresiva si bien son programas conductuales determinados genéticamente, no son automatismos motores con un funcionamiento “hidráulico” tal como se describían en los primeros escritos de Lorenz<sup>9 (c)</sup>, sino complejas secuencias de

(a) Roudinesco muestra en “La Familia en desorden” (Anagrama 2003), el infame, lema imperante hasta hace poco tiempo en las internacionales psicoanalíticas de excluir homosexuales

(b) Heidegger en su artículo “¿Qué es Metafísica?” (El Clavo Ardiendo. Mejico 2003) formula este termino para describir la angustia o el aburrimiento como sentimientos que descubren el anonadamiento que sitúa la existencia autentica al borde de la depresión

(c) Harré R. “Diccionario de Etología” (Paidós 1986). El modelo hidráulico de motivación supone que la energía física del instinto se convierte en fuerza motivacional. Ese fue el esquema que presidía los primeros escritos de Lorenz y Timbergen



conductas sociales formuladas como leyes en relación con la familiaridad del territorio y los vínculos intra específicos. Ejemplos de tales leyes serían por ejemplo “ante un extraño en territorio ajeno huye-en el propio ataca”. O también; “Si hay alimento en el medio ambiente próximo ante el conflicto huye-si escasea pelea.” En época de celo pelea para incluir tus genes pero si quieres subir de rango jerárquico practica el maquiavelismo, haz política de alianzas con otros gorilas jóvenes contra el macho dominante<sup>10</sup>.

El tercer aporte de la Etología a la descripción de la agresividad que quisiera resaltar es el papel positivo en el sentido de conservador de la especie que desde Darwin se atribuye al instinto agresivo que contrasta con la identificación con el mal por el pensamiento filantrópico psiquiátrico complementado por el antidarwinismo freudiano<sup>(d)</sup>. Las observaciones durante más de 24 horas de las llamadas luchas rituales lejos de confirmar el modelo del torneo que finalizaba con la derrota incruenta del contrincante, dan paso a una visión mas sangrienta de esa lucha que termina con las heridas graves o la muerte del perdedor pero Wilson<sup>11</sup> confirma los axiomas centrales lorenzianos sobre la agresividad como instinto favorable a la maximalización de la eficacia biológica (dejar mas prole en la siguiente generación) siguen vigentes. La agresión dispersa poblaciones en un territorio y obliga a aprovechar recursos disponibles conservando reservas de espacio alimenticio. La agresión, la pelea ritualizada, la exhibición de atributos sexuales consigue la mejor selección de padres cuidadores y genes para la generación siguiente. En

idéntico sentido la agresión intraespecifica genera orden y jerarquía en las sociedades animales que evita la lucha continua (el orden en el picoteo de la comida de un gallinero, o el acceso a las hembras en un harén de gorilas son ejemplos clásicos de ese proceso). Finalmente la agresión contra los depredadores junto a la defensa cruenta es el fundamento de conductas altruistas, tales como distraer al depredador fingiéndose herido y por tanto presa fácil, para permitir la salvación del mayor número de miembros del grupo.

## PSICOLOGÍA POPULAR Y CIENCIAS NEUROCOGNITIVAS

El simplismo descriptivo de la agresividad en la literatura psicológica que le impide acercarse a la biología darwinista no la acerca tampoco la que debía ser su ciencia complementaria: la neuropsicología. La dificultad para el dialogo psiquiátrico-neurológico consiste en que según el modelo hegemónico en esta disciplina, la actuación agresiva es el síntoma fachada que expresa la actividad de unos módulos cerebrales no accesibles a la conciencia o al lenguaje. La teoría modular del cerebro condena a la fenomenología de la conciencia a ser una simple racionalización a posteriori del proceso material que determina la conducta de forma similar al griposo que cree toser por haberse enfriado. La sicopatología de la agresividad sería en ese sentido, “hetero-fenomenología<sup>12</sup>, una narración justificadora de un proceso neurológico que ocurrió antes e independiente de su conciencia o voluntariedad. La neurología convirtió en caduco el viejo saber psiquiátrico sobre la personalidad epiléptica al descubrir en la

(d) Bolwby recoge correspondencia que explicita el Lamarkismo de Freud insistiendo en la necesidad para la coherencia de la teoría psicoanalítica de la transmisión de los caracteres adquiridos, teoría insostenible hoy en biología pero que sustenta bastantes de los presupuestos freudianos respecto a la transmisión de la culpa desde el primer asesinato paterno

pegajosidad-explosividad un proceso neuronal. Los nuevos modelos neuropsicológicos auguran igual destino a muchas enfermedades psiquiátricas.<sup>13 (e)</sup>

De la misma forma que la astronomía popular describe el giro del sol alrededor de la tierra, los pacientes y los psiquiatras no pueden traducir al lenguaje intencional unos procesos cerebrales que se generan muy lejos de esa especie de Neurona Pontificia que parece ordenar la puesta en marcha de una acción agresiva de la que se burla con justicia Damassio<sup>14</sup>. Efectivamente no hay ningún Teatro Cartesiano donde un homúnculo toma conciencia de sus deseos agresivos, los evalúa en función de la situación y actúa según su temperamento sino un pandemonium de sistemas neuronales automáticos y semiconfederados, inaccesibles a la conciencia ni siquiera a posteriori de la acción y con escasa subordinación a los centros del lenguaje.

Por todo ello respecto a la agresividad el discurso psicológico opera con unos criterios de Psicología Popular muy similares al marino que navega afirmando para fines prácticos en su mapa una astronomía ptolemaica que combine la inmovilidad de la tierra y el movimiento de las estrellas en derredor aún a sabiendas de lo falso de su esquema por su funcionalidad para navegar. Las conductas agresivas son casi siempre la expresión de unos sucesos determinados en unos centros cerebrales absolutamente sordos y mudos a la conciencia, que disparan como un servomecanismo los impulsos agresivos a los que solo a posteriori podemos atribuir conciencia y voluntariedad.

Uno de los pacientes más famosos de la nueva neuropsiquiatría- Elliot- estudiado por

Damassio y Tranel<sup>15</sup> que hubiese sido calificado antaño como un caso de perversidad postraumática por sus conductas antisociales mientras conserva las funciones cerebrales intactas es recalificado como un paciente con anosognosia parcial. El paciente es alguien que se comporta agresivamente, descuida su trabajo o es incapaz de reaccionar con miedo al peligro de conducir por carreteras heladas, mientras responde con total normalidad en la entrevista y en los test habituales o que incluso aporta a posteriori “razones” para dichas conductas. El déficit neurológico de estos pacientes, puesto de manifiesto por las nuevas técnicas de visualización pero invisibles para ellos y para la observación con psicometría estándar, consiste en que su cuerpo carece de los marcadores cerebrales que señalan el riesgo y frenan los impulsos auto o hetero agresivos.

## UN MODESTO LUGAR PARA LO PSI

Si el campo descriptivo de la agresividad está cubierto por la etología y las bases cerebrales por la neurología y la descripción psicopatológica de la conducta agresiva es solo una duplicación popular de un hecho científico ¿cómo es posible la gran influencia práctica de la psiquiatría en la gestión social de “lo agresivo?”. La respuesta que intento argumentar en este escrito es que el discurso psi actúa como una doble racionalización de la agresividad humana.

En el campo de los pequeños desordenes de la agresividad cotidiana, el psi actúa como un Augur que da sentido a lo que no lo tiene. De la misma forma que encontrar sentido a una desgracia común es más consolador que considerarla resultado de la casualidad que convierte la vida en un cuento

(e) Cuadros clínicos tan elaborados como los Delirios de Sosias y la vivencia del doble son reducidos muy convincentemente por Ramachandran V. en “Fantasmas en el Cerebro” a desconexiones entre centros neuronales.

absurdo lleno de ruido y furia, descubrir el sentido psicológico de las agresiones diarias las hace más comprensibles, permitiéndonos poner orden y explicación en los relatos biográficos heridos por las “pequeñas maldades” que quedan así subsumidas en motivaciones cada vez más profundas.

En las grandes agresiones que trascienden lo íntimo y ya están reguladas por el derecho penal, los psi aportan un conjunto de saberes semejantes al bricolaje (trozos de saber socio-psico-neurológico cogidos aquí y allá) con los que cada psi actúa como un artesano según sus personales capacidades e ideologías para argumentar cuanto de su agresividad pertenece al acusado de la misma y cuanto sus determinaciones corporales o biográficas (la sencilla pregunta que descubre el método bricolaje consiste preguntar a cualquier psi que interpreta la conducta agresiva con el ¿cómo lo sabe?).

## LEJOS DEL LABORATORIO

La genealogía real de las intervenciones psi sobre la conducta agresiva se forjaron en los Tribunales de Justicia iniciándose respecto a una figura central en la naciente criminología: la del Monstruo. Foucault<sup>16</sup> nos describe como aquellas terribles historias que llegaron a los tribunales de justicia del siglo XVI en las que una madre era acusada de matar, cocinar y comerse a una de sus hijas o la frecuencia de asesinatos múltiples o incestos provocaron tal horror en una justicia acostumbrada a juzgar en función de la voluntad o el interés criminal que pidió ayuda siquiátrica para excluir a estos monstruos del campo de la voluntad humana y por tanto del campo de lo justiciable para evitarles el cadalso a cambio del manicomio. Mucho antes pues de la emergencia de la figura del Anormal que centrara toda la moderna alianza entre jueces, psiquiatras, carceleros y trabajadores sociales que tendre-

mos ocasión de señalar, delimitar los límites del bien y del mal voluntario y separarlos de la locura es el campo que interpela a los psi para que formulen su discurso sobre la agresividad. Pero sí la respuesta sobre la inimputabilidad del monstruo es sencilla, la voluntariedad del crimen premeditado y funcional va a ser un problema al que la psiquiatría responde con más pretensiones de verdad que éxitos.

## PSIQUIATRIA VERSUS MORAL. CRIMINALES COMO GENET O CRIMINALES COMO ALTHUSSER

La pregunta que el psi debe contestar ante cualquier juicio moral se formula en lógica como el Dilema del Resentimiento<sup>17</sup>. Si una peña cae del monte a mata a mi familia es obvio que no puedo castigarla (salvo si estoy en un cuartel militar franquista donde se arrestaban barcos o mulos que provocaban accidentes). Si alguien me pisa en el metro en principio debo decidir si el pisotón es producto del frenazo y el viajero actúa como un móvil inconsciente o con intención de herirme para devolverle el golpe o perdonarle.

Ante los tribunales algunos criminales aceptan la plena propiedad de sus acciones: Genet es su arquetipo. La forja de su carácter, su elección desde la infancia de las contra virtudes para llevar una vida a parte del “rebaño” y su voluntaria opción por el mal en cada ocasión en que debe elegir se mantiene coherente. Robar, sodomizar, traicionar, embarcarse en relaciones abyectas con nazis o policías sádicos para aceptar un castigo cruel como respuesta a su forma de vida es la moral negativa de Genet magníficamente relatados tanto en su biografía como en la interpretación sartreana de esa elección del mal como un paradójico camino de santidad<sup>18</sup>. Desde que es descubierto robando por su familia de adop-

ción en la pequeña aldea donde vive, Genet asume su designación como ladrón como un destino que enmarca en una mística del mal a la que nunca renuncia. Ante cualquier dilema moral optar por lo contrario al bien, es un compromiso que por su singularidad, por su carencia de referencia social es interpretado por Sartre como cercano a la santidad. Genet acepta la dureza de la cárcel, la maldad de la policía, las afinidades crueles del mundo criminal con la buena gente, como continua fuente de gozo. Cuando ya es un autor de culto visita los urinarios de las Ramblas de Barcelona donde en su juventud ejerció la prostitución y hace ante la prensa un elogio de las carolinas que allí le acompañaron. Preguntado sobre la humanización del sistema penal responde que los jóvenes delincuentes que él conoce anhelan la dureza del trato o aún la guillotina para no confundir su camino con el de los buenos.

Más escalofriante aún es la reafirmación criminal de una moral nietcheana por parte de Wee Gaskins que afirmaba unas horas antes de ser ejecutado en 1991 haber llevado una buena vida: “No muchos hombres han tenido el privilegio de vivir una vida tan libre y placentera como ha sido la mía. Una vez que decides matar, y no hablo de matar a un mea hormigas en un bar o a dos pedorras en un atraco. Hablo de matar a alguien cuando tú quieras, como tú quieras, cuando tú quieras. Una vez llegado a ese punto, te liberas para vivir la mejor vida que existe”<sup>20</sup>. Con esa monstruosa afirmación del deseo como única razón para la acción, que convierte al mundo en una palestra de voluntades y conduce a la confrontación sin ninguna discusión posible respecto al bien común (el rebaño de los textos de Nietzsche), cie-

rran los “monstruos morales” la discusión, con esa demoníaca afirmación del porque sí de sus acciones que Shakespeare inaugura con Yago<sup>21</sup> (f)

Althusser fue uno de los filósofos con mas éxitos mundanos en el pasado siglo. Sus obras y su magisterio personal contribuyó a que cientos de jóvenes destinados a las elites administrativas francesas se adheriesen a la rebelión anticapitalista que sacudió el mundo en los años 70. Tras el uxirocidio por estrangulamiento de su “compañera de vida” Helene Legotier, la justicia francesa dictó un foucoltiano dictado de “no ha lugar al proceso”, explicable por las grandes influencias que los mandarines intelectuales franceses desde la extrema derecha J.Guitton, hasta el propio Foucault desarrollaron. Cuando varios años después del crimen Althusser publica su autobiografía los lectores esperábamos unas razones de la acción que nuestro autor jamás proporciono. Como Ulises, Althusser responde que Nadie mató a Elene.

El último capítulo de *El porvenir es largo*<sup>22</sup> está marcado por el recurso a truco literario: el texto está redactado como si fuera obra de otra persona, un médico amigo de la familia. Este ardid teórico hace que la autobiografía finalice en el reino de una objetividad impersonal en la que los pronombres “yo”, “tu”, “el” y “ella” se confunden. El propósito no es sólo lograr la exculpación del crimen, sino describirlo de un modo tan descontextualizado que aparezca como un hecho sin explicación. Desde luego, se trata de una pretensión que se puede rastrear a lo largo de toda la biografía, donde el exceso de anacolutos intenta transmitir la impresión

(f) Bloom H. “Cómo leer y por qué” (Anagrama). En ese y en otros textos Bloom insiste en los descubrimientos del mal en las tragedias shakesperianas con una lucidez no superada que provoca entre otras cosas tal envidia en Freud que tiene que duplicar al autor para justificar su genio.

de estar frente a hechos puros que pasan del inconsciente a la letra impresa sin mediación de la conciencia o de voluntad alguna. Como cabía esperar, el anciano doctor va a llegar a conclusiones de lo más althusserianas. Su narración del uxoricidio pasa por tres momentos bien diferenciados. Para empezar, falsea el contexto del crimen con su descripción de la habitación en que se produjo. Afirma que la pieza no mostraba ninguna traza de desorden y otro tanto ocurría con la cama, el vestido de Helene e incluso el propio cuerpo de ella, que no presenta ningún signo “exterior de estrangulación en la piel”, como si la muerte fuese un puro efecto sin causa, un acontecimiento sin materia. El “suceso” también parece dotado de una extraña atemporalidad, no hubo largos minutos de violencia, resistencia, pataleos... Todo se produjo al margen del mundo material. Por el contrario, los informes forenses dejan claro que la escena era muy distinta y presentaba todas las circunstancias de un crimen pasional. Se trató de una estrangulación cara a cara por medio de una sábana que Althusser apretó con sus manos sobre el cuello de una anciano de 70 años que apenas le llegaba al hombro. Althusser la asfixió durante varios minutos antes de conseguir romper su epiglotis.

El segundo movimiento del relato del “amigo de la familia” consiste en multiplicar las hipótesis sobre la muerte de Helene, de modo que se anulen entre sí. La confusión nos remite una vez más a un suceso inexplicable. ¡La muerte ha ocurrido por la pura contingencia fisiológica de la debilidad del cuello de Helene, incapaz de resistir las fuertes manos de Althusser! También pudo ocurrir que ella se suicidara por un sujeto interpuesto. ¿Quizás repitió la petición eutanásica que le hizo su padre? O bien pudo existir un pacto suicida. O a lo mejor el asesinato trasluce la intención de Althusser de matarse... Como dice nuestro doctor, “tantos elementos acumulados en el desencadenamiento del

drama son múltiples, subjetivamente complejos, en gran parte aleatorios”. Y en esta aleatoriedad se basa el tercer sofisma que plantea el doble de Althusser. Tras realizar nuevas racionalizaciones psicoanalíticas sobre la ambivalencia del amar-matar, loa las virtudes del indeterminismo para justificar que el suceso pudo no ocurrir. El recurso es sencillo: un mero “sí” conjetural. Si Helene hubiese recibido la nota del psicoanalista Althusser aconsejando su internamiento urgente, si no hubiesen estado solos, ¡si se hubiese defendido!, si Althusser hubiese tenido alguien con quien hablar...

De cualquier forma la esencia del discurso medicalizador del crimen puede ser visualizado en todo su simplismo mediante<sup>23</sup> un video proyectado por el J. Sanmartin en un simposio sobre criminalidad. En el Joaquín Villalón condenado por varios asesinatos a 59 años de cárcel reivindica su derecho a la ayuda medica y la no pertenencia de sus acciones “en esos momentos (se refiere a crímenes premeditados y motivados por el lucro), algo ese animal que todos llevamos dentro te lleva a hacer eso... Puede haber pequeñas referencias en la vida que influyan en la conducta, pero el culpable es un trastorno que tiene la persona y que hay que solucionar... Soy un enfermo que hay que curar. Ustedes los psiquiatras tienen un problema que resolver, tienen que curarme para devolverme a la sociedad”.

## LA GESTIÓN DEL MAL: JUECES Y PSIQUIATRAS

La modernidad, dice Foucault<sup>24</sup>, ha transformado radicalmente el acto de juzgar hasta el punto de priorizar una especie de “justicias menores” -psiquiatras, funcionarios de prisiones, peritaciones psico-educativas que compiten y matizan los actos mismos del juicio, tanto en la evaluación misma del delito como en la

aplicación de la pena, que ya no está determinada absolutamente por la sentencia, sino que son estos jueces menores después de todo los quienes deciden las semilibertades, semiencarcelamientos del delincuente. Juzgar era un proceso sencillo - Ortega y Gasset resalta el idiotismo de la profesión de Juez, que obliga a simplificar lo polisémico de la conducta humana - compuesto de tres momentos: establecer la verdad de un delito, conocer a su autor y establecer una sanción legal. El proceso no exigía sino conocer y caracterizar la infracción, conocer al responsable y conocer la Ley.

Las sentencias del antiguo régimen cuyo paradigma era el suplicio, son ejemplares en ese sentido: la pública escenificación de una sentencia que contabilizaba los tormentos del condenado o las infamias sobre el cadáver del reo, marcaban el poder de la Ley del Soberano para restablecer un orden moral violado por el criminal, como un no interés sobre la rehabilitación: el cuerpo del condenado era su única propiedad y sobre ella actuaba la ley, prolongando el sufrimiento para ejemplo público. Hoy por el contrario no se juzgan solo Actos sino Biografías. Todo juicio penal supone un diagnóstico biográfico, sobre la inclusión del delito en la curva vital del delincuente -reincidente- o fuera de ella como acto en cortocircuito y crimen pasional De nuevo Foucault “desde hace doscientos años los jueces se han puesto a juzgar otra cosa distinta que los delitos: el Alma de los Delinquentes”.

Con la Modernidad el proceso penal se complica con las Circunstancias Atenuantes, donde el Juez debe colocar el acto delictivo en relación con toda la psique, con toda la biografía del delincuente La Semi- imputabilidad será la figura que abre el proceso penal a la

Pericia de los Expertos en las Almas. Por lo mismo, la sentencia, la pena, absorbe elementos ajenos al derecho para alejar al juez de la figura del Castigador. Las penas se justifican con una continua referencia a algo distinto de la retribución del mal o la ejemplaridad, al reinscribir el castigo en una especie de sistema terapéutico que transforma una Sanción Legal en un proceso para recuperar al criminal para la sociedad.

La Ortopedia Moral, la Rehabilitación que transforma el castigo en cura, también aleja la precisión de la condena, siempre atenuada por la buena conducta carcelaria con reducciones o agravada por nuevos delitos cometidos en la propia vida carcelaria que pueden eternizar penas inicialmente livianas. De ahí la invasión de lo penal-carcelario por psicólogos, psiquiatras o educadores como jueces auxiliares, necesarios para el diagnóstico y pronóstico sobre Peligrosidad, Reincidencia que al sustituir a la vieja sentencia como pago del delito q muestra que Castigamos para Curar.

## **INSANOS, AMORALES, PSICÓPATAS Y ANTISOCIALES**

Lo moral concebido como una facultad, como una capacidad psíquica que produce el sentimiento moral de forma idéntica a como las facultades intelectuales producen juicios aritméticos, es una de las ideas guías del positivismo, que en ese sentido, enlaza con el pensamiento Kantiano. Piaget<sup>25</sup> nos enseñó que así como todo el mundo sabe que dos y dos son cuatro, cualquier niño antes de los 10 años adquiere las reglas morales que codifican cualquier acción como buena o mala.

Las fallas en la adquisición de esos juicios morales deben tener una etiología física, constitucional, que nazca del hondón de los sentimientos vitales, genética, que diríamos

hoy, en el sentido de las Líneas Epigenéticas<sup>26</sup>: de la misma forma que nuestro pool genético determina que razonemos según los silogismos aristotélicos -los *homo sapiens* que no siguieron la no contradicción a la entrada del tigre en su caverna, se los comió y desaparecieron-, existe otro *pool* que determina de forma innata un inicio de desarrollo moral.

Las descripciones del siglo XIX así lo indican: cuando Pritchard (1935) define la *Moral Insanity*, junto a los rasgos de ausencia de patología psicofísica indica la "pérdida del poder de autogobierno" y la "incapacidad de comportarse con decencia y propiedad" como los rasgos centrales del trastorno, dando a entender que comportarse como un gentleman era lo natural del hombre (civilizado), y el alejamiento de estas conductas, son no ya un fracaso moral, sino una regresión atávica en el sentido que luego desarrollará Lombroso.

En idéntico sentido, Pinel<sup>27</sup> (g) con su "Manía sin Delirio" o su "Rabia instintiva", y más tarde Esquirol, con su "Manía homicida Impulsiva", van a desarrollar un argumento similar: existe en ciertos anormales un Núcleo Perverso Innato, caracterizado por una agresividad ante la frustración, una anomalía, una ineffectividad que los hace Indisciplinados y Desadaptados. En aquél momento clave de la Génesis de las Disciplinas Pastorales en todo el Panoptico social, el horror ante el Monstruo Moral, entre el Desequilibrado Holotímico, siempre explosivo, en exaltación permanente e hiperremotivo, recuerda el horror burgués a las Masas de Miserables que el texto de Le Bon, y con posterioridad el de Freud, no hacen sino ideologizar. El psicópata y el proletario crean una inquietud similar. Las dos figuras

se insertan mal en la razón administrada, en los circuitos de lo previsible, en la lógica del cálculo egoísta.

La Psiquiatría de Cátedra en Alemania estudia menos casos de "degeneración" precedentes del manicomio que los alienistas franceses y es la "vía forense", la colaboración judicial lo que induce primero a Koch (1891) y luego a Kraepelin a desarrollar el término de la Psicopatías para describir unas personalidades morbosas que evidencian unas manifestaciones degenerativas de base orgánica-hereditaria. Este autor patologiza a los Psicópatas acercándolos a la gran categoría de la Esquizofrenia Simple. Efectivamente, la frialdad afectiva, la ausencia de culpa, las conductas explosivas, serán manifestaciones de formas no completas de Heboidofrenias, de esquizofrenias sin actividad delirante-alucinatoria, pero defectual a nivel de lo amotivacional de la conducta, el autismo, la alteración instintiva y de la relación interpersonal. En ese sentido, desarrolla también Kraepelin con un enorme genio, el concepto de Perversidad Postraumática como la personalidad surgida tras un trauma y defecto en el freno de los impulsos instintivos que cortacircuitan una corteza cerebral incapaz de filtrarlos. Como en algunos Síndromes Neuroendocrinos, el aumento de la intensidad de impulsos fuerzan la descarga conductual sin el cálculo de sus consecuencias.

Kurt Schneider (1929)<sup>28</sup> desarrolla finalmente los ejes de la discusión que va a persistir hasta nuestros días: se trata de anomalías y no de enfermedades, pero anomalías que forman un género frente a neurosis y psicosis. Anomalías que tienen base congénita y se manifiestan por

---

(g) En "Anthology of French Psychiatric Texts" (World Psychiatric Association NY 2001). Existe una cuidada selección de textos que hemos seguido en esta revisión

el sufrimiento auto y heteroproducido desde antes de los 15 años y de las que únicamente podemos dar una descripción fenomenológica que las separe del resto de los géneros psicopatológicos y también de la criminalidad común.

Las nueve formas que él describe, se acercan a veces a algunas entidades psicopatológicas pero, en conjunto, dice nuestro autor que no existen las nítidas figuras psicopatológicas de la locura. Los tipos serían:

- Hipertímicos
- Depresivos
- Inseguros de sí mismos
- Fanáticos
- Necesitados de estimación
- Lábiles de ánimo
- Explosivos
- Desalmados
- Abúlicos
- Asténicos

Es claro que muchos de ellos tienen una entidad de parentesco cercano con estados psicopatológicos:

- Abúlicos con Neurasténicos
- Desalmados con Esquizofrenia simple
- Depresivos con Psicosis Maníaco-Depresiva
- Explosivos con Epilépticos
- Fanáticos con Paranoídes
- Necesitados de Estimación con Histéricos

Nuestro autor en cambio, siempre trató de limitar en torno a la no pérdida de realidad y a la inexistencia de culpa los rasgos de la psicopatía, frente a las categorías de Neurosis o Psicosis. Para Schneider (1980), «se podría poner en duda que esté justificado destacar como tipo especial a los psicópatas explosivos. En todo caso la explosividad es una cualidad que se presenta en las personas extremadamente distintas. Es una forma de

reacción inespecífica... Sin embargo puede decirse que en muchas personalidades (muy diferentes, por cierto en muchos otros rasgos), esta cualidad se encuentra totalmente en el primer plano, como un distintivo esencial.» Fuera de las reacciones en "corto circuito", Schneider describe a los explosivos como tranquilos y dóciles, sin embargo recomienda tratarlos con precaución. Además comenta que las relaciones con otros psicópatas son numerosas, «alborotadores hipertímicos, depresivos malhumorados o paranoídes con sus descargas repentinas, los lábiles de ánimo con sus crisis, los necesitados de estimación, los fanáticos, los desalmados, los abúlicos, los asténicos, con los estados crepusculares psicógenos, con el alcoholismo, y tampoco son raros los ataques convulsivos psicógenos en el curso de estas explosiones.» Habla también de su relación con las heridas craneales y con estados como agotamiento, convalecencia, enfermedades de diversos tipos y en estados de disgusto y de tensión psíquica. Para él la importancia sociológica viene dada por la acción destructora de tales caracteres sobre el matrimonio, su incapacidad para la educación de los hijos y en la criminalidad. De esta última destaca especialmente los «delitos afectivos de toda clase, las lesiones corporales, la resistencia y los daños materiales. Dificultades muy importantes ofrecen estos sujetos bajo condiciones militares: desacato y desobediencia, sobre todo en estado de embriaguez.»

Schneider describe a los psicópatas desalmados bajo otro epígrafe, como personalidades anormales caracterizadas por el embotamiento afectivo sobre todo, pero no exclusivamente, frente a otros hombres. Carecen de compasión, vergüenza, pundonor, arrepentimiento y conciencia moral. Describe su modo de ser como hosco, frío, gruñón y sus actos como asociales y brutales. Los casos completamente puros de los



desalmados serían poco frecuentes, pero si existirían relaciones con los hipertímicos, con los abúlicos, con los seudólogos, con las formas malhumoradas y frías de los depresivos y con los lábiles de ánimo. Como síntoma se presentaría en muchas formas de psicopatía y en las psicosis, especialmente con las esquizofrénicas. También se ve después de traumatismos cerebrales y cuadros encefalíticos.»

Dice: «La locura moral, como dijo Knop en 1875, era idónea para dar todo el crédito en el foro al médico legista. Patéticamente exclamaba ¡Guárdate, jurisprudencia penal, de que la llamada *moral insanity* arranque de tus manos la espada de la justicia! Hoy ha pasado el peligro y sólo con la existencia simultánea de defectos intelectuales, se admirará la disminución o abolición de la responsabilidad.» Las circunstancias delictivas serían muy distintas, junto a los crímenes brutales, están los atentados contra la propiedad y todos los restantes delitos o faltas.

Las evidentes fallas del modelo psicopatológico de lo Endógeno dieron paso en el mundo Anglosajón a una descripción de sello psicologista que ya desde la etiqueta de Sociópatas, insiste en una visión multicultural de la Insania Moral, en la que la patología se refiere más a un conflicto de valores entre las normas del observador y los valores de los ilegalismos populares.

El modelo desarrollado básicamente en torno a la Escuela de Chicago, que en varias de sus clásicas historias de vida, en la metodología de la historia oral, insistieron en la Carrera del Delincuente como un desarrollo personal no patológico en sentido intrapsíquico, sino perteneciente a otra cultura, con sus pasos de carrera, con sus robos inespecíficos, sus especialidades en carteristas y sus doctorados en la cárcel, formaban un universo donde los supuestos "rasgos" eran carac-

terísticos adaptativas, la impulsividad como reacción rápida ante un mundo hostil, la no previsión de futuro como ventaja adaptativa para unos individuos que carecían de él, la dureza afectiva, sin la cual se perecería en un universo de violencia. Estas historias de vida forman el material clínico que en los años 40 que logra mantener esta descripción del Sociópata como carrera moral, desde Partridge hasta la DSM II en 1980, que conserva el epígrafe de Personalidades Sociopáticas, y las descripciones insisten en el cuidado por evitar factores etnocéntricos, de vigilar los juicios de valor que a veces se hacen pasar por diagnósticos.

Por el contrario la DSM III<sup>29</sup> nace en el terreno de la Psicopatía, en una vuelta al terreno Neo-Kraepeliniano, similar al del resto de los epígrafes clasificatorios. Así, bajo el apartado Personalidades Antisociales, que reagrupa doce subtipos, se insiste en la Asociabilidad frente al Delincuente Normal capaz de lealtad y afectividad hacia su grupo. Por el contrario los rasgos precoces de la Personalidad Antisocial señalan la misma analogía que las tipologías Schneiderianas: gusto por el riesgo, insensibilidad al castigo, hostilidad generalizada, ausencia de sentimiento de culpa, carencia de sentimientos profundos, superficialidad, incapacidad de aplazar deseos, no responsabilidad de las acciones propias, estilo de vida nómada y un largo etcétera. En general este acumulo sintomático describía conductas con desorden del comportamiento muy precoces, en las que ya a los 12 años existía vandalismo escolar, fugas, incapacidad de control familiar e inicio antes de los 15 años de contactos con agencias de control social.

Junto a intentos de sistematizar los síntomas y distribuir rasgos de síntomas como en la *Psychopathy Checklist* de Cleckley,<sup>30</sup> que con su libro "La máscara de la Normalidad" introduce de nuevo la noción

de Psicopatía Primaria, en la que la culpa está ausente y Psicopatía Secundaria, en la que aquella está presente, desarrolla Hare<sup>31</sup> un modelo en el que la lista de síntomas se agrupa en torno a dos bloques que abarcaría lo primario de las conductas psicopáticas: los Factores I que determinarían los trastornos de la Afectividad y de las Relaciones Interpersonales, y los Factores II que determinarían el Estilo de Vida, por ejemplo la impulsividad y la inestabilidad determinan la vida errante, la intensa rotación de trabajos, etc.

Millon (1981)<sup>32</sup> desarrolla el concepto de Personalidad Agresiva, tratando de diferenciar los tres conceptos que se solapan de sociopatía-criminalidad-antisocialidad.

Para él el Trastorno Antisocial de la Personalidad puede ser considerado como una extensión sindrómica de una personalidad enérgica no patológica. Se caracterizaría sobre todo por un tipo de personalidad agresiva con diferentes grados. Comienza a manifestarse antes de los 15 años, es más frecuente entre las clases socioeconómicamente más bajas y es tres veces más prevalente en hombres que en mujeres. Su descripción sería:

«a. conducta aparente: de valiente en las formas más leves a temeraria en las formas más graves. Tienden a ser impulsivos y eficaces. Rara vez se inhiben ante el peligro o temen al castigo y pueden ser considerados como imprudentes. A menudo las conductas de riesgo les producen estimulación. En la variedad más extrema la conducta arriesgada se convierte en un descuido temerario para los derechos y el bienestar de sí mismo y de los demás. Las normas sociales, la ética y las costumbres son gravemente descuidadas, lo que puede incluir numerosas confrontaciones con la ley.

b. conducta interpersonal: opositorista en las formas leves a beligerante en las formas graves. Han aprendido a confiar en sí mismos y a desconfiar de los demás. Tienen pocos sentimientos de lealtad interpersonal y sienten escasos remordimientos al usar a los demás para conseguir los objetivos deseados. La gente siente a menudo que el individuo antisocial es duro, frío e insensible con los sentimientos de los demás, sin embargo, en realidad ellos están enterados de ello y armonizan con los sentimientos de la interacción humana, simplemente eligen proyectar esa imagen para aprovecharse y ser intencionalmente duros si surge la necesidad. Presentan dificultades para mantener durante un largo período de tiempo responsabilidades o relaciones íntimas con sus compañeros de trabajo, amigos o pareja, por su actitud antagonista para dominar. Estos sujetos solamente están seguros cuando dominan la situación y son independientes de la voluntad de quienes podrían amenazar su seguridad. En casos extremos son beligerantes y vengativos. Puede parecer que obtienen satisfacción de los errores y humillaciones de los demás, especialmente si los han perjudicado en el pasado o representan una amenaza potencial. A menudo desprecian la contemporización y el compromiso, asimilando tales estrategias interpersonales a signos de debilidad. Los casos extremos son resistentes a la autoridad, la anticipación del castigo no tiende a impedir su conducta.

c. estilo cognitivo: desde el individualismo en las formas leves al fanatismo en las formas más graves. Suelen poseer estilos rígidos orientados externamente. La flexibilidad cognitiva y la introspección tienden a ser evitados. En las formas leves puede ser considerado este estilo como muy asertivo y realista, pero en los casos extremos el estilo cognitivo es externalizado y fanático, perciben el medio externo como amenazante y

por tanto vigilan. Atribuyen su hostilidad y características vengativas a las acciones de los demás.

d. expresión afectiva: hostil a malévola. Tienden a vigilar de cerca sus emociones cuando ceden a emociones tiernas. Intimidación, sentimentalismo y cordialidad, tienden a ser evitados como signos de debilidad. Tendencia a ser suspicaces con la compasión y el altruismo de los demás. Se sienten inclinados a mostrar sus emociones más agresivas. Cuando las cosas van como ellos quieren son personas afables, corteses e incluso simpáticos, pero cuando las cosas no van como ellos querrían o cuando se han frustrado (generalmente indicador de pérdida de control) tienden a enojarse; si el problema es suficientemente grave rápidamente se ponen furiosos, resentidos y reivindicativos. En resumen, tienen una baja tolerancia a la frustración y tienden a ser fácilmente provocados a atacar, despreciar, humillar y dominar a otros, con poca o ninguna muestra de remordimientos al recordar estas acciones.

e. percepción de sí mismo: de competitivo en los casos más leves a dominantes en los más graves.

f. mecanismo de defensa principales: acting out. Bajo un estrés persistente o extraordinario, pueden verse forzados a engañarse a sí mismos o a distorsionar la realidad para reducir la tensión y ansiedad momentáneas que experimentan. No obstante el mecanismo de defensa más utilizado por ellos es el acting out. Este se refiere a la tendencia impulsiva a mostrar pensamientos, emociones o acciones abiertamente ofensivas desde un punto de vista social, sin ninguna preocupación por las consecuencias. Rara vez hay algún sentimiento de culpa o remordimiento por las consecuencias interpersonales de tales descargas.

g. habría que hacer diagnóstico diferencial con el trastorno esquizoide.

h. Trastornos de la personalidad de tipo mixto:

- TP mixto antisocial-paranoide. Es el compendio de los rasgos más graves del trastorno antisocial, son hostiles, vengativos, y muestran un patrón de conducta hostil y desafiante que apunta contra las reglas sociales convencionales, la ética e incluso la ley. Son desconfiados y anticipan la traición y el castigo. Suelen tener una sangre fría despiadada y un intenso deseo de conseguir vengarse de los desprecios reales o imaginados a los que piensan fueron sometidos en algún período de su vida. Temen la idea de que los demás puedan verlos como débiles o que los puedan manipular. Como resultado mantienen rígidamente una imagen de duros, fuertes, activos, insensibles y valientes. Para probar su coraje se exponen a situaciones arriesgadas y antisociales que a menudo provocan un castigo. Pero el castigo, si ocurre, no logra actuar como impedimento para que tales conductas no se repitan en el futuro, sino más bien sirven para verificar sus expectativas de tratamiento injusto, además de para reforzar futuras rebeliones y conseguir lo que desean.

- TP mixto antisocial-narcisista: se ve sobre todo en programas de rehabilitación de drogas, centros para delincuentes jóvenes y en cárceles. Es una mezcla de desconsideración hacia los demás, desprecio por la verdad, irresponsabilidad social y una tendencia a engañar a los demás. Se involucran fácilmente en excesos sexuales, fraude, mentiras patológicas y una llamativa explotación de los demás. Eso sí sin intención hostil ni maliciosa. Más bien estas características sociales parecen surgir de sentimientos de egocentrismo, omnipotencia y privilegio: las reglas y las normas de la sociedad no van con ellos. Las críticas y los castigos son poco va-

lorados en su conducta, probablemente los rechazan como producto de la envidia e inferioridad de los demás.

- TP mixto antisocial-histriónico. Es una fusión que se encuentra con cierta frecuencia, especialmente en delincuentes, poblaciones de presos y en ambientes de rehabilitación de drogas. Aparecen relaciones superficiales y pasajeras, patrones de irresponsabilidad social y conducta informal, ataques de impulsividad, causticidad y hostilidad. Aunque es superficialmente afable, teme que otros lo vean como débil y de corazón blando. Las expresiones de malhumor y de conducta violenta también caracterizan este patrón de conducta, aparentemente paradójico.»

Los aportes de Garrido<sup>33</sup> son importantes para señalar lo que llama Criterio Criminológico de la Psicopatía, con tres grupos de síntomas que separan específicamente la criminalidad de los individuos que "hacen sufrir o sufren por su conducta". El primer grupo sindrómico se referiría a la búsqueda de nuevas sensaciones sin conciencia del peligro de las mismas: desde el toxicómano que introduce en sus venas sustancias compradas en la esquina para sentirse alto, al asesino en serie que mata para sentir la experiencia de poder absoluto sobre sus víctimas, estaríamos en presencia de este mecanismo. El segundo grupo estaría presidido por las Distorsión cognitivo-conductual: el irrealismo egoísta del criminal reconvierte la realidad a su propia conveniencia: son las víctimas quienes le provocan, es la sociedad la que me hizo así, y la ausencia de culpa tiene a veces relación con este mecanismo. Finalmente Garrido finaliza el trabajo señalando la Tendencia a la Intrusión Interpersonal: la Malignidad reseñada por los antiguos, podría reformularse aquí como tendencia a no respetar al Otro como Persona, a saltar los límites personales y causar daño sin motivación ni beneficio.

En los Trastornos Antisociales por contra, existiría lo que desde los trabajos norteamericanos llaman Adicción a la Violencia, en la que los delitos se cometerían menos por deseo de venganza o ganancia financiera y más por descarga de una tensión o repetir un hábito adquirido en la infancia o tras una experiencia traumática. En los exitosos y simplificados textos de Rojas Marcos<sup>33</sup> esos itinerarios biográficos que llevan desde los hogares rotos y los niños maltratados al violento compulsivo o desde el ex-combatiente de Vietnam con Trastorno por estrés postraumático al vagabundo psicópata, son expresados muy eficazmente como las fuentes de la violencia que solo "el amor, la voluntad de vivir, la razón, la empatía pueden vencer".

En retratos más convincentes frente al criminal psicópata, el psicópata a secas tendría más pobreza afectiva, más hostilidad no expresada y más sociabilidad ausente: en resumen se acercaría al esquema esquizoide o claramente heboidofrénico del modelo clásico. Frente a él los textos de Yochelson<sup>35</sup> sobre Patrones de Presunto Criminal o de Walters sobre Estilo de Vida Criminal insisten en los esquemas de Garrido: las reglas sociales son conocidas pero violadas, la Auto-indulgencia y la Irresponsabilidad son las líneas directoras del desarrollo moral, el sentimiento de Respeto por el Otro -el límite a mi deseo- o lo Otro -el medio ambiente- no se adquiere jamás de forma persistente siendo sustituidas por la cólera y la Agresión Despectiva por los otros.

Un escalofriante texto de J. José Garfía<sup>36</sup>, quizá el preso español actual más peligroso, expresa bien ese núcleo de falta de límites. El relato titulado "Desde Huesca, con rehenes" narra desde dentro un intento exitoso de fuga de la prisión de Huesca tras la toma de rehenes, y dice así:

«Si dentro de dos minutos no se pone el gobernador entregamos el primer muerto

¿entendido?

No recibí respuestas

¿Me has entendido?

Al seguir sin respuesta empecé a Manolo: "Estos cabrones piensan que estamos jugando. Así que no hay más plazos. Ha llegado la hora de mandarles un muerto."

Cuando tú quieras contesto.

Pues ya. El plazo de dos minutos está cumplido de sobra.

Abrí la comunicación por el Walkie y grité Puerta, hijos de puta, sé que me oís. Si está el gobernador que se ponga inmediatamente o empieza la fiesta.

No obtuve contestación y me limité a añadir "Bien cabrones vosotros lo habéis querido". Cogí uno de los cuchillos cortos y me dirigí al jefe de servicio. Este seguía el curso de los acontecimientos con el temor asomado a su rostro.

Sin mediar palabra la di la primera puñalada en el costado derecho, por encima del hígado. Al meterle empezó a gritar. Los otros rehenes atados también empiezan a gritar y algunos lloraban. Al jefe de servicios le clavé con tanta fuerza que hice un tajo en el dedo índice.

Entonces me cegué. Le apuñalé en el pecho y en el cuello quince o veinte veces. Tales eran mis ganas e ímpetu, que se me rompió el mango del cuchillo y la hoja quedó dentro de su cuerpo. Pero no me detuve por ello. Saqué otro cuchillo del mismo tamaño y continué dándole viajes. Cuando me cansé de meterle, cogí uno de cuarenta centímetros, casi una espada, y le golpeé el cuello como si estuviera dándole hachazos: "muérete ya, hijo de puta" le gritaba. El tío mordía el cuchillo para intentar sujetarlo...»

miembro de un grupo social es un proceso que debe ser aprendido. Las reglas que tienen que ser interiorizadas para adquirir esa habilitación como persona son las Reglas Morales cuya aceptación supone una primera pertenencia del yo en un nosotros que dota de identidad cultural<sup>37</sup>. En ese sentido Aprender Moral no sería muy diferente de aprender una lengua: se adquiere competencia lingüística cuando se reconoce la gramaticalidad de cualquier oración, se incorpora una Gramática no Explícita que permite fabricar-reconocer cualquier oración. Se adquiere competencia Moral cuando se aprende a usar Justo-Injusto, Bueno-Malo, para cualquier acción humana.

Más allá de los modelos piagetianos de como va progresivamente adquiriendo el niño esa Lógica Moral del respeto a la norma y las variedades del modelo de génesis moral, al tratar el problema del mal nos interesa conocer como se pierde, o mejor como se pierde no tanto la competencia como la destreza Moral para que la conducta sea guiada moralmente. El aprendizaje real es siempre Ejemplarista: vemos personas calificadas moralmente y las imitamos. No necesitamos conocer el Bien Platónico, las ideas de bien, pero sí Personas Buenas y encarnaciones del discurso del héroe que hagan ir en contra del egoísmo natural. Como dice MacIntyre<sup>38</sup>, la virtud es obrar por amor al deber aún a costa de la felicidad. La necesidad de reconocerse en el dialogo amistoso exige adaptar las conductas al bien común frente al solipsismo egoísta (la forma más segura de no forjar una identidad consiste en mentir continuamente).

## GENESIS DE LA INVALIDEZ MORAL

La adquisición de la Madurez Moral supone en la sociedad disciplinar un proceso de socialización en nada natural. Ser

Altruismo iniciado a nivel animal cuando un animal atrae al depredador para que sus compañeros se salven, aunque sea una motivación determinada ya por sus genes egoístas, está prefigurando las conductas éticas para las que lo mismo da que el imperativo

categorico tenga esa base genética que quiere Lorenz. En ese sentido las conductas psicopáticas han inducido a algunos autores como Meloy a plantear la hipótesis del criminal-reptil, de preponderancia en el psicópata del resto de conductas del cerebro reptiliano. Dichas pautas, no vínculos emocionales con crías o especie, no acumulo de alimentos para el futuro y violencia física, parecen características comunes a psicopatas y serpientes que aprovecha Meloy<sup>39 (h)</sup> para una aventurada y divertida excursión socio-biológica de Sagan por las hipótesis de los tres cerebros presentes en la especie humana.

Más operativas son las tesis que tratan de relacionar aprendizaje-clase social con condiciones psicopáticas al correlacionar estadísticamente la psicopatía con la pertenencia a clase social obrera baja o a territorios de transición, entre subidas o bajadas de clase. Las dos hipótesis que relacionan ambos conceptos tendrían que ver con la Transmisión de Normas Morales<sup>40 (i)</sup> en función de Clase Social. Mientras las clases obreras transmiten órdenes que Bernstein llama Clave Restringida que se imponen con Castigo Físico, las clases medias altas transmiten normas mediante Claves Perfeccionadas Subjetivizadas y las impondrían mediante privación de afecto, creación de culpa o aislamiento. Imponer normas exige aprovechar la Dependencia Infantil para decirle debes hacer esto, en clave restringida, "porque sí, porque eres un niño", "porque todos nosotros lo hacemos" o bien según clave perfeccionamiento, "porque te sentirás mal", "porque papá se disgustará", "porque el objeto y el perro pegado sufrirá".

En familias de clase media la retirada del afecto, supone una amenaza seria, mientras

en las clases obrera, la dependencia afectiva está más ligada al grupo de iguales y sus normas -cercana a la banda- son más importantes que la propia familia. De ahí que Obtener Aprobación puede ser un proceso distinto para dos clases sociales distintas: en una, la media-alta, tener una bella alma, sentir que si no siento lo que deba puede perder sus vínculos afectivos, supone crear un mundo interno basado en la culpa y en diferir los deseos si estos chocan con las normas. En la baja o en clases de ascenso-descenso, las normas son un porque sí externo, cuya violación si no es descubierta no significa ninguna culpa.

En ese sentido las investigaciones de Bowlby<sup>41</sup> sobre la Separación Materna y Delincuencia parecen incidir en ese modelo: solo a partir de la Dependencia Afectiva Familiar es posible crear Sentimientos Morales y la ilegitimidad sin sustitutos produce caracteres inafectivos que carecen de "compasión, vergüenza, pundonor o arrepentimiento". Debido a ello la Psicología conductual se plantea que el dilema del desarrollo psicopático es el mismo que el problema de la posibilidad o la imposibilidad del tratamiento de estos individuos: la Incapacidad para Formar Respuestas Anticipatorias de Temor en los psicopatas, en los que el temor al castigo no inhibe la conducta o cuando logra inhibir una conducta, esta no se generaliza, lo que impide cualquier tratamiento eficaz o que la cárcel sea un paso más en su carrera. Esa falta de capacidad para Reprimir las Conductas Socialmente Reprobables, aunque solo sea por miedo al castigo, parece en relación con esa incapacidad para las respuestas de evitación, que también por esa vía nos conducen a Hipótesis Constitucionalistas. Efectivamente Eysenck<sup>41</sup> y la Escuela de

(h) En "El Naturalista" de Wilson (Circulo de Lectores 1996) hace un relato autobiográfico de la emergencia y las respuestas socio biológicas al problema del mal con fácil lectura para el lector no experto en teología.

(i) Mary Douglas en "Estilos de Pensar" (Gedisa 1999) sintetiza desde una antropología comprensiva el problema.

Maudsley han puesto en relación estas características con los biotipos extroversión, emotivismo, mesomorfos y anormalidades genéticas XXY, XYY... que incapacitan para la Evitación Pasiva: si no hago algo no recibo castigo.

En el polo opuesto a estos modelos se encontrarían las atrevidas hipótesis de Sánchez o Elster<sup>43</sup> (j) del Psicópata como Normópata de la Postmodernidad. Si la Conducta Racional- que los modelos económicos y utilitaristas se imponen en la ética- es aquella que trata en cualquier situación de maximizar beneficios con la mínima inversión, las conductas psicopáticas de innovar, calcular beneficios a costa de otros, no estarían muy lejos de la Inteligencia Maquiavélica esencial al Ejecutivo Moderno o al Gorrón, que circula por la sociedad buscando beneficio y no aporta esfuerzo, tampoco se alejaría más que en grados de fracaso de nuestro modelo que el tiempo iría descubriendo: del ejecutivo respetado y Doctor *Honoris Causa* por varias Universidades al preso despreciado solo media el tiempo del fracaso económico.

Esa débil (?) diferencia entre el Psicópata y el Normópata ha sido señalada eficazmente por Elster<sup>44</sup> en "The Multiple Self": el yo del psicópata falta a sus deberes con sus yos futuros, al satisfacer sus deseos actuales rompe el Pacto con el Futuro que es la Conciencia Moral o Proyecto de Llegar a Ser como forma buena de amor propio. El psicópata por Debilidad de Voluntad se olvida de sus Meta-Quereres y queda preso de los caprichos actuales. El desastre moral del psicópata es debido a dos fallas fundamentales. La primera que no futuriza sus deseos en Meta-deseos, me gusta ser un tío al que le gusta la Opera en vez de ceder al deseo de aturdirme

La segunda que es incapaz de voluntad y autodomínio, con lo que disuelve la función protectora de la conciencia para los yoes futuros, el psicópata es insolidario consigo mismo, ya que con su pereza dilatoria descapitaliza a su Yo del Futuro de unos recursos que invierte en un eterno presente.

## EL CASO SR ¿APORTA SABER PSICOLÓGICO LA PERITACION PSIQUIÁTRICA DEL DELINCUENTE?

La condición inicial para el saber psicopatológico es el supuesto de veracidad. Aún suponiendo a un sujeto alucinado, delirante o demente para que el dialogo fenomenológico sea tal debe cumplir un pacto implícito: dar su versión de lo real aunque dicha versión se rebele como falsa. Aún en el supuesto freudiano de los falsos recuerdos ese pacto se mantiene cuando el analizado refiere una falsa historia familiar que cree verdadera.

En las peritaciones psiquiátricas ese pacto de veracidad esta excluido por la búsqueda de ventaja consciente o la simulación y de ahí que la pericia psiquiátrica ante los diversos tribunales sea casi siempre un falso saber que resiste cualquier indagación como vemos en el siguiente **Caso de SR** que investigue con el Dr Jorge Díaz. El material que hemos manejado para reconstruir la patografía de SR procede de una doble fuente. Por un lado las fuentes orales de conocimiento, tanto la historia vital, como la jurídica o la penal, y en ese sentido entrevistamos al informado, a su padre, a su madrastra y a su esposa. Igualmente tuvimos varias entrevistas con su abogado defensor, con la psiquiatra que lo trataba en el centro de salud mental y con el psiquiatra que trató a su

---

(j) Elster en "Tuercas y Tornillos" (Gedisa) explicita su cambio desde el paradigma marxista hacia las de un calculo de la conducta racional en función del juego del gorrón que imposibilita según él cualquier decisión altruista en el campo de lo social.

madre, y que conoció a nuestro informado como acompañante de la misma. Uno de nosotros se entrevistó en dos ocasiones en la prisión con el informado.

Por otro lado el material escrito. Hemos manejado el sumario que ha sido facilitado por su abogado defensor, la historia clínica previa a su ingreso en prisión, el informe psiquiátrico que lo incapacita para el servicio militar y los informes periciales de los psiquiatras que a propuesta de la defensa, actúan en su juicio oral. Igualmente, hemos tenido acceso a la historia clínica de la madre de nuestro informado, con varios ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo. El método que hemos seguido en el trato de la información oral han sido los clásicos de la historia oral: no privilegiar a ningún informador, contrastar las versiones con las fuentes escritas y tratar de encontrar coherencia en los distintos relatos, de cara a establecer una única versión a la vez verosímil, contrastable y coherente. Los materiales escritos tenían ya un núcleo privilegiado constituido por la sentencia en cuanto a conjunto de hechos probados y en torno a esa versión, el resto del material tenía como función explicar y ordenar la conducta delictiva en torno a una serie de redundancias conductuales que constituyen la personalidad. Solo en la medida en que SR repite una y otra vez una pauta de conducta podemos hablar de personalidad, en la medida en que esas redundancias conductuales se asemejen a su impulsividad, ausencia de culpa, agresividad, etc., a las descritas por los diversos autores, podremos discutir el tipo de personalidad con la que etiquetamos a S.

## ACTIVIDAD DELICTIVA

La primera actividad delictiva denunciada contra S fue por amenazas. Sin embargo existía actividad delictiva anterior que el propio sujeto relataba a sus entrevistadores: incendio de un local, maltrato a su madre, pinchar las

ruedas de coches, etc. Posteriormente el sujeto continuó con sus amenazas, agresiones con lesiones a personas, intento de homicidio.....Lo esencial de su actividad delictiva trata fundamentalmente de delitos contra las personas, especialmente amenazas y lesiones, daños materiales contra propiedades, e incluso enfrentamientos con la guardia civil.

El discurso que explica sus acciones es de tipo paranoide: debe defenderse de personas que se interponen en su camino para hacerle daño al intentar realizar actividades habituales la mili, jugar, tener novia.

SR nace en el seno de una familia nuclear emigrada a Europa en los años 60 con una hermana cinco años mayor que él (casada actualmente) y que curiosamente no es casi nunca citada en sus entrevistas clínicas: el terapeuta de su madre no sabía de su existencia porque nunca la acompañaba y el último psiquiatra que atendió a SR tampoco. De los datos del psiquiatra que atendió a su madre se deduce que la actitud de la madre hacia el padre era ambivalente. Además existía, según se deduce del informe, una escisión familiar, primero larvada y después explícita.

## ANTECEDENTES MATERNOS

Paciente con tres ingresos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Oviedo entre 1979 y 1985, con diagnóstico de Psicosis Histérica/ *Bouffé* delirante. En las tres ocasiones fue atendida por el mismo psiquiatra, que además realizó los seguimientos ambulatorios y conoció a nuestro informado, que acompañaba a su madre, a quien se sentía muy vinculado.

La historia clínica de la paciente la muestra como una mujer con Trastorno de la Personalidad de tipo Neurótico, con rasgos de angustia infantil con enuresis hasta los 11 años, terrores nocturnos y menarquia recor-



dada como traumática. Presenta igualmente trastornos somatomorfos como crisis de pérdidas de conciencia de larga duración, que cesan bruscamente a los 19 años sin secuelas. Con una escolaridad aceptable, termina el bachillerato e inicia una actividad laboral en el palacio episcopal que dura desde los 16 hasta los 23 años. Lo recuerda como los mejores años de su vida "allí me encontraba como en la gloria, con respeto, limpieza y cada uno en su sitio". A los 24 años, tras un rápido noviazgo con su ahora ex-esposo, se casa y deciden emigrar a un país europeo, donde residirán 15 años.

Ella presenta dificultades iniciales con el idioma y las costumbres, la frío y al aburrimiento. Al tiempo descubre que su marido, según ella, es "alcohólico empedernido", un grosero y mal hombre, pero continúa aguantando el matrimonio porque ya está embarazada. El embarazo le supone una temporada de compensación a sus trastornos, pero tras el parto inicia un cuadro de semiología depresiva: no salía, no lograba levantarse de la cama, todo lo aplazaba. Recibió, según ella, golpes de su marido para que atendiese al niño, lo que le provocó su primer ingreso psiquiátrico en la Clínica Universitaria de la capital, donde fue tratada con antidepresivo y ansiolítico y dada de alta en siete semanas.

Continúa su tratamiento, según ella, con psicoanálisis a cargo del Profesor Beurjolais, al que se refiere de continuo en su diálogo terapéutico posterior, ya que "fue muy bien tratada con cura psicoanalítica". Achaca sus recaídas a la poca fuerza física, "siempre estoy cansada", y a los disgustos del marido que aburrido trabajaba de marino y posteriormente en montajes que lo alejan de casa. Ella prácticamente no vuelve a trabajar y cuando su hijo tiene sus primeras dificultades en la escuela, de acuerdo con su esposo deciden regresar a España y posteriormente instalarse en Gijón.

Al año, la recidiva su cuadro depresivo es espectacular: no sale de la cama, tiene parálisis respiratoria que la hace frecuentar las urgencias médicas, llora, tiene sensación de muerte inminente, y la relación con su marido se vuelve imposible. El no la aguanta más y comienza a "hacer su vida". Tras unos meses de tratamiento ambulatorio hace su primer ingreso tras un gesto suicida con ingestión de fármacos. Tras el alta el matrimonio está roto y ella se vincula fuertemente a su hijo, que le va a buscar medicinas y recados de forma muy colaboradora mientras inicia una escolaridad muy turbulenta. Ella nunca llega a pasar sin ansiolíticos y antidepresivos, con temporadas de ligeras mejorías y empeoramientos que justifican sus ingresos, siguiendo una evolución de Depresión Ansiosa Crónica, que agrava con el divorcio judicial de su esposo. A posteriori se complica con un ACV que la hace morir de forma repentina en 1989.

## **ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS PATERNOS**

El padre era un bebedor importante y según su psiquiatra presentaba importantes rasgos psicopáticos pero sin mayor especificación. Su segundo matrimonio supuso sin embargo una importante atenuación de los mismos así como de su conducta de bebedor.

## **DATOS BIOGRAFICOS de SR EN BASE A LA DOCUMENTACION DISPONIBLE:**

- 1962: nacimiento en la emigración.
- 1972: regresa desde el extranjero a Durango.
- 1973: llega a Gijón.
- 1974, Enero: con 12 años asistencia en la Residencia Sanitaria de Cabueñes por quemaduras al prendérsele el pantalón e intentar apagarlo con las manos.
- 1979: separación de sus padres. Pasa a vivir con su madre.

1983, Mayo: excluido total del servicio militar con el diagnóstico de "PSICOPATIA SEVERA" clasificada como "TRASTORNO EXPLOSIVO DE LA PERSONALIDAD". El incidente por el que se le sometió a examen clínico fue por que a raíz de una novatada agredió a un compañero con un arma blanca (se la clavó en el pie).

El informe del Psiquiatra militar especifica:

- Enuresis nocturna hasta los 11 años.
- Sin trabajo anterior al SMO.
- Discusiones violentas:
  - a nivel familiar (llegó a pegar a su madre)
  - y social (quemó el negocio de un comerciante).

En cuanto al cuadro clínico del sujeto el informe detalla como síntomas los de:

- agresividad,
- déficit de juicio crítico y de autocrítica,
- incorregibilidad parcial a la experiencia negativa,
- paso al acto agresivo durante estrés,
- paranoia,
- seductor y manipulador y
- mal dotado para las relaciones personales.

Un test proyectivo de la personalidad que se le realizó (el de la figura humana de Machover) daba como características de la personalidad del sujeto las de: paranoia, agresividad marcada, déficit de las relaciones interpersonales e inmadurez psicosexual

1985: puesto de trabajo como camarero

1987: puesto de trabajo como bombero

1989: muere su madre, 10 años después de la separación. A partir de aquí vivirá solo.

1991, Abril (DP. 1043/1991): le denuncia su novia R, porque habiéndole conocido hace 6 meses (finales de 1990), y después de dejar de salir con él, la amenaza por no salir. Va a su casa y se pone violento, agresivo y excitado, y la amenaza con que "habría movida con su ex-novio", José, con el que la chica había salido anteriormente a que lo hiciese con él.

1991 (DP 2777/1991): el sujeto interpone denuncia judicial por secuestro y agresión en su persona contra otras cuatro personas. Refiere que lo secuestraron lo llevaron a un parque de la ciudad y allí lo golpearon y lo abandonaron.

1992, Marzo (GC 44/1992): la familia de su ex-novia R, le ponen una denuncia ante la Guardia Civil por amenazas graves. La GC además le denuncia por resistencia a la autoridad.

1992, Julio (GC 124/1992: denuncia de la familia de su ex-novia por quemar la puerta del domicilio familiar.

1992, Agosto: amenazas a la hermana y a la cuñada de su ex-novia.

1992: POR FALTA DE LESIONES: 5 DIAS DE ARRESTO MENOR.

1992, Agosto: acude, a instancias de la mujer de su padre, por conducta agresiva, a primera consulta en un centro de salud mental con una psiquiatra. No acude a las revisiones posteriores que se le marcan.

1992, Noviembre: acude de nuevo a un centro de salud mental a una primera consulta para desintoxicación por alcohol y cocaína. En la historia se refleja que el sujeto ya había cometido de nuevo actos agresivos: lanzamiento de un arpón de pesca contra el novio de su novia, autolesiones por golpearse contra la pared con motivo de gran agresividad, pinchar los neumáticos a un vehículo de una hermana de la chica con la que pretende salir por que le dijo a esta que no saliera con él de nuevo. Se le diagnostica en el CSM como TRASTORNO SOCIOPATICO DE LA PERSONALIDAD y como CONSUMIDOR DIPSOMANO DE ALCOHOL Y CONSUMIDOR ESPORADICO DE COCAINA.

1993, Enero (DP 44/1993): el sujeto denuncia a una hermana de su ex-novia por tirarle un líquido cáustico a una mano.

A su vez, el sujeto es denunciado por arrojar a una hermana de su ex-novia un líquido cáustico.

Hace 6 meses quemó la puerta del domicilio familiar de su ex-novia. Hace 1 mes había tenido otras denuncias. Sigue molestando a una hermana de su ex-novia por teléfono.

1993 (DP 58/1993) Denuncia del padre de su ex-novia de que su hija se opone a salir con el sujeto y este no para de molestarla.

1993, Marzo (DP 494-93-M): como consecuencia de la colocación de un artefacto explosivo en el establecimiento donde trabaja el anterior novio de la chica (R) con la que pretende seguir saliendo, resultan heridas de gravedad tres personas. Ninguna de ellas es el objetivo, que había salido a hacer recados. Dos toxicómanos, delincuentes habituales, habían sido contratados por el sujeto para colocar el artefacto explosivo. Según testimonio de una hermana de su ex-novia (MA), unos días antes SR había llamado porque R se había citado con él pero no acudió a la cita, por lo que habló amenazadoramente diciendo que su ex-novia le debía dinero y que "él no iba a ser su chulo", por lo que exigía su devolución, por lo que MA le entregó el dinero que exigía.

Al día siguiente de entregarle el dinero, SR llamó de nuevo a MA diciéndole que "iban a flipar en colores", que lo iba a hacer tan bien que nadie se iba a enterar, que esta vez no iba a tocar a nadie de la familia, y que su ex-novia siguiese con su anterior ex-novio "mientras este durase". Dos días más tarde volvió a telefonar de nuevo repitiendo la misma amenaza misteriosa, pero añadiendo que "todos los que tenían juicios con él les iba a llegar la hora" (excepto ella, que se había casado con un antiguo compañero de colegio de SR).

José (el anterior novio de R y rival de SR), que había sido objeto de múltiples amenazas y agresiones (en una ocasión SR, en otro local comercial de la firma en que trabajaba, le lanzó un arpón con un fusil de caza submarina que llevaba disimulada en una bolsa

de plástico sin llegar a alcanzarle. Como consecuencia de ello tuvo lugar un procedimiento judicial y en los pasillos del juzgado, cuando SR iba con la novia, se cruzó con José, esgrimiendo aquél un paraguas y este una navaja, hecho por el que fue condenado José.), relacionó inmediatamente la explosión con el sujeto (SR).

A las 15,30h., tres horas después de la explosión, SR llamó por teléfono a MA, y mientras ironizaba preguntó "si ya sabía la noticia". Volvió a telefonar a las 23h., y habló con el marido de MA quien le reprochó el acto, a lo que SR contestó que "él no había sido". La policía ocupó una escopeta de cañón y culata recortada, que SR comentó que era para prácticas de tiro, aunque después admitió que era para defenderse contra José. Durante su detención en Comisaría desoye a su abogado con respecto a no declarar allí. El sujeto se muestra muy seguro de sí mismo con respecto a su coartada, pero uno de sus cómplices al ver el resultado (tres heridos, uno de ellos con amputaciones en las piernas) decide hablar, y en un careo con el sujeto, en el que SR niega conocerlo, éste permanece tan impasible y con sangre fría que la primera impresión del juez es de que dice la verdad.

Su cómplice confiesa que en una ocasión anterior SR le había entregado otro artefacto (explosivo) -un radiocasette- para llevárselo a casa a su rival con una historia rocambolesca -le había tocado en un sorteo-, pero al final el recadero sospechó del contenido y se lo entregó después de haberle quitado el explosivo.

Dos días después del atentado es encarcelado.

1993, Octubre: informe del psiquiatra para el INSERSO: "Paciente con una Psicopatía Grave y Trastorno Situacional Paranoide. El

cuadro se caracteriza por impulsividad, agresividad, tendencias a puesta en acontecimiento, intolerancia a la frustración. En conjunto se encuentra incapacitado para su trabajo habitual de forma permanente por ser un trastorno crónico."

1993: Informe Psiquiátrico para el juicio oral: «Paciente al que se explora mediante anamnesis, historia familiar y test proyectivos. Refiere, y comprobada, una historia familiar muy cargada de patología... Su padre ha tenido problemas con el alcohol y rasgos de personalidad patológica con tendencias fantasiosas y mitómanas. La historia familiar de SR parece muy marcada por una inestabilidad familiar y geográfica que los cambios bruscos de humor de SR y los rasgos neuróticos infantiles no hacen más que reflejar: la emigración, la vuelta, la ruptura familiar de sus padres, el doble mundo de fantasías que sus padres le refieren, las dificultades escolares son compensadas por SR con comportamientos agresivos de autoafirmación, con una afectividad que tolera mal el aplazamiento de deseos y con una impulsividad que preside siempre sus conductas, que le ocasionan varios problemas escolares e interpersonales de roces con la ley y que culminan en el Servicio Militar, del que es excluido con el diagnóstico de PSICOPATIA GRAVE.

Efectivamente SR padece una psicopatía grave caracterizada por:

1) Pensamiento en corto-circuito: incapaz de valorar las consecuencias de sus acciones tanto para sí como para los otros. SR pasa del impulso al acto sin anticipación y sin hacer balance afectivo alguno.

2) Intolerancia a la frustración: SR es poco realista en la aceptación de negativas a sus deseos, que vive como frustraciones intolerables que desencadenan una agresividad de difícil control.

3) Fabulación: la ideación fantástica y la tendencia a creer en sus propias invenciones,

y sobre todo a mantenerlas externamente como la realidad, complican enormemente la evolución de SR, que se cuenta y cuenta a los otros su vida en una mezcla de verdades y mentiras que lo novelan, y que una vez formuladas rara vez regresa a la realidad y son mantenidas por nuestro informado como lo real.

4) Consumo de tóxicos: para terminar de complicar su vida, SR ha sido un consumidor importante de alcohol, cocaína y fármacos, cuyo abuso le ocasionó, al unirse con una realidad de peleas, denuncias, celos, pandillas y fabulaciones románticas, unos estados paranoides transitorios. Continuamente temía ser agredido por los cómplices de su enemigo y rival amoroso. Sus conductas eran continuas defensas, antes de salir de casa o doblar una esquina miraba con unos prismáticos que pidió a sus padres, variaba sus itinerarios, no se sentaba en ningún sitio público de espaldas a la puerta, usaba estimulantes y para vigilar la llegada de sus perseguidores acumuló gran cantidad de defensas, etc.

En este período de tiempo, que comprende los meses anteriores a los autos, aparecen falsos reconocimientos, autorreferencias y un pensamiento que cuando consume tóxicos está fuera de la realidad, y en cambio es usado como guía de conducta por SR que comenta que a veces consumía cocaína para aclarar los problemas y "ver las cosas que se me habían pasado".

Todos estos factores condicionan pues un Trastorno Situacional en el que las acciones - reacciones en lo real- operaban sobre un sujeto con Trastorno de la Personalidad Psicopática Grave, que está consumiendo drogas, en un círculo vicioso que continuamente se retroalimentaba de motivos para una escalada agresiva, en la que si él no agredía su enemigo lo destruiría, así como la incapacidad subjetiva para aceptar la pérdida de su objeto amoroso.

Respecto a las horas anteriores a los hechos de los autos, SR se ha mostrado muy autorreferencial en sus entrevistas: teme existan micrófonos, no quiere hablar del suceso porque desconfía que se agrave su situación.

En conjunto considero a SR como afecto de una Psicopatía grave, agravada por consumo de tóxicos e inserto en un trastorno situacional autorreferencial paranoide.»

1993: (en la cárcel) **segunda condena POR DELITO DE LESIONES: 2 DIAS DE PRISION** (Por las lesiones por arrojar ácido a la cara de la hermana de R, su ex-novia).

1994: Aproximadamente un año después del atentado R (su ex-novia) se casa con SR en una ceremonia pública y con fotógrafos de prensa, ampliamente seguida por la prensa local y regional. La novia dice estar muy enamorada y orgullosa de él.

1994: **Tercera condena POR DELITO DE TRES ASESINATOS FRUSTRADOS: 36 AÑOS DE PRISION** (13 años por cada uno).

1994, Abril: Invalidez permanente absoluta por parte del INSERSO por la PSICOPATIA SEVERA.

1995, Febrero: baremación por parte del INSERSO como minusvalía del 65% por la Psicopatía.

## VALORACION

En primer lugar hemos de hacer el diagnóstico diferencial con el Trastorno Explosivo de la Personalidad (hoy llamado TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE en la Clasificación de Enfermedades Psiquiátricas de la Asociación Americana de Psiquiatría conocida como DSM-IV), con el que SR fue diagnosticado en el incidente ocurrido en el servicio militar.

Las características para el diagnóstico antiguo ya fueron descritas anteriormente en el

perfil biográfico, por ejemplo el que existan episodios aislados de agresión con difícil control de impulsos, pero no sería posible mantener hoy tal diagnóstico porque el DSM-IV exige que los episodios agresivos no se puedan explicar mejor por la presencia de otros trastornos mentales (como Trastorno de la Personalidad Antisocial o Trastorno de la Personalidad Límite) o por los efectos de una sustancia o enfermedad médica, cosa que creemos que aquí se puede hacer mediante el Trastorno de Personalidad Antisocial además de que consumía, a veces continuamente y al final esporádicamente, Alcohol y Cocaína.

Nos llama la atención además el hecho de que se haya efectuado dicho diagnóstico cuando los antiguos criterios exigían también que no existiese conducta antisocial, aunque es explicable por el hecho de que el sujeto, en un medio como el militar, evitase citar conductas antisociales anteriores.

Otro diagnóstico diferencial que creemos que se debe hacer sería con el de Trastorno de Personalidad Histriónico (DSM-IV). Tal trastorno nos fue indicado por el psiquiatra de la madre de SR y de hecho existen algunas pautas de coincidencia de las características que especifica el DSM-IV, tales como la aparente continua necesidad de llamar la atención y ser el centro de todos, así como la marcada utilización de su aspecto físico en este mismo sentido, y las dramatizaciones exageradas de su amor por su ex-novia con *acting out* incluidos.

Existen además en la literatura psiquiátrica forense consultada (Buglass y Bowden, 1990), descripciones de la relación entre Psicopatía e Histeria a tener en cuenta. Es el caso de la alta presencia, en estudios europeos, de histeria entre los criminales, tanto masculinos como femeninos, así como la propensión que comparten histéricos y psicópatas a asumir riesgos elevados, a romper las reglas o a presentar conductas impulsivas o delictivas.

También existían coincidencias entre Psicopatía e Histeria en los estudios norteamericanos, fundamentalmente respecto a su pertenencia a clases sociales bajas, así como a la presencia de rupturas y los conflictos familiares.

Sin embargo creemos que en este caso, faltan criterios muy importantes de la DSM-IV, como la emotividad y la expresión emocional, siempre excesivas en los histéricos, y que en él muchos describían lo contrario, una marcada frialdad, así como el hecho de que los histéricos son sugestionables y fácilmente influenciados por los demás, cosa imposible en SR.

Otro diagnóstico a tener en cuenta sería el de Trastorno Límite de la Personalidad (DSM-IV), puesto que parece que la conducta de SR hace es consecuencia de intentar evitar un abandono, además existe un patrón de relaciones inestables e intensas (el matrimonio después de la cárcel), la impulsividad, las dificultades para controlar la ira y la ideación paranoide transitoria.

No obstante no se cumple un criterio importante como es el hecho de que en los Trastornos de tipo límite la búsqueda es de una relación protectora, no de dominancia como parece ser aquí, además de la ausencia de tentativas de suicidio, de alteración de los límites de la identidad y la inestabilidad afectiva con gran reactividad del estado de ánimo (de nuevo la descripción de frialdad afectiva y control de las emociones de este caso).

Otro diagnóstico a considerar sería el de Trastorno Paranoide de la Personalidad (DSM-IV), especialmente por los hallazgos del test realizado en el servicio militar y del último informe psiquiátrico que confirman la persistencia.

El paranoidismo como rasgo que refiere el informe del psiquiatra militar -que no consi-

dera el Trastorno Paranoide de la Personalidad-, se refiere a la desconfianza, suspicacia y vigilancia hacia los demás y autorreferencia continua por parte de los pacientes, cosa que se cumplía en este caso.

Sin embargo la presencia de consumo de alcohol y cocaína y las características psicóticas del paranoidismo, que refiere el último informe, hacen que no se puedan incluir como debidas al Trastorno de la Personalidad Paranoide debido a que existe un criterio dentro de la DSM-IV que lo excluye si existe psicoticismo.

Por último, otro Trastorno de la Personalidad a excluir, y el más difícil, sería el Trastorno de la Personalidad Narcisista. Muchas características del sujeto como la elevada hipersensibilidad hacia su autoestima, la importancia que parece dar a ser reconocido como superior, su preocupación por fantasías de éxito ilimitado, la admiración excesiva que se profesa y que parece exigir, la pretenciosidad y la carencia de empatía por los sentimientos y necesidades de los demás cumple los criterios. Para la literatura la diferencia con el Trastorno Antisocial sería solamente con respecto a los motivos: en aquél el objetivo de explotación de los demás siempre es personal, su autoestima, en éstos el objetivo siempre serían de ganancia material.

En contra de incluirlo como tal iría el hecho de que este trastorno de la personalidad aparece al principio de la edad adulta, más que en la infancia o adolescencia. Así mismo otro dato importante que puede hablar en contra del narcisismo es esa desmedida tendencia a correr riesgos contra sí mismo de nuestro caso.

El trastorno que creemos que podría reflejar mejor nuestro caso según la DSM-IV

sería el diagnóstico de Trastorno Antisocial de Personalidad, ya descrito en la introducción según los trabajos de Millon, pero que aquella caracteriza como:

- Pauta general de desprecio y violación de los derechos de los demás, que se presenta desde la edad de 15 años, con tres o más de los siguientes:

- fracaso en la adaptación a las normas sociales respecto al comportamiento legal,
- deshonestidad manifestada en mentiras repetidas, estafar por beneficio o placer,
- impulsividad o incapacidad de planificar el futuro,
- irritabilidad o agresividad manifestada por peleas físicas repetidas o agresiones,
- despreocupación imprudente por la seguridad propia o la de los demás,
- irresponsabilidad persistente manifestada por la incapacidad de mantener un trabajo o hacerse cargo de obligaciones económicas. Nuestro caso era capaz de mantener un trabajo pero este presentaba unas características no habituales y compatibles con el trastorno: sobre todo trabajar una semana al mes, exposición al riesgo y protagonismo.
- falta de remordimientos por las propias acciones, indicado por la indiferencia ante las mismas o por la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

- Al menos 18 años

- Pruebas de trastorno disocial antes de los 15 años. Para la DSM-VI el Trastorno Disocial, muy frecuente como diagnóstico, consiste en una pauta persistente de violaciones de los derechos de los demás en la infancia o adolescencia y requiere 3 o más criterios, de entre los que se encuentran los que cumplía este caso: Vandalismo o incendios deliberados, hacer novillos y repercusión de

la conducta en el rendimiento académico.

- El comportamiento antisocial no es consecuencia de estado esquizofrénico o episodio maniaco.

Sin embargo el hecho de que nuestro caso cumple gran parte de los criterios descritos para el Trastorno Narcisista de la Personalidad para esta misma clasificación nos inclina a optar por el diagnóstico de Trastorno de la Personalidad de tipo mixto que cumple los criterios para el T. Antisocial y para el T. Narcisista descritos en la DSM-IV. A la vez hemos de añadir que si nos atenemos a lo que es el exterior de las clasificaciones de la práctica clínica habitual y entramos en el campo teórico descrito por Millon, nuestro caso estaría inserto en lo que denomina Tipo Mixto Antisocial-Paranoide. Tal discrepancia, sobre todo teniendo en cuenta que los trabajos de Millon son una influencia muy importante en las clasificaciones de la personalidad tipo DSM a partir de la DSM-III, ilustra bien la dificultad de la adscripción concreta de una personalidad anormal concreta a las clasificaciones oficiales vigentes, que muchas veces son fruto del consenso entre líneas de investigación psiquiátricas muy distintas, y por tanto de la discrepancias frecuentes en las emisiones de informes periciales sobre dichos sujetos.

## CONCLUSIONES DESPSIQUIATRIZADORAS

La interpelación que desde siempre las conductas agresivas dirigen al pensamiento humano tiene dos tipos falsas respuestas desde la psiquiatría. O son teorías de escuela-sicoanalítica, sistémica, cognitivo-conductual- que sí no logran un acuerdo en el campo psi no pueden aspirar a intervenir fuera de su campo (convenza primero a sus colegas). O son simples versiones derivadas de la noción de psicopatía que doblan o reiteran el saber común o la observación criminalista sobre

las biografías de personas agresivas (El caso SR lo ejemplifica).

El saber psicológico al pretender ser como el Augur alguien con capacidad de descubrir el misterio, o el sentido de la agresividad humana, comete el error de encontrar causas donde hay libertad de actuación. La practica psiquiátrica, al pretender curar o predecir el futuro de las conductas agresivas, formula una falsa promesa. Como los antiguos retóricos los psi hablamos y teorizamos de la agresividad humana con escasa capacidad para cambiar nada de su realidad. Por eso cuando prisioneros de los “juegos de farol” desde las agencias sociales encargadas de la gestión del mal nos piden en las peritaciones respuestas claras de cara a encarcelar, semiliberar a un maltratador doméstico o a un adolescente criminal, nuestro discurso se vuelve ambiguo y vaporoso. Cuanto de loco, cuanto de criminal, cuanto de actor libre del mal, es una ecuación no resuelta por lo psi en la practica, sobre la que tiene pretensiones de teorizar en miles de escritos. Cuando un juez condena a un adolescente a tratamiento obligatorio se inicia el coro de protestas psi que descubren la impotencia práctica tapada por la retórica. En el peor de los casos se afirma que bueno o malo en el hombre son categorías a desterrar en la práctica psicoterapéutica<sup>45</sup> (k).

Los dramas de algunos juzgados de vigilancia penitenciaria dan cuenta de los resultados de esa actuación como Augures en la gestión de los riesgos de las conductas agresivas En 1999 Mar Herrero y su familia pidieron la revocación de la libertad condicional de Luis Patricio su ex novio que la

amenazaba de muerte en 14 denuncias La psicóloga y la trabajadora social del juzgado de vigilancia penitenciaria, Felicidad Heras y Gomez respectivamente informaron en diversas ocasiones y el día antes del cruel asesinato de Mar sobre la no peligrosidad de Patricio.

Depsiquiatrizar significa en el campo de la gestión de la agresividad cosas simples .Reconocer que una entrevista siquiátrica en un marco medico legal no está presidida por los supuestos de veracidad dialogal sino por la búsqueda de ventaja y la simulación lo que lo excluye del marco psicopatológico. También conocer la formulación socrática que hace nacer la moral práctica: no hay “expertos” en esta materia, todo hombre es capaz de separar el bien del mal y de calificar la agresión como mal. Los psi pretenden de continuo superar ese saber común y enseñar a a vivir o a morir con un conocimiento técnico. Desde la crianza al duelo, desde el sexo al enfrentamiento con los vicios una pléyade de psi nos enseña a como hacerlo.

Frente al tratamiento de la agresividad, la verdad del barquero es que no hay que adquirir ningún insight, ninguna habilidad cognitiva ni seguir ninguna terapia sino recordar una norma moral y recobrar una capacidad para avergonzarse. Agredir es malo y sí lo hago soy un sin vergüenza y si he perdido la vergüenza el resto de los hombres debe excluirme de su sociedad hasta que la recupere es la sencilla formula que inicia una sensata vuelta a reconocer por parte de los psi los limites de sus saberes a sus practicas

---

(k) Gergen en “El Yo saturado” (Paidós 2001) se afirma como firme candidato a idiota moral al afirmar que los discursos del criminal y los de sus victimas son “versiones” de un suceso ante las que los psi no deben tomar partido. Haley en “Las Tácticas de Poder de Jesucristo” le sigue de cerca en el camino de necedad con su versión del sermón de la montaña como juego de poder del débil-fuerte.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 – **DSMIV (1999)**. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Madrid.
- 2 - **Talbott MD (1996)**. Tratado de Psiquiatría. Ancora, Madrid.
- 3 – **DSMIV (1999)**. Manual de Diagnostico diferencial. Masson, Madrid
- 4 - **Moor L (1978)** Glosario de Términos Psiquiátricos Toray- Masson, Barcelona.
- 5 – **Roudinesco, E. (2003)**. La Familia en desorden. Anagrama.
- 6 – **Heidegger (2003)** ¿Qué es Metafísica?. El Clavo Ardiendo, Méjico.
- 7 - **Ruse M (1987)** .Tomándose a Darwin en serio. Salvat, Barcelona
- 8 – **Timbergen, N. (1985)** Naturalistas curiosos. Salvat, Barcelona.
- 9 - **Harré R. (1986)**. Diccionario de Etología. Paidos.
- 10 - **Eibl Eibesfeldt (1994)**. Amor y Odio. Salvat, Barcelona.
- 11 – **Wilson, E. (1986)**. Sociobiología. Omega, Barcelona.
- 12 – **Dennet, D. (1982)**. The intentional instance. MIT.,Cambrigde ,Mas.
- 13 - **Ramachandran V.** : Fantasmas en el Cerebro
- 14 - **Damassio A (1999)**. La Sensación de lo que Ocorre. Debate, Barcelona.
- 15 - **Damassio A. (1987)**. El error de Descartes. Critica, Barcelona.
- 16 - **Foucault (2001)**. Los Anormales. Akal, Madrid.
- 17 - **Sadaba J. (1995)**. El Oerdon –La soberanía del yo Paidos.
- 18 – **Genet, J. (1986)**. Diario de un Ladron. Biblioteca de Bolsillo, Barcelona.
- 19 – **Sartre, J.P. (1978)**. San Genet. Losada.
- 20 – **Berbell, C. (2001)**. Psicópatas criminales. La esfera de los Libros, Madrid.
- 21 - **Bloom H.** : Como leer y por qué. Anagrama..
- 22 - **Althusser, L. (1986)**. El Porvenir es Largo. Península.
- 23 - **Centro Reina Sofía:** Para el Estudio de la Violencia: Psicopatas y Asesinos en serie. Video.
- 24 - **Foucault, M. (1992)**. Vigilar y castigar. Siglo XXI, Madrid.
- 25 - **Piaget, J. (1971)**. El criterio moral en el niño. Fontanella, Barcelona.
- 26 - **Dawkins, R. (1988)**. El relojero ciego. Labor, Barcelona.
- 27 - **World Psychiatric Association (2001)** Anthology of French Psychiatric Texts. NY.
- 28 – **Schneider, K. (1980)** Las Personalidades Psicopáticas. Morata, Madrid.
- 29 – **DSMIII (1988)**. Masón, Barcelona.
- 30 – **Cleckey (1977)**. The Mask of Sanity. Mosby, S.Louis.
- 31 - **The Psicopaty Checklist Mosby,** S. Louis 1989.
- 32 – **Millon, T. (1994)**. La personalidad y sus trastornos. Martinez Roca, Barcelona.
- 33 – **Garrido. (1983)**. Manual de Ciencia Penitenciaria. Ramon Areces, Madrid.
- 34 - **Rojas Marcos (1995)**. Las semillas de la violencia. Espasa Calpe, Madrid.
- 35 – **Yochelson:** The criminal personality. Aconson, N.Y.
- 36 - **Garfia, JJ. (1996)**. Adios Prisión. Txalaparta.
- 37 – **Berger, P. (1997)**. Modernidad,pluralismo y crisis de sentido. Paidos.
- 38 – **MacIntyre, A. (2003)**. Animales racionales y dependientes. Porque los seres humanos necesitamos las virtudes. Paidos.

- 39 – Wilson (1996).** El Naturalista. Circulo de Lectores.
- 40 - M. Douglas (1999).** Estilos de Pensar. Gedisa.
- 41 – Bolwby, J. (1975).** El vinculo afectivo. Paidos.
- 42 - Eysenck (1965).** Bases biológicas de la personalidad. Fontanella, Barcelona.
- 43 – Elster, J.:** Tuercas y Tornillos. Gedisa.
- 44 – Elster, J. (1987).** Uvas Amargas. Península, Barcelona.
- 45 – Gergen (2001).** El Yo saturado. Paidos.

# Generación y regeneración de la violencia contra las mujeres

## Generation and regeneration of the violence against the women

Yolanda Fontanil Gómez

*Departamento de Psicología  
Universidad de Oviedo*

Esteban Ezama Coto

*Centro de Investigaciones Comunicacionales  
Oviedo*

Roxana Fernández Galán

*Facultad de Psicología  
Universidad de Oviedo*

### RESUMEN

*En el presente trabajo se parte de considerar que la agresión hacia la pareja es un comportamiento elegido y de que nuestra sociedad acepta que los varones consigan lo que necesitan de los demás mediante la violencia y se exponen datos sobre cómo y cuando se producen las agresiones. Se aborda el tema de cómo persona, familia y sociedad se construyen de forma que la probabilidad de que en una relación de pareja aparezca la violencia sea muy alta y el silencio y la justificación parecen ser estrategias para no tener que cambiar nada en los procesos de construcción. Para finalizar se propone un giro cultural hacia una sociedad igualitaria basada en valores y procedimientos claramente femeninos.*

**Palabras clave:** *violencia masculina, cultura patriarcal, dominio, conflictos, procedimientos de solución.*

Desde la década de los 70 han sido muchos los estudios que han constatado el hallazgo de autores pioneros, como Richard Gelles, que demostraban que la familia no era el lugar de paz y seguridad que refleja-

### ABSTRACT

*Violence with the partner is a chosen behaviour in a culture that accepts, normalizes and ignores that men attack their female partners to control their lives. Moreover, empirically data are pointed out about how and when the aggressions take place. The purpose of the present paper has been to review how person, family and society interact in such way that they increase the probability of violence in marital relationships. Silence and justification are useful strategies to change nothing. Finally, a social change towards feminine strategies and values is proposed.*

**Key words:** *Men's violence, patriarchy, dominance motive, interpersonal conflict, solving procedures.*

ban los estereotipos y que la violencia en la familia era más común de lo que se pensaba. Según sus datos una tercera parte de las personas de su muestra habían experimentado alguna forma de violencia doméstica y para

una de cada diez la violencia era una vivencia regular. Posteriormente se han encontrado diferencias entre lo que ocurre en distintos países (USA, Reino Unido, Nueva Zelanda, etc.), tanto en términos de escala como en tipos concretos de violencia; pero las similitudes marcan la tónica. La posición de partida de los estudiosos del tema no es ya preguntarse si la familia es una institución proclive a la violencia sino averiguar cuan violenta es y cuales son los factores que hacen que las interacciones violentas sean tan frecuentes. Este es el marco en el que se estudia la violencia que sobre las mujeres ejercen sus parejas masculinas. Modificando algo las palabras de Michel White nos preguntamos: ¿cuáles son los factores que impiden o frenan a los miembros de la pareja para respetarse unos a otros, para brindarse el cuidado y la consideración adecuados en lugar de manejarse con esos niveles de control, ira y rechazo? (White, 1989).

La mejor posición para intentar responder a esta pregunta es intentar abarcar, en una perspectiva múltiple, tres niveles de organización: el socio-cultural, el familiar y el personal. Para ayudarnos en esta tarea nos apoyaremos en los resultados de una investigación con mujeres maltratadas por sus parejas masculinas realizada en Asturias. Los resultados de esa investigación, que nos muestran un doloroso dibujo de la vida familiar junto con los de otras realizadas en otros países, nos van a dar pie para reflexionar sobre las tradiciones culturales que respaldan y presentan como “natural” el maltrato de género en la familia y dentro de este, el maltrato hacia las mujeres por sus parejas masculinas.

## **MALTRATO DE GENERO: FAMILIA Y CULTURA**

El maltrato de género en el seno de la familia tiene que ver con la agresión interper-

sonal y la violencia pero enmarcadas en un contexto especial. Hay que aclarar que por agresión no sólo se entiende “herir o intentar herir el cuerpo del otro” sino “cualquier forma de conducta que pretenda dañar a alguien”. Una definición comprensiva de la violencia doméstica incluye actualmente cualquier comportamiento que ejerza daño en base a fuerza física, control o acoso sobre un miembro de la familia, actividad sexual forzada o coercitiva, destrucción de propiedades, actos que amenacen o dañen a los animales de compañía de la familia así como cualquier acto que aterrorice, amenace, denigre o restrinja la libertad (Rosenbaum y Maiuro, 1989). Pues bien, el contexto especial que enmarca la agresión y la violencia, cuando hablamos de maltrato de género en la familia, es el de unas relaciones en las que las personas cubren casi todas las necesidades de protección y de seguridad que tenemos los seres humanos para funcionar bien. Esa es una de las claves para entender el maltrato dentro de las parejas. La otra es que, además, esas relaciones especiales se organizan en función de muchas atribuciones de derechos, obligaciones y cualidades y que algunas de ellas se adjudican pura y exclusivamente en función del sexo. Esa adjudicación se realiza siguiendo una tradición cultural y esa tradición cultural se perpetúa por el mero hecho de hacer las adjudicaciones y por aceptar las atribuciones y las reglas del juego que conllevan.

Hay agresiones contra las mujeres que se asemejan a las agresiones de los atracadores a sus víctimas, o a las de los amos hacia los esclavos, es decir: agresiones con las que se pretende que alguien dé o haga algo que no esta dispuesto a hacer o a dar. Son “extorsiones”, fundamentalmente. Hay otras agresiones que se asemejan a las de los payos contra los gitanos, las de los blancos contra los negros, las de los arios

contra los judíos, las de los españoles contra los moros o las de los del país contra los extranjeros: agresiones con las que se pretende “poner en su lugar” a individuos que se atribuyen derechos discutibles (para quienes les agreden). Se trata de agresiones de tipo reaccionario en situaciones que amenazan de algún modo los privilegios de una clase de personas. Hay otras agresiones, por fin, que se asemejan más a las de los padres hacia los hijos, las de los hijos hacia los padres, las de los abuelos hacia los nietos o las de los nietos hacia los abuelos. Son agresiones cuyos objetivos necesariamente deben ser compatibles con la preservación del bienestar futuro de la persona agredida, porque en esas relaciones el cuidado hacia el otro es esencial, y que se presentan como agresiones de tipo “educativo”. Las agresiones hacia las mujeres en el seno de las familias son, muchas veces, agresiones destinadas a que ellas den algo o hagan algo, que se parecen a las racistas o las xenófobas, porque en ellas se suelen defender desigualdades de derechos, pero que se enmascaran como agresiones “educativas”. En las agresiones de las que nos ocupamos interviene el deseo de obtener algo y la consideración de que la persona agredida es merecedora de la agresión por que no cumple con sus obligaciones o se atribuye derechos impropios de su condición, pero se dan en un contexto en el que la agresión es incongruente con la característica más fundamental de la definición de la relación y entonces se enmascara. Algo clave es que no estamos hablando de la agresión o de la violencia entre personas que se declaran enemigas o la de una persona que se presenta como enemiga de otra. Lo característico de estas situaciones es que el agresor se declara “amigo” de la víctima y exige a la persona agredida que actúe también como amiga pese a la agresión. Son situaciones en las se pretende que la agresión sea considerada como un accidente más o

menos desgraciado (un accidente que no define la relación ni dice nada respecto a la interacción futura) o, si no, como algo tan sólo contradictorio en apariencia, porque el daño que se infringe sirve para procurar un bien mayor.

La relación entre “extorsión” e ideología reaccionaria se ha puesto de relieve muchas veces en los estudios sobre el maltrato a las mujeres. La sociedad en la que vivimos construye actitudes, modelos, derechos y valores con respecto a qué es violencia “adecuada”, lo que está permitido, contra quién y en qué circunstancias. Dobash y Dobash (1979), dos de los defensores más firmes de un enfoque feminista de la violencia familiar sobre la base del género, describen a la mujeres en sociedad como “víctimas apropiadas” de la violencia familiar y vistas como merecedoras de culpa y castigo. Por lo general el castigo físico continua siendo aceptado: en la familia está permitido o es correcto golpear a las personas a quienes se ama. Los que tienen el poder pueden golpear a los menos poderosos y es admisible recurrir al golpe para alcanzar una finalidad o meta. Quizá se piense que estas frases se refieren exclusivamente a los niños, los hijos, pero estos argumentos los podemos encontrar en las conversaciones sociales respecto a las mujeres. Además es fácil extender este mismo modo de argumentación desde la violencia física hasta la sexual o emocional. En este contexto la violencia sexual es un acto en el que las personas más poderosas pueden exigir favores sexuales a los menos poderosos, porque es su derecho. La sexualidad puede usarse para reafirmar el poder o el control y hasta hace muy poco tiempo no existía el delito de violación dentro del matrimonio. El maltrato emocional, la denigración, la descalificación, la hostilidad con los seres queridos se justifican por el mismo motivo: preservar la estructura de autoridad del grupo.

La debilidad, la vulnerabilidad y la dependencia de la víctima, son características centrales y comunes en todos los tipos de violencia familiar. La violencia de los hombres contra mujeres con las que tienen una relación afectiva es propia de unas relaciones patriarcales y de unas instituciones patriarcales que aún persisten. Y debe ser vista como una derivación de las relaciones de dominancia-sumisión que existen en las familias “normales”. Los hombres recurren a la violencia cuando se desafía o amenaza su poder o privilegios y cuando otras estrategias ya han fallado. Autores como Tiffit (1993), Kirkwood (1993) o Hearn (1998) subrayan el hecho de que la violencia es un comportamiento elegido dentro de un contexto estructural de relaciones jerarquizadas en el que se espera que el hombre sea dominante, omnisciente, omnipotente e infalible. En las agresiones de los varones hacia sus parejas es posible que haya mucha irreflexión en la mayoría de los casos. Sin embargo, el contexto ideológico y cultural se encarga perfectamente de proporcionar los objetivos. La cultura y la ideología de las personas que han sustentado y sustentan el desarrollo psicológico del agresor y, en muchos casos, también la cultura y la ideología de las personas que han sustentado y sustentan el desarrollo psicológico de la víctima, establecen los derechos y obligaciones relativos de varones y mujeres y las sanciones legítimas que unos y otros pueden imponer. De este modo, aunque la agresión se realice irreflexivamente, los varones cuentan con un sin número de motivos con los que justificarla a posteriori. Tenemos que esperar, pues, que los episodios violentos y las agresiones de los varones contra sus compañeras mujeres sean explicados reiteradamente con los argumentos que proporcionan la ideología y la cultura. Y es determinante, a este respecto, que las agresiones de las que hablamos no provengan de una persona que se presenta como enemiga de otra. Lo carac-

terístico de las situaciones a las que nos estamos refiriendo es que al agresor se le encasilla culturalmente como “amigo”, “protector” o “sostenedor” de la víctima y que, mientras no se le sitúe en otra categoría, se espera que la persona agredida actúe también como amiga, protectora, cuidadora y sostenedora del agresor. En ese marco, es racional pretender que se excuse una agresión describiéndola como un desliz propiciado por la naturaleza del varón, por ejemplo (un accidente que no define la relación ni la interacción futura), o como un episodio en el que el varón desempeña una labor educativa (algo incongruente con la amistad y la protección sólo en apariencia) (González y Santana, 2001; Halford, Sanders y Behrens, 2000). Pero los motivos no se agotan ahí, porque mientras el sexismo perviva en la ideología de varones y mujeres, la mejor justificación de la violencia para los otros y para uno mismo siempre será que la mujer se merecía un castigo por incumplir con sus obligaciones o extralimitarse en sus derechos.

## UN TROZO DE REALIDAD

En el trabajo que hicimos en Asturias nos ocupamos de situaciones en las que las mujeres son objeto de agresión por parte de hombres que han sido o son sus maridos o sus parejas de hecho (Fontanil, Méndez, Cuesta, López, Rodríguez, Herrero y Ezama, 2002). Pero además nos ocupamos de casos en los que las mujeres han hecho manifiesta su lucha por la supervivencia. Es un trabajo de un tipo muy frecuente en la literatura científica de los últimos años: En Israel, Haj Yahia (1999 y 2000) con mujeres árabes y palestinas; Adelman (2000), con mujeres musulmanas y judías, y Eiskovits, Goldblatt y Winstok (2000). En Estados Unidos, Kim y Sung (2000) con mujeres de familias de origen coreano; Thomas (2000)

con mujeres de comunidades afro-americanas y asiático-americanas, y Entrenas y Vilma (1999), con mujeres mejicanas, por ejemplo. El nuestro, sin embargo es un estudio particularmente modesto: un estudio descriptivo de los informes proporcionados por un grupo de mujeres relativamente pequeño en circunstancias relativamente infrecuentes. Por todo ello no caeremos en la tentación de pensar que lo que conocemos por esta investigación nos proporciona un panorama completo de la violencia de género en el seno de la familia. Como muchos otros sabemos que los datos a los que tenemos acceso están sesgados en torno a muchos temas. Por exponer uno de ellos señalaremos que son las personas que mantienen un contacto más estrecho con los distintos servicios sociales las que con más facilidad forman parte de las muestras de investigaciones como la nuestra. De las vivencias de las mujeres maltratadas pertenecientes a clases socioeconómicas más favorecidas apenas si sabemos nada.

## LAS PERSONAS

Nuestras informantes son 66 mujeres que, en su mayoría, han solicitado algún tipo de ayuda para hacer frente a una situación de malos tratos. En todos los casos los agresores son las parejas o las antiguas parejas de las mujeres. El contacto con las informantes se logró a través de las entidades en las que el apoyo fue solicitado (asociaciones de mujeres y casas de acogida). La información se obtuvo a través de un cuestionario anónimo al que respondió el total de la muestra. El cuestionario se elaboró buscando puntos en común de diversos y discutidos instrumentos como el Index of Spouse Abuse (I.S.A.) de Hudson y McIntosh (1961), el Conflict of Tactics Scale (C.T.S.) de Strauss (1979), el Injury Assessment Index (I.A.I.) de Dobash, Dobash, Cavanagh y Lewis (1998), así como a partir de temas relevantes en la literatura

sobre ciclos y tipos de violencia (Dutton y Golant, 1995).

Los datos obtenidos nos muestran que el maltrato afecta tanto a las mujeres jóvenes (20 años) como a las de mayor edad (77 años) quienes conviven con su agresor durante un periodo nada despreciable de su ciclo vital: una media de 14,1 años. Al iniciar la relación con su pareja tenían un promedio de 23 años y actualmente su edad promedio es de 40 años y tienen una media de dos hijos. La familia de origen es mayoritariamente asturiana (65'2%). La mayoría está en trámites de separación (34,8%), divorciadas están un 28,8% y un 15,2% casadas. Entre unas y otras situaciones legales lo cierto es que un 29% vive en la actualidad con el agresor.

La formación de las mujeres de la muestra les permite leer y escribir en un 18'5%. Han seguido la enseñanza obligatoria casi la mitad de ellas. El 15,4% han hecho, además: estudios de Formación Profesional y B.U.P. el 7'7%. Sólo el 6,2% ha hecho también estudios universitarios. Respecto a la inserción en el mundo laboral las dos terceras partes de las mujeres (74'2%) han tenido un trabajo asalariado antes de que comenzaran las agresiones. Pero cuando sufren la primera agresión el porcentaje se reduce al 43,3% y en el momento en que se hace la encuesta se queda en el 32,3%. Esta reducción de la actividad laboral concuerda con la idea de que los malos tratos se producen junto a una progresiva reclusión en el hogar y un progresivo aislamiento. Dobash y Dobash (1980) han visto esta evolución como resultado del control creciente al que van siendo sometidas las mujeres a lo largo de su vida adulta, que les va privando de vínculos sociales fuera de la familia, mientras que, por el contrario, los varones incrementan sus vínculos fuera del hogar. La imagen de las mujeres maltratadas es la de personas cada vez más

solitarias. La reducción de oportunidades se constata también en los cambios de ocupación a lo largo del proceso. Mientras que antes de que las agresiones comenzasen las mujeres ocupaban puestos como peluquera, auxiliar administrativo, comercio, etc. en el momento en que se pasa la encuesta las mujeres ya no trabajan fuera del domicilio no trabajan o, si lo hacen, lo hacen mayoritariamente como empleadas de la limpieza y en el cuidado a terceros. Esto da la imagen de un proceso en el que no sólo se van reduciendo los contactos sociales sino también la capacidad económica de las mujeres maltratadas. Como Kirkwood (1993) apunta en su estudio, más allá del estrés y la penuria material, la privación económica produce inseguridad respecto del futuro y una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias en que se vive. De hecho, una de las claves que a las mujeres maltratadas les permite reconocer que han perdido el control personal de su vida por la influencia de la pareja maltratadora es ver su incapacidad de desempeñar el tipo de trabajo que antes habían hecho con éxito y entusiasmo. Sin embargo, no les es fácil a las mujeres que sufren maltratos utilizar esa clave, porque la relación entre el hostigamiento y la incapacidad laboral apenas es reconocida en nuestra cultura individualista y competitiva (Torres y Espada, 1996). Quizá ayude en ese sentido que se haga público que se produce con mucha frecuencia una reducción sistemática de las capacidades laborales conforme se instaura el maltrato en la vida de las mujeres.

## **LAS AGRESIONES**

La primera agresión aparece, como promedio, a los dos años y medio del comienzo de la relación. Las agresiones de las que son víctimas las mujeres se agrupan en tres categorías: maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual. El 97% de las mujeres sufren

malos tratos emocionales, el 87,9% físicos y el 40,9% abusos sexuales. Las separaciones entre subtipos de maltrato no se mantienen para el grueso de la muestra, pues los malos tratos físicos aparecen unidos a los emocionales, los abusos sexuales al maltrato físico y emocional y son escasas las mujeres que sólo sufren uno de los tipos de maltrato. De hecho, las mujeres del estudio sufrieron, como promedio, dos tipos de agresiones de los tres tipos contemplados. De los tres, el maltrato más frecuente es el maltrato emocional que se encuentra en el 43% de las respuestas, seguido de la violencia física con el 38,9% y del maltrato sexual con el 18,1%.

La violencia promedio incluye insultos, desvalorización, humillaciones, amenazas y culpabilizaciones junto a empujones, bofetadas, puñetazos y patadas. Este tipo de agresiones se producían de forma continuada en dos terceras partes de los casos y de forma episódica en el resto. No se trata pues, de una muestra en el que el maltrato haya consistido en una sola agresión con motivo de una tensión emocional o de parejas en las que aparecen discusiones o peleas menores. Se trata de agresiones reiteradas de varones que amenazan, insultan, golpean o cometen actos aún más graves contra sus compañeras. A esto hay que añadir el dato de que en el 85,2% de los casos las agresiones se van volviendo más y más crueles.

En este estudio el maltrato físico y el emocional aparecen juntos con mucha frecuencia. Ello apoya la afirmación de Dutton y Golant (1995) quienes plantean que la violencia emocional y la violencia física están íntimamente relacionadas como resultado de la necesidad de controlar y dominar. Estos autores señalan que, aunque los episodios de violencia física pueden estar muy distanciados entre sí, en los intervalos aparecen malos tratos emocionales que refuerzan los efectos de los malos tratos físicos. Nuestros



datos confirman esta aseveración: en nueve de cada diez casos entre agresión física y agresión física se dieron maltratos emocionales. Además la agresión emocional ha aparecido en el 82% de los casos antes de la primera agresión física.

La relación entre el maltrato físico y el emocional es compleja. De hecho cualquier agresión física conlleva un maltrato emocional. Como dicen Dutton y Golant (1995) todos nos sentimos ultrajados cuando nos golpean. La impresión de invasión y el dolor que acompañan a la violencia física sirven para alterar las convicciones de las mujeres y restarles cualquier sensación de autocontrol. El mensaje emocional que transmite la violencia física es que su valor como persona es escaso. La interacción entre violencia física y emocional se produce de formas muy variadas, nuestros datos señalarían que de forma mayoritaria se produce una primera fase de maltrato emocional que ejercerá un primer efecto en la visión del mundo y de sí misma de la mujer maltratada. Luego aparece otro impacto en la vida emocional de las mujeres a través de los golpes y amenazas que refuerzan el primero y así una espiral en la que el maltrato emocional rodea la vida de la pareja sometiendo a cerco el devenir psicológico de las mujeres (Yanes y González, 2001). Si el primer ataque físico no ha originado suficiente vejación los siguientes tienen ya el impacto emocional garantizado.

En la investigación pionera de Dobah y Dobash (1980) en la mayoría de los casos los malos tratos aparecían después del casamiento o emparejamiento (lo que apunta a que los malos tratos a las mujeres son una extensión de las prácticas tradicionales de control sobre ellas en el seno de las familias). Nuestros datos confirman esta posición pues en ocho de cada diez casos de nuestra muestra los malos tratos físicos ocu-

rren después de la convivencia.

Asimismo se examinaron las distintas circunstancias en las que aparecían las agresiones en nuestra muestra. Sus respuestas configuran un cuadro en el que la agresión aparece sobre todo cuando la pareja se encuentra a solas y, o bien están viviendo en una situación concreta ya conocida o bien se da la agresión de forma inesperada. La pregunta de por qué cerca de las dos terceras partes de las mujeres son agredidas cuando están a solas con la pareja no se encuentra aquí, pero suscita otra pregunta: ¿el agresor espera a que la mujer esté sola para atacarla?. No podemos responder a esta pregunta pero sí reiterar que el cuadro de agresión a la pareja se produce principalmente cuando ambos están solos, situación que puede verse propiciada porque el agresor logra un aislamiento de su víctima reduciendo la posibilidad de que obtenga apoyos externos.

Nos preguntamos también por la manera en que finalizan los episodios de agresión. La forma más frecuente es que se abandona el lugar en que se produce la agresión, seguido de hacer como si no ha ocurrido nada o permanecer en silencio. Las disculpas y arrepentimientos y la intervención de terceros aparecen con menos frecuencia. Algo más de uno de cada ocho episodios terminan con la víctima acudiendo a un centro sanitario. Llegados a este punto tenemos que analizar las múltiples consecuencias que para la vida de estas mujeres tiene el maltrato recibido.

La información obtenida respecto a este punto creemos que se merece una especial atención pues refleja el deterioro del mundo psicosocial de las mujeres de nuestra muestra a consecuencia de la situación de maltrato. La primera información que no puede pasar desapercibida es que una de cada ocho mujeres han llegado a temer por su vida; lo

que viene a reflejar la situación de miedo y angustia en la que viven. No es de extrañar, pues, que afirmen que su rendimiento laboral ha resultado afectado, al igual que su vida social, la utilización del tiempo libre, la vida cotidiana en general y las relaciones con el resto de la familia. En definitiva, son pocas las parcelas de la vida de estas mujeres que no se hayan visto alteradas negativamente debido a las situaciones de maltrato.

En este sentido, a pesar del deterioro en las diferentes esferas de la vida cotidiana de las mujeres, estas creen que han logrado preservar algo de las relaciones con sus hijos. Una de cada dos mujeres piensan que los malos tratos que sufren de parte de sus parejas no han afectado a la relación que ellas mantienen con sus hijos.

En resumen, el impacto del maltrato se extiende invadiendo la vida cotidiana y las relaciones de las víctimas que van perdiendo su identidad como persona y como mujer, sus apoyos externos y ven deteriorada de forma severa su integridad física. Sin embargo, las mujeres creen que han conseguido salvar la relación con sus hijos haciendo que esta no se vea afectada por los malos tratos de su pareja

## LA RESPUESTA DE LAS INSTITUCIONES

La actual perspectiva feminista sobre la violencia masculina contra la pareja ha subrayado el papel activo de la mujer en la búsqueda de salidas de las situaciones de maltrato. Las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas, sino personas que buscan procedimientos para reducir los peligros y piden ayuda, aunque el tipo de ayuda solicitada u obtenido sea insuficiente. En esta línea intentamos averiguar en qué medida las mujeres de nuestra muestra habían buscado ayuda, a quién habían dirigido sus solicitudes y qué resultados habían obtenido.

El cuestionario utilizado prevé nueve tipos de respuestas a esta pregunta: a nadie, a la familia, a los amigos, a centros sanitarios, a la policía, a organismos judiciales, a centros de acogida, a asociaciones y otros. Tan sólo el 7,6% de las mujeres de la muestra no piden ayuda a nadie para salir de la situación. Como promedio las mujeres que han solicitado ayuda se han dirigido a dos o más interlocutores. Las peticiones de ayuda de las mujeres intentando conseguir que cesen los malos tratos no se dirigen tanto al núcleo familiar como a agentes externos como la policía, las asociaciones o los centros de acogida.

Al explorar los motivos por los que las mujeres no solicitan ayuda, el miedo a las represalias aparece como el motivo más poderoso. La vergüenza ocupa la segunda posición y el tercer puesto lo comparten el que ellas se ven incapaces de aceptar la situación y el miedo a la soledad. A pesar del mito del amor hacia el agresor que nuestra sociedad utiliza muchas veces para desprestigiar a las mujeres maltratadas lo cierto es que este tema aparece en último lugar. Tenemos pues, al menos dos áreas necesitadas de cambios: la seguridad, el apoyo familiar y el cambio de actitud social hacia las mujeres que hacen público y denuncian que son objeto de maltrato. Esa actitud de falta de credibilidad hacia la mujer, la trivialización que se hace de su situación o la culpabilización a la víctima son temas que deber ser abordados y modificados lo más rápidamente posible (O'Leary, Smith y O'Leary, 2000; O'Neill y Kerig, 2000; Whilte, Smith, Koss y Figueredo, 2000).

A finales de los años setenta se empezó a reconocer en la literatura científica que las características comunes de las mujeres maltratadas eran el resultado del maltrato más que su causa (Prescott y Letko, 1977;

Walker, 1979). Desde entonces, en las sociedades industrializadas se ha ido popularizando la idea de que la violencia doméstica contra las mujeres es una forma de opresión que atenta contra los derechos humanos. Conforme esa idea va siendo aceptada, las instituciones públicas financian con más facilidad los trabajos que se necesitan para investigar sobre el tema y, conforme progresa la investigación, la imagen de las mujeres maltratadas se dignifica. Ya no se presenta a esas mujeres como víctimas de su propia personalidad o de su propia irracionalidad y se va asumiendo que cualquier persona en circunstancias semejantes tenderá a tomar decisiones semejantes. La socialización de género y la ideología que impregna las relaciones cotidianas, la falta de apoyo social para romper lazos que se pretende que sean de por vida, la dependencia económica y el afán de proteger a otras personas (en especial a los hijos) explican más que la personalidad de las víctimas. Como dice Kirkwood (1993), las mujeres golpeadas revalúan constantemente su situación y las oportunidades que tienen de cambiarla. Si las mujeres eligen continuar es porque las posibilidades de cambio son realmente escasas. En este tema tenemos que señalar que es un mito malévolo que las mujeres maltratadas no pidan ayuda: las mujeres maltratadas por sus parejas solicitan distintas ayudas, lo que obtienen a menudo no les ayuda.

En el estudio las mujeres valoraron las respuestas obtenidas según las distintas instituciones a las que se dirigieron con los siguientes resultados resumidos:

1) La mayoría de las mujeres han acudido a algún centro sanitario y valoran positivamente la respuesta y el trato recibido. Aún así, se detecta la ausencia de informe sanitario para la tramitación de la denuncia en algunos expedientes.

2) Los centros de acogida reciben también una valoración positiva como lugares

donde obtener protección y privacidad. Las mujeres esperan que ese recurso les proporcione además medios para alcanzar la independencia y el control de su vida. Políticos y profesional deberían hacer frente a este desafío.

3) Los recursos policiales son un punto clave en el proceso de detención del maltrato y aún tienen un largo camino por recorrer. En una cuarta parte de los contactos con dichos servicios se les hizo caso omiso o incluso se las culpabilizó del maltrato. Además las mujeres señalan como objetivos deseables que acudan rápidamente a la llamada de socorro, las protejan físicamente, alejen al agresor del lugar donde está la víctima, documenten la agresión y eviten posturas de acusación o prejuicios contra la víctima.

4) De las instituciones analizadas la judicial es la que recibe una peor valoración. En primer lugar en seis de cada diez casos el juez no conoce a la víctima porque no se ha entrevistado nunca con ella. Las mujeres de nuestra muestra se quejan también de una falta de tacto profesional de algunos jueces que cuando al fin se entrevistan con ellas lo hacen en presencia del agresor, incrementándose así la victimización de aquellas mujeres que han tenido suficientes recursos como para llegar a juicio. Sería recomendable que en el proceso se tuviese en cuenta los condicionantes y las consecuencias que suponen para la mujer tener que declarar en presencia de la persona que la ha amenazado y/o agredido.

El sistema penal tiene muchos puntos críticos que pueden mermar su eficacia: el delito puede no ser denunciado o, si lo ha sido, se pueden tomar medidas de arresto o similares o no, si se ha hecho la demanda puede ser retirada o no y si continúa el agresor puede ser absuelto, y si es condenado la pena puede ser tan insignificante que carezca de toda función disuasoria. El sistema

puede fallar en muchos puntos y lo hace con una frecuencia por la que debemos preocuparnos. Según los datos aportados por Dutton y Golant (1995) alrededor del 15% de los ataques graves son denunciados a la policía. Si, según la estimación de Jacobson y Gottman (1998), sólo el 78% de estas denuncias desencadena la acción policial, esto significa que la policía únicamente entra en contacto con el doce por ciento de todos los actos violentos graves. Pero de esta cifra, sólo la mitad llegan a los tribunales es decir el 6% de los episodios graves mientras que el 94% no generan ningún tipo de consecuencias legales para sus autores. A estas escasas cifras tendríamos que restar el porcentaje de casos en el que se sentencia la culpabilidad del agresor y el efecto de la suspensión de las condenas. Según la prospectiva realizada por Jacobson y Gottman (1998) sólo uno de cada diez mil actos de agresión conducen a una multa o una sentencia de prisión. El sistema penal sólo es una herramienta para conseguir que el agresor asuma su responsabilidad y sería deseable que los movimientos positivos que podemos ver actualmente (más denuncias, mejores intervenciones policiales, abogados especializados, etc.) se amplificasen para junto al resto de las instituciones y de la sociedad atender mejor las demandas que hacen las mujeres maltratadas por sus parejas masculinas.

## **VIOLENCIA DE GENERO Y ALTERNATIVAS**

En la literatura científica se han usado dos expresiones para referirse al tema de nuestro estudio: violencia familiar y violencia doméstica. “Violencia familiar” abarca más de lo que hemos estudiado aquí: incluye la violencia de los padres contra los hijos, la de los hijos contra los padres, la de cuñados contra cuñadas, la de los nietos contra los abuelos... “Violencia doméstica” señala hacia el contexto en el que se producen las

agresiones ya que la violencia se da contra, o se sufre por parte de, la persona con la que uno vive. Muchos autores utilizan esta expresión porque no liga el problema al género de los agresores y de los agredidos (Gelles, 1974; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980; Smith, 1989). Desde esta posición se defiende que hay que ver la violencia doméstica como un problema humano y pensar que un grupo único, según su género, sea el dueño de la violencia doméstica solo sirve en última instancia para fragmentar la variedad de recursos necesarios para resolver con éxito el problema. Así autores como McNeely y Mann (1990) defiende que el reconocimiento de que las mujeres perpetran la violencia doméstica tal cual lo hacen los hombres podría incrementar la conciencia acerca de la ubicuidad que tiene en esta cultura el recurso a la violencia.

Nosotros aún compartiendo el objetivo de conseguir unificar los recursos destinados a resolver el problema, estamos de acuerdo con otros autores que apuntan que tal neutralidad minusvalora la desproporcionada cantidad de violencia perpetrada por los varones contra mujeres que son sus parejas y desdeña el componente de auto-defensa de mucha de la violencia femenina contra el compañero (Dwyer et al., 1996; Follingstad, Wright, Lloyd y Sebastian, 1991; Makepeace, 1986; Sauders, 1986; Schwartz y De Keserdf, 1997; Tjaden y Thoennes, 2000). Además la sociedad ha construido una visión diferente del hombre que ataca a su esposa por aquello que él valora como errores de ella que justifican su actitud, en comparación con la visión que tiene de las mujeres que se toman represalias y que resultan más inculpadas. Además a menudo se condena con mayor severidad a la mujer que no puede escapar de un hogar violento y que no protege a sus hijos que al hombre que perpetra el acto de violencia (Bentovim, 1992). La violencia no es la misma para

hombres y mujeres, no es neutral respecto al género y tenemos que hacer lo posible porque así se reconozca. Además, defendemos que mientras plantear la violencia doméstica como un problema humano borra la perspectiva de género, subrayar su aspecto de ser una violencia de género en modo alguno desatiende el hecho de ser un problema humano. Además probablemente tengamos que afinar y acotar el problema señalando que la violencia preponderante es una violencia machista.

El maltrato a las mujeres por parte de sus parejas masculinas aparece en todos los países y culturas, en todos los niveles educativos y socioeconómicos. El problema se manifiesta de formas diversas y con diversos niveles de frecuencia y gravedad. No obstante la percepción que tienen las sociedades respecto al tema y sus actitudes son aún muy distintas. Estas diferencias se reflejan en aspectos tales como las explicaciones que se dan sobre la violencia masculina, la culpabilización de las mujeres, la sensibilidad hacia los distintos tipos de maltrato, la frecuencia con que se oyen las voces de las mujeres maltratadas, las facilidades, los obstáculos que se ponen para investigar las agresiones y en las respuestas de las organizaciones formales y de las organizaciones informales a las distintas manifestaciones del problema.

En algunos países se ha legislado y creado servicios para las víctimas del maltrato, mientras que en otros se sigue considerando la violencia familiar como un tema de la vida privada y no se hace ningún esfuerzo para atajarla. Haj-Yahia (2000 a y b) apunta los rasgos comunes de las sociedades en las que se va reconociendo la existencia del problema y se buscan soluciones: un fuerte movimiento feminista que está enraizado en la conciencia pública, la existencia de organizaciones y movimientos de los Derechos Humanos, un sistema de servicios de aten-

ción que reconoce y responde a las necesidades de distintos grupos de población y una atmósfera democrática para individuos y familias. Podemos contemplar la evolución de la sociedad española y de la asturiana en particular como un movimiento acelerado hacia el reconocimiento y la búsqueda de soluciones. Pero aún es fácil identificar los sectores en los que el movimiento se retrasa y es necesario hacer esfuerzos: en los ámbitos educativos en los que se hace muy poca prevención de la violencia de género, en los ámbitos judiciales para que se adopten medidas más sensibles y respetuosas con las necesidades de las víctimas, en los servicios sociales y sanitarios para que colaboren sistemáticamente cuando atienden a las mujeres y sus hijos y en los medios de comunicación para que aumente la consideración pública hacia los esfuerzos de las mujeres para salir de relaciones de maltrato... y hacia los varones cuando quieren dejar de ejercer de verdugos de las personas que les aman.

Queremos terminar intentando responder, al menos en parte, a un par de preguntas que han surgido muchas veces en nuestro trabajo y probablemente seguirán haciéndolo:

¿Es posible hacer que las agresiones a las mujeres, en el seno de las familias se conviertan en algo raro? ¿Por qué hay más violencia masculina que femenina contra la pareja?

Comencemos por la primera. La gente recurre a la violencia por muchas razones: para conseguir justicia cuando ha sufrido daños por parte de otros, para proteger su imagen, para mejorarla o para influir o controlar directamente el comportamiento de otras personas. El motivo del control es el más relevante en la literatura psicológica sobre el maltrato a las mujeres por parte de sus parejas masculinas (Goode, 1971; Pruitt y Rubin, 1986; Tedeschi y Felson, 1994; Stets y Burke, 1996). En estos trabajos se ve

la violencia como una de las numerosas tácticas que los adversarios utilizan para conseguir sus intereses. Los intentos de controlar a los otros pueden dirigirse a controlar el comportamiento presente o a controlar el comportamiento futuro de otra u otras personas. Cuando se pretende ambas cosas se puede decir que es un intento de ponerse en una posición de dominio permanente en una relación.

Son muchos los estudios de campo sobre la violencia de los varones contra las mujeres que la relacionan con el control (Dobash y Dobash, 1979; Dutton, 1994; Koss, Lisa, Louise, Keita y Russo, 1994). Según estos estudios cuando un varón recurre a la violencia contra su compañera su objetivo es casi siempre influir en el comportamiento actual y futuro de esta (Johnson, 1995). Cuando Felson y Messner (2000) analizan los datos de la National Civil Victimization Survey, obtenidos de 100.000 casos, encuentran que, en las agresiones de los varones hacia sus compañeras sentimentales, el intento de controlar el comportamiento de la víctima es significativamente más probable, desde un punto de vista estadístico, que los demás motivos. La explicación de Felson y Messner de estos resultados es que el deseo de los varones de ejercer dominio sobre las mujeres proviene de su socialización en una cultura tradicional patriarcal y de la capacidad de coerción que les da la desigualdad en envergadura, peso y masa muscular con sus compañeras. Para Dobash y Dobash (1980) y Sagrestano, Heavy y Christensen (1999) no es otro que el designio tradicional de controlar a las mujeres el que se expresa en las palizas que suelen comenzar después del casamiento o del inicio de la convivencia de pareja. Sin embargo, sin contradecir que este motivo sea importante, los agresores no sólo utilizan la violencia como un medio de controlar a las mujeres. En nuestra muestra el 71,9% de los varones agreden además a otras personas. El 75,7 % de las veces a

otros miembros de la familia nuclear o de la familia extensa y el 24,3% restante a personas ajenas a la familia (tabla 5). La estrategia de la agresión se extiende a más relaciones, sea o no el motivo de control el motivo principal que guía los actos del agresor.

Nuestra posición parte de que el que se produzcan o no agresiones en el seno de una familia no sólo depende de cuales sean los objetivos de las personas que agreden, depende también de la abundancia y la efectividad de los procedimientos no violentos que cada sujeto puede generar para hacer hacer a los demás y coordinarse con las personas a las que uno quiere y que le quieren a uno. Si alguien conoce pocos procedimientos para solucionar conflictos interpersonales y la violencia es algo aceptable entonces la agresión se instaurará en las rutinas de la interacción familiar o de pareja. Pero creemos que a parte de los objetivos y procedimientos concretos hay algo más en juego. Michel White se preguntaba hace años por los factores que impiden o frenan a los miembros de la familia para cuidarse y respetarse unos a otros en lugar de manejarse con los niveles de control, ira y rechazo habituales hoy en día (White, 1998). En nuestra opinión hay dos ideas que contribuyen considerablemente a que se perpetúe en nuestra cultura la violencia familiar:

- Una concepción que hace equivaler el concepto de persona y el concepto de individuo: una persona es un ente aislado. Por lo que sabemos, es mucho más práctico y adecuado entender que una persona existe porque se ha construido en relaciones concretas con otras personas y que, mientras exista seguirá construyéndose en las relaciones, por los otros y con los otros. Cada uno es por las relaciones que ha mantenido y será por las relaciones que ha mantenido y por las relaciones que mantiene. Por esta razón una mujer o un varón no pueden aceptar participar en

cualquier relación viéndose como individualidades “preservables”. Las personas no pasan por las relaciones: las relaciones pasan por las personas y las transforman indefectiblemente.

- Y una concepción de las relaciones interpersonales tal que presenta todas las relaciones como relaciones competitivas puras, en las que si uno gana el otro pierde y viceversa. En nuestra cultura parece que sólo es concebible una relación en la que uno gana si también gana el otro si hay un enemigo común, otro "otro" con el que se compite. Cuando no hay enemigos los amigos se convierten en rivales.

¿Por qué hay más violencia masculina que femenina? Creemos que la razón por la que hay más violencia masculina es doble: Por un lado porque en nuestra sociedad se acepta más a menudo que un varón consiga lo que necesita de los demás mediante la violencia que el que una mujer consiga lo que necesita de los demás mediante la violencia y, por otro, por que en la educación a los varones, típicamente, se les proporciona menos procedimientos de persuasión no violentos que a las mujeres.

Una cultura que no propiciaría la violencia de género en la familia sería aquella que siempre considerase inaceptable que se intente dañar a personas a las que se dice querer, pero que al mismo tiempo proporcionase muchos procedimientos de persuasión ajenos a la violencia. No creemos que una ideología mayoritariamente igualitaria en cuestiones de género sea suficiente para reducir la violencia en el seno de las familias, a lo sumo hará que se produzca una distribución más pareja entre la violencia ejercida por varones y la ejercida por mujeres. Pero sí creemos que una cultura igualitarista que asuma los valores tradicionales de la educación femenina como valores propios de varones y mujeres sí será una cultura en la que se dará menos violencia familiar.

Persona, familia y sociedad se construyen de forma que la probabilidad de que en una relación intensa aparezcan interacciones violentas sea muy alta y el silencio y la justificación parecen ser estrategias para no tener que cambiar nada en los procesos de construcción.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adelman, M. (2000).** No way out: Divorce related domestic violence in Israel. *Violence Against Women*, 6 (1), 1223-1254.
- Aleman, A. (coord.) (2003).** La violencia familiar en el ámbito judicial. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.
- Bentovim, (1993)**
- Dobash, R.E. y Dobash, R.P.(1979).** *Violence against wives: A case against the patriarchy.* New York: Free Press.
- Dobash, R.E. y Dobash, R.P.(1980).** *Violence against wives: A case against the patriarchy.* London: Open Books.
- Dobash, R.P., Dobash, R.E., Cabanagh, K. y Lewis, R. (1998).** Separate and intersecting realities. A comparison of men's and women's accounts of violence against women. *Violence Against Women*, 4 (4), 382-414.
- Dutton, D.G. (1994).** The origin and structure of the abusive personality. *Journal of Personality Disorders*, 8 (3), 181-189.
- Dutton, D.G. y Golant S.K. (1995).** El Golpeador. Un perfil psicológico. Buenos Aires: Paidós.
- Dwyer, D.C.; Smokowski, P.R.; Bricout, J.C. y Wodarski, J.S. (1996).** *Domestic Violence and Woman Battering:*

Theories and Practice. En A.R. Roberts (Ed.). *Helping Battered Women. New perspectives and remedies.* New York: Oxford University Press.

**Eisikovits, Z., Goldblatt, H. y Winstok, Z. (2000).** Partner accounts of intimate violence: Towards a theoretical model. *Families in Society*, 80 (6), 606-619.

**Entrenas Yopez, V.G. y Vilma (1999).** The effects of emotional, physical and sexual abuse on Latina body image. *Dissertation Abstracts International*, 60 (8-B), 4219.

**Felson, R.B. y Messmer, S.F. (2000).** The Control motive in intimate partner violence. *Social Psychology Quarterly*, 63(1), 86-94.

**Follingstad, D., Wright, S., Lloyd, S. y Sebastian, J. (1991).** Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Family Relations*, 40, 51-57.

**Fontanil Gómez, Y.; Méndez Valdivia, M.T.; Cuesta Izquierdo, M.; López Muñoz, C.; Rodríguez Díaz, F.J.; Herrero Díez F.J. y Ezama Coto, E. (2002).** Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. Un estudio sobre la violencia doméstica a través de los informes de mujeres sobrevivientes. *Psicothema*, 14, 130-138.

**Gelles, R.J. (1974).** *The violet home: a study of physical aggression between husbands and wives.* Beverly Hills, CA: Sage.

**González, R. y Santana, J.D. (2001).** Violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13 (1), 127-131.

**Goode, W. J. (1971).** Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family* (November), 624-635.

**Haj-Yahia, M.M. (2000a).** Wife abuse and battering in the sociocultural context of Arab Society. *Family Process*, 39 (2), 237-256.

**Haj-Yahia, M.M. (2000b).** Patterns of violence against engaged Arab women from Israel and some psychological implications. *Psychology of Women Quarterly*, 24 (3), 209-219.

**Haj-Yahia, M.M. (2000c).** The incidence of wife abuse and battering and some sociodemographic correlates as revealed by two national surveys in Palestinian society. *Journal of Family Violence*, 15 (4), 347-374.

**Halford, W.K., Sanders, M.R. y Behrens, B.C. (2000).** Repeating the errors of our parents?. Family -of-origin spouse violence and observed conflict management in engaged couples. *Family Process*, 39 (2), 219-236.

**Hearn, J. (1998).** *The violences of men.* London: SAGE.

**Hudson, y McIntosh, (1961).** ISA (Index of Spouse Abuse). *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-888.

**Johnson, M.P. (1995).** Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 283-294.

**Kim, J.Y. y Sung, K. (2000).** Conjugal violence in Korean American families: A residue of the cultural tradition. *Journal of Family Violence*, 15 (4), 331-345.

**Kirkwood, C. (1993).** *Leaving abusive partness.* London: Sage.

**Koss, M.P.; Lisa, A.G.; Louise, F.F.; Keita, G.P. y Russo, N.F. ( 1994).** *No Safe Haven: Male violence against wom at home, at work, and in the community.* Washington, DC: American Psychological Association.

**Makepeace, J.M. (1986).** Gender differences in courtship violence victimization. *Family Relations*, 35, 386-388.

**McNeely, R.L. y Mann, C.R. (1990).** Domestic violence is a human issue. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 129-132.

**O'Leary, K.D., Smith, S.A. y O'Leary, S.G (2000).** Cooccurrence of partner and parent aggression: Research and treatment implications. *Behavioral Therapy*, 31 (4), 631-648.

**O'Neill, M.L. y Kerig, P.K. (2000).** Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 15 (10), 1036-1049.

**Prescott, S. y Letko, C. (1977).** Battered women: a social psychological perspective. En M. Roy (Comp.), *Battered Women.* New York: Van Nostrand Reinhdel.

**Pruitt, D.G. y Zubin, J.Z. (1986).** *Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement.* New York: Random House.

**Rosebaum, A y Maiuro R.D. (1989).** Eclectic approaches in working with men who batter. En P.L. Caesar y L.K. Hamberger (Comps.) *Treating with men who batter. Theory, practice and programs.* New York: Springer Pub.



- Sagrestano, L.M., Heavey, C.L. y Christensen, A. (1999).** Perceived power and physical violence in marital conflict. *Journal of Social Issues*, 55 (1), 65-80.
- Sanders, D.G. (1986).** When battered women use violence: Husband -abuse or self defense?. *Violence and Victims*, 1, 47-60.
- Schwartz, W.S. y DeKeserdy, W.S. (1997).** Sexual assault on the college campus: the role of male peer support. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Smith, L. (1989).** Domestic violence: An overview of the literature. London: Home Office Research and Planning Unit.
- Stets, J. y Burke, P.J. (1996).** Gender Control and interaction. *Social Psychology Quarterly*, 59, 193-220.
- Straus, M.A. (1979).** Measuring intrafamily conflicts and violence: The Conflict Tactics (CT) Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M., Gelles, R.J. y Steinmetz, S. (1980).** Behind the closed doors: Violence in the american family. New York: Anchor/Doubleday.
- Tedeschi, J. y Felson, R.B. (1994).** Violence, aggression and coercive actions. Washington: APA Books.
- Thomas, E.K. (2000).** Domestic violence in the African-American and Asian-American communities: A comparative analysis of two racial/ethnic minority cultures and implications for mental health service provision for women of color. *Journal of Human Behavior*, 37 (3-4), 32-43.
- Tift, L. (1993).** Battering of women. The failure of intervention and the case of prevention. Boulder: Westview.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000).** Prevalence and consequences of male to female and female to male intimate partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence Against Women*, 6 (2), 142-161.
- Torres, P. de y Espada, F.J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Walker, L.E. (1979).** The battered woman syndrome. New York: Harper and Row.
- White, J.W., Smith, P.H., Koss, M.P. y Figueredo, A.J. (2000).** Intimate partner aggression. What have we learned? Comment on Archer. *Psychological Bulletin*, 126 (5), 690-696.
- Yanes, J.M. y González, R. (2000).** Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia. *Psicothema*, 12, 41-48.

# La violencia contra las mujeres

## The violence against the women

M<sup>a</sup> Concepción Fernández Pol

Psicóloga Clínico  
Servicios de Salud Mental. SESPA  
Oviedo

### RESUMEN

*En el presente trabajo se aborda la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de los derechos humanos tomando como referencia los informes realizados por Amnistía Internacional. Dichos informes documentan la situación actual de las mujeres tanto a nivel internacional como a nivel estatal y permiten identificar las distintas modalidades de la violencia, los ámbitos en los que tiene lugar (familia, comunidad y situaciones de conflicto y post-conflicto bélico) y quienes son los autores de dichos actos. Coincidiendo con el lanzamiento de la campaña mundial No más violencia contra las mujeres, esta organización de derechos humanos ha denunciado que, de todas las violaciones de derechos humanos cometidas en la actualidad, la violencia contra las mujeres es posiblemente la violación más universal, oculta e impune, y ha recordado a los gobiernos la obligación de poner fin a estas prácticas discriminatorias de las que son responsables cuando no aplican la diligencia debida.*

**Palabras Clave:** *Violencia Contra las Mujeres, Derechos Humanos, Amnistía Internacional.*

### ABSTRACT

*This article looks at violence against women from a human rights point of view and taking into account Amnesty International reports. These reports deal with women's situations at both international and national levels and they help to identify different situations of violence (in the family, in the community, during war and post war situations) and to identify the people who perpetrate violence against women.*

*At the same time as the launch of the international campaign 'No more violence against women', Amnesty International has stressed that among all human rights violations, the violence against women is possibly the most universal, as well as being hidden and unpunished. This campaign also reminds governments of their duty to stop these discriminatory acts which they are responsible for through non enforcement of the legislation.*

**Key Words:** *Violence Against Women, Human Rights, Amnesty International.*

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo u otro grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, daño, muerte, trastornos psicológicos, trastornos en el desarrollo o privaciones. En su Informe mundial sobre la violencia y la salud de 2002, se refiere que:

- La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del 7% de los fallecimientos producidos en la población femenina.
- Más de la mitad de las muertes violentas de mujeres ocurren a manos de su pareja y por cada una de ellas se registran, al menos, otros 20 casos que precisan atención médica o psicológica.

- Además de la muerte, la violencia dentro de una relación puede incluir agresión física y abuso sexual, impedir el contacto con la familia o amistades y limitar el acceso a la información o posible ayuda.

El informe concluye que uno de los retos de los sistemas sanitarios del siglo XXI son los fallecimientos y las secuelas de la violencia e indica la necesidad de que los países elaboren planes para su prevención y erradicación.

## ANTECEDENTES

La crueldad ha configurado gran parte de la historia de la humanidad, una historia de violencia en la que las minorías y los más desvalidos han estado expuestos a sufrir todo tipo de ultrajes. Para la justificación de esta violencia se ha recurrido a razonamientos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, militares y religiosos y, en función de la ideología dominante, se la ha interpretado de diversas formas, desde un crimen o un pecado hasta un problema social o una enfermedad.

Dentro de las teorías explicativas, las teorías instintivas consideran la violencia como algo inherente a la naturaleza humana y parten del supuesto de que los seres humanos, al igual que los animales, poseen un mecanismo fisiológico que se estimula ante amenazas o situaciones de peligro que impulsan a la agresión. Esta homologación de motivaciones o conductas entre los animales y las personas ha sido criticada por autores como Rojas Marcos (1995) que, aunque reconocen que el ser humano es la criatura más cruel –y también que sólo algunos hombres y mujeres lo son-, dan gran importancia al contexto de aprendizaje y consideran la agresión maligna como algo que se aprende y que, con los años, puede llegar a formar parte del carácter del adulto. Este autor analiza la agresión que tiene lugar

cuando la víctima no puede escapar de su agresor y es dominada por la fuerza física o por imposiciones sociales, legales, económicas o psicológicas, características que concurren frecuentemente en el contexto familiar, en donde las mujeres sufren a menudo la explotación y el abuso.

Para comprender el proceso a través del cual muchos principios culturales han impuesto la subyugación de la mujer al varón, es preciso remontarse a la desintegración del matriarcado, coincidiendo con la aparición de las religiones monoteístas que identificaban a un dios masculino. Ese cambio en la organización social supuso interpretaciones discriminatorias hacia la mujer, considerada como lo irracional e instintivo frente a un hombre definido como racional e inteligente y que la somete y dirige a través del sexo. Desde esta concepción de la mujer como sexo y del sexo como estigma, se configura el mito que sustenta una ideología que niega y reprime sus necesidades como individuo y que legitima la violencia contra ella (Saéz Buenaventura, 1979).

## SITUACIÓN ACTUAL

En el último siglo se han producido avances significativos respecto a la anterior situación, tales como el derecho al voto y, en algunos casos, el acceso a la educación y al trabajo. En gran medida, estos logros han sido posibles gracias a las aportaciones del movimiento asociativo de mujeres, pero pese a ello, éstas:

- Tienden a ser tratadas como ciudadanos de segunda categoría y constituyen las dos terceras partes de los dos mil millones de analfabetos que hay en el mundo.
- Suelen percibir un salario inferior, tener menos posesiones y realizar doble trabajo (actividad laboral y cuidado de la casa y de los hijos).

- Continúan excluidas de los procesos de la toma de decisiones relativas a la organización de la sociedad y a su propio cuerpo.
- Ayudan a sus familias y comunidades a sobrevivir a la pobreza y a conflictos bélicos.
- En los conflictos armados son escogidas como víctimas debido a su condición de mujeres y, tanto en los países industrializados como en los que están en vías de desarrollo, son víctimas de una violencia endémica que, como recoge el Informe del Consejo de Europa celebrado en Bari en 2001 basado en datos de la ONU y del Banco Mundial, causa más muertes y casos de invalidez entre las mujeres de 15-44 años que el cáncer o los accidentes de tráfico.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y protege el derecho de las personas a la seguridad y a no ser sometidas a tratos crueles y denigrantes. No obstante, la interpretación tradicional de estos derechos ha excluido formas de violencia contra la mujer por considerar que los Estados no son responsables de los abusos cometidos en el ámbito familiar o de las comunidades y ha posibilitando el que se continúen pasando por alto tratados derivados de la Declaración -como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966 o la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de

Discriminación hacia la Mujer (CEDAW) y su Protocolo Facultativo- que indican a los gobiernos la obligación clara de emprender acciones eficaces y apropiadas.

El artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres adoptada por Naciones Unidas en diciembre de 1993, define este abuso como “todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”. Esta definición parte de una única violencia contra las mujeres, la contextualiza en el marco del sexismo social y considera que su prevención debe estar unida a la promoción de la igualdad de trato y oportunidades, la valoración de la mujer en la sociedad y la propuesta de una masculinidad en correspondencia con el respeto de los derechos humanos de las mujeres<sup>1</sup>. La definición engloba desde las formas más visibles, como el asesinato o las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, consideradas por los organismos internacionales como formas de tortura, hasta las más sutiles e incluso toleradas socialmente, como el control social, la violencia económica u otros mecanismos de coacción dirigidos a infligir sufrimiento que deben soportar muchas mujeres a lo largo de su vida<sup>2</sup>. Las interpretaciones progresistas de la Declaración de Naciones Unidas consideran

1 El sexismo alude a la discriminación de las personas de un sexo por considerarlo inferior al otro

2 Se tiende a utilizar indistintamente “violencia de género” y “violencia contra la mujer”, pero no todos los actos lesivos para la mujer son violencia de género ni todas las víctimas de violencia de género son mujeres. Dado que el “género” hace referencia a los roles sociales y oportunidades asociadas al hecho biológico de ser hombre o mujer en una determinada sociedad, también son objeto de violencia de género algunos hombres que no se ajustan a la idea socialmente aprobada de masculinidad. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1992), en la recomendación general 19, especifica que la violencia de género contra las mujeres es “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que le afecta en forma desproporcionada”.

que los actos de omisión, como la desatención o la privación, y la violencia estructural, es decir, el daño derivado de la organización de la economía, también pueden constituir violencia contra las mujeres.

En virtud del derecho internacional, los Estados son responsables de los abusos cometidos cuando no aplican la diligencia debida para impedir, investigar y castigar dichos abusos y para asegurar reparación a las víctimas. Con respecto a los actos de violencia contra la mujer, constituyen tortura cuando son de la naturaleza y gravedad contemplados en las normas internacionales de derechos humanos y cuando los Estados incumplen su obligación de proporcionar una protección efectiva<sup>3</sup>.

La tortura es una violación fundamental de los derechos humanos y una ofensa a la dignidad que ha sido prohibida en todas las circunstancias por el derecho internacional, pero forma parte de la vida de muchas mujeres, frecuentemente en el ámbito de sus familias y comunidades. Esto es posible gracias a prácticas y leyes discriminatorias que les niegan la igualdad y las hacen más vulnerables a sufrir este tipo de actos. Incluso en países que han suscrito los tratados internacionales de derechos humanos, este tipo de violencia se comete impunemente y se continúan reforzando estructuras sociales, roles de género y actitudes sexistas que tratan de subordinar a la mujer. Además, la tendencia a culpar a las mujeres de los actos de violencia sufridos en la familia y en la comunidad ha contribuido a configurar una imagen estereotipada de ellas y a relacionar las consecuencias del maltrato con supuestos antece-

denes psicopatológicos o con determinados tipos de personalidad, al tiempo que se presta escasa atención a procesos de socialización que equiparan feminidad y sumisión (Barudy, 1998). Por tanto, así como conviene tener presente que los distintos tipos de violencia contra las mujeres -quienesquiera que sean sus autores y se produzcan en uno u otro ámbito- tienen una misma raíz y no suelen presentarse aisladamente, sino combinándose entre sí, tampoco se habría de obviar el impacto de estos actos sobre su salud y funcionamiento social, así como sobre la familia y comunidad a la que pertenecen. En este sentido, resultan interesantes las aportaciones realizadas por Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional, una organización de derechos humanos que lleva varios años trabajando en la defensa de los derechos de las mujeres, asume la continuidad y falta de jerarquía entre las diversas formas de violencia contra las mujeres, considera que no existe una separación estricta entre la ubicación en la que tienen lugar y parte de la interrelación de estas formas de violencia (física, sexual, psicológica) cuya causa es común: la desigual posición en la que el sistema de género coloca a hombres y mujeres por el hecho biológico de serlo. En el informe publicado coincidiendo con el lanzamiento mundial de la campaña No más violencia contra las mujeres (Amnistía Internacional, 2004 a) se demuestra que en ningún lugar del planeta son garantizados plenamente los derechos de las mujeres y que, con independencia de la religión, sistema político o económico, etnia o clase social, de todas las violaciones de derechos humanos cometidas en la actualidad, ésta es probablemente la más universal.

---

3 Según el artículo 1 de la Convención de la ONU contra la Tortura, se comete tortura cuando se infligen intencionadamente dolores o sufrimientos graves físicos o mentales con el fin de obtener una información o una confesión, o de intimidar o coaccionar o por cualquier otra razón basada en cualquier discriminación cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público, a instigación suya o con su consentimiento.

En el informe se denuncia que:

- En Asia y en Oriente, a las mujeres se las mata en nombre del honor.
- En África Occidental, las niñas sufren mutilación genital en nombre de la costumbre y en el sur de África, las niñas son violadas y contraen el VIH/ SIDA porque sus violadores creen que el sexo con vírgenes los curará de su enfermedad.
- En Europa Occidental, las migrantes y refugiadas son agredidas por no aceptar las costumbres sociales de las comunidades que las reciben.
- En diversos países del mundo se restringe la expresión y la regulación de la vida sexual de la mujer y su capacidad para elegir pareja y para tener hijos.
- Más de 60 millones de mujeres “faltan en el mundo a consecuencia de los abortos selectivos en función del sexo y del infanticidio femenino de niñas”, según Amartya Sen, premio Nóbel de Economía de 1998, y en el último censo de China, elaborado el año 2000, la proporción de recién nacidas frente a recién nacidos era de 100:119, mientras que la proporción biológica normal es de 100:103.
- En los países más ricos y desarrollados del mundo, las mujeres mueren a causa de las palizas que les dan sus parejas.

Éste informe, junto a otros informes elaborados en los últimos años por Amnistía Internacional, permiten conocer con cierta precisión las vulneraciones de los derechos humanos de las mujeres, quienes perpetran esos actos y en qué contextos se producen:

## **LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL ÁMBITO FAMILIAR**

La familia es el ámbito en donde las mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir maltrato físico y mental, ya sea por imperati-

vos económicos, legales, sociales o psicológicos. Al tratarse del ámbito más privado de la existencia humana, esa violencia, practicada fundamentalmente por hombres (padres, hermanos, hijos o pareja) suele permanecer oculta a la luz pública, protegida por el tabú y el silencio. Rojas Marcos (1995), basándose en un informe de Naciones Unidas de 1991, señala que es en el hogar en donde empiezan las agresiones para las dos terceras partes de las mujeres que sufren violencia, que los daños físicos son más graves si el agresor es un familiar que si se trata de un extraño y que las agresiones no suelen denunciarse por miedo a represalias.

La violencia contra mujeres y niñas en el contexto familiar abarca desde palizas, violación conyugal, abusos sexuales de niñas, matrimonios forzados, violencia relacionada con la dote y mutilación genital femenina en nombre de la costumbre hasta formas menos visibles de violencia como la violencia psíquica, que tiene gran incidencia en las relaciones de pareja, suele presentarse antes que el maltrato físico, generalmente tiene carácter intermitente y quienes la sufren la perciben como tanto o más difícil de soportar que la violencia física. También se pueden incluir en esta categoría los abusos contra trabajadoras domésticas que viven en condiciones de esclavitud, sometidas a reclusión, brutalidad física y agresiones sexuales; en los países desarrollados estos abusos son ejercidos fundamentalmente sobre mujeres migrantes indocumentadas (Amnistía Internacional, 2001).

En cuanto a una de las formas más brutales de violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, la mutilación genital femenina, una práctica vinculada con el control de su sexualidad consistente en la ablación total o parcial de los genitales, afecta actualmente a 135 millones de mujeres y niñas (unas 6.000 al día, unos dos millones al año) y pro-

voca daños que van desde el dolor, la conmoción y las hemorragias hasta la muerte (Amnistía Internacional, 1998). Otra forma de restringir la expresión y la regulación de la vida sexual de la mujer son los matrimonios forzosos y a temprana edad, práctica muy extendida en determinados países. Así, en Afganistán, las mujeres y niñas que se resisten a un matrimonio forzado se arriesgan a que se las castigue como si hubieran cometido un delito; por otra parte, organizaciones de mujeres de Turquía han expresado su rechazo a ser tratadas como “moneda de cambio”<sup>4</sup>.

Según los datos disponibles, la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar se produce en todos los países del mundo. Por ejemplo, según un estudio realizado en Bélgica en 1998, más de la mitad de las mujeres habían sufrido violencia en el ámbito familiar y la mayoría de las denuncias presentadas no acababan en procesamiento; en 1999, el gobierno ruso estimaba que 14.000 mujeres habían encontrado la muerte a manos de su pareja, pero, sin embargo, no existía ninguna ley que se ocupase específicamente de este tipo de violencia; y, ese mismo año, también eran mujeres el 85% de las víctimas de violencia en el ámbito familiar computadas en Estados Unidos, un país en el que la violencia y los asesinatos en el contexto familiar por soldados estadounidenses que vuelen del frente se está convirtiendo en una asunto preocupante.

## LA VIOLENCIA CONTRA LAS

## MUJERES EN LA COMUNIDAD

En este apartado se incluyen el trabajo forzado, el acoso, los abusos y agresiones sexuales en el trabajo, instituciones educativas y otros lugares, así como la violación y otros abusos cometidos por parte de grupos armados. La esterilización, los embarazos y abortos forzados, el infanticidio de niñas, la prostitución forzada, la discriminación y violencia por orientación sexual e identidad de género y otros abusos sexuales de gravedad comparable, se han de englobar en esta categoría cuando forman parte de un ataque generalizado o sistemático, en cuyo caso constituyen crímenes de lesa humanidad.

Las muertes, desapariciones y abusos contra las mujeres en Ciudad Juárez y Chihuahua, en México, constituyen un ejemplo del alcance de la violencia en la comunidad. En esos dos Estados fueron asesinadas más de 370 mujeres en los últimos 10 años; de ellas, al menos 137 presentaban violencia sexual. A estas cifras hay que añadir alrededor de 70 jóvenes todavía desaparecidas, según las autoridades, y más de 4000 según organizaciones no gubernamentales mexicanas. Muchas de las mujeres eran migrantes económicas de otras partes de México que vivían en comunidades marginadas y fueron empleadas en las maquiladoras. Las autoridades no han aplicado la diligencia debida del Estado para prevenir, investigar y sancionar estos abusos y

---

<sup>4</sup> Un comunicado de prensa emitido por Amnistía Internacional el 2 de junio de 2004, coincidiendo con la publicación del informe Turkey: Women confrontig family violence, reproduce una parte del discurso pronunciado por Nebahat Akkoc - fundadora de KA-MER, grupo de mujeres de Diyarbakir- en septiembre de 2003, durante una conferencia sobre los delitos en nombre del honor: “Por lo general, vivimos con miedo. Miedo a nuestros padres, nuestros hermanos, nuestros esposos. Estamos asustadas porque no queremos ser moneda de cambio. No queremos casarnos con alguien cuya cara no hemos visto. No queremos ser un regalo. No queremos ser incultas. No queremos que nos casen de niñas. No queremos vivir con el temor constante a ser castigadas sin motivo”. El comunicado de prensa también denuncia otros actos de violencia que implican prácticas tradicionales, como los delitos en nombre del honor, y cómo algunas mujeres que aparentemente se habían suicidado, en realidad habían sido asesinadas por familiares suyos o habían sido obligadas a matarse.

no han implementado políticas públicas efectivas para acabar con este patrón de discriminación y violencia y las mujeres que luchan actualmente porque se investigue y sancionen estos abusos, sufren amenazas (Amnistía Internacional, 2003).

## **VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES PERPETRADA O TOLERADA POR EL ESTADO**

Se tiene constancia de actos de violencia cometidos o tolerados por agentes estatales (soldados, guardias penitenciarios, policías, funcionarios de inmigración, guardias de fronteras, etc.) contra mujeres bajo custodia y refugiadas, así como contra las que se encuentran en situación de conflicto y post-conflicto bélico.

En diversos países, las mujeres bajo custodia son sometidas a palizas, descargas eléctricas, simulación de ejecución, privación del sueño y sensorial, violaciones sexuales, pruebas de virginidad y métodos de inmovilización, incluso en aquellas que se encuentran embarazadas; la pobreza y el origen las hace especialmente vulnerables a sufrir este tipo de actos (Amnistía Internacional, 2001).

En los conflictos armados, la violencia contra las mujeres es utilizada para deshumanizarlas o para perseguir a la comunidad a la que pertenecen y frecuentemente la violencia sexual sirve como prólogo y ritual del asesinato. La violación ha sido utilizada como un arma de guerra, frecuentemente con una dimensión étnica, religiosa o política, en los conflictos armados que han tenido lugar en las últimas décadas: en los conflictos étnicos de los Balcanes y de África Central y Occidental; en Argentina, con cientos de mujeres secuestradas y violadas por los grupos armados; en la guerra civil de

Guatemala, durante las décadas de 1970 y 1980, en donde las matanzas de campesinas mayas se iniciaban con la violación de mujeres y niñas.

La violación vulnera la integridad física y puede ser una forma de tortura, pero debido a la estigmatización que supone, se notifica poco y se castiga menos aún. En Ruanda y Burundi -dos países en los que la violencia contra las mujeres es parte central de las políticas de genocidio- se ha producido un incremento alarmante de los casos de VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (Amnistía Internacional, 2004 b). Solamente en Ruanda, se calcula que han contraído el SIDA el 70% de las 250.000- 500.000 mujeres violadas durante el genocidio que tuvo lugar en 1994 (Amnistía Internacional, 2004 c). Las mujeres que fueron violadas sufren el rechazo de su familia y comunidad, negándoseles incluso el derecho a recibir la atención médica necesaria sin que los respectivos gobiernos tomen medidas para evitarlo

De la violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto y post-conflicto armado dan cuenta también los informes recibidos tras la invasión de Irak por parte de Estados Unidos, según los cuales las mujeres no querían salir de casa por temor a ser violadas o secuestradas; o las integrantes de la Organización Femenina Popular, que luchan por los derechos humanos de las mujeres en Barrancabermeja (Colombia) y que están expuestas a sufrir violencia, e incluso la muerte, por parte de los grupos armados, tal como le ocurrió a Esperanza Amaris. Esperanza había informado de amenazas al procurador regional, pero la policía no tomó medidas. En octubre de 2003 fue secuestrada y asesinada por los paramilitares del Bloque Central Bolívar.

En los campos de refugiados, las mujeres



y niñas pueden ser víctimas de abusos y malos tratos físicos, son discriminadas en el reparto de artículos y servicios y no poseen una vía segura para huir de las zonas de guerra. A su vez, las perseguidas por grupos armados de oposición o a las víctimas de torturas por particulares que no han sido protegidas por el Estado, tienen dificultades para que les concedan asilo, pues los gobiernos aplican métodos cada vez más restrictivos para reconocer la condición de refugiado (Amnistía Internacional, 2001).

En algunos países en situación de post-conflicto armado se ha registrado aumento del tráfico de mujeres y niñas para la prostitución forzada, una de las formas más generalizadas de violencia contra la mujer. En un reciente informe se ha denunciado que, desde el despliegue en julio de 1999 de la Fuerza Internacional de Seguridad (KFOR) y el establecimiento de la Misión de Administración Provisional de las Naciones Unidas (UNMIK), Kosovo es uno de los principales destinos de las mujeres y niñas que son objeto de tráfico de para la prostitución forzada. La mayoría de estas mujeres y niñas proceden de los países más pobres de Europa y se las vende por precios que oscilan entre los 50 y los 3500 euros (Amnistía Internacional, 2004 d).

## **LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN ESPAÑA**

En España, según el Observatorio de la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial, en el año 2002 fueron asesinadas 50 mujeres en el ámbito familiar y 81 mujeres en el año 2003, lo cual supone un incremento del 59% durante esos dos últimos años. Según los datos proporcionados por el Instituto de la Mujer, durante el año 2003 se presentaron 50.090 denuncias de malos tratos producidos contra mujeres por parte del cónyuge o análogo, de

las que 10.493 fueron presentadas por mujeres extranjeras. A pesar de lo alarmantes que resultan estas cifras, los datos oficiales (Macroencuesta del Instituto de la Mujer y datos de denuncias del Ministerio del Interior) indican que el 97% de las mujeres que sufren violencia en el ámbito familiar a manos de su pareja no denuncia los hechos.

En 1984, con la firma y ratificación de la Convención para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (CEDAW), el Estado español adquirió el compromiso de adecuar las leyes y prácticas españolas a las disposiciones de la Convención. Con la ratificación, en julio de 2001, del Protocolo Facultativo de la CEDAW se comprometió a responder ante el Comité por las investigaciones que éste inicie a partir de denuncias de particulares o de información enviada por colectivos, asociaciones de mujeres y otras organizaciones. Pero a pesar de los compromisos adquiridos, en un informe sobre nuestro país (Amnistía Internacional, 2002) se mencionaban los principales ámbitos de incumplimiento de la obligación de la “debida diligencia”:

- Inexistencia de una legislación que facilite el abordaje integral del problema, insuficiente información sobre los fondos para llevar a cabo las acciones, no evaluación en profundidad de las políticas implantadas ni realización de estudios para conocer las necesidades de las mujeres que sufren violencia.

- En el diagnóstico, planificación y evaluación de las políticas públicas, no se reconoce a las organizaciones de mujeres como interlocutoras.
- Desprotección de amplios sectores de mujeres (mujeres rurales, migrantes en situación irregular y solicitantes de asilo).
- Falta de medios, de trabajo continuado y de estrategia acertada en el ámbito de la prevención y sensibilización.
- En cuanto al apoyo integral a las vícti-

mas, medidas poco adecuadas a sus necesidades, falta de recursos y de personal formado para atender los dispositivos de atención y desigual protección según la zona geográfica de residencia, no existiendo un cauce estatal de coordinación.

- Insuficientes mecanismos de control efectivo de las medidas de protección judicial, impunidad insuficientemente abordada, desventaja en materia de reparaciones con relación a otras víctimas de delitos violentos y no reconocimiento de la persecución por género para acceder al estatuto de refugiada.

Amnistía Internacional valora positivamente la aprobación, el 4 de junio de 2004, del Anteproyecto de Ley Orgánica, Integral contra la violencia sobre las mujeres, un instrumento legislativo que integra y coordina todos los ámbitos de actuación institucional ante la violencia contra las mujeres, pero al mismo tiempo muestra preocupación porque persisten determinadas lagunas destacadas por el Comité de la Convención de la CEDAW en el informe de 1999 al Gobierno español:

- No se reconoce la vulnerabilidad de colectivos de mujeres declarados como especialmente desprotegidos por el Comité de la CEDAW (residentes en el medio rural, mujeres discapacitadas, inmigrantes indocumentadas o mujeres objeto de tráfico con fines de explotación sexual) ni contempla medidas específicas para ellas.
- No garantiza la protección homogénea y adecuada de los derechos de todas las mujeres del territorio español.
- No prevee medidas de detección de necesidades básicas de las mujeres ni evaluación de las políticas implantadas.
- Las medidas de apoyo a las víctimas se enmarcan sólo en el ámbito de Servicios Sociales y no existe ninguna previsión en materia de reparación justa y adecuada en

el ámbito de la Justicia.

## **RECOMENDACIONES DE AMNISTÍA INTERNACIONAL**

En un comunicado emitido por Amnistía Internacional el 10 de marzo de 2004, en vísperas del 60 período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, se informaba que en el año 2003 había 54 países en los que existían leyes que discriminaban activamente a las mujeres, 79 países en los que no existían leyes contra la violencia en el ámbito familiar y 127 países en los que no existían leyes contra el acoso. En ese mismo comunicado, la secretaria general de la organización, Irene Khan, manifestaba que una década después de que la Conferencia de Viena reafirmara los derechos de la mujer como derechos humanos y de que la Comisión nombrara una relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, resultaba necesaria una aplicación efectiva de los tratados y normas internacionales: “El marco legal ya existe; ahora lo que necesitamos es un compromiso y una acción concreta de los gobiernos”.

Por ello, Amnistía Internacional pide a las Naciones Unidas y las organizaciones regionales que ayuden a los países a elaborar planes de acción para terminar con la violencia contra las mujeres y a establecer mecanismos para supervisar su aplicación e insta a los gobiernos a que :

- Ratifiquen y apliquen sin reservas la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer y su Protocolo Facultativo.
- Ratifiquen el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional y aprueben la legislación interna necesaria para su aplicación con el objeto de poner fin a la impunidad de la violencia contra las mujeres

en los conflictos armados.

- Firmen un tratado internacional sobre comercio de armas para poner fin a la proliferación de armas que se utilizan para cometer actos de violencia contra las mujeres.
- Apliquen íntegra y rápidamente la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre las mujeres, la paz y la seguridad, así como las recomendaciones del estudio del secretario general de las Naciones Unidas sobre la mujer, la paz y la seguridad.

En el ámbito español (estatal, autonómico y local), Amnistía Internacional pide que las autoridades públicas adecuen su legislación y prácticas administrativas a los compromisos internacionales vinculantes en esta materia y que den respuesta a las Observaciones realizadas por el Comité de la CEDAW en 1999. Concretamente, se pretende que el gobierno español y los gobiernos autonómicos y municipales en el marco de sus competencias, reconozcan la especial vulnerabilidad de las mujeres indocumentadas, las mujeres rurales y las solicitantes de asilo frente a la violencia en el ámbito familiar y elaboren diagnósticos específicos sobre protección de los derechos humanos de estos colectivos.

También solicita:

- Reformas normativas y directrices de índole administrativo, destinadas a garantizar que las mujeres migrantes, regulares e indocumentadas, tengan las mismas oportunidades de protección frente a los abusos contra los derechos humanos que las mujeres españolas.
- La implantación de mejoras en la coordinación de las medidas en diferentes autonomías y en la previsión de unos estándares mínimos de protección, atención y reparación a las víctimas.
- Mejoras en los recursos de protección (centros de acogida), apoyo integral y asesoramiento.
- Mejoras en la recogida de datos de las mujeres asesinadas y presentación de los mismos al público, así como en la investigación del fenómeno de la violencia y en la adecuación de las medidas implantadas.

Continúa, pues, el reto de generar un cambio en los ámbitos internacional, nacional y local que afecte a la vida de las mujeres, un proceso en el que los profesionales de la salud mental pueden realizar muchas aportaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional (1998):** La Mutilación Genital Femenina y los Derechos Humanos. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional (2001):** Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional (2002):** No hay excusa. Violencia de género en el ámbito familiar y protección de los derechos humanos de las mujeres en España. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional (2003):** México. Muertes intolerables. 10 años de desapariciones y asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez y Chihuahua. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional. (2004 a):** Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres. Madrid: EDAI.
- Amnistía Internacional (2004 b):** Burundi: el mayor abuso a los derechos humanos (Índice AI: AFR 16/006/2004).
- Amnistía Internacional (2004 c):** Ruanda: marcadas por la muerte (Índice AI: AFR 47/007/2004).
- Amnistía Internacional (2004 d):** “¿Significa eso que tengo derechos?” Proteger los derechos humanos de las mujeres y niñas objeto del tráfico para la prostitución forzada en Kosovo (Índice AI: EUR 70/010/2004).

- Barudy, J. (2001):** El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós.
- OMS (2002):** Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.
- Rojas Marcos, L. (1995):** Las semillas de la violencia. Madrid: Espasa Calpe.
- Sáez Buenaventura, C. (1979):** Mujer, locura y feminismo. Madrid: Dédalo.

# Procedimientos terapéuticos con hombres que agreden a sus mujeres

## Procedures therapeutics with men attack its women

José Antonio Muñiz Torrado  
Manuel Lopo Lago

Psicólogos  
Gabinete de Psicología KARMA  
Vigo

### RESUMEN

*En este trabajo exponemos algunos aspectos relativos a la intervención terapéutica con hombres que realizan actos de violencia doméstica. Se describe el contexto de trabajo y su vinculación con "Abrámo-lo círculo", un programa de atención a agresores; se expone nuestra opinión sobre los posibles efectos negativos de la consideración de la violencia como una conducta "enferma"; se describen algunas características encontradas en el estudio de los agresores y se expone la tipología descrita por Jacobson y Gottman (2001); hacemos referencia al riesgo de perder nuestra "actitud" terapéutica. Para finalizar, presentamos unas cuantas ideas que pueden ser útiles en la práctica terapéutica.*

**Palabras clave:** *Violencia doméstica, intervención con agresores, relación terapéutica.*

### ABSTRACT

*In this work we expose some aspects relative to the therapeutic intervention with men who make acts of domestic violence. One describes to the work context and its entailment with "Abrámo-lo círculo", a program of attention to aggressors; our opinion is exposed on the possible negative effects of the consideration of the violence like an "ill" behavior; some characteristics found in the study of the aggressors are described and the typology described by Jacobson and Gottman is exposed (2001); we make reference to the risk of losing our "therapeutic attitude". In order to finalize, we exposed a few ideas that can be useful in the therapeutic practice.*

**Key words:** *Domestic violence, intervention with aggressors, therapeutic relation.*

### NOTAS PRELIMINARES

Creemos que la utilización de términos como "maltratadores", "hombres violentos", "hombres que agreden a sus mujeres", de la misma forma que otros términos que agrupan personas (depresión, fobia, neurosis....) nos pueden resultar útiles en la investigación, y económicos en la comunicación entre profesionales. No obstante, y aunque se puedan describir ciertas particularidades que distinguen a éste de otros grupos, en términos de procedimientos terapéuticos nos interesa lo que hace únicas a las personas, lo que hace diferente a una persona de otra. La uti-

lización de etiquetas, más que facilitar nuestra labor, puede llevarnos a pensar en el tratamiento estándar de clientes estándar, y olvidar que lo más característico de nuestra profesión es considerar cada uno de nuestros clientes en su particularidad; pensar en términos de categorías diagnósticas puede suponer una auto-restricción sobre nuestra creatividad y libertad de acción a la hora de intervenir. Por comodidad expositiva, recurriremos a estos términos cada vez que queramos referirnos de forma colectiva a estos usuarios.

A continuación plantearemos algunas cuestiones sobre las que reflexionar y otras potencialmente útiles (eso esperamos) en la práctica clínica. Pero pensamos que no se ciñen necesariamente ni exclusivamente al trabajo terapéutico con agresores, sino que pueden ser de aplicación independiente del tipo de problema que trabajemos. Hemos pretendido realizar una aproximación desde factores comunes en psicoterapia, intentando que tanto las reflexiones como las propuestas para la práctica se mantengan al margen de fronteras teóricas y sean interesantes para cualquier profesional que trabaje con maltratadores; hemos intentado rehuir conceptos muy vinculados a perspectivas teóricas, aunque con menos fortuna.

Queremos advertir que ninguna de estas ideas es original. Si en la bibliografía hiciéramos constar todos los clientes, compañeros, alumnos, maestros, libros, conversaciones... que están presentes en las líneas de este trabajo, no sería admitido para publicación, y aun así cometeríamos alguna omisión imperdonable. Sabiéndonos fracasados de antemano, nos conformamos con explicitar aquellas fuentes bibliográficas que guíen al interesado en profundizar algún tema concreto. Por último, somos conscientes de la incorrección política de utilizar el masculino para referirnos a ambos géneros; cuando no dispongamos de genéricos, el contexto permitirá discernir en cada momento a qué personas nos referimos; pedimos disculpas a las mujeres y a todas aquellas personas que puedan sentirse ofendidas por esta falta de respeto; nuestra intención es, únicamente, adoptar una solución gramati-

cal más económica que otras: preferiríamos que se entendiera más como irreverente que como irrespetuosa.

## EL ENCUADRE TERAPÉUTICO

Nuestra práctica más directa en la atención a agresores está relacionada con la participación de Manuel Lopo como terapeuta de “Abrámo-lo círculo”, y José Antonio Muñiz como miembro del equipo habitual de trabajo del Gabinete. Abrámo-lo Círculo es un programa puesto en marcha a través de un convenio de colaboración entre la Xunta de Galicia y el Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia, por el cual diversos profesionales de la psicología<sup>1</sup> en diversas ciudades gallegas atienden, de forma gratuita para el usuario, a personas diversas que de diversas maneras (aunque también con notables regularidades conductuales) entran en esta categoría de “hombres que agreden a sus mujeres”. En nuestro caso, el lugar donde es atendido el usuario es el Gabinete de Psicología KARMA<sup>2</sup>. Cuando llega a nuestro centro, se explicita el encuadre terapéutico al comienzo de la primera entrevista. Se presenta el terapeuta y le explica cuál es el modo habitual de funcionamiento del centro:

- El terapeuta es miembro de un equipo con el que trabaja y que sigue las entrevistas a través de un circuito de TV, y con el que sale a consultar al menos en una ocasión, a lo largo de la entrevista.
- Además el equipo puede llamarle a través de un interfono para hacer algún tipo de intervención.

1 Diversas son sus orientaciones, pero en las reuniones mantenidas entre ellos el acuerdo puede calificarse de ejemplar y la experiencia enriquecedora para el hacer terapéutico de todos/as. Parece que el hecho de colaborar en un proyecto conjunto en el trabajo de “trincheras” hace salvables las ¿insalvables? diferencias teóricas entre escuelas.

2 Para acceder al Programa el usuario debe llamar a un teléfono de contacto: aquí le atiende el coordinador, que le toma unos datos y le asigna terapeuta; posteriormente debe ponerse en contacto con el terapeuta para acordar una entrevista.

- Se realizan grabaciones de las entrevistas.
- Tanto las grabaciones como toda la demás información es confidencial y está protegida por el secreto profesional.
- Con la salvedad de que dichas grabaciones pueden ser utilizadas para autoformación del colectivo de profesionales de Abrámo-lo círculo.

Además se le añade que este es el modo habitual en que trabajamos, pero como usuario del programa se le explica que tiene derecho a aceptar o no este formato; si lo prefiere puede renunciar a ser atendido por el equipo, decidir que se apague la cámara y trabajar únicamente con el terapeuta asignado por el coordinador del programa. Otros dos aspectos importantes que se le explican como características de nuestro trabajo con ellos son:

- El tratamiento es independiente de los posibles procesos judiciales en los que el usuario esté implicado.
- Los golpes tienen que cesar, y que si tenemos constancia de no ser así, nuestra obligación es denunciar este hecho.
- Se realizan grabaciones de las entrevistas

## **LA CONDUCTA QUE MOTIVA LA CONSULTA**

Desde su nacimiento las ciencias “psi” se han ido abriendo hueco entre otras disciplinas que existían previamente. Poco a poco han reclamado para sí territorios que antes se encuadraban en otros campos de conocimiento, o han definido áreas nuevas que antes no habían sido reclamadas por nadie. Actualmente el campo de “lo psicológico” sigue cambiando y los fenómenos objeto de estudio continúan en expansión. Así ocurre que cualquier aspecto de la vida humana es susceptible de estudiarse desde la perspectiva “psi”. Dado que además es frecuente que se analicen los fenómenos humanos enfocándolos como patológicos, el resultado final es el

abundante uso del término “psicopatológico” para calificar multitud de comportamientos.

Una consecuencia es el riesgo de sobreinclusión de diversas conductas como pertinentes a la psicopatología: procesos normales de sufrimiento, conflictos sociales (Fernández y Cabero, 1992), problemas no psicológicos, etc. Como psicoterapeutas, construimos problemas psicoterapéuticos; y aunque podemos contemplar diversas posibilidades para encarar el problema que nos presentan, pocas veces pensamos en una solución externa a la psicoterapia. La única forma de conseguirlo sería mirar hacia donde no solemos hacerlo.

Respecto al tema que nos ocupa, la violencia doméstica es una conducta delictiva que en los últimos tiempos ha cobrado categoría de problema, de modo que a su alrededor se despliega una parafernalia de cierta magnitud, que incluye recursos materiales y profesionales de varios campos diferentes (justicia, policía, medicina, psicología, servicios sociales...). En cualquier caso, es un problema que supera lo psicológico para enmarcarse en la esfera más amplia de lo social. En este sentido la psicoterapia estaría jugando un papel de control psicológico sobre un problema social en mayor medida que cuando se trata de otro tipo de conductas: se está abordando un problema social con soluciones psicoterapéuticas. Así, por ejemplo, la sobrecarga del sistema penitenciario hace que en algunas sociedades el juez recurra a los servicios de psicoterapia como una solución alternativa a la prisión; el problema es que la asistencia a psicoterapia, como condena sustitutoria, es un castigo ridículo para el agresor, y no demuestra la consideración de gravedad que debiera tener: a nivel judicial era una falta leve y aunque ahora se está cambiando la legislación todos los días seguimos enterándonos por los medios de comunicación cómo las medidas judiciales son insuficientes para proteger a las víctimas.

Nuestra intención no es plantear que sea improcedente el abordaje psicoterapeu-

péutico de una persona calificada como agresor: en cuanto se presenta alguien con esta queja, independientemente del contexto social en que se genera, se puede colaborar con él para construir un problema a partir de dicha queja, y ayudarlo a encontrar una solución. Pero deberíamos tener en cuenta las siguientes cuestiones:

1) Debemos preguntarnos por las potenciales implicaciones negativas de considerar la agresión desde la perspectiva terapéutica: si como colectivo contribuimos a generar una idea de patología sobre la violencia doméstica, estamos propiciando la percepción del que la comete como libre de responsabilidad sobre la misma. Pensar en la psicoterapia como “forma de resolver problemas” en vez de “forma de curar patologías” nos permite trabajar con personas a las que podemos pedir responsabilidad por sus actos. Por otra parte, la asistencia del agresor a un tratamiento puede generar expectativas positivas en la víctima, y en ocasiones esto ha propiciado que vuelva al hogar, exponiéndose así a nuevas agresiones.

2) Ante la sociedad que nos otorga el rol de “profesionales del cambio” tenemos la obligación moral de evaluar el resultado de nuestras intervenciones. La psicoterapia no sólo puede no ser útil, sino propiciar el empeoramiento de las situaciones sobre las que interviene. Si la investigación muestra la utilidad de nuestra labor, esto por sí solo justifica que sigamos trabajando en este campo. Frente a la elegancia de considerar el proceso terapéutico como un arte que no puede ser descrito ni estudiado, que solo compete al terapeuta y su cliente, debemos valorar el interés de someter a estudio nuestro trabajo.

3) No debemos perder de vista otras acciones que caigan fuera del campo de la psicoterapia. La condena por los delitos cometidos no es incompatible con la psicoterapia, ni creemos conveniente sustituirla por ésta. La educación en valores no sexistas, en acti-

tudes de respeto hacia el otro y el cambio en la creencia de la violencia como forma aceptable de resolver los conflictos, etc, aparecen en la literatura como líneas de acción preventivas de la violencia de género.

## EL USUARIO

Las investigaciones (citadas en Fuertes, 2000 y Navarro, 2000) sugieren una serie de aspectos que con frecuencia aparecen asociados a estas conductas y que a nivel general caracterizan al agresor:

- Frecuentemente han vivido (visto y/o padecido) la violencia en su familia de origen;
- Tienen dificultad para reconocer y expresar los propios sentimientos y los de los demás;
- Creen en la violencia como una forma aceptable de solucionar los conflictos interpersonales.
- Suelen minimizar o negar las agresiones, o tienen un recuerdo distorsionado de su conducta;
- Justifican su violencia en base al comportamiento de su pareja, a la que responsabilizan de la agresión que ellos cometen;
- La agresión cumple la finalidad de controlar, intimidar y someter a la pareja mediante el uso o la amenaza de la agresión física: sirve al agresor para obtener el poder sobre el control de la relación.

En la investigación de Jacobson y Gottman (2001) se describen dos perfiles de agresores que describimos a continuación. Los agresores tipo **cobra** son similares al delincuente común, tienen una personalidad criminal que se manifiesta en conductas antisociales. Son impulsivos y hedonistas. Es frecuente que abusen del alcohol y drogas. Pegan a sus mujeres y abusan emocionalmente de ellas para impedir que interfieran con su necesidad de conseguir lo que quieren cuando quieren.



Sienten que tienen derecho a hacer lo que hacen y a obtener lo que desean del modo que estiman conveniente. Algunos son psicópatas, carecen de conciencia y son incapaces de sentir remordimientos. Son incapaces de construir relaciones íntimas auténticas, y las plantean en términos de satisfacción de sus propias necesidades: sus mujeres son instrumentos para lograr alguna satisfacción personal. Sus compromisos son superficiales y su intimidad es mínima, llegando a ser peligrosos si sus mujeres tratan de obtener más de ellos. Suelen presentar historias familiares caóticas y muchos fueron abusados ellos mismos. No parecen tener motivos para cambiar su conducta, y cabe esperar que busquen ayuda terapéutica menos que el otro tipo.

Los agresores tipo **pitbull** no suelen tener una historia delictiva, sino que ejercen la violencia en su hogar. Con frecuencia sus padres han sido violentos con sus madres y aprendieron que la violencia es una forma legítima de tratar a las mujeres. Son muy dependientes de sus mujeres y sienten temor a ser abandonados, lo cual desencadena ataques de celos a veces a nivel paranoico, y esto les empuja a controlar al límite la independencia de sus parejas. Aunque en cierta medida son menos violentos que los cobra, pueden llegar a cometer agresiones graves e incluso asesinato.

Esta distinción entre cobra y pitbull puede ser útil a los terapeutas en el trabajo con agresores, y ya ha resultado útil a la hora de asesorar a las víctimas respecto a las medidas que deben tomar en el momento que deciden abandonar al agresor: mientras los cobra pueden ser más peligrosos en el momento de la separación, a largo plazo el más peligroso es el pitbull porque puede seguir acosando a su víctima durante mucho tiempo. No obstante, todos estos datos que pretenden caracterizar al agresor, van unidos a otros que sugieren la gran heterogeneidad del grupo

estudiado.

Por otra parte, el cliente de psicoterapia es alguien que experimenta algún tipo de dificultad, malestar o trastorno lo suficientemente importante como para provocar un deseo consciente de cambio, que habiéndolo intentado por sí mismo o por otros medios no ha podido conseguirlo, y que requiere la ayuda de un especialista para lograrlo (Fisch, Weakland y Segal, 1984). En un sentido amplio, un cliente puede no ser una sola persona, sino un grupo de ellas o una institución; en el caso de la violencia es el sistema social en abstracto el que demanda los cambios: hablamos de una sociedad que está tan interesada en que finalicen las conductas de agresión doméstica que es en el nivel político desde donde se organiza una red asistencial para lograrlo; así que podríamos considerar que este es nuestro primer cliente.

Sin embargo, no es en el nivel social donde se sitúa nuestra intervención, sino que operamos sobre ella desde el plano psicológico más inmediato, trabajando con un usuario concreto. Así que como cliente nos interesa en particular el usuario que acude a nuestra consulta: en tal situación podemos preguntarnos sobre el grado de coincidencia y la compatibilidad entre los servicios que ofrece el programa y las peticiones del usuario.

## **LAS PERSONAS QUE TRABAJAN COMO TERAPEUTAS**

Las investigaciones que se han interesado por las características personales y su potencial influencia sobre las habilidades profesionales han dado lugar a una larga lista de calificativos: interés natural por la gente, capacidad de escuchar, capacidad de conversar, empatía y comprensión, discernimiento emocional, capacidad introspectiva, tolerancia a la ambigüedad, sensibilidad a las necesidades de otros, nivel de competencia en la

aplicación de técnicas... (Guy, 1987). Si además tenemos en cuenta que cada orientación terapéutica acostumbra a mantener una tradición investigadora sobre determinados aspectos que le interesan particularmente, el panorama se complica (y enriquece) todavía más. Algunas investigaciones se han centrado en el estudio de las características personales y condiciones familiares asociadas con la elección de la profesión de terapeuta. Otra tradición se interesa por las características y habilidades asociadas con el proceso y el resultado de la psicoterapia. Por otra parte, la investigación sobre factores comunes apunta a las capacidades para establecer la alianza terapéutica como un aspecto importante por parte del terapeuta (Feixas y Miró, 1993).

En cualquier caso, y aunque no lleguemos a un acuerdo sobre qué aspectos del terapeuta son pertinentes para mantener una "actitud terapéutica", sí es cierto que debemos mantenerla también cuando trabajamos con agresores. En este sentido no debemos hacer nada especial siempre y cuando seamos capaces de mantener dicha actitud. El problema que se puede presentar es que reaccionemos con emociones negativas hacia el cliente, con actitudes enjuiciadoras sobre su persona, prejuicios por estereotipos... y que esto influya nuestra labor haciéndonos perder capacidad para ayudar al otro.

Nuestra obligación es participar en la relación de modo que hagamos posible la alianza terapéutica pero, así como estamos acostumbrados a colaborar con una persona que sufre cabe preguntarse si podemos hacerlo también con quien inflinge daño<sup>5</sup>: la respuesta ha de ser necesariamente afirmativa, en caso contrario honestamente tendríamos que renunciar a atenderlo. Pensamos que solamente desde una muy buena alian-

za terapéutica nos va a ser permitida una reprobación tan contundente de las conductas psicológica y/o físicamente violentas, solamente si se sienten reconocidos como personas podrán aceptar nuestro cuestionamiento de muchas conductas de interacción con sus parejas. El buen manejo de la distancia/cercanía (Minuchin y Fishman, 1984) a lo largo del proceso terapéutico cobra especial relevancia para tratar esta problemática.

## PROPUESTAS PRÁCTICAS SOBRE EL PROCESO Y LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

En un sentido general queremos insistir en los siguientes aspectos:

1) Por un lado, para desarrollar una buena práctica con hombres que agreden a sus mujeres, será importante que hagamos lo mismo que hacemos con todos los demás usuarios: psicoterapia. Entendemos que existe el peligro potencial de estandarizar los tratamientos en virtud de las características comunes de estos clientes, con riesgo de perder la curiosidad (Cecchin, 1987) y el ajuste necesario con cada uno de ellos.

2) Por otro lado, y en relación con lo anterior, puesto que somos útiles únicamente en determinadas condiciones, debemos asegurarnos que se dan tales condiciones, y realizar los ajustes necesarios para conseguirlas. Es decir, puede ser útil "chequear" cada situación para comprobar que se dan las circunstancias que permiten calificarla de terapéutica. Entiendo que las condiciones mínimas son:

- alguien que adopte el rol de terapeuta
- alguien que adopte el rol de usuario
- un proyecto de trabajo sobre el que ambos colaboran.

Ya en un plano más concreto, y en lo refe-

---

<sup>5</sup> Y que, por cierto, también sufre.

rente al usuario, podemos apoyar el ajuste y el establecimiento de la relación en el análisis de la demanda (Carli, 1987, por ejemplo)<sup>6</sup> que éste nos hace; la revisión del contexto en el que se produce la decisión de pedir consulta nos permite tener un mayor conocimiento de la situación: qué personas, conversaciones, pensamientos, emociones, hechos, situaciones... tienen mayor peso a la hora de tomar la decisión, qué efecto espera que provoque tal decisión en el contexto social de referencia, qué efectos y reacciones provoca en su entorno el mero hecho de acudir a consulta... Atender a las complejidades del contexto en el que tiene lugar la petición de ayuda puede facilitar la comprensión del caso, y nos dotaría de teorías en uso (Schön, 1992) para orientar nuestra práctica<sup>7</sup>.

Respecto al terapeuta, éste no tiene más que mantener su “actitud terapéutica”, como en cualquier otro caso. La cuestión es que trabajar con hombres que agreden a sus mujeres puede dificultarnos a la hora de crear y mantener la alianza, el vínculo, el respeto, la empatía... y todos aquellos aspectos que consideremos necesarios para mantener esta actitud. Consideramos que la curiosidad debe formar parte de esta actitud.

Así como en la mayoría de las ocasiones presumiblemente mantenemos “*en modo automático*” estos aspectos y podemos centrarnos en otras cuestiones, es posible que aquí debamos estar más atentos a nuestra participación en el proceso para no acabar incurriendo en comportamientos que hagan resentirse la relación terapéutica. Es posible que en estos casos haya más probabilidades de aparición de elementos contratransferenciales que difi-

culten el desarrollo de la práctica, elementos que reencuadrados como “aviso al terapeuta” dejarían de dificultar la relación pudiendo incluso llegar a ser útiles. Cuando sentimos una reacción emocional muy fuerte ante determinado cliente, podemos manejarla pensando en los aspectos del cliente que nos acercan a la emoción contraria, y participar en la entrevista a partir de ella.

También puede contribuir a mantener nuestra actitud terapéutica diferenciar entre las **conductas** (a veces reprobables) y la **persona** (siempre digna de respeto). Podemos investigar sobre otras facetas de la persona que tenemos delante, ampliando el foco y viendo más allá de la queja y el problema presentados: ver más allá del “maltratador”, buscar a la persona nos permitirá considerarlo más en su globalidad, como algo único, con aspectos valiosos y positivos. En la entrevista, el análisis de las situaciones y secuencias interaccionales en que ocurren las agresiones, así como las condiciones en que se da en determinado caso particular mejorará nuestra comprensión de los fenómenos que queremos cambiar y puede contribuir a ampliar nuestras vías de acción posibles. Desde luego este análisis nunca se utilizará para librar de responsabilidad al que agrede. Bien al contrario, una parte importante de la terapia deberá consistir en que el cliente asuma la **plena responsabilidad** sobre su conducta (en estos casos es una constante que el agresor minimice el daño inflingido, y que culpe a la víctima por haberle provocado, al actuar de un modo inaceptable).

Otra cuestión importante en el proceso terapéutico es la referente a quién fija las metas y objetivos del tratamiento; una vez

---

6 Aunque son muchos los autores que desde distintos marcos teóricos hacen referencia a estos aspectos, queremos mencionar aquí a nuestro compañero José Manuel González por su insistencia, en el ámbito formativo, sobre el interés en ver cómo vienen nuestros clientes.

7 Teorías en uso que tienen la provisionalidad propia de un mapa en continua revisión, y que mantenemos en la medida que resultan útiles para desempeñar nuestro trabajo.

más, haremos lo que en cualquier otro caso: **negociarlos** con el cliente. Consideramos esencial que el cliente se pueda reconocer en las metas del tratamiento, y la psicoterapia un trabajo que se hace en su propio provecho. Si el trabajo terapéutico está enmarcado en un programa de intervención hay que ver si este hecho impone al cliente restricciones en términos de metas. Es posible que en ocasiones haya que compatibilizar las metas del programa con una formulación que se ajuste a cada cliente en concreto. Como particularidad del trabajo con agresores, se recomienda imponer el compromiso de que cesen los golpes: la actitud del terapeuta en este punto debe ser clara, y transmitir que la violencia es siempre inaceptable. Una forma en que se puede llegar a esta compatibilidad y conectar con la situación del agresor es partir de las dificultades personales, familiares, sociales y judiciales que, cada vez más, le acarrearán sus conductas violentas, hecho con el que se identifica plenamente.

Por lo que respecta al ámbito de la **investigación**, podemos trabajar sobre aspectos potencialmente útiles para su aplicación en la clínica; la evaluación de los resultados de nuestros tratamientos, tanto en el momento de finalizar como en período de seguimiento, se puede complementar con la visión de los terapeutas sobre su experiencia con estos casos. Algunos autores interesados en los recursos y aspectos positivos plantean preguntas para el terapeuta y el cliente que pueden ser útiles en la exploración de los

procesos estudiados<sup>8</sup> ; también puede ser interesante explorar la percepción que tiene el terapeuta respecto a su actitud terapéutica, al riesgo de perderla, y a la forma en que la recupera.

Queremos terminar con dos citas que creemos expresan opiniones perfectamente asumibles, y al mismo tiempo pueden dar una idea de lo lejos que estamos de encaminar definitivamente este asunto:

“¿En qué medida la violencia puede tratarse en una terapia? La respuesta es en todos los casos. Si no podemos resolver un problema de violencia en la terapia, no es porque las personas no puedan cambiar; es porque como terapeutas no somos lo bastante inteligentes o capaces como para producir un cambio. En realidad, una terapia de acción social se basa en la idea de que la gente puede cambiar por su cuenta y detener su propia violencia. Todos tenemos el potencial de cambiar si queremos hacerlo....” (Madanes, 1997, p 241).

“Sostenemos que los agresores son criminales y no enfermos. Cuando la asistencia psicológica se ofrece como una alternativa a la cárcel, no se los hace responsables de su conducta. En ausencia de una eficacia demostrada, debemos enfrentar el hecho de que para los agresores ser condenados a tratamiento psicológico es una especie de broma”.(Jacobson y Gottman, 2001, p 244).

8 Al terapeuta: ¿Qué piensas que ayudó más a la buena marcha de los casos? Al cliente: ¿Qué piensas que se podría haber hecho para haberte ayudado más o mejor?/ Si de las consultas tuvieras que destacar algún detalle o hecho que te resultó más útil ¿cuál sería? (cuestionario de Rodríguez-Arias et al, 1997).

9 ¿Qué piensas que es diferente entre este tipo de casos y otros de tu experiencia clínica?/ Si a lo largo del proceso terapéutico has visto peligrar tu “posición terapéutica” (es decir, crees haber perdido las actitudes, conductas, emociones, expectativas.... que consideras imprescindibles para desarrollar tu trabajo, sean estas cuales sean) ¿cómo has conseguido recuperarla?

## BIBLIOGRAFÍA

**Carli R (1987)**. El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*, 1, 71-83, 1990.

**Cecchin G (1987)**. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 05-413.

**Feixas G y Miró MT (1993)**. Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

**Fernández JM<sup>º</sup> y Cabero A (1992)**. Medicina, psicología y sociedad: medicalización y psicologización de los conflictos sociales. Seminario "Ecología y Salud Mental". Gijón: UNED.

**Fuertes A (2000)**. La coerción y la violencia sexual en la pareja, en Navarro J y Pereira J: *Parejas en situaciones especiales*, 87-120. Barcelona: Paidós.

**Fisch R, Weakland J y Segal L (1984)**. La táctica del cambio. Barcelona: Herder.

**Guy JD (1987)**. La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en el estado emocional del terapeuta y sus relaciones íntimas. Barcelona: Paidós, 1995.

**Jacobson N y Gottman J (2001)**. Hombres que agreden a sus mujeres. Barcelona: Paidós.

**Madanes C, Keim JP y Smelser D (1997)**. Violencia masculina. Barcelona: Granica.

**Minuchin S y Fishman HCh (1984)**. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós.

**Navarro J (2000)**. La pareja violenta. Fórmulas de intervención, en Navarro J y Pereira J: *Parejas en situaciones especiales*, 43-85. Barcelona: Paidós.

**Rodríguez-Arias JL, Aparicio M, Fontecilla G, González M, Ramos M y Rueda A (1997)**. Metodología de evaluación de resultados en Terapia Familiar Breve. XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Badajoz.

**Schön DA (1992)**. La formación de profesionales reflexivos, Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones. Barcelona: Paidós.

# ¿Qué se puede hacer con los agresores de mujeres?

That can be done with the aggressors of women?

Raquel Espantoso San José

*Psicólogo Interno Residente  
Centro de tratamiento integral. SESPA  
Gijón*

## RESUMEN

*Los abordajes asistenciales con varones que ejercen violencia, llamados habitualmente reeducación, tratamiento o programas para maltratadores, comienzan lentamente a ser ofrecidos en España. Después de hacer un breve repaso por la historia de estos programas, se plantea la existencia de un perfil típico o si, por el contrario, existen diversos tipos de maltratadores que responderían de modo diferente a los distintos tratamientos. Posteriormente, se describen algunos de los aspectos que caracterizan la intervención, así como aquellos referidos a la investigación de resultados. Finalmente se analizan las implicaciones potenciales que los programas de rehabilitación pueden tener para las víctimas.*

**Palabras clave:** *tratamiento de maltratadores; programas de rehabilitación; violencia de género; evaluación de resultados.*

## ABSTRACT

*Batterer intervention programs have recently been developed in Spain. A brief background of the battering intervention history is provided. Afterwards, the existence of a batterer profile is analyzed. It is concluded that there isn't a typical profile, but different types of batterers. Later on, another section describes some characteristics of the batterer intervention programs, as well as some issues related to the outcome research in batterer intervention. Finally, potential implications for the victims are analyzed.*

**Key words:** *battering intervention; gender violence; batterer intervention programs; outcome assesment.*

## JUSTIFICACIÓN

Aunque yo aquí voy a hablar de procedimientos terapéuticos, lo primero que quiero dejar claro es que la violencia familiar no es un problema psicológico. La violencia doméstica es un problema que supera lo psicológico para enmarcarse en la esfera más amplia de lo social. Por ello, los tratamientos psicológicos no deben ofrecerse como solución al problema de la violencia doméstica sino como un componente más de un abordaje que ha de

ser multidisciplinar y que debe implicar una respuesta comunitaria coordinada. En este sentido, no debemos perder de vista soluciones que caigan fuera del campo de la psicoterapia, como la condena por los delitos cometidos o la educación en valores no sexistas (Lopo y Torrado, 2003). ¿Cuáles son entonces las razones que llevan a incluir la atención psicológica del hombre maltratador dentro de un enfoque integral del maltrato doméstico?:

En primer lugar, aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso de la terapia, hay un grupo amplio de ellas –aproximadamente el 30% de las víctimas tratadas y el 50% del total que continúan conviviendo con sus parejas. En estos casos la terapia recibida por la víctima es necesaria, pero resulta insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (Echeburúa y Corral, 1998). Por otro lado, en aquellos casos en los que se produce la separación, existe el riesgo de que el hombre pueda reincidir en el futuro con otra mujer. Pero además, se ha observado que el enfoque judicial del maltratador suele ser insuficiente, y los resultados de los estudios indican una reducción en el uso directo de la violencia física en aquellos hombres que participan en los programas de tratamiento para maltratadores (Gerlock, 1997). Estas y otras razones han llevado a que cada vez más se desarrollen programas y estrategias de intervención psicosocial para hombres que ejercen maltrato sobre sus parejas.

## BREVE HISTORIA

Los programas de tratamiento para maltratadores comienzan a desarrollarse a mediados de los años 70, y desde entonces han ido evolucionando en función de los distintos modelos explicativos en los que se han ido sustentando. Así, entre las primeras explicaciones que se dan al fenómeno de la violencia doméstica está la psicopatológica. En un primer momento, los investigadores empezaron a acercarse a la problemática del hombre violento considerándolo psicológicamente enfermo y, por lo tanto, intentaron definir las patologías que estaban en la base de su personalidad. Una de las definiciones más frecuentes que se dieron fue que los hombres violentos poseían una personalidad

sádica o bien pasivo-agresiva, que eran individuos con características paranoides, personalidades límite, etc.; en definitiva, encuadrables dentro de un síndrome psiquiátrico. También hubo intentos de explicar la conducta del hombre violento adscribiéndola a un modelo más amplio de explicación de la conducta agresiva apoyado en elementos de tipo biológico o hereditario. La hipótesis es que el funcionamiento biológico del hombre es diferente del de la mujer y por lo tanto, está más predisposto a las conductas violentas.

Un tercer tipo de explicaciones proviene de los enfoques sociológicos y, en términos generales, sostiene que la violencia conyugal es una de las formas que adopta la dominación del hombre sobre la mujer, en el marco de una sociedad patriarcal. La agresión a las mujeres, por lo tanto, es una forma de violencia “normal”; los que la cometen no son enfermos mentales sino personas que creen que ejercer el patriarcado es su derecho, que el matrimonio les confiere la facultad irrestricta de controlar a sus esposas y que el castigo físico es un medio aceptable de establecer ese control. En realidad, la violencia mantiene el statu quo, con los hombres en la cima de la jerarquía del poder. Finalmente, otro grupo de teorías intenta explicar la conducta del hombre violento desde un punto de vista más estrictamente psicológico. Aquí encontramos aquellas teorías que afirman que la conducta violenta del hombre dentro de su hogar es aprendida, y que está en relación con las experiencias vividas durante su infancia. (Corsi, 1995). En concreto, la observación reiterada por parte de los hijos de la violencia ejercida por el hombre a la mujer tiende a perpetuar esta conducta en las parejas de la siguiente generación. Los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar. Y las niñas, a su vez, aprenden que ellas deben aceptarla y convivir con ella (Echeburúa y Corral, 1998).

Estos han sido, en líneas generales, los modelos que históricamente han guiado la investigación y el desarrollo de los programas de tratamiento para hombres violentos. De este modo, los primeros programas se basaban exclusivamente en estrategias para el control o manejo de la ira (como las técnicas de relajación, las autoinstrucciones, los autorregistros o la técnica de “tiempo fuera”). Con la llegada de la perspectiva feminista se introducen las nociones de poder y género; y el modelo del aprendizaje social avanza el análisis de la violencia en la familia de origen. Ninguno de estos modelos está libre de críticas; y quizá la mejor forma de entender cada uno de ellos sea considerarlos como una aproximación parcial a la explicación de la violencia de género. En este sentido, y como afirma Ravazzola (1997), “ante el problema de la violencia familiar, tan repetitivo y difícil de solucionar, parece más sensato sumar que restar, valorizar los aportes positivos, y revisar y modificar lo que no ayuda”.

## PERFIL DEL HOMBRE VIOLENTO

A pesar de los múltiples intentos, no se ha podido establecer un “perfil del maltratador”. Así, cuando se analizan de forma rigurosa las características sociodemográficas, se observa una enorme variabilidad, que va a depender de la población a la que dan asistencia los distintos programas, el tipo de institución y las normativas o condiciones que en ella se establecen, su ubicación geográfica, etc. Por otra parte, si bien pueden aparecer algunos rasgos de personalidad – dependencia emocional, impulsividad, déficit de autoestima, celos, etc.-, la mayor parte de los maltratadores son personas sin un trastorno psicológico. Lo que sí habría sería una serie de trastornos que con mayor frecuencia se asocian a las conductas violentas, como el consumo abusivo de alcohol y drogas, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión), los celos patológicos, y

ciertos trastornos de la personalidad (como el antisocial o el trastorno límite). A pesar de la imposibilidad de definir un “perfil del hombre violento”, las investigaciones sí sugieren una serie de aspectos que con frecuencia aparecen asociados a estas conductas y que caracterizan al agresor (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997; Echeburúa y Corral, 1998; Jacobson y Gottman, 2001; Lopo y Torrado, 2003):

- haber vivido la violencia en la familia de origen;
- dificultad para reconocer y expresar los propios sentimientos y los de los demás;
- la agresión cumple la finalidad de controlar, intimidar y someter a la pareja mediante el uso o la amenaza de la agresión física: sirve al agresor para obtener el poder de control sobre la relación.
- suelen minimizar o negar las agresiones, o tienen un recuerdo distorsionado de su conducta;
- justifican su violencia en base al comportamiento de su pareja, a la que responsabilizan de la agresión que ellos cometen;
- creer en la violencia como una forma aceptable de solucionar los conflictos interpersonales;
- actitudes sexistas y creencias estereotipadas en relación con la mujer;
- aislamiento social y emocional;
- déficit en habilidades de comunicación;
- carecer de estrategias adecuadas de solución de problemas.

## SUBTIPOS DE MALTRATADORES

En definitiva, parece que no existe un “perfil del hombre violento”. Sin embargo, lo que sí sugieren las investigaciones es la existencia de diferentes tipos de agresores, que responderían de manera diferente a los diversos tratamientos.

Existen múltiples investigaciones que ponen de manifiesto la existencia de dichos



subtipos. Me referiré solamente a dos de ellas, porque ambas se han establecido atendiendo a diversas variables (la mayoría de las clasificaciones atienden a una única dimensión, como los trastornos de personalidad o la extensión de la violencia) y por las implicaciones que pueden tener en la práctica clínica.

En primer lugar, la clasificación realizada por Jacobson y Gottman (2001), quienes describen dos tipos de agresores: los cobra, y los pitbull. Los cobra presentan unas tendencias marcadamente antisociales y potencialmente delictivas, y sus agresiones conllevan un alto grado de sadismo. Son impulsivos y hedonistas. Pegan a sus mujeres y abusan emocionalmente de ellas para impedir que interfieran con su necesidad de conseguir lo que quieren cuando quieren. Algunos son psicópatas, lo que quiere decir que carecen de conciencia y son incapaces de sentir remordimientos. Ya sean psicópatas o simplemente antisociales, son incapaces de construir relaciones íntimas auténticas. Sus mujeres son un instrumento que les proporciona gratificación, pero sus compromisos son superficiales y su actitud en la relación es de “retraimiento”, llegando a ser peligrosos si sus mujeres tratan de obtener más de ellos. No temen ser abandonados, pero tampoco se les puede controlar. Sus propias historias familiares a menudo son caóticas y muchos han sufrido abusos durante su infancia. Como adultos, se les puede reconocer por su historial de conducta antisocial, por su acusada tendencia a abusar de las drogas y del alcohol y por la gravedad de los abusos físicos y emocionales que cometen.

Los pitbull ejercen la violencia en su hogar, especialmente sobre sus esposas. Es probable que sus padres pegasen a sus madres y que ellos aprendieran que este tipo de agresiones constituye una forma acepta-

ble de tratar a las mujeres. A diferencia de los cobra, es menos probable que tengan un historial delictivo. Son muy dependientes de sus mujeres. Su temor a ser abandonados y la desesperada necesidad que tienen de no serlo desencadena ataques de celos e intentos de privar a sus parejas de toda vida independiente. Aunque en cierta medida son menos violentos que los cobra, pueden llegar a cometer agresiones graves e incluso asesinato. Aunque a corto plazo no resulta tan peligroso abandonar a un pitbull, a largo plazo puede llegar a serlo incluso más.

Las diferencias entre ambos subtipos pueden mostrarse útiles en la práctica clínica, tanto en lo que se refiere a la distinción en los tratamientos según el agresor pertenezca a uno u otro subtipo, como a la hora de asesorar a las víctimas. Así, Jacobson y Gottman consideran más factible la rehabilitación del hombre pitbull. Sin embargo, afirman, “dudamos de que cualquiera de los programas de educación actualmente existentes pueda rehabilitar a un hombre cobra” (Jacobson y Gottman, 2001).

La segunda clasificación es la llevada a cabo por Holtzworth-Munroe y cols. (2003), quienes, atendiendo a tres dimensiones descriptivas, distinguen 3 subtipos de agresores. Así, diferencian a los hombres violentos con sus mujeres según la severidad y frecuencia de la violencia; la generalidad de la violencia (sólo marital o también extrafamiliar); y los trastornos de personalidad o psicopatología del agresor. De este modo, distinguen:

- FO (family-only batterers): serían aquellos hombres que sólo agreden dentro de la familia y que presentan un nivel bajo en cuanto a severidad de la violencia, incluyendo los niveles más bajos de abuso sexual y psicológico, y la menor violencia fuera del hogar. Los hombres de este grupo presentarían poca o ninguna psicopatología.

Pero además, los FO presentarían los niveles más bajos de factores de riesgo, entendiéndose por tales una serie de conductas y características personales asociadas a las conductas violentas. En este sentido, presentarían bajos niveles de impulsividad, celos o abuso de sustancias, así como actitudes positivas hacia las mujeres, y una falta de actitudes que apoyen la violencia.

- BD (borderline /dysphoric batterers): se corresponden con un abuso de moderado a severo hacia sus parejas, incluyendo abuso sexual y psicológico; puede evidenciarse cierto grado de violencia extrafamiliar. Este grupo sería el de mayor distrés psicológico y el que más rasgos de personalidad borderline presentaría.

Como variables asociadas, encontraríamos los celos, la dependencia emocional y la impulsividad. Presentan antecedentes de rechazo y abuso parental, resultado de lo cual tendrían dificultades para establecer un apego estable y seguro hacia una compañera íntima. Asimismo, carecen de habilidades de comunicación, y presentan actitudes hostiles hacia las mujeres y positivas hacia la violencia.

- GVA (generally violent /antisocial batterers): se corresponden con un abuso marital de moderado a severo, incluyendo abuso psicológico y sexual, pero también con los niveles más altos de violencia extrafamiliar.

Serían asimismo los más propensos a presentar características del trastorno antisocial de la personalidad, como la conducta criminal o el abuso de sustancias. Presentan altos niveles de violencia en la familia de origen, así como actitudes hostiles hacia las mujeres. Y verían la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

Como se observa, ambas clasificaciones son bastante similares, a excepción del grupo FO (el de menor violencia) que no en-

contraría correspondencia en el modelo de Jacobson y Gottman. Esto podría deberse a que la muestra tomada por estos autores es una muestra clínica, a donde no llegarían los hombres pertenecientes al grupo FO. Por otra parte, existe cierta controversia acerca de la estabilidad de los subtipos con el tiempo. Así, originalmente se creía que una vez que la violencia de pareja se introducía en una relación, era inevitable que se produjera una escalada en severidad y frecuencia. En contraste, los pocos estudios longitudinales sobre la violencia marital realizados hasta la fecha sugieren que la severidad inicial de la violencia es el mejor predictor de la continuidad de la violencia, de modo que los hombres que presentan bajos niveles de violencia no necesariamente incrementan dicha violencia con el tiempo, aunque algunos pueden hacerlo. Quizá aquí habría que distinguir entre aquellos hombres ubicados en bajos niveles de violencia y con escasos factores de riesgo asociados (los categorizados como FO); de aquellos hombres que en un momento determinado presentan bajos niveles de violencia, pero con características personales y conductuales asociadas al grupo antisocial (GVA), por ejemplo. Mientras que los primeros probablemente no incrementen su nivel de violencia, los segundos sí lo harían.

Si estos resultados se confirman en futuras investigaciones, tendrían importantes implicaciones de cara a la prevención (por ejemplo, centrándose en aquellos hombres que tienen riesgo de incrementar su violencia en la relación antes de que lo hagan).

## **CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA INTERVENCIÓN**

En primer lugar, estos programas deben ser llevados a cabo por profesionales especializados, dado que requieren un trabajo

con formatos específicos, y una metodología que no se alíe a las justificaciones y excusas que los hombres manifiestan ante sus comportamientos.

Una característica fundamental es que el tratamiento debe ser ofrecido y voluntario, además de – y no en lugar de – un tiempo de prisión efectiva. Si queremos determinar cuán motivados están los agresores para terminar con su violencia, no podemos obligar al tratamiento o presentarlo como una alternativa a la prisión, sino hacerlo voluntariamente. Además, cuando la asistencia psicológica se ofrece como una alternativa a la cárcel, no se los hace responsables de su conducta. Asimismo, es necesario indicar que el tratamiento es independiente de los posibles procesos judiciales en los que el usuario esté implicado.

Existen una serie de ideas que son más o menos compartidas por todos aquellos que trabajan en la rehabilitación de agresores, y que tienen que ver con distintos aspectos. De este modo, la mayoría de los programas tienen como objetivo prioritario el que los agresores acepten la responsabilidad de su violencia sin que nieguen o minimicen su conducta y, por supuesto, sin culpar a sus parejas. Otra característica esencial tiene que ver con la finalización de los golpes, que en muchos programas se considera no sólo un objetivo básico, sino también un requisito para entrar en el programa. Otro aspecto que se debe aclarar desde el inicio es que entre los objetivos del tratamiento no figura el propiciar la unión o la separación con su pareja, dato que suele contradecir las expectativas de los pacientes.

Por otra parte, resulta prioritario evaluar el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio en las primeras fases de tratamiento (Corsi, 1995). Para estimar lo crítico de la situación existen

procedimientos basados en la observación clínica y/o mediante cuestionarios. Un criterio clínico importante es estimar la frecuencia y el modo en que se produce la agresión, mientras que en lo referente a las pruebas estandarizadas la más utilizada es la Escala Táctica de Conflictos (Navarro Góngora, 2000). Algunos autores señalan, además, que la conducta del maltratador debe ser seguida de cerca, especialmente en los tres primeros meses de entrada en el programa (Arias y cols., 2002).

Los programas deben proporcionar información y feedback a las víctimas, de modo que se garantice al máximo su seguridad. En este sentido, las entrevistas individuales o conjuntas con la pareja son necesarias para determinar si la violencia realmente ha cesado antes de terminar un programa de tratamiento con un agresor (Gerlock, 1997). Por otra parte, es muy importante que estos programas ofrezcan o deriven a las víctimas a otros servicios donde puedan recibir ayuda, a pesar de que la investigación ha puesto de manifiesto que la mayoría de las mujeres cuyas parejas se encuentran dentro de un programa de rehabilitación no acuden a otros servicios ni perciben la necesidad de hacerlo.

No todos los hombres pueden beneficiarse de estos programas, ya que sus objetivos suelen ser incumplibles en varones con alta peligrosidad, extrema negación del ejercicio de la violencia, y severa enfermedad mental. Recordando la clasificación de Jacobson y Gottman (2001), ellos consideran muy improbable la rehabilitación del hombre cobra. Rosenfeld, por su parte, señala la existencia de una fuerte evidencia de investigaciones que sugieren que los hombres más peligrosos abandonan los tratamientos (Rosenfeld, 1992). Por lo que se refiere al consumo de alcohol y drogas, estos se consideran elementos que potencian el riesgo de la conduc-

ta violenta, y su existencia debe ser tenida en cuenta para hacer las derivaciones correspondientes a servicios especializados en el tratamiento específico de las adicciones (Corsi, 1995).

En cuanto a los diferentes formatos de intervención, ninguno de ellos ha mostrado ser superior (Arias y cols., 2002). A pesar de ello, la mayoría de los especialistas en rehabilitación de agresores consideran necesario un componente grupal, al menos en las primeras fases de tratamiento (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997; Echeburúa y Corral, 1998; Jacobson y Gottman, 2001; Ravazzola, 1997). Básicamente, se trata de grupos de duración limitada a un cierto número de reuniones, con tareas programadas que adoptan un formato psicoeducativo.

Entre las ventajas de este formato, se señalan (Jacobson y Gottman, 2001):

- Permite que los agresores se encuentren unos con otros y puedan contemplar su tendencia a minimizar, negar o distorsionar los abusos que cometen. A menudo se les pide a los veteranos del grupo que señalen cuándo sus compañeros están minimizando, negando o distorsionando la agresión.
- Se puede crear en el grupo una cultura que ofrezca a los agresores una alternativa a las influencias anteriores de la cultura dominante.
- Tener que enfrentarse a otro agresor puede resultar mucho más eficaz que enfrentarse simplemente al terapeuta.

Son muchos los que consideran que tras un programa grupal es necesario realizar un trabajo individual a largo plazo, centrado, especialmente, en la revisión de aspectos de la historia personal. A menudo los hombres sólo pueden tomar conciencia de lo que experimentan las víctimas de su conducta violenta al recuperar el recuerdo de sus propias vivencias como receptores o como testigos de la violencia (Corsi, 1995). Otros (Navarro

Góngora, 2000; Ravazzola) proponen un programa de tratamiento en el que las mujeres también participen en la terapia, en grupos aparte que sigan el mismo currículo durante la mitad de las entrevistas, para reunirse en un grupo conjunto en la segunda mitad. Esto es, grupos mixtos, aunque nunca en la primera fase del trabajo. La terapia de pareja es señalada por muchos autores como desaconsejada o, al menos, peligrosa, reservando su uso para aquellos casos que se encuentran en las fases iniciales de la violencia, o bien tras un trabajo reeducativo (Corsi, 1995; Dutton y Golant, 1997; Jacobson y Gottman, 2001).

El objetivo principal del tratamiento es la finalización de la violencia lo antes posible. Otros objetivos son los siguientes: la revisión de conductas y roles según los estereotipos de género; la revisión de las racionalizaciones que contribuyen a justificar la violencia; la adquisición de habilidades que hagan innecesario el uso de la violencia; la revisión de los aspectos de la historia personal; la disminución del aislamiento social; abordar el problema de los celos; o la restitución de una consideración positiva mutua.

Para finalizar, quisiera señalar las recomendaciones que se desprenden de las reuniones organizadas por la Unión Europea sobre la violencia contra las mujeres, y también aquellas intervenciones que la Comisión americana para el tratamiento de hombres violentos considera contraindicadas.

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN REHABILITACIÓN DE AGRESORES**

En la *Conferencia sobre Violencia contra las Mujeres*, celebrada en Finlandia en 1999, se plantean las siguientes recomendaciones para las buenas prácticas en los programas dirigidos a agresores (Instituto de la Mujer,

2002b):

1. Los programas para los agresores no deben ser utilizados como sustitución de las medidas penales.

2. En el trabajo a realizar con los agresores, se deberán incluir los mecanismos necesarios para asegurar que, en ningún momento, se pone en peligro la seguridad y el bienestar de las víctimas, objetivos a los que hay que dar prioridad.

3. De acuerdo con las prioridades expuestas en el punto anterior, la financiación de los programas para los agresores no debe recaer sobre el coste de los servicios para las víctimas.

4. Las víctimas de la violencia deben recibir información sobre la estructura del programa y los cambios en el agresor, garantizando siempre la seguridad y la confidencialidad de dichas víctimas.

5. Es preciso establecer mecanismos que garanticen que, si en algún momento del desarrollo de los programas con los agresores, se produce o se conoce algún riesgo para la confidencialidad o seguridad de las mujeres y sus hijas/os, se informe, con la máxima celeridad, a los organismos implicados, así como a las fuerzas de seguridad.

6. La conceptualización de la violencia contra las mujeres, por parte de quienes trabajen en estos programas, deberá reconocer que incluye agresiones físicas, psicológicas, sexuales y económicas.

7. Los programas deben buscar la reeducación de los hombres violentos, a través del cambio de la mentalidad que les condujo a la violencia, enseñando que no tienen derecho a controlar ni agredir a sus (ex) compañeras, objetivo prioritario de la intervención, por encima de otros cambios que pueda necesitar el agresor, como, por ejemplo, el tratamiento contra el abuso del alcohol.

8. Los programas deberán tener una duración máxima de doce meses, a razón de una sesión semanal, como mínimo, puesto

que los programas de corta duración no son suficientes, pudiendo resultar, incluso, peligrosos. Han de comprender tanto trabajo individual como grupal. Este último componente resulta fundamental para la eficacia del programa.

9. Es preciso que los programas se basen en investigaciones adecuadas, en función de las cuales se establecen los métodos que pueden ser eficaces.

10. Se debe llevar a cabo un seguimiento y evaluación de los programas.

11. Los programas para los agresores deben formar parte de una acción coordinada, en la lucha contra la violencia hacia las mujeres, que involucre a la policía, a la justicia, a los servicios que trabajan con las víctimas y a los organismos de bienestar social, para lo cual conviene establecer acuerdos formales de colaboración entre dichos organismos.

## **INTERVENCIONES CONTRAINDICADAS**

Según la Comisión americana de requisitos mínimos para el tratamiento de hombres violentos (Florida, 1994), están contraindicados:

1. cualquier modelo de intervención que intimide o culpabilice a la víctima, o la coloque en situación de riesgo.

2. terapias familiares o de pareja. Estas pueden realizarse una vez que el hombre complete un trabajo educativo, la mujer pueda tomar decisiones de forma independiente, o en casos donde la violencia se encuentre en sus fases iniciales y la mujer no esté atrapada psicológicamente en las redes de la violencia psicológica.

3. intervenciones que identifiquen los mitos de la violencia masculina como causa primera de la violencia.

4. intervenciones exclusivamente psicomotricidad que no incluyen el riesgo inter-

personal, o cognitivo-conductuales que se centren exclusivamente en el control de la ira.

5. intervenciones basadas en modelos de terapia familiar que ubiquen a la víctima en el mismo nivel de responsabilidad que la del que ejerce violencia.

## EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Es difícil evaluar la efectividad de los programas existentes de rehabilitación y educación dado que la mayoría de ellos no han sido sometidos a una investigación científica rigurosa (Gerlock, 1997). Los estudios de resultados revelan inconsistencias en diferentes aspectos; entre ellos, la forma como es medida la violencia, las herramientas de evaluación utilizadas o quién es el informante. La mayoría de los investigadores analizan la violencia física, y sólo algunos estudios prestan también atención a la violencia psicológica (afortunadamente hoy día cada vez más la violencia psicológica se tiene en cuenta a la hora de evaluar la efectividad de los programas); algunos preguntan al maltratador si continúa con la violencia, aunque la mayoría obtienen información de ambos, víctima y maltratador.

En un estudio de revisión llevado a cabo por Gerlock (1997), y donde se analizan los resultados de los estudios realizados durante un período de 8 años en rehabilitación de agresores, se encontró una reducción significativa en la violencia física en todos los estudios revisados; pero en lo que respecta a la violencia psicológica, los resultados hallados diferían bastante. De este modo, algunos estudios sugerían la no existencia de cambio o una inicial reducción seguida de un posterior incremento, mientras que otros hallaron una reducción de la violencia psi-

cológica. Un examen de los resultados muestra que la mayoría de las intervenciones estaban basadas en estrategias cognitivo-conductuales. Los métodos para identificar si la violencia continuaba o no incluían el contacto con los sistemas de justicia, cuestionarios, entrevistas, y el uso de escalas Likert. Llama la atención que la mayoría de los estudios se sirvieron tan sólo de uno de estos métodos, lo que constituye una limitación metodológica. Las medidas pos-tratamiento, en la mayoría de los casos, se obtuvieron tanto de la víctima como del agresor. Esto refleja la creencia de que los agresores niegan o minimizan sus conductas abusivas, por lo que se hace necesario corroborar los datos. En cuanto a los seguimientos, la mayoría de los estudios los realizaron entre 6 meses y un año después de la finalización del tratamiento, tiempo que quizá resulte un tanto escaso.

Desde la perspectiva de las recaídas, no existen prácticamente investigaciones que analicen las tasas de reincidencia después de haber recibido tratamiento. Echeburúa (1997), apoyándose en investigaciones preliminares, señala que el mero hecho de recibir tratamiento reduciría la tasa de reincidencia. La investigación acerca de la reincidencia plantea algunas dificultades; entre ellas, el hecho de que el abuso puede estar ejerciendo sobre una nueva pareja. Y aunque se recomienda incluir las nuevas parejas en los seguimientos, no se está haciendo de manera sistemática.

Otro aspecto a tener en cuenta en la investigación de resultados es el alto porcentaje de rechazos y abandonos del tratamiento, que parece situarse en torno al 50% (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). En este sentido, se ha observado que las tasas de éxitos en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tra-

tamiento son muy bajas, pues en estos casos el maltratador no tiene una motivación real para cambiar su conducta. Asimismo, existe una fuerte evidencia de investigaciones que sugieren que los hombres más peligrosos abandonan los tratamientos (Rosenfeld, 1992). Finalmente, existe cierta controversia acerca de la eficacia de las diferentes opciones de tratamiento, y aunque ninguna se ha mostrado superior (Arias y cols., 2003), la mayoría de los que trabajan en el campo señalan la conveniencia de utilizar un formato grupal. Así, para Corsi (1995), los hombres tratados individualmente en espacios privados son los que menos respuesta positiva tienen en lo que respecta a la modificación de su conducta violenta; cuando son tratados individualmente en espacios públicos aumenta el grado de control sobre su conducta violenta, pero la deserción es temprana y no suelen perdurar los logros obtenidos. Finalmente, afirma la conveniencia de utilizar modelos específicos, con formato grupal y en contextos institucionales, ya que de ese modo se contribuye a romper con el aislamiento y la privacidad, elementos que perpetúan la violencia como método para mantener el control dentro de las relaciones íntimas.

Es pronto todavía para establecer conclusiones definitivas, sobre todo si se tiene en cuenta la variedad tanto de los programas como de las medidas utilizadas para evaluar su eficacia, pero desde luego constituyen una medida a tener en cuenta en la lucha contra la violencia hacia la mujer.

## **IMPLICACIONES PARA LAS VÍCTIMAS**

Resulta evidente que los programas de rehabilitación para hombres que agreden a sus parejas tendrán efectos no sólo sobre dichos hombres, sino también sobre sus parejas. De todos es conocido que la asisten-

cia del agresor a un tratamiento puede generar expectativas positivas en la víctima, lo que en ocasiones puede propiciar que ésta vuelva al hogar exponiéndose a nuevas agresiones. Este y otros aspectos hacen necesario tomar en consideración las implicaciones potenciales que los programas de rehabilitación pueden tener para las víctimas, implicaciones tanto positivas como negativas.

Un estudio llevado a cabo por Gondolf (1998) analizó las percepciones de las víctimas en el momento que sus parejas entraban a formar parte de un programa de rehabilitación. Los resultados indicaban que una semana después de la entrada en el programa, el 95% de las víctimas creían que sus parejas completarían el programa. Sin embargo, los resultados del estudio encontraron que sólo aproximadamente la mitad de los agresores completaron al menos 3 meses de programa. Otro estudio de seguimiento llevado a cabo por el mismo autor (Gondolf, 2001; cit. en Arias y cols., 2002) se centró en cómo las víctimas perciben su situación después de que sus parejas hayan completado un programa de tratamiento. Cerca de 2/3 de las mujeres informaron estar mejor después de 15, 30 y 48 meses de seguimiento; el 85% se sentían muy seguras y consideraban muy improbable ser agredidas de nuevo a los 30 y 48 meses de seguimiento del programa. El 12% informaron sentirse peor. Sin embargo, el 25% de los agresores reincidieron repetidamente tras completar el programa.

En su estudio sobre la percepción que las víctimas tienen acerca de los programas de rehabilitación para agresores, Juliet Austin (1999) concluyó que las víctimas de agresores que se encuentran inmersos en un programa de tratamiento informaban sentirse más seguras, haber aumentado su bienestar, se sentían validadas con respecto a que el

abuso no es culpa suya, y habían adquirido nuevos conocimientos acerca de la violencia doméstica. Finalmente, otro estudio analizó los efectos de los contactos con la pareja en un programa de intervención conocido como Emerge (Ferris; cit. en Arias y cols., 2002) Los resultados mostraron que para un 25% de las víctimas, el contacto con el programa fue su primera oportunidad para hablar acerca de la violencia doméstica (lo cual es bastante crítico, ya que el contacto aumenta las posibilidades de intervención). Además, el 25% dijeron que les había influido en el sentido de poner fin a la relación; y al 39% les influyó para buscar ayuda

para ellas mismas.

En resumen, las víctimas perciben como muy positiva la entrada de sus parejas en un programa de tratamiento. Pero su percepción y sus expectativas a menudo no coinciden con la realidad, por lo que es importante mantener contactos con ellas, donde se les proporcione información y feedback acerca de los progresos de su pareja, con el fin de modificar sus expectativas no realistas y proteger así su seguridad. Estos aspectos no deben hacernos olvidar los beneficios indirectos que los programas de rehabilitación para agresores pueden tener sobre las víctimas, pero sí son cuestiones que se deben tener en

## BIBLIOGRAFÍA

- Arias, I., Dankwort, J., Douglas, U., Dutton, M. A., y Stein, K. (2002).** Violence against women: the state of batterer prevention programs. *J Law Med Ethics*; 30 (supl. 3): 157-165.
- Austin, J. (1999).** The impact of a batterer's program on battered women. *Violence Against Women*; 5 (1): 25-42.
- Commission of Minimum Standards for Batterer's Treatment (1994).** Propose Minimum Standards for Batterer's Treatment, Florida, Estados Unidos.
- Corsi, J. (1995).** Violencia masculina en la pareja. Buenos Aires. Paidós.
- Dutton, D. G. (1997).** El golpeador. Buenos Aires. Paidós.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998):** Manual de violencia familiar. Madrid, siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997).** Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23,355-384.
- Gerlock, A. A. (1997).** New directions in the treatment of men who batter women. *Health Care Women Int.*, Sep-Oct; 18 (5): 481-493.
- Gondolf, E. W. (1997).** Batterer programs. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- Gondolf, E. W. (1998).** The victims of court-ordered batterers: their victimization, helpseeking, and perceptions. *Violence Against Women*; 4 (6): 659-676.
- Holtzworth- Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G. L. (2003).** Do subtypes of Maritally violent Men Continue to Differ Over Time?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 728-740.
- Instituto de la Mujer (2002a).** La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid.
- Instituto de la Mujer (2002b).** Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación. Madrid.
- Jacobson, N. y Gottman, J. (2001):** Hombres que agreden a sus mujeres. Paidós, Barcelona.
- Muñiz, J. A. (2003).** Procedimientos terapéuticos con hombres que agreden a sus mujeres. Cuestiones abiertas y propuestas prácticas. VII Curso de Psiquiatría y Salud Mental. Oviedo: Asociación Asturiana de Psiquiatría y Salud Mental.



**Navarro, J. (2000):** La pareja violenta. Fórmulas de intervención. En Navarro, J. y Pereira, J.: Parejas en situaciones especiales. Paidós, Barcelona, 43-85.

**Ravazzola, M. C. (1997).** Historias infames: los maltratos en las relaciones. Ed. Paidós.

**Rosenfeld, B.D. (1992).** Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.

# Población penitenciaria asturiana: tratamiento psicológico para agresores sexuales

**Asturian prison: psychological treatment for sexual aggressors**

Ana Suárez Pérez

*Psicóloga, Terapeuta familiar  
Oviedo*

## RESUMEN

*Se pretende presentar una breve reflexión teórica, así como una experiencia práctica, respecto al tratamiento de la agresión sexual. El programa se llevó a cabo en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias) con varones reclusos por haber cometido delitos contra la libertad sexual de mujeres y niños. Los sujetos participaron voluntaria-mente en una terapia de seis meses, con resultados variables en función de su implicación.*

**Palabras clave:** *agresión sexual, terapia, centro penitenciario.*

## ABSTRACT

*It is tried to present a brief theoretical reflection, as well as a practical experience, with respect to the treatment of the sexual aggression. The programme was carried out in the prison of Villabona (Asturias) with males imprisoned because of the commitment of crimes against the sexual freedom of women and children. The subjects took part voluntarily in a six months long therapy, with variable results based on their implication.*

**Keywords:** *sexual aggression, therapy, prison.*

## INTRODUCCIÓN Y ANÁLISIS TEÓRICO

Para comenzar quisiera exponer algunas cuestiones teóricas que encuentro relevantes como claves para el entendimiento del proceso terapéutico llevado a cabo, así como las dificultades con las que nos fuimos encontrando a la hora de trabajar.

Enfrentarse a la responsabilidad del tratamiento de varones que han agredido sexualmente a mujeres y que cumplen condenas en el Centro Penitenciario de Villabona, no resulta ni fácil ni agradable, por ello, siguiendo a Cloé Madanes (1997), quise arrojarme bajo la idea de que *“La psicoterapia es el arte de encontrar al ángel de la esperanza en medio del terror, la desesperación y la*

*locura” (sic).*

Una vez aumentada la motivación para trabajar con esta población, nos encontramos con otras dificultades que merecían un posicionamiento teórico.

### 1- DIFICULTADES TEÓRICAS

**a)** En primer lugar, decir que la violencia de género, tiene su origen, como sabemos, en las raíces de nuestra cultura. Es una violencia Universal, Estructural e Invisible, por tanto la violencia hacia la mujer no es, ni debe verse, como algo privado.

Debido a factores como la complejidad

que lo caracteriza, la gravedad de sus efectos y la implantación del secreto como parte del guión, las agresiones contra la libertad sexual se consideran, frecuentemente, como un tipo de problema “diferente” de los que se presentan en otros casos. No resulta fácil la comprensión de los factores que llevan a cometer delitos de estas características, aunque se dan algunas claves sociales, familiares y personales que facilitan el entendimiento.

En su momento pensamos que éstas debían ser analizadas explícitamente no sólo para aumentar el conocimiento de los profesionales, sino para incrementar el del propio interno, quien tarde o temprano debe integrarse en la sociedad con la certeza de haber comprendido los “por qué” y/o los “para qué” de sus actos y, o sobre todo, tener las estrategias necesarias para no repetir los mismos hechos y optar por éstas.

Esta es una violencia contra la sociedad en general, como decía, y para entenderla debemos partir de una estructura social y política. La violencia de género se explica a través de un modelo social según el cual el maltratador no castiga sino que pone límites. Si a esto añadimos algunas de las características de lo que Luis Bonino define como “masculinidad” veremos que muchos hombres no consideran forzar como un abuso. “La ética sexual que subyace al abuso es la misma que la de los hombres normales”. Los agresores sexuales lo que hacen sería exagerar el modelo.

La violencia masculina inunda nuestro día a día, sea esta evidente como el caso de las agresiones sexuales, o encubierta como el abandono o el maltrato emocional.

En los últimos años se ha observado una mayor frecuencia de los casos de abuso y agresión sexual y se ha comenzado a tomar

conciencia, en algunas sociedades, del impacto de esas experiencias en las vidas de las personas que sufren la agresión y que, en ocasiones acuden en busca de ayuda terapéutica. Debemos decir que el aumento del número de agresiones y abusos no es una cifra “real” en tanto que supone sólo la punta del iceberg del conjunto de agresiones que se dan en total. . Se denuncia en torno el 10% de los casos y el 25% de las mujeres del mundo han sido violadas en algún momento de sus vidas.

Sin embargo, la intervención no se basaba en la ayuda a la víctima, que nunca debe ser olvidada, sino que se trataba ofrecer ayuda psicoterapéutica a los hombres que han cometido agresiones sexuales y que, cumpliendo las condenas de privación de libertad impuestas por la justicia, quieren dejar de ejercer de verdugos.

En muchas ocasiones se confunde el ejercer como profesional este tipo de ayuda con pretender obviar la responsabilidad de los hechos acometidos. Este es un punto que quisiera aclarar, puesto que en ningún momento se justificará ninguna de las acciones agresivas sino que, más bien se trataría de contextualizarlas desde la absoluta toma de responsabilidad de las mismas por parte de los agresores. Y es desde este contexto desde el que se pretende la modificación de creencias, actitudes, estrategias de afrontamiento...

El trabajo consistía en aplicar un programa psicoterapéutico estructurado y específico para el tratamiento de las demandas psicológicas de los internos del Centro Penitenciario de Villabona que cumplieran condenas por haber cometido delitos tipificados como “Delitos contra la libertad sexual”.

El objetivo prioritario y global, era pro-

porcionar a estos sujetos estrategias de afrontamiento y herramientas con el fin de que evitaran recaer en el delito una vez que cumplieran sus condenas y rehicieran sus vidas fuera del Centro Penitenciario. La meta, por tanto, era la disminución de la probabilidad de nuevas agresiones por parte de estos internos.

Sin embargo, antes de pasar a la parte práctica quisiera seguir relatando algunas de las dificultades a la hora de trabajar, así como mis propias decisiones respecto a aspectos teóricos.

Cuando una es psicóloga y terapeuta familiar lo más lógico es decir que ha hecho un programa terapéutico y un tratamiento psicológico. Así, al tener que decidir un título que defina el trabajo realizado, dice algo así como “Tratamiento psicológico para agresores sexuales de la población reclusa asturiana”.

**b)** Sin embargo, empezamos a pensar que los límites entre lo terapéutico y lo educativo comen-zaban a verse cada vez más difusos, ya que una de las labores que debíamos llevar a cabo era hacer que estos sujetos tomaran conciencia de sus actos y comprendieran la gravedad de sus hechos y las consecuencias de los mismos. Definir lo que estábamos haciendo, para quién y cómo, consistió en una de las primeras tareas.

**c)** Otro de mis dilemas, básico por otra parte en psicología, es la predeterminación frente a la capacidad de decisión. Si pensamos que un individuo puede decidir sobre su futuro, debemos creer que la persona es responsable de sus propios actos.

El campo de la psicoterapia se basa en la premisa de que los sujetos pueden cambiar, aunque desde los orígenes de la psicología

ha prevalecido la idea de que los seres humanos están prede-terminados por fuerzas que escapan a su control.

Estas fuerzas pueden referirse a un Dios creador, a impulsos biológicos básicos que determinan nuestras vidas o incluso a un contexto social. En este último caso, serían las fuerzas sociales que escapan al control de cada uno las que nos hacen hacer.

Esto lleva a algunos profesionales a atascarse en la idea de que nadie tiene la responsabilidad de lo ocurrido, igualando así a víctima y verdugo.

En la posición contraria estaría la que concibe a las personas como sujetos activos que deciden en un contexto social, entendiendo que cada uno traza los planes de lo que decide ser o hacer dentro de un conjunto de posibilidades.

*“Yo creo que siempre existe la posibilidad de elegir, no importa cuáles sean las circunstancias, sin por ello negar la importancia de la familia, de la química y del contexto social... Por lo tanto el primer movimiento de una terapia de acción social es que uno se haga res-ponsable de su existencia y de sus actitudes”*

*No podemos justificar nuestros actos basados en la fuerza de la emoción. Una pasión arro-lladora no conduce inevitablemente a ciertos actos, y por lo tanto no constituye una excusa. Todos somos responsables de nuestras emociones.” (Cloé Madanes, 1997).*

**d)** Otra cuestión que debíamos tener en cuenta es los “conocimientos” psicológicos de los internos dentro de un Centro Penitenciario, donde inevitablemente existe un cuerpo técnico de psicólogos, educadores

y trabajadores sociales que emplean un lenguaje o jerga específica que modela, a su vez el propio lenguaje de los internos. **La cultura psicológica** de la gente, en general, modula los problemas que estos dicen tener, así, en este caso los denominados por la institución penitenciaria como agresores sexuales relatan padecer una suerte de trastorno sexual mediante el que se amparan y se justifican, en el mejor de los casos, ante el psicólogo, el resto de los internos, la víctima y la sociedad en general.

## 2- ANÁLISIS DE LA QUEJA

Una vez analizadas estas y otras cuestiones pretendimos iniciar el tratamiento y buscar las respuestas que una se plantea desde una perspectiva sistémica, como es ¿cuál y de quién es la queja? (quién demanda la ayuda), así como ¿quién es el protagonista de la queja?

Esto que es de las primeras cuestiones que se aprenden al iniciar la formación en terapia sistémica, se convierte en una suerte de interrogantes sin respuestas nítidas al descubrir que lo único que parece claro es quién es protagonista de la queja. Obviamente el agresor. El siguiente paso consiste, por tanto en que éste acceda a hablar con uno...

El demandante de ayuda es la propia institución penitenciaria que pretende que en unos meses un profesional “cure” o rehabilite a esos sujetos enfermos que tiene dentro de un módulo, separados de los que han robado o matado o extorsionado, ya que los primeros tienen una enfermedad incurable.

Hecha así la definición ya podemos comenzar a entrever lo paradójico de la situación. Se definiría como “cúreme Vd. a éste ya que es el profesional, aunque ya todos sabemos que no tiene cura”.

Por tanto ni siquiera la queja es clara. De

momento sólo sabemos que debemos llevar a cabo un programa terapéutico previamente definido.

Llegados a este punto, nos encontramos en la misma situación que el terapeuta al que unos padres le llevan a consulta a un hijo adolescente y le dicen que lo curen, que ya no saben qué hacer con él. Con la salvedad de que socialmente se entiende que las dificultades que un adolescente pueda tener son merecedoras de solución, mientras que los actos violentos y delictivos de estos sujetos no los serían...

En términos de De Szaher, lo máximo que tenemos hasta el momento es un “visitante” que pulula para conseguir beneficios penitenciarios y un “quejoso” que, en este caso sería la institución.

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Existen varios modelos terapéuticos con resultados más o menos exitosos dentro de este campo. Lo que sigue es una descripción de dos de ellos.

## MODELOS TERAPÉUTICOS

Los programas que vienen llevándose a cabo desde hace unos años en diferentes centros penitenciarios están basados en los modelos de Prevención de la Recaída. Probablemente el autor más significativo de esta perspectiva teórica es Marlatt quien planteaba como meta incrementar las habilidades de automanejo de estos sujetos.

El principal objetivo terapéutico para ellos sería, por tanto, el **control** más que la curación y de hecho los programas derivados de este modelo que se están llevando a cabo, y en los que tuve que basarme, se titulan “El control de la agresión sexual”

Las diferencias de comportamiento son

consideradas en términos de grado más que de clase, con lo que, desde un modelo cognitivo-conductual consideran que las conductas problema estarían en un extremo de la dimensión y los comportamientos adaptados en el otro.

Entienden que la recaída sucede en etapas discretas temporales, más que de manera inesperada, donde la persona se coloca directamente desde la abstinencia, a la situación de recaída. Entienden que es un desafío, por tanto, a la visión dicotómica de la recaída.

Diferencian “fallo” de “recaída” definiendo el primero como una fantasía o pensamiento desviado acompañado de excitación sexual. Sería la aproximación peligrosa a la recaída.

Estos programas constan de varios epígrafes que pasaré a citar:

- Prevención de la recaída.
- Mecanismos de defensa.
- Conciencia emocional.
- Distorsiones cognitivas.
- Educación sexual.
- Estilo de vida positivo.
- Modificación del impulso sexual.

Sin embargo, una de las ideas de las que partí es que los delitos contra la libertad sexual no son hechos aislados sin relación alguna con el resto de los acontecimientos vitales de una persona, por la que se trataba de trabajar, siempre acoplándonos a las exigencias de la normativa penitenciaria y del equipo de tratamiento del Centro, diferentes aspectos y áreas tanto personales como familiares y sociales que este modelo no contempla.

Los programas terapéuticos basados en el modelo cognitivo-conductual, ofrecen estrategias terapéuticas que han demostrado su

valía y pertinencia en muchas ocasiones, sin embargo en lo referente a este campo dejaban de lado un conjunto de aspectos muy relevantes a la hora de comprender y reducir las agresiones sexuales.

Estos modelos ofrecen, por otro lado, una gran cantidad de jerga psicológica que no resulta útil para el trabajo directo con los internos. Por otro lado, utilizan tareas terapéuticas o ejercicios que obligan al interlocutor a presentar un desarrollo cognitivo e intelectual, para poder comprenderlos, que muchos de ellos no tienen.

Por ello, buscaba una perspectiva más ecológica desde la que entender los procesos mediante los que cada uno de ellos había llegado a delinquir en este terreno, así como una auténtica toma de responsabilidad de los hechos acometidos por parte de los internos.

En este punto la lectura del libro *Violencia Masculina* de Cloé Madanés dio respuesta, una vez más, a muchos de mis interrogantes puesto que su denominada “terapia de acción social” encajaba con algunas de las ideas que empezaba a intuir.

Esta autora define la Terapia de Acción Social como:

- Una terapia que no alienta a las personas a buscar justificativos racionales, más fuertes que ellas mismas para sus actos.
- Una terapia que alienta al individuo a enfrentar el hecho de que es lo que ha decidido ser.
- Una terapia que se niega a clasificar a la gente según categorías que otorgan una falsa seguridad despojando al individuo de responsabilidad, libertad y respeto por sí mismo.

(Casi todos se escudaban en un diagnós-

tico de psicopatía que decían era el responsable real de sus acciones y el que les impedía modificar sus vidas futuras. El que no les permitía tener metas y planes legítimos y buscar los procedimientos adecuados para llevarlos a cabo).

- Una terapia que promueve la aceptación de que no existen relaciones perfectas y armoniosas, y que no podemos estar totalmente libres de conflictos.

- Una terapia que estimula la aceptación de las paradojas de la vida, y el sentido del humor que llega con esta aceptación.

- Una terapia que no sólo alienta a una persona a responsabilizarse de su propia vida, sino que en ella el terapeuta también se hace responsable del tratamiento y su resultado.

(Esto quizás era el aspecto más difícil de sumir por el análisis realizado anteriormente de la queja y por las consecuencias que iba a tener en términos de la propia supervivencia como terapeuta en un contexto tan complicado)

- Una terapia que no se basa en ninguna clase de determinismo sino en la idea de que cualesquiera sean las circunstancias, cada individuo tiene una gama de posibilidades para transformarse a sí mismo y a sus circunstancias.

Aceptar que la terapia tuviera consecuencias sociales que excedieran a la acción terapéutica fue otra de las claves importantes. La moralidad también entra en la terapia, de tal forma que lo que es éticamente correcto también es terapéutico.

Esta idea que en un principio la observaba como un ejemplo de deslizamiento de contexto entre lo terapéutico y lo educativo, fue sin embargo clave para poder entender la función del psicólogo en un contexto penitenciario donde el tratamiento de temas relacionados con la violencia y el abuso

piden a gritos un posicionamiento ético.

Una vez que tenía dos visiones diferentes de intervención psicológica, con dos programas y técnicas terapéuticas distintas, mi labor consistía en adaptarlos a nuestras necesidades. Uno era el modelo y el programa que me entregó la institución y otro era el modelo que, desde una perspectiva sistémica, consideraba más adecuado.

Hechas las modificaciones oportunas, decidí trabajar de la siguiente forma:

## PROCEDIMIENTO

La terapia constaba de una serie de **entrevistas grupales (e individuales**, aunque en menor medida) en las que las actividades y los contenidos de las mismas se adaptaban a las necesidades de cada uno de los internos. Debemos decir, por tanto, que el diseño de buena parte del tratamiento dependía de decisiones tomadas ad hoc, ya que se estableció desde el comienzo la búsqueda de un equilibrio que lograra entrelazar el seguimiento del programa estructurado que debíamos seguir y las modificaciones propias de un tratamiento psicológico. Modificaciones que, como sabemos se van estableciendo en función de las hipótesis de trabajo que vayamos estableciendo y de la relación dialéctica que derive de la interacción consultante-terapeuta.

Muchos autores consideran a la familia como el grupo de autoayuda primario. Sin embargo, en nuestro caso, ellas no podían ser invitadas a la terapia, en el caso de que hubiéramos querido, para contribuir a resolver los problemas de los consultantes, por lo que la terapia familiar seguía realizándose con esas limitaciones.

El grupo de autoayuda con el que podía-

mos contar se convirtió, por tanto, en el conjunto de internos que formaba parte del grupo terapéutico, quienes en ese momento parecían tener algún protagonismo en la posibilidad de bienestar del otro.

Respecto a cuestiones comunicativas, debemos decir que la agresión no es algo que haya ocurrido, sino que es algo que alguien le hace a otro, por ello, a parte de utilizar el lenguaje adecuado sin pudor, el terapeuta debe formular las preguntas siguiendo las directrices de un estilo colaborador, con habilidad y respeto para que el agresor pueda relatar con precisión lo que hizo. Lo cual es muy difícil.

Esta fue, por tanto, una de las muchas complicaciones a las que hubo que sobreponerse, junto con las limitaciones de tiempo y espacio con las que contábamos.

Las limitaciones de tiempo hacen que el trabajo esté lleno de metas a conseguir como si de una carrera de obstáculos se tratara y lo que realmente aporta es una constante sensación de frustración por no haberlo conseguido.

Las limitaciones de espacio ofrecen graves problemas de control de la intimidad y de la confidencialidad, que en un contexto hipermachista, como es el penitenciario, no pasan desapercibidas. Para entender este punto debemos decir que la única sala adecuada para las reuniones se encontraba en la zona del polideportivo. Esta sala de juntas era requerida y usada por nosotros, pero también por el juez de vigilancia penitenciaria, la junta disciplinaria, el psicólogo y la trabajadora social del juzgado y otras asociaciones.

Una vez contextualizadas algunas de las dificultades con las que nos encontramos nada

más comen-zar, es decir, respecto al propio procedimiento (dificultades a la hora de enfrentarnos a la propia estructura del programa, dificultades a la hora de escoger el vocabulario, dificultades de límites en el tiempo, dificultades de problemas de espacio...) quisiera concretar los objetivos del programa, de los que ya he mencionado algo y el procedimiento de selección de los internos que participaban en la terapia para pasar al tratamiento propiamente dicho y finalizar con algunas conclusiones y aspectos a mejorar.

Comenzamos pues con los

## OBJETIVOS

El objetivo principal es, como decíamos, aplicar un programa estructurado para el tratamiento psicológico de los sujetos que cumplen condenas en el Centro Penitenciario de Villabona por delitos contra la libertad sexual, con el fin de que se elimine la probabilidad de cometer nuevas agresiones.

Tener las estrategias necesarias para vivir con respeto hacia los otros sería el objetivo principal y más amplio.

Sin embargo, la práctica y la experiencia indican que los objetivos en estos casos deben ser siempre modestos, más cuando se añaden las limitaciones espacio-temporales a las que hacíamos mención.

Por ello pasaremos a desgranar esta amplia meta en diferentes sub-objetivos como son:

- Ayudar a los internos a encarar los problemas, lo cual incluye el reconocimiento de la naturaleza y las dimensiones del delito.

Debemos decir que esta fue en la práctica la tarea principal y que para muchos



supuso un gran cambio en sus esquemas cognitivos. La asimilación y la acomodación que suponía el trabajo en el reconocimiento del delito en los términos más piagetianos fue un logro, que aunque primario y fundamental para el avance en la terapia, no fue conseguido por todos ni a la misma velocidad ni en los mismos términos.

- Afrontar las consecuencias legales de sus actos y superar la perturbación y en algunos casos la vergüenza (aquellos que eran capaces de reconocer el delito se sentían avergonzados).
- Alentar un sentido de responsabilidad por el comportamiento agresivo y abusivo llevado a cabo (premisa fundamental del modelo de acción social).
- Facilitar la comprensión del “por qué” de la o las agresiones.
- Ayudar a entender el impacto potencial que puede tener la agresión en sus víctimas y en sus familias.
- Potenciar el desarrollo de relaciones de mayor respeto y estima.
- Capacitar a los internos para que construyan relaciones efectivas y sexuales desprovistas de violencia.
- Favorecer la elección de parejas adecuadas.
- Trabajar para ampliar la gama de alternativas y el poder de elección de los internos (cambiar rutinas).

## DURACIÓN

El programa se aplicó durante seis meses, por lo que hubo que realizar numerosas e importantes modificaciones respecto al programa original que estaba destinado a aplicarse por el periodo de un año y medio o dos años. En este caso hubo, por tanto, que acomodar los contenidos del mismo al tiempo del que disponíamos.

Las sesiones se realizaban a razón de dos veces por semana con una duración aproxi-

mada de dos horas cada una.

Destacando el hecho de que se trataba fundamentalmente de sesiones grupales. Este es un aspecto importante puesto que dificultó el inicio del proceso terapéutico en tanto que el reconocimiento del delito se hacía extraordinariamente difícil, puesto que debía hacerse delante de personas, con las que una vez terminada las sesiones, seguían conviviendo dentro del módulo.

Por tanto el miedo a ser descubiertos como agresores sexuales delante de terceros dificultó mucho el trabajo primario de cohesión grupal y reconocimiento del delito.

## PROCESO DE SELECCIÓN

El proceso de selección se llevó a cabo a través de varias entrevistas semiestructuradas en las que, aparte de la información recogida a raíz de las tres preguntas que exponemos a continuación, se obtiene obviamente información adicional relativa a aspectos del interés del interno en la participación de las sesiones.

Las preguntas que se realizaron a todos los entrevistados tenían que ver con tres aspectos que son:

- 1- Si conocían la posibilidad de pedir ayuda psicológica a través de este programa terapéutico
- 2- Si asumían haber cometido el delito.
- 3- Si estarían interesados en participar en las sesiones.

En julio de 2002 fueron entrevistados los cuarenta y dos internos del Centro Penitenciario de Villabona que en aquel momento cumplían penas privativas de libertad por la comisión de delitos contra la libertad sexual. Se excluyeron de esta primera fase de selección los internos clasifi-

cados en primer y en tercer grado, aunque no los preventivos a los que sí se les ofreció la posibilidad de pedir ayuda psicológica.

Una vez realizadas las entrevistas oportunas, se obtiene un grupo de siete personas. Debo decir que aunque parezca un número muy reducido supuso en su momento todo un logro puesto que, hasta el momento el mayor grupo que se había conseguido formar era de cuatro sujetos.

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Debido a las exigencias del guión y a las experiencias que relatan diferentes autores, vi como la mejor estrategia era planificar la terapia de forma que se organizara a través de una serie de pasos que debían ser ejecutados.

La cuestión era tener los objetivos de las sesiones claros, independientemente de la velocidad con que se lograran cada uno de ellos y de los cambios realizados a posteriori.

Una cuestión que quisiera mencionar es que las intervenciones con delincuentes que han cometido abuso sexual dentro del seno de la familia podrían ser diferentes de lo que a continuación voy a relatar, puesto que me centraré en la intervención psicológica de agresores sexuales con poca o ninguna relación con su víctima. Esto es debido a que no hubo ningún interno que, cumpliendo condena en este centro por abuso sexual dentro del seno familiar, reconociera el delito. Lo cual resulta estremecedor si tenemos en cuenta que los datos de las investigaciones indican que la mayor parte de las agresiones sexuales se dan dentro de la familia.

Así pues, lo que sigue es la exposición de los puntos del programa fruto del trabajo

previamente realizado.

### 1.- Establecer metas.

Los dilemas y las decisiones difíciles pueden tolerarse mejor cuando uno tiene una meta, un pro-pósito de vida que lo trasciende. Encontrar un sentido a la vida forma parte del núcleo de este tipo de terapia en tanto que vuelve más tolerable la aceptación de la responsabilidad y el cumplimiento de la condena.

#### Tareas terapéuticas:

Establecer metas a medio y largo plazo que les permitiera relacionarse en un contexto social ex-trapenitenciario. Se presentaban y comentaban a su vez parte de su biografía.

Buscar los procedimientos adecuados (Ej. Búsqueda de empleo, reubicación en otras ciudades, establecimientos de pautas de relaciones de pareja, matriculaciones en estudios abandonados...)

Hablar de las perspectivas positivas de futuro permitió la cohesión grupal.

### 2.- Reconocimiento del delito. Exponer el delito.

Exploración de lo ocurrido.

Qué fue exactamente lo que hizo.

Donde lo hizo.

Con cuanta frecuencia.

Quien lo sabía o lo sospechaba.

La terapia no puede continuar hasta que el agresor no haya asumido su responsabilidad. Debe quedar bien claro que nunca se va a aceptar ninguna idea que tenga que ver con una posible pro-vocación de la víctima.

### 3.- Confrontar por qué estuvo mal

Analizar las consecuencias que sus actos violentos habrán tenido en la víctima insis-

tiendo con las preguntas hasta que el agresor admite el elemento de fuerza y/o coerción perpetrado contra la víctima y la brutalidad, explotación y manipulación implicadas.

Dice Cloé Madanes (1997) que “el arte de la terapia consiste en saber cuándo detener el enfren-tamiento y avanzar hacia el paso siguiente, de modo que el hombre pueda ver que existe alguna esperanza de mejorar”.

#### 4.- Descubrir otras víctimas y verdugos.

Analizar la historia de abusos en la familia y de otro tipo de maltrato.

En alguno de los casos se dio la circunstancia de que el agresor había sido agredido sexualmente en su niñez y en otros casos el maltrato físico y emocional, hacia el propio agresor y hacia su madre, por parte del padre, fue lo característico.

Sorpresivamente al realizar preguntas sobre diferentes tipos de maltrato observé como habían llegado a un punto en el que eran incapaces de discernir los actos de violencia dentro de una se-cuencia de hechos. Probablemente esto no fue algo que se olvidó, sino más bien que nunca aprendieron.(Pero sólo es una hipótesis. Al hacerles preguntas sobre aspectos de sus vidas que claramente suponían un episodio de maltrato emocional, e incluso físico, éstos no los rotulaban como momentos de maltrato. Sólo veían lo obvio. “sí, mi padre gritaba mucho y nos pegaba...”).

Sí reconocían la figura dentro de la propia familia que proporcionaba dolor, que en el 100% de los casos era el padre.

La figura de apego por el contrario, era la madre, pero la representan como un personaje dema-siado débil como para sobrepo-

nerse al miedo. Ya que todos han vivido situaciones miedo pro-longadas y constantes.

5.- Reconocer el propio dolor del agresor que comienza a ser consciente de los actos cometidos.

Así como reconocer el dolor de las personas que él considera cercanas. En este caso pedía a cada uno de ellos que explicaran cómo creían ellos que se sentían cada uno de los miembros de sus propias familia.

#### 6.- Empatía hacia la víctima.

El objetivo aquí es reconocer las consecuencias en la vida de la víctima y también de sus familias.

Ponerse en el punto de vista de otro no es fácil, más si este otro es alguien a quien se ha hecho daño. Para ello, hablábamos de cómo la violencia no es un impulso o un acto aislado sino una intromisión social que hace impacto en las vidas de todos.

(Este es uno de los módulos de trabajo que se considera esencial, sobre todo en los Modelos de Prevención de la Recaída, aunque se trabaja de forma diferente ya que rara vez tienen en cuenta el sufrimiento de las familias).

Debían reconocer haber causado daño a sus víctimas y a las familias de sus víctimas, como un delito de alcance personal y social que es.

Esto tendría que suponer la razón principal para no reincidir, pero no es un objetivo sencillo, cuando durante mucho tiempo la razón principal de las actividades realizadas, por parte de los internos, era la consecución de beneficios penitenciarios y no el respeto y la comprensión de los sentimientos de terceros.

La mayor parte de las actividades giraron en torno a discusiones y valoraciones de los textos leídos sobre revelaciones reales de diferentes víctimas.

La dificultad en este punto de la terapia estaba en asumir todo el daño causado a otra/s persona/s y en la disminución del egocentrismo extraordinariamente elaborado, así como en reflexionar sobre la visión que tenían del resto de los internos del grupo, a los que a veces percibían como si fuesen ellos mismos reflejados en un espejo.

### 7.- Disculpase

Comenzamos justificando la importancia de conseguir el perdón de las víctimas y para ello, dado que no existía la opción de tener con nosotros a las víctimas (afortunadamente) hacíamos dramatizaciones que consistían en que, con sus propias palabras, explicaran o justificaran por qué creían ellos que tenía sentido este ejercicio.

Posteriormente debían disculparse ante una víctima imaginada y buscar la forma de conseguir que para el resto de los internos, su discurso y sus formas, resultaran sinceros y creíbles (Aquí debo añadir la dificultad que suponía para ellos disculparse delante del resto del grupo y del terapeuta).

Valorábamos la veracidad a través de aspectos como el tono de voz, la postura, el tiempo dedicado a disculparse, los argumentos utilizados...

Por otra parte debían decidir cuál sería la reparación, en el caso de que pudieran compensar de alguna forma a la víctima (ejercicio que no resultó muy fructífero, bien porque creyeran que no existía posibilidad alguna de compensación, bien porque

consideraran el cumplimiento de la condena como suficiente y única compensación).

**8.-** Analizar las consecuencias de posibles delitos futuros.

En este caso, al estar cumpliendo condena por este tipo de delito resulta difícil que vean las consecuencias que tiene su comportamiento para otras personas y se centran mucho más en las consecuencias legales que tiene para ellos.

Un argumento que resulta útil es incidir en el alejamiento forzoso respecto a las personas que quieren y que durante el cumplimiento de la condena no pueden ver tantas veces como quisieran.

**9.-** Encontrar sentido a la vida y restablecer algo de amor en la vida del agresor para con los demás y para con ellos mismos, ya que muchos de ellos recuerdan de forma obsesiva lo que han hecho y creen firmemente que esos pensamientos dolorosos nunca les abandonarán.

El objetivo, por tanto, resulta de un equilibrio entre la toma de responsabilidad sobre los hechos y la capacidad de perdonarse. Los recuerdos no deben ser olvidados nunca para tener esperanza de que no se repitan, pero éstos no deben convertirse en un obstáculo para avanzar en la terapia.

Pedí a cada uno de ellos que indicaran cuánto necesitaban acordarse de las escenas que les producen dolor y propuse, en algún caso, la estrategia paradójica de pensar en ello todos los días a una hora específica y durante un tiempo negociado en cada caso (en uno de los casos sino hacían las tareas tenían que dedicar más tiempo a aprender a leer y a escribir).

Restablecer la intimidad cambiando las estrategias de apego ineficaces reduciendo de forma pro-social y no antisocial los momentos de soledad era otra de nuestras metas, así

como encontrar un protector o una persona que signifique un modelo en el que fijarse.

#### 10.- Distorsiones cognitivas.

Según los programas basados en la Prevención de la Recaída, los violadores creen que la conducta agresiva es la forma de hacer valer sus derechos, mientras que los abusadores de menores tienden a identificar el asentimiento como la respuesta correcta a sus exigencias.

En algunas partes de la literatura se pueden encontrar ideas relativas a lo que llaman distorsiones cognitivas. Esta idea quiere significar que los violadores perciben erróneamente las reacciones de las mujeres como más incitadoras de lo pretendido por ellas. También creen que muchas de ellas tienen el deseo secreto de ser dominadas e incluso violadas. Además de otras ideas distorsionadas sobre la mujer y su sexualidad. (Sin embargo, más bien creo que se trata, no de una distorsión sino de la exageración de un modelo patriarcal que no respeta a la mujer). Muchos programas terapéuticos están basados en este concepto de Distorsiones Cognitivas y aportan técnicas de intervención dirigidas a transformar esas deficiencias. El hecho de intentar modificar las ideas erróneas y preconcebidas sobre los deseos sexuales de las mujeres es una buena estrategia, al tiempo que necesaria, pero siempre que se interprete desde el punto de vista del que no respeta y no del que tiene una deficiencia o una enfermedad.

En el agresor sexual las distorsiones cognitivas generalmente se refieren a excusas, minimizaciones, justificaciones y racionalizaciones que éstos utilizan para describir su comportamiento delictivo y que complementan con lo que se ha venido a llamar Mecanismos de Defensa.

Estas excusas podrían englobarse en:

- Negación del acto “no pasó nada”
- Negación de la responsabilidad “algo pasó pero no fue mi intención”
- Negativa de la intención sexual “algo ocurrió pero no fue nada sexual”
- Negación del acto como inapropiado “algo sucedió, fue sexual pero nada incorrecto”
- Negación de la autodeterminación “fue debido a factores que me sobrepasaron”.

La labor consistía en el análisis crítico y sustitución de los pensamientos “distorsionados” por otros más adecuados.

#### 11.- Adicciones.

Algunos internos confesaban haber consumido alcohol o drogas (heroína) antes de haber cometido la agresión sexual. Este hecho era relatado como si de un atenuante se tratara para que entendiéramos de forma compasiva el “error” que habían cometido. En estos casos, no podíamos obviar un dato tan importante, puesto que estaba formando parte de una cadena de hechos, que junto con otros, daban lugar a un desenlace terrible. Pero esta atención a las adicciones relatadas por los internos, lejos de convertirse en una disculpa, era traducida como una acción más de la que debían responsabilizarse, como una fase más de la cadena que llevó a cometer la agresión.

#### 12.- Educación sexual.

En la medida que avanzamos debemos tomar decisiones y hacer planes de futuro respecto a la vida que cada uno desea llevar (con quien va a vivir, a quien le contará lo sucedido que aún no lo sabe,...) para comenzar a analizar las fantasías sexuales

“desviadas” y los comportamientos inadecuados por delictivos.

El objetivo es sin duda la represión. El hecho de explorarlas, hasta unos límites, tiene como fin su censura, tanto por parte del terapeuta como por parte del resto de los internos que forman parte del grupo.

Planificaba junto con cada uno de ellos qué harían de diferente en el caso de que se vieran en una situación similar a la que se dio cuando produjeron el comportamiento delictivo. El análisis pormenorizado de cada una de las alternativas que pueden llevar a cabo ocupó una parte importante de nuestro tiempo. Y a la vez, hablábamos claramente de cuestiones de educación sexual que merecían un trato especial (bien por ignorancia bien por ideas peyorativas respecto a la sexualidad femenina).

## CONCLUSIONES Y ASPECTOS A MEJORAR

- De los siete internos que comenzaron la terapia la finalizaron todos. Obviamente la implicación de cada uno de ellos fue variable (el año pasado de los cuatro internos que comenzaron la terapia la finalizó uno).
- Los criterios respecto a la mejora eran observacionales. Debo decir que lo importante era sobre todo las actitudes y verbalizaciones producidas por cada uno de ellos, que iban variando, o no, a lo largo de las sesiones.
- Considero que para todos ellos esto ha sido sólo el principio, aunque me consta que lamentablemente también es el final para alguno. Esto es debido a que cada año se contrata a un nuevo profesional para impartir el programa que se inicia desde el principio. Entiendo que debería

existir una mayor continuidad a la hora de plantear este trabajo y no suspender las sesiones durante meses para comenzar al año siguiente de nuevo.

A esto hay que añadir que la opinión de los internos es clara. No quieren estar continuamente comenzando una terapia y teniendo que aprender a aceptar el estilo terapéutico de un nuevo profesional, así como comenzar a confiar en nuevos internos que no estaban en el grupo del año anterior.

- Debería haber más apoyo institucional, primero hacia la víctima y después hacia la praxis, la investigación y el análisis de los datos. Una investigación debería tener una finalidad eminentemente práctica.
- Otro aspecto que creo que debería mejorarse se refiere a que entiendo que el programa tendría que ser ofrecido a los internos clasificados en tercer grado, puesto que están en regímenes de semi-libertad sin ningún trabajo psicológico realizado respecto al reconocimiento del delito y con mucho rencor y odio hacia la sociedad en general por las condenas cumplidas.
- Debo decir que aquí no se negoció en ningún momento ningún tipo de beneficio penitenciario, aunque creo firmemente que todos ellos los esperaban de algún modo.
- En estos momentos en España los datos de la aplicación del programa están en la Central de Observación sin analizar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

**Perrone, R y Nannini, M.(1997).** Violencia y abusos sexuales en la familia, Buenos Aires, Paidós Terapia Familiar.

**Ravazzola, M C.(1997).** Historias infames: los maltratos en las relaciones, Buenos Aires, Paidós Terapia Familiar.

**Sánchez, C. (2000).** Qué es la agresión sexual, Madrid, Biblioteca Nueva.

**Madanes, C. (1997).**Violencia Masculina, Barcelona, Granica.

**Durrant, M. Y White, C. (1997).** Terapia del abuso sexual, Barcelona, Gedisa.

**Goodrich et al. (1998).** Terapia familiar feminista, Buenos Aires, Paidos.

**Garrido Genovés, V. y Beneyto Arrojo, M.J. (1995).** El control de la agresión sexual, Valencia, Cristóbal Serrano.

# INFORMES

---

## DECLARACIÓN DE TOLEDO

En diciembre pasado se celebraron en Toledo unas JORNADAS SOBRE EL FUTURO DEL DERECHO A LA SALUD EN EUROPA, organizadas por la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla - La Mancha FISCAM (España), la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública FADSP (España) y National Health Service Consultants' Association NHSCA (Reino Unido).

En síntesis la conclusión alcanzada fue que el Derecho a la Salud para todos en la Unión Europea constituye una premisa fundamental e indispensable en el proceso de construcción de la UE y que sólo si conseguimos una Europa social lograremos la cohesión necesaria para avanzar hacia un futuro de paz y prosperidad para los pueblos que la componen.

Recogiendo estas ideas se elaboró la **Declaración de Toledo** cuyo texto se acompaña y se constituyó una Comisión Promotora del Grupo de Trabajo por el Derecho a la Salud para todos los ciudadanos y ciudadanas de la Unión Europea, que pretende desarrollar el artículo 11-35 de la futura Constitución Europea para asegurar una atención sanitaria de calidad para todos en la UE y promover la adhesión a la misma de cuantas personas, instituciones, entidades y organizaciones profesionales, ciudadanas, sociales, sindicales y políticas estén interesadas en impulsar propuestas que contribuyan a hacer efectivo el derecho a la salud para todos en la UE y el desarrollo de la Sanidad Pública.

La Comisión Promotora se ha fijado cuatro grandes objetivos iniciales:

- 1- Conseguir un elevado número de adhesiones a la Declaración de Toledo y sumar apoyos para impulsar sus contenidos.
- 2- Elaborar de manera conjunta un borrador de Carta de Derechos a la Salud de los Ciudadanos Europeos.
- 3- Organizar un Foro de debate público con los representantes de estos colectivos en Bruselas a finales de Febrero o comienzo de Abril para aprobar la redacción final de la Carta, que se trasladaría a las instituciones de la UE (Consejo de Ministros, Comisión, Parlamento Europeo).
- 4- Constituir formalmente en dicha reunión la plataforma más adecuada para la coordinación del trabajo de todos los grupos e instituciones participantes para garantizar la continuidad de las acciones.

## El Derecho a la Salud para todos en la Unión Europea

Los ciudadanos y ciudadanas de los países miembros de la Unión Europea disfrutan de unos niveles de salud y de bienestar social entre los más altos del mundo desarrollado, resultado de la



acción política de los gobiernos, de la intervención del conjunto de los agentes sociales y del desarrollo de los sistemas sanitarios públicos, La salud es un logro social, es un logro de todos/as.

Los ciudadanos y ciudadanas otorgan una gran importancia a la salud individual y colectiva, y demandan mayoritariamente que las políticas públicas continúen el esfuerzo por mantener y mejorar: los niveles de salud y bienestar actuales, afrontando los retos de futuro.

Los sistemas sanitarios de los países miembros de la Unión Europea han introducido, progresivamente, reformas en la organización, funcionamiento y mejora de la calidad de sus servicios de atención a la salud. No obstante, existen diferencias y desajustes internos que exigen adoptar medidas para mejorar sus niveles de ineficiencia y reducir los desequilibrios.

Las diferentes situaciones de partida de los sistemas sanitarios de cada país miembro exigen contextualizar estas medidas para lograr a medio largo plazo la convergencia en materia de salud y bienestar.

Las autoridades públicas de los estados miembros tienen la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y responder a las preocupaciones expresadas por los ciudadanos y los agentes sociales.

Sería necesario definir los contenidos del Art. II - 35 del proyecto de Constitución Europea, sobre el derecho a la protección de la salud, ampliando y concretando este derecho.

La Unión Europea se fundamenta sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad; a dichos valores deben incorporarse también el derecho a la salud como un derecho básico.

Ante esta situación consideramos que existen algunos obstáculos a tener en cuenta:

Los criterios de convergencia económica están determinando el desarrollo y sostenimiento de los actuales niveles del Estado de Bienestar. Las medidas de contención del gasto público tienen un impacto negativo sobre el gasto social. No sólo importa el nivel global del gasto público sino también su distribución

El envejecimiento de la población, las nuevas estructuras familiares, la incorporación de la mujer al trabajo, la llegada de inmigrantes, sobre todo en los países del sur de Europa exige para responder a nuevas demandas y necesidades, un incremento del gasto social incompatible con la política de contención del gasto público.

La OMC (Organización Mundial del Comercio) declaró que los servicios públicos están excluidos del AGCS (Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios). Sin embargo la Conferencia Intergubernamental de la Unión Europea celebrada en Niza concedió a la Comisión Europea mayor autonomía en las negociaciones del comercio de servicios. Se establecieron como excepciones los sectores de salud, educación y servicios sociales, sectores que todavía requieren del acuerdo por unanimidad de los países de la Unión Europea.

Ante esta situación proponemos:

1.- Que se escuchen las demandas de los ciudadanos y agentes sociales, para lo que consideramos necesario la creación de un grupo de presión en el que estos estén representados.

2.- Dicho grupo debería elaborar propuestas para corregir los desequilibrios en los niveles de salud y de desarrollo de los servicios sanitarios de los diferentes países miembros. Consideramos posible y necesario mantener el estado del bienestar dentro de una economía de mercado.

3.- En base a estas propuestas debería definir y exigir que se establezcan criterios e instrumentos de cooperación para garantizar el derecho a la salud, fortalecer la cohesión y lograr la convergencia europea en materia de políticas públicas de bienestar social y sanitaria.

*En Toledo a 11 de Diciembre de 2003*

# RESEÑAS

---

## LIBROS

### **Antropología e Psiquiatría Homenaxe a Antonio Rodríguez López**

Edita: Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM)  
en colaboración con la Universidad de Santiago de Compostela (USC),  
el SERGAS y la Xunta de Galicia 2004.

En Septiembre de 2002 fallecía de una forma inesperada el Prof. Dr. Antonio Rodríguez López, primer catedrático de Psiquiatría nacido en Galicia, de la Universidad de Santiago de Compostela (USC).

Hasta su llegada a la Cátedra en 1986, la historia de la psiquiatría académica en Galicia se la podría denominar la historia de una ingratitud. El Dr. Villamil (1904-1996) refiere en una entrevista todos los entresijos por los cuales no fue posible que un psiquiatra gallego pudiese alcanzar dicha cátedra. Tanto él mismo como su discípulo el Dr. M. Cabaleiro (1918-1977) estuvieron varias veces a las puertas de obtenerla pero diversos avatares que él mismo, en la citada entrevista, denomina “un crimen feroz” lo hicieron imposible.

Antonio Rodríguez contaba, medio en broma y con la ironía que lo caracterizaba, como las cátedras de la USC eran tal lugar de paso, que a veces el banquete de bienvenida al nuevo catedrático se unía el de despedida e incluso, algunas veces tenían que hacer ambos en el restaurante del tren que traía y llevaba al nuevo catedrático, tal era el poco espacio de tiempo que permanecían ocupando la cátedra.

Él fue un catedrático atípico. Creo que ha habido pocos catedráticos en España que desde el principio hayan apoyado tan decididamente el proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica y que al mismo tiempo, su posición en este tema le haya granjeado no pocas enemistades, sobre todo en su propio territorio, Galicia.

Formó parte de las dos comisiones de expertos de la Consellería de Sanidade en 1986 y 1996 para la reforma de la asistencia en Galicia y de cuantas otras fue requerido. En los documentos, producto de estas comisiones, podemos rastrear su impronta en lo que se refiere a sus inquietudes que en el libro que comentamos se encuentran.

No era un hombre adicto a los grandes relatos pero tampoco de palabra vana o de circunloquios inútiles. No obstante, era fácil hablar con él y llegar a acuerdos. Tampoco su palabra estaba dentro del marco del fundamentalismo, era capaz de renunciar a lo accesorio para poder tener acceso a lo fundamental, lo que le acarreó serios problemas cuando en su camino se cruzaron los amigos de la palabra vacía o del gay trinar como diría A. Machado, con palabras vanas y promesas que luego no cumplieron. Antonio sufrió estoicamente muchas de estas deslealtades, escribiendo como manifestación de su desacuerdo, elegantes cartas de protesta o dimisión, que insólitamente para los tiempos que corren, contenían algún tipo de autocrítica. Elegancia que la mayoría de las veces no se merecían sus receptores.

Fue socio de la AGSM desde su fundación y participó de una forma muy activa en su creación al principio de los años 80.

Esta asociación organizó un homenaje en su memoria, a finales del año pasado, publicando un libro con sus trabajos más significativos y las intervenciones que se produjeron en dicho homenaje en relación con su obra. Es el libro que comentamos.

Con una presentación del Conselleiro de Sanidade, prologo del Presidente de la AGSM y epílogo del Dr. Santiago Lamas Crego, el libro, que contiene cerca de 40 artículos, se divide en cinco capítulos:

1) Historia: Que contiene uno de los artículos tal vez más representativos de su forma de pensar. *El mito de Salud Mental* (1989).

En este artículo lleno de citas en la actualidad poco citadas: Sartre, H.Ey, Foucault, etc, expresa las dificultades para definir la salud mental, no obstante se atreve a lanzar una opinión definiendo la salud mental como la capacidad del individuo para realizar una adecuada “adaptación activa” a la realidad, es decir la capacidad para manejar individualmente el margen de libertad que los condicionamientos sociales dejan al individuo, poniéndose del lado de H.Ey en el sentido que la enfermedad mental es una patología de la libertad.

2) Cultura y sociedad: Que comprende la mayoría de sus trabajos sobre Psiquiatría transcultural, sobre todo los que realizó en colaboración con la Cátedra de Antropología de Santiago (Prof.M. Gondar).

3) Actitudes, prevención y ética: Contiene los trabajos en los que se sentía más a gusto; el modo de enfrentar la enfermedad de los gallegos además de los problemas éticos relacionados con la praxis psiquiátrica.

En uno de los trabajos analiza la causa del absentismo terapéutico en los servicios de salud mental (56%) dice: “*El enfermo gallego necesita para asimilarla, entender “su” enfermedad. Cuando llega al psiquiatra ha recorrido ya multitud de médicos....hasta que alguno le dice “eso son nervios”. Esto le llena de esperanza...pero necesita saber más. Y es entonces cuando la enfermedad se le escabulle. El psiquiatra, en lugar de explicar, pregunta. El enfermo decepcionado no vuelve. Continúa, quizá, el rosario de médicos o va al curandero*”.

4) Clínica: En el cual destacaríamos su estudio sobre “*Emigración y psicopatología familiar*” así como la repercusión de la emigración sobre la salud mental, siguiendo las directrices del Dr. M.Cabaleiro.

5) Literatura: que incluye *Autopsia psíquica de Pascual Duarte*. (2000). Fue su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía en La Coruña. Antonio Rodríguez nos dejó sorprendidos con este discurso. Apenas si conocíamos su interés por la literatura.

Por el método clásico del *manuscrito encontrado*, en este caso un folleto de 50 paginas, los asistentes estuvimos convencidos durante un buen rato que efectivamente el forense honorario Anselmo Cifuentes autor del folleto, que comenta en el discurso y titulado “*Relato de las últimas desventuras y estudio de la personalidad patológica de Pascual Duarte, asesino, a la luz de los nuevos conocimientos psicopatológicos*”, existió realmente.

Con el paso del tiempo comprendimos que el inventado forense era un heterónimo, por utilizar términos *pessoianos*, que le permitió criticar las clasificaciones a lo largo de la historia de la psiquiatría y sobre todo el diagnóstico de psicopatía. Él considera que cada uno de los rasgos de las personas se combinan y compensan, relativizando la comprensión que podemos hacer de los actos del sujeto, en este caso Pascual Duarte, el cual puede ser, por un lado un despiadado parricida pero al mismo tiempo, *el tierno cuidador y protector de su hermana niña y de su hermano tonto....* para acabar diciendo; *“cada una de las perspectivas desde las que observamos a una persona es absoluta y verdadera, es la realidad la que es relativa”*.

El libro contiene también la carta que Camilo José Cela le envió, cuando tuvo conocimiento del discurso, dándole las gracias *“por la atención que presta a mi pobre títere Pascual Duarte”*, alabando el artificio de crear el personaje del citado forense considerándolo un *“hallazgo literario de primera calidad”*.

Un año después, en el primer aniversario de su muerte, Marisa, su esposa, nos convocó a un grupo de amigos para regalarnos un libro de poesía que ella misma había editado *“Los versos del crepúsculo” Libro de poesía de A. Rodríguez López*. Ante nuestra sorpresa nos contó que al revisar los papeles de Antonio se encontró una carpeta que contenía unos poemas de juventud, de su época de estudiante en Madrid, hacia los primeros años sesenta, que ella misma desconocía y de la cual nunca le habló, ella piensa que se lo ocultó por un exceso de pudor del que tanto nos había demostrado siempre.

Una moderna pegatina delataba que recientemente, los amarillentos papeles donde estaban escritos, habían sido removidos y reordenados, probablemente a raíz del primer angustia tres años antes de su fallecimiento.

Son 8 versos que oscilan entre el estilo machadiano del diálogo interior y el combativo de Blas de Otero.

Probablemente como fue su vida....pero como él mismo diría.....todo es relativo.

Y cuando muera, espero solo  
un abrazo amigo  
que me ayude a levantarme  
(¡yo quiero morir de pie!)  
y con las últimas fuerzas que me queden  
lanzaré al viento mi grito desgarrado:  
¡Yo protesto!

*“Los versos del crepúsculo”  
Antonio Rodríguez López*

*Tiburcio Angosto Saura  
Psiquiatra  
(Vigo)*

## El enterrador

Thomas Lynch.

Madrid, Alfaguara, 2004.

No conocía a este autor y lo primero que me llamó la atención del libro fue la portada, en la cual una tarjeta te asegura que este libro trata de “La vida vista desde el oficio fúnebre”. Según algunos de mis amigos, que este tipo de cosas atraigan mi atención puede deberse a que últimamente estoy hecho un “alegrías”, como demuestran algunos de mis “animados” temas de conversación, aunque otra posible lectura es que sea debido a la nefanda influencia de “A dos metros bajo tierra”. Sea como fuere, cuando abro el libro, desde la solapa me saluda un señor con gafas, rostro vivaz y una sonrisa socarrona al más puro estilo Nicholson. Al ojearlo, una de las cosas que me tropecé fue su reflexión sobre el carácter civilizatorio del inodoro y sus consecuencias... y esa tarde prácticamente me había leído la mitad del libro. Del entusiasmo que este libro me ha suscitado son “testigos sufrientes” numerosos compañeros que, desde Abril para aquí, han coincidido conmigo en todo tipo de reuniones y han tenido que padecer (con paciencia y honorabilidad, casi budista en la mayor parte de los casos) mi tarea evangelizadora al respecto de la ineludible lectura de este nuevo clásico. Estas notas no son sino una nueva etapa en este mismo camino.

Thomas Lynch, poeta americano descendiente de irlandeses, es hijo de un director de funeraria, y trabajó durante más de veinticinco años como director de funeraria en Milford (Michigan). Su oficio le ha puesto en contacto cotidiano con el dolor y la muerte (“Todos los años entierro a unos doscientos vecinos. Llevo al crematorio a otras dos o tres personas”), y con las ambivalencias y todos los otros tormentosos sentimientos que generan.

El libro está estructurado en doce ensayorelatos o relatoensayos, o lo que es lo mismo, ensayo en su más estricta significación original, en los que desde la experiencia y el recuerdo nos muestra lo que siente, piensa, opina acerca de la muerte, el dolor, el duelo, el sexo, el amor, las separaciones, las parejas y los poemas pegados en las puertas de los frigoríficos, cómo estamos criando a nuestros hijos, los recuerdos de sus padres y de su infancia, la hipocondría y las variedades de cocinas que puedes encontrar en Londres, el suicidio y el mundo “kevoiano” que estamos fabricando...

Con finísimo oído y una precisión expresiva extraordinaria (de poeta), va tirando de ciertos hilos enterrados como las instituciones y sus funciones y cambios (tanto la familia y la comunidad como los bautizos y los entierros, y como han cambiado sus significados y nuestras relaciones con ellas), y es sobre eso sobre lo que más me interesa insistir, pues creo que este aspecto es el que hace obligatoria su lectura.

Para lectores de poesía inveterados sólo cabe añadir que como está formidablemente bien escrito soporta bien la lectura en voz alta (aunque, me temo, que hubiera agradecido una traducción más cuidadosa). Para intentar soslayar el problema wittgensteiniano del comentario que emplea más palabras que lo que pretende comentar, sólo voy a aludir al contenido de algunos de los ensayos del libro, dejando luego que el autor se explique.

En **Gladstone** habla del fallecimiento del padre y de lo que hicieron él y sus hermanos al respecto, para reflexionar sobre el significado (y sus cambios) de muerte, funerales, etc. La rela-

ción con sus padres está presente en varios de los ensayos del libro y también en relación a su propia paternidad, y cómo a través de los miedos que le aparecen en relación a sus hijos va reflexionando sobre los de su padre. Paternidades y filiaciones. Un aspecto bien destacado es el de las fórmulas de consuelo y sus retóricas:

*“Existe la teoría de “una simple cáscara” para explicar cómo debemos relacionarnos con un cuerpo muerto. Se oye bastante entre los clérigos jóvenes, los viejos amigos de la familia, los parientes políticos bienintencionados y los que se perturban con el dolor fresco de los otros. Se oye cuando una madre y un padre llegan a ver por primera vez el cadáver de su hija muerta en un accidente de automóvil o podrida a la intemperie por alguna violencia masculina. Se profiere como alivio a pesar de de ser una situación para la que no hay alivio, como consuelo de lo inconsolable. Justo entre la inhalación y la exhalación del sollozo desgarrador que producen esas heridas, algún ignorante asustado y bien intencionado forzosamente claudica con un “Tranquilos, ésa no es ella, es una simple cáscara”. Una vez vi a un diácono episcopaliano al borde de caer derribado por la veloz bofetada de la madre de una adolescente que murió de leucemia a quién le ofreció este consejo. “Yo le aviso cuando sea una simple cáscara -le respondió la mujer-, desde ahora y hasta que yo no le diga lo contrario, es mi hija”. Estaba afirmando el viejo derecho de los vivos de declarar muertos a los muertos. Así como declaramos que los vivos están vivos con el bautizo, que los amantes están enamorados con las nupcias, los funerales son la forma en que cerramos la brecha entra la muerte que sucede y la muerte que importa. Es la manera en que les damos significado a nuestras pequeñas historias memorables.*

*(...) De manera que sugerir que el cuerpo muerto es una “simple” cualquier cosa cuando empieza el dolor suena tan minúsculo en el intento de minimizar como sonaría si dijéramos que cuando una niña se queda calva por la quimioterapia es un “simple” mal día para el pelo.” (p. 45-46).*

Para reflexionar acerca del trabajo de duelo y aconsejar a unos cuantos “científicos (e)videntes” sobre lo que se debe hacer y lo que se debe evitar al abordar el dolor de la pérdida no está nada mal. Más adelante escribe acerca de la evaluación que se ha hecho de los rituales de despedida y su significación:

*“Clérigos, educadores y psicólogos –los nuevos clérigos- se congregaron para decir que, después de todo, hacer lo que hemos venido haciendo todo el tiempo cumplía un propósito, era emocionalmente eficiente, psicológicamente correcto. El historial en esta materia es bastante bueno. Venimos haciendo – la especie, no los encargados de las funerarias- más o menos lo mismo durante milenios: mirando hacia arriba mientras cavamos hacia abajo, tratando de encontrarle sentido a todo esto, disponiendo de nuestros muertos con suficiente detenimiento como para decir que vivieron de maneras diferentes a las rocas y los rododendros, incluso de los orangutanes, y que esas vidas merecían ser mencionadas y recordadas.” (p.50)*

**Crapper**, es quizás mi favorito del libro. Parte de una conversación entre el autor y Don Paterson, en Galway “reflexionando sobre Thomas Crapper”, regresando de un espantoso y flatulentísimo curry, lo cual explica que dos poetas, internacionalmente desconocidos, hablen sobre las implicaciones del invento del inodoro y sobre su inventor. Con ello abordan los cambios culturales y sus efectos en cuanto a los rituales, las personas y las comunidades. El autor, y este es otro de los planos de la narración, habla acerca de su relación con Irlanda y con lo parientes con los que retoma contacto, y particularmente de los avatares de su relación con

su tía-abuela Nora. Pero también es la relación con el LUGAR del que uno viene, de dónde viene su linaje. En este punto me ha recordado mucho a “Sangre de mi sangre”, la novela de McLeod: también poeta norteamericano (aunque en este caso canadiense), también descendiente de “celtas fabuladores” (en su caso escoceses).

*“Pero por cada lujo hay una pérdida. Así como la instalación de un teléfono cuando Nora tenía ochenta años la costó la emoción de las cartas que llegaban por el camino con John Willie McGrath, el cartero, en su bicicleta, la instalación de un televisor cuando tenía ochenta y cinco significó que sus amistades renunciaran a tejer relaciones en favor de las repeticiones de Dallas, la introducción de los baños modernos le arrebató para siempre a Moveen la libertad de caminar en el aire de la noche o en la bruma del amanecer con los intestinos o la vejiga llenos y acometer contra el paisaje de maneras que sólo pueden llamarse “cercanas a la naturaleza”.” (pp. 59-60)*

Un buen resumen que te evita tener que leer a tanto antropólogo y sociólogo excedente y opinante acerca de los cambios en las comunidades. No obstante singulariza de un modo preciso y afilado con el papel particularmente relevante del inodoro en estos cambios, o lo que es lo mismo el inodoro como metáfora del cambio social del siglo XX.

*“Lo que sucede con el nuevo inodoro es que elimina la evidencia con mucha prisa. El inodoro de cadena, más que cualquier otro invento, nos ha “civilizado” de una manera que ni la religión ni el derecho lograron jamás. Se acabó el oficio matinal de la bacinilla o la letrina que permitía que la vista, los sonidos y los olores nos recordaran que la carne es corruptible. A partir del maravilloso invento de Crapper, sólo tenemos que tirar de la palanca detrás de nosotros y la evidencia desaparece; es una especie de efusión que elimina la molestia. La dinámica es lo que en los años setenta el sociólogo Phillip Slater llamó “El sustituto del inodoro” en un libro titulado En busca de la soledad. Tenía razón: habiendo perdido la necesidad habitual de ocuparnos de cosas desagradables, perdimos la habilidad de hacerlo cuando la necesidad aparece. Y hemos perdido a la comunidad versada en estas calamidades. En resumen, cuando la vida es una mierda, nos sentimos solos.*

*Es igual con nuestros muertos. Nos avergüenzan de la misma manera que nos avergonzamos de un inodoro que se atasca la noche en que tenemos compañía. Es una emergencia. Llamamos al fontanero.” (p. 60).*

Hay otra reflexión particularmente curiosa, quizás porque recordaba un artículo de Juan Cueto en el que comentaba sobre la actual desresponsabilización de los autores o fabricantes acerca de sus productos y la dificultad existente sobre a quién dirigir las quejas, o lo que es lo mismo el mantenimiento de la responsabilidad en estos tiempos en los que todos echan balones fuera: *“A veces pienso que las únicas firmas (marcas comerciales) que siguen poniendo sus nombres en lo que hacen son lo que fabrican inodoros y las que dirigen funerales.” (p. 61)*

En **Palabras hechas carne**, se trata acerca del proceso de separación de un amigo suyo poeta, destacando, a mi juicio, la acertada, y afilada, descripción inicial acerca de las actividades tan tristes de los separados y las dificultades de rol de los varones que atraviesan esa condición en la actualidad, a poco que nos fijemos en ciertos lugares públicos.

*“El corazón partido es una aflicción invisible. No cojea, no hay cicatrices palpables. Nadie*



*expide etiquetas que garanticen un buen lugar en el estacionamiento o fácil acceso. El corazón está roto, es igual. El alma supura. Si no sana la herida, puede ser fatal.*

*Pero en un mundo que reparte el estatus de víctima como si fuera la moneda del reino, los datos demográficos de mi amigo lo descalificaban para las formas institucionales de alivio. Mientras se considera que las mujeres en trance de divorcio están tomando el control de sus vidas o abandonando relaciones de maltrato, los hombres divorciados son mercancía estropeada, padres aprovechados. El dolor de corazón es su merecido.*

*La verdad sea dicha, a duras penas mi amigo estaba solo. Basta con observar con atención los restaurantes de comida rápida, los cines, los centros comerciales, que sábados y domingos se llenan de padres en ejercicio de sus derechos de visita pasando “tiempo de calidad” con sus hijos. Los padres verdaderos se quedan los fines de semana en casa y se dedican al jardín o al golf o a ver películas viejas mientras el estofado hierve a fuego lento sobre el fogón. Pero los que no tienen la custodia de sus hijos viven una vida diferente: desarraigados, fugitivos, forzados a acomodar una semana de afecto y disciplina y orientación en lo que el abogado perdedor siempre llama sus “derechos de visita amplios”. Deben afanarse para conseguir un remedo de vida de hogar con sus hijos. Taco Bell toma el lugar del pavo y el puré de patatas. El centro comercial reemplaza a las calles de la ciudad natal que siempre han sido descritas como un buen lugar para criar niños. Los padres de toda la semana las compran a sus hijos ropa interior y los llevan al ortodoncista. Los de fin de semana compran juguetes y hablan de viajes a Disney World en un futuro resplandeciente. Muchos dejan de intentar; dicen que es muy difícil para los niños, muy difícil para ellos. Muy difícil.” (pp. 95-96)*

Pero en este relato también se habla del sexo, el amor y los avatares en las relaciones, y de poetas, editores (y poetas editores), y de como la costumbre de pegar poemas en la puerta de los frigoríficos está más extendida de lo que parece y puede hacer sorprendentes y llenos de conexiones (incluso trasatlánticas) determinados encuentros (esto es mejor que lo leáis en el ensayo original).

En **El golfatorium** nos cuenta su idea original de plantear una alternativa a los cementerios en la que se conjugaran las funciones del camposanto y del campo de golf, con la que parece que no tuvo demasiado éxito comercial. Pero también da otra vuelta de tuerca a la función de consuelo de los rituales y la importancia de la fe (y de los sentimientos)

*“Y hay elementos del reverendo clero que han llegado a la iluminación de que más que los bautizos y los matrimonios, los funerales presionan las narices de los fieles contra las ventanas de la fe. La visión y la perspicacia con frecuencia coinciden con el deceso. La muerte es el momento decisivo. La hora de la verdad, cuando la verdad de que morimos convierte en relevantes las afirmaciones de nuestros profetas y apóstoles. La fe no es necesaria para cantar en el coro, para vender tortas o para construir carreteras; para ser acomodador o diácono o viejo o cura. La fe es para el momento de nuestra muerte y el momento de la muerte de los que amamos. Los párrocos y pastores que tienen más éxito –aquellos que han aprendido su “ministerio”– son aquellos que le permiten a su rebaño de fieles llorar como humanos y creer como judíos o cristianos o musulmanes o budistas o variantes compatibles de estos temas. Afirman la necesidad de llorar y de bailar, de blasfemar y de abrazar los principios de la fe, de reprochar y agradecer a nuestros dioses.*

*Los tíos encuentran monedas detrás de las orejas de sus sobrinos. Los magos sacan conejos*

*de sus sombreros. Cualquier buen conversador puede predicar castillos en el aire o dar rienda suelta a la alegría cuando sea el momento oportuno. Pero es sólo por la fe por o que los muertos se levantan y caminan entre nosotros o nos hablan en la noche oscura de nuestra alma.” (p. 115)*

En este mismo ensayo cuando escribe acerca de la muerte de su madre, enferma de cáncer, y las dificultades que les presentan a los familiares, los eufemismos médicos, y, en un párrafo que podrían perfectamente firmar Kleinman o Epston o White, nos habla de la “expropiación de la experiencia” que tiene lugar en cierto discurso y prácticas médicas:

*“En junio su cuerpo estaba seco y morado por las radiaciones, pero todavía no se me pasaba por la cabeza que pudiera estar muriéndose. Incluso en agosto, con la voz cercana al susurro y un dolor en el hombro que no la abandonaba, me aferré al léxico amable y emocionalmente neutro del oncólogo que mantenía nuestra atención en el progreso de la “irregularidad” (léase tumor) y no en la mujer que moría ante nuestros ojos, cuyo dolor llamaban “incomonidad”, cuyo terror moral llamaban “ansiedad”, cuyo cuerpo no sólo dejó de ser su amigo sino que se convirtió en su enemigo.” (p.128)*

**Mary y Wilbur** habla de la movilización ciudadana para reconstruir el puente a través del cual tradicionalmente accedían los entierros al viejo cementerio, y que Mary pone en marcha porque ella quiere que su entierro vaya por ese camino como por allí fueron los de sus seres queridos. **Tio Eddie**, habla de la empresa de su tío, que se especializó en el oficio funerario con los suicidas y de la crisis que le produce la entrada en escena de la “muerte asistida” a través de Kervorkian (y sus máquinas de la muerte). Las reflexiones respecto de este asunto son fascinantes y productivas. Pero, una vez más, uno de sus aspectos más curiosos tiene que ver con lo que se habla acerca de los ritos y sus significados

*“Así que existe una diferencia, una diferencia importante, entre cuándo morimos para los estetoscopios y los encefalogramas: muerte somática; cuándo morimos para nuestras terminales nerviosas y moléculas; muerte metabólica; y cuándo morimos para los que nos rodean –nietos y acreedores, hermanos y vecinos-, un final que podríamos llamar nuestra muerte social.*

*De la misma forma, el nacimiento también tiene sus grados: desde la concepción (metabólico), pasando por la viabilidad (somático) hasta el nombre, el bautizo o la iniciación (social). El orden en que suceden estas muertes y estos nacimientos es importante, e históricamente hemos demostrado preferir el orden en que los he mencionado: primero la preparación y disposición para aceptar una nueva vida o una nueva muerte y sus implicaciones, seguido de horas, días, semanas o años, de la posibilidad o imposibilidad de producir lo que llamamos “signos vitales”. No bautizamos ni ponemos nombres hasta que no estamos razonablemente seguros de que el niño va a vivir, y, en la medida en que la tecnología ha aumentado la viabilidad, ponemos nombres y bautizamos cada vez más pronto. Asimismo, no enterramos hasta que no estamos razonablemente seguros de que la persona está muerta (el miedo a ser enterrado vivo es muy antiguo), y la mayoría de los rituales incluyen un esfuerzo para “velar” al supuesto difunto, sólo para estar seguros.*

*Los funerales, en todas las culturas y a lo largo de la historia, buscan ayudar a los dolientes a aceptar Los Hechos, de la misma manera en que el bautizo o sus equivalentes buscan hacer lo propio por los fecundos. Y los rituales que rodean los nacimientos y las muertes pro-*

*porcionan un paradigma para asimilar de una manera segura y sana las implicaciones de tener un cuerpo recién muerto o vivo sobre el tapete.” (pp. 205-206)*

En **La víspera del día de Todos los Santos** hay una reflexión que me interesa mucho destacar y que encierra un interesante planteamiento estratégico.

*“Las revisiones y las predicciones parecen ser pérdidas de tiempo. Aunque me gustaría tener un asidero en el pasado y en el futuro, el momento que vivo es el único que tengo. Esto es lo que me enseña el momento: las nubes flotan frente a la cara de la luna, las luces parpadean dentro de las cabezas de calabaza talladas, las hojas se levantan al azar con el viento, los santos no tienen nombre, el amor consuela, el alma canta más allá del alcance de los cuerpos.” (p. 194-195)*

A modo de conclusión, especialmente dedicada a aquellos que creen que lo nuestro “impri-me carácter” (y se ponen irremisiblemente pedantes, sin darse cuenta que no es más que un oficio en el que uno no puede aspirar más que a ser un buen artesano) y residentes al comienzo de su viaje profesional, una recomendación que le hicieron al poeta autor de este libro:

*“(…) como dijo alguna vez un sacerdote a quien admiro hace mucho tiempo: “La profecía, como la poesía, es un trabajo de medio tiempo; el resto de las horas sólo se trata de intentar no decir tonterías”. Supongo que trataba de decirme algo”.*

Pues, lo dicho y que ustedes lo disfruten.

Gonzalo Martínez Sande  
Psicólogo clínico  
(A Coruña)

## **Relacional Communication: An Interactional Perspective to the Study of Process and Form**

Rogers, L. E. y Escudero, V. (Eds)  
Lawrence Erlbaum Associates. New York. 2004

El paradigma sistémico en psicoterapia dio sus primeros pasos con la aportación pionera de Bateson, que propuso el concepto de cismogénesis; y prosiguió con los axiomas de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin, y Jackson, que dividen los intercambios comunicacionales en relaciones simétricas, basadas en la igualdad (por ejemplo las conductas de rivalidad), y complementarias, relaciones basadas en la diferencia (por ejemplo la secuencia orden/obediencia). Los axiomas de la comunicación humana postulan que es imposible no definir la relación, ya que todo intercambio comunicativo, en un contexto interpersonal, supone un intento de definir la relación. Las implicaciones de esta perspectiva del control relacional para la práctica clínica, pueden comprenderse mejor si consideramos las estrategias terapéuticas propuestas por Haley. Este autor describe la relación psicoterapéutica en términos de patrones comunicacionales entre el cliente y el psicoterapeuta, en el marco de los cuales el terapeuta debe buscar un ajuste complementario en la definición de la relación, llevando a cabo el tratamiento sin entrar en luchas interpersonales con el cliente, aunque conservando su capacidad de maniobra. Manteniendo la perspectiva de que los patrones comunicacionales son co-definidos, y que la relación se construye conjuntamente.

De estas raíces ha nacido el libro comentado (Comunicación relacional. Un estudio de los

procesos interactivos humanos) que proporciona una sólida base teórica y una guía completa para la investigación en este terreno. Los autores son investigadores que provienen de diversos campos (la psicología, la clínica, la terapia familiar y de pareja, la salud, análisis de las organizaciones), de diferentes procedencias (americanos, españoles), ofreciendo una perspectiva interdisciplinaria e intercultural para la aplicación del modelo a la investigación. El texto proporciona las bases teóricas y los fundamentos epistemológicos de la perspectiva del control relacional, y repasan los métodos de observación útiles para la investigación. En la segunda parte presenta un conjunto de ejemplos de programas de investigación en diferentes contextos: interacción de pareja, terapia individual y familiar, terapia breve familiar, interacción médico-paciente, y organizaciones. Finaliza el libro con una panorámica reflexiva del momento actual, y sugerencias de futuras direcciones. En suma, el texto es una guía completa útil, tanto para investigadores que comienzan, como para los más experimentados.

Reseñar, además de la relevancia de la coeditora (Edna Rogers, investigadora señera de la Universidad de Utah –USA-, cuya rigurosidad teórica y metodológica señala un sendero a los que nos movemos en el terreno de la terapia relacional sistémica, o terapia familiar), la aportación del otro coeditor (Valentín Escudero, Profesor Titular de la Universidad de La Coruña, Director del Curso de Postgrado “Técnicas de Intervención Familiar”; que ha impulsado en fechas recientes, conjuntamente con investigadores canadienses y norteamericanos, el diseño de un instrumento de observación de la alianza terapéutica en terapia familiar –SOATIF-). Otro colega español figura entre los autores: J. L. Rodríguez-Arias, procedente de la Universidad Pontificia de Salamanca, actualmente clínico e investigador en terapia familiar breve en los servicios públicos de salud mental.

*Andrés Cabero Álvarez*  
*Psicólogo clínico*  
*(Oviedo)*

## **Enfermedad y familia.** **Manual de Intervención psicosocial.**

José Navarro Góngora  
 Paidós, 2004

El autor tiene como objetivo proponer una visión de la enfermedad “sómica”, desde la perspectiva de la Terapia Familiar, que permita a los profesionales de la Salud entender de forma más completa la enfermedad y sus implicaciones para el enfermo y su familia. Al mismo tiempo propone herramientas concretas que pueden facilitar una intervención más global y eficaz. Se contempla al enfermo y a su entorno desde una visión necesariamente compleja, que comprenda la enfermedad como una experiencia vital normativa, que transforma al individuo y a su contexto, y que requiere para su abordaje, por una lado, de una visión holista y por otro, de modos de intervención en los que, el enfermo, la familia, las redes de apoyo social y los profesionales de la salud que intervienen en el tratamiento, fomenten actitudes activas de colaboración que permitan poner en marcha las mejores estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

El libro se presenta como un manual de actuación para los profesionales que trabajamos con los enfermos y sus familias tanto desde la Salud Mental como desde otros ámbitos de la Salud. El planteamiento es atractivo porque combina un formato muy didáctico sin que se pierda la

riqueza de la visión del clínico a la hora de abordar los problemas.

Está dividido en cinco capítulos, en los cuatro primeros se formulan y analizan aquellos problemas que el autor considera los más importantes para poder entender e intervenir desde la óptica psicosocial: *La colaboración de la familia y del profesional de la Salud Mental con los profesionales de la medicina, Principios o estrategias que orientan la intervención psicosocial con las familias; Los problemas en su contexto: la familia bajo el impacto de la enfermedad; El impacto de la enfermedad en la pareja*. El quinto capítulo presenta un conjunto de técnicas y programas de intervención en distintos contextos: hospitales, salud mental y asociaciones de autoayuda.

José Navarro Góngora es profesor Titular de Terapia de Grupos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, Director del Master Universitario de Intervenciones en Psicoterapia y Consultor de Programas de Salud Mental para la Unión Europea en Asia Central. Participa en el desarrollo de programas de atención psicosocial en Servicios Médicos (*estrés profesional del personal de enfermería, protocolos de información para enfermos de demencia senil, intervención con grupos multifamiliares de enfermeros crónicos, apoyo a familiares con enfermos trasplantados de médula, programas psicoeducativos para enfermos de cáncer, etc.*). Es autor además de los libros *Técnicas y programas de Terapia Familia, Avances en terapia familiar; Parejas en situaciones especiales* y de numerosos artículos en relación con este ámbito de trabajo.

Ana Jesús Rodríguez Hevia  
Psicólogo clínico  
(Oviedo)

## **La atención a la salud mental de la población reclusa.**

Hernández M, Herrera R (Compiladores)

AEN/ESTUDIOS Siglo XXI, Madrid 2003

Esta obra, editada como ponencia del pasado Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de Junio de 2003 en Oviedo, ha supuesto para los profesionales sanitarios que trabajamos en el medio penitenciario un doble motivo de satisfacción. Por un lado, descubrir que hay un grupo de especialistas en psiquiatría que se han ocupado durante dos años, de recoger información y analizar de manera serena, clara y documentada, los problemas de la salud mental de los reclusos en las cárceles españolas, y por otro, disponer de un material que puede ser utilizado como punto de partida para trabajar en la mejora de la calidad asistencial en esta materia. Personalmente recuerdo desde los inicios de mi práctica profesional, ya va a hacer veinte años, la sensación de soledad que los sanitarios penitenciarios sentimos al analizar y contrastar con el resto de compañeros que ejercen fuera de las prisiones, los problemas asistenciales de los reclusos, especialmente en el campo de la salud mental. La ponencia que los doctores Hernández y Herrera han dirigido, demuestra que el ámbito de lo penitenciario se ha convertido en un área de interés para todos los agentes sociales, especialmente para los miembros de la AEN y además contribuye a detectar y difundir las dificultades que hay en prisión para hacer un correcto

manejo de los enfermos psiquiátricos.

Muy acertadamente en este libro aparecen uno a uno, los principales inconvenientes que hoy por hoy, a juicio de los autores, dificultan la equiparación de la asistencia psiquiátrica entre personas que están dentro y fuera de prisión. Gracias a la aportación de datos epidemiológicos sobre prevalencias de los trastornos mentales en prisiones españolas, que son muy de agradecer debido a la tradicional ausencia de este tipo de información, se concluye que factores como la desaparición de los manicomios, los problemas de adaptación al medio penitenciario, la masificación en las cárceles, la falta de formación del personal sanitario y de medios materiales, o la descoordinación entre dispositivos intra y extrapenitenciarios, entre otros, dan lugar a que una población tradicionalmente marginal dentro de nuestra sociedad, pierda su salud mental mientras se encuentra en prisión, o empeore de cualquier trastorno que ya presentaba al ingreso en la institución. Se impide de esta forma uno de los más importantes mandatos de la Ley General Penitenciaria, que el ingreso en prisión sirva como oportunidad para la rehabilitación comunitaria y para la restitución del equilibrio psíco-social.

Un aspecto destacable de la ponencia, es que muy claramente diferencia dos problemas distintos, el cumplimiento de la pena de los sujetos declarados inimputables a causa de su enfermedad mental, y el tratamiento de los trastornos mentales que aparecen en los internos durante su estancia en prisión, una cuestión no menos trascendente, aunque solo sea por el volumen y gravedad de los casos que deben atenderse diariamente. El pasado año, dentro del estudio CAPRI que se realizó entre profesionales de este medio a iniciativa de la SESP para analizar la calidad de la asistencia sanitaria en prisiones, se concluyó que las características de la relación médico-paciente era uno de los factores que más influían en la calidad de esta atención, una interrelación personal que se complica debido principalmente a la alta prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria.

Los equipos de atención primaria de las prisiones que se esfuerzan por mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de sus pacientes, pueden encontrar en esta obra una guía para iniciarse en el análisis de las oportunidades de mejora en materia de protección de la salud mental de los reclusos. Las recomendaciones que se hacen al final del libro, dirigidas a gestores y a clínicos son, a mi juicio, un listado de todo lo que debe hacerse para comenzar a reducir la discriminación asistencial en materia psiquiátrica que se produce en las prisiones y que tan acertadamente describe esta ponencia.

Sin duda esta obra constituye ya un referente a partir del cual se va a avanzar en el estudio de estos problemas, como muestra el hecho de que su publicación haya impulsado la creación de un grupo mixto de trabajo entre la Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria que tiene como objetivos algunos de los que se señalan como prioritarios en la ponencia, la formación en materia de salud mental de los Equipos de Atención Primaria de las Prisiones, la creación de redes de profesionales interesados en el desarrollo de este tipo de asistencia y en definitiva, la defensa de la salud mental de los reclusos en colaboración con cualquier agente social implicado en su atención.

*José Manuel Arroyo Cobo*  
*Médico del Centro Penitenciario de Zaragoza*

# REUNIONES CIENTIFICAS

---

- **V Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (AEN)**  
 22-23 Octubre 2004  
 Albacete  
[www.med-ab.uclm.es/publico/docencia/cursos/aen](http://www.med-ab.uclm.es/publico/docencia/cursos/aen)  
*“El espacio de los historiadores de la psiquiatría en España”*
  
- **Globalización y Diversidad: retos para la psiquiatría social**  
 XVIII Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social  
 24-27 Octubre 2004  
 Kobe (Japón)  
[www.congre.co.jp/18wasp](http://www.congre.co.jp/18wasp)
  
- **“El grupo: ese encuentro inevitable”**  
 IX Jornadas internacionales. Grupo, psicoterapia y psicoanálisis  
 29-30 Octubre 2004.  
 Gijón.  
[www.imagoclinica.com/segpa/congreso04.asp](http://www.imagoclinica.com/segpa/congreso04.asp)
  
- **Violencia y sistemas: terapia familiar, una intervención eficaz.**  
 XXIV Congreso Nacional de Terapia Familiar  
 29 Octubre – 1 Noviembre 2004  
 Santiago de Compostela  
[www.featf.org](http://www.featf.org)
  
- **Tratamientos en psiquiatría: actualización.**  
 Asociación Mundial de Psiquiatría  
 10-13 Noviembre 2004  
 Florencia (Italia)  
[www.wpa2004florence.org](http://www.wpa2004florence.org)
  
- **Psicoterapia de los trastornos límites de la personalidad**  
 XXIII Jornadas Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AEN)  
 11-13 Noviembre 2004  
 Puerto de Santa María (Cadiz)  
[www.23jornadasaan.com](http://www.23jornadasaan.com)
  
- **La desinstitucionalización como práctica terapéutica**  
 Forum Salute Mentale-Psichiatria Democratica  
 18-19 Noviembre 2004  
 Merano (Italia)  
*“Con la participación de las experiencias de desinstitucionalización más innovadoras de Europa”*
  
- **Discapacidad intelectual. Nuevos desafíos.**  
 1er Congreso Asociación Española “Estudio Científico del Retraso mental”  
 25-26 Noviembre 2004  
 Reus (Tarragona)  
[svb@peremata.com](mailto:svb@peremata.com)

- **Psicoterapias e Intervenciones precoces en la Esquizofrenia**

X Curso Anual de Esquizofrenia

26-27 Noviembre 2004

Madrid

[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)

*“Uno de los cursos mas prestigiosos del panorama español. Este año participan entre otros L. Mosher, J. Edwards, B. Rosenbaum, J.O. Johannessen, O. Vallina, ...”*

- **El espectro Bipolar**

2ª Reunión Nacional sobre fases tempranas de las enfermedades mentales

25-27 Noviembre 2004

Santander

[www.aforosl.com/bipolar](http://www.aforosl.com/bipolar)

- **Psiquiatría basada en los valores y el estigma de la esquizofrenia**

H. Clínico San Carlos y otros.

13 – 14 Diciembre 2004

Madrid.

[www.tilesa.esestigma](http://www.tilesa.esestigma)

- **Adherencia al tratamiento: Un enfoque multidisciplinar**

Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica

17-18 Diciembre 2004

Valencia

[www.viajesvillareal.com](http://www.viajesvillareal.com)

- **Commemoracion de 10 años de enfermería de Salud mental**

11-12 Febrero 2005

Amsterdam (Holanda)

[www.rcn.org.uk/events](http://www.rcn.org.uk/events)

- **Psiquiatría Europea: la relación entre los factores sociales y biológicos.**

13er Congreso-Asociación Europea de Psiquiatría

2-6 Abril 2005

Munich (Alemania)

[www.aep-munich.de](http://www.aep-munich.de)

- **Propuestas innovadoras en rehabilitación psiquiátrica**

Congreso Internacional

12-13 Mayo 2005

Geel (Belgica)

- **XX Jornadas Nacionales AEN**

Asociacion Española de Neuropsiquiatría

26-28 Mayo 2005

Zaragoza

[aen@pulso.com](mailto:aen@pulso.com)

*“Reunión anual de los profesionales de Salud Mental de España. Una reunión siempre sugerente e innovadora”*



- **Calidad e investigación de resultados en psiquiatría**

Asociación Municipal de Psiquiatría  
17-20 Junio 2005  
Valencia  
[www.wpa2005valencia.com](http://www.wpa2005valencia.com)

- **8º Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica**

28 Junio-3 Julio 2005  
Viena (Austria)

- **5000 años de ciencia y asistencia: construyendo el futuro de la psiquiatría**

XIII Congreso Mundial de Psiquiatría  
10-15 Septiembre 2005  
El Cairo (Egipto)

- **23 Congreso Nacional AEN**

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
24-27 Mayo 2006  
Bilbao  
[www.23congresoAEN@ome-aen.org](mailto:www.23congresoAEN@ome-aen.org)

*“El Congreso de los Profesionales de Salud Mental de España. Tres ponencias centran el programa; La Reforma Psiquiátrica, La Psicopatología de las Psicosis y La Continuidad de Cuidados”.*

- **XV Simposium Internacional sobre “Psicoterapia en la esquizofrenia y otras Psicosis”**

Sociedad Internacional para los Tratamientos psicológicos de la Esquizofrenia y otras psicosis.  
13-16 Junio 2006  
Madrid  
[www.ISPSMadrid2006.com](http://www.ISPSMadrid2006.com)

*“El equipo del Dr. Manuel Gonzalez de Chavez del Hospital Gregorio Marañón de Madrid es el encargado de la organización de este Simposium. Este equipo promueve anualmente, desde hace 10 años, el curso sobre Esquizofrenia que a finales de Noviembre se celebra en Madrid. Un curso que cuenta cada año con figuras de reconocido prestigio a nivel mundial y que ha conseguido un nivel excelente en el plano científico y organizativo. Estos datos hacen prever que estemos ante un simposium irrepetible”*

# NORTE DE SALUD MENTAL

## SUMARIO

Volumen V nº 19 (2004)

---

### PRESENTACIÓN

Tratamiento ambulatorio involuntario. *F.Chicharro Lezcano* ..... 6

### ORIGINALES Y REVISIONES

Salud mental, prioridad en la salud pública. *Itzhak Levav* ..... 9

Género y prescripción de psicoanálisis en la práctica institucional. *Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo, Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil* ..... 23

Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional. *Guy Briole* ..... 34

### PARA LA REFLEXIÓN

Emigrantes voluntarios: sujetos del desencanto. *M.C.Rodríguez- Rendo* ..... 41

Universidades vascas y globalización. *José Guimón* ..... 46

¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Ander Retolaza* ..... 49

### INFORME

Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica ..... 58

### HISTORIA

La asistencia psiquiátrica en Vizcaya. *Antonio Villanueva Edo* ..... 71

### ACTUALIZACIONES

Globalización y Drogas:  
Política sobre drogas, derechos humanos, reducción de riesgos ..... 84

Atopos ..... 86

psiquiatría.com ..... 87

Novedades en: [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org) ..... 88

### PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Junta Directivas AEN ..... 90

### AGENDA

Próximas citas ..... 94

# CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

## SUMARIO

Vol. 3 - Núm. 2 - 2003

**EDITORIAL** ..... 99

### ARTÍCULOS ORIGINALES

**Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos**

*M. Muñoz López, J. J. Vázquez Cabrera, S. Panadero Herrero y C. Vázquez Valverde* ..... 100

**Intervenciones en personas sin hogar con trastornos mentales: situación en Europa**

*M. F. Bravo Ortiz* ..... 117

**Prevalencia de patología mental entre población sin hogar**

*M. Tronchoni Ramos, V. Aparicio Basauri, E. García Castro y M. Noriega Morán* ..... 129

**Encuentro con los enfermos mentales sin hogar que viven en la calle**

*P. Brandt* ..... 148

### INFORMES

**¿Qué es Velastur?**

*C. Fernández* ..... 159

**Sobre los recursos existentes en las Comunidades Autónomas para aplicar las medidas derivadas de la Ley del Menor**

*Consejo del Poder Judicial* ..... 163

### RESEÑAS

**Libros** ..... 175

**Revistas** ..... 181

**REUNIONES CIENTÍFICAS** ..... 183

**NORMAS DE PUBLICACIÓN** ..... 187

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

---

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

## REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

**1. Primera página**, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

**2. Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del *Índex Medicus*. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

**3. Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

**3.1. Introducción:** explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

**3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos:** se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

**3.3. Resultados:** descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

**3.4. Discusión:** exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

**4. Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

**5. Referencias bibliograficas:(normas Vancouver)** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

**6. Tablas y figuras:** se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

## PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

# ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

## Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental” con una duración de 30 horas.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental  
Carretera de Rubín, S/N (Centro de Salud Mental de Teatinos)  
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com  
www.asoc-aen.es