

Violencia de género como instrumento de desigualdad

Andrés Montero Gómez

La Organización Mundial de la Salud (1996) define la violencia como el <<uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones>>.

La caracterización que hace la OMS es una de las más frecuentemente utilizadas, una de las que más recurrencia tiene en los intentos de comenzar a explicar la etiología, naturaleza y manifestaciones de la violencia. Sin embargo, también ha sido una de las que mejor ha contribuido a condicionar nuestra percepción para construir un significado “medicalizado” de la violencia, aquél que nos aleja, en cierta medida, de comprenderla íntimamente.

Cuando desde las disciplinas jurídicas se considera que un comportamiento está desviado, el patrón de referencia lo constituyen los comportamientos normativos, es decir, aquellos que se encuentran dentro de la ley. La conducta de un sujeto está desviada porque se sale de los límites aceptados por la ley o, tipificada en sentido negativo, se encuentra recogida dentro de un repertorio de conductas punibles, que influyen nocivamente en la convivencia basada en reglas.

En otro sentido bien distinto, desde el plano de la salud pública, se entiende un comportamiento desviado cuando se aparta de la normalidad en un baremo constituido por población de referencia. Ese comportamiento descentrado, que puede ser el producto de factores etiológicos coyunturales (un desorden agudo) o de ascendientes que se consideran estructurales como la personalidad, debería constituir además una afectación que causara problemas clínicamente significativos al propio sujeto a otros sujetos en su entorno. Al convertir a la violencia en un asunto de salud pública se están sentando las bases para algo que se considera de vital importancia en la erradicación de la violencia: que las agresiones son nocivas para las personas que las padecen y que generan toda una serie de secuelas físicas y psicológicas que, en la mayoría de los casos, representan elementos sintomáticos, partes constituyentes de la una enfermedad. Este prisma de reconocimiento del poder patogénico de la violencia ha venido siendo fundamental en la emergencia y consolidación de la victimología como disciplina.

Sin embargo, cuando introducimos un concepto complejo como la violencia en un espacio semántico concreto, en primera instancia estamos dejando entrever determinada intencionalidad y por tanto un reflejo de cómo pensamos determinada realidad y, en segunda instancia, abrimos la puerta a que, interpretativamente, esa conceptualización pueda ser utilizada, instrumentalizada, en argumentos sobre los que, quienes inicialmente abrieron el debate, no tienen control (o incluso quieren facilitar). Esas instrumentaciones pueden ser conscientes o ser el producto de un modelo previo, pero más amplio, de entender cómo funciona el mundo y cómo deben de funcionar los seres humanos. Estas derivaciones interpretativas comienzan a adherirse a la violencia como concepto en el momento en que la introducimos en el espacio de la salud pública.

En efecto, como se menciona, esa conceptualización de la violencia tal que un problema de salud pública (OMS, 1996, 2000) ha tenido la consecuencia directa de apoyar considerablemente la asistencia a las personas víctimas de delitos violentos, así como un caudal importante de investigación respecto a esta parcela disciplinar. Pero en la conducta de violencia (cuando no es autolítica) hay, al menos, dos personas en acción, la que agrede y quien es agredida (incluso en los casos de agresión mutua, la conducta puede secuenciarse en agresión y recepción). La conceptualización de la violencia como conducta de salud pública no ha incidido, por tanto, nada más que en la manera en que percibimos a las víctimas, sino que también ha producido una modificación en la dotación de significado a la violencia desde la dimensión del agresor, en cómo entendemos al agresor.

Si desde un modelo de salud pública las víctimas de la violencia aparecen como receptoras de líneas específicas de trabajo para el abordaje de los efectos de las agresiones, el agresor se nos representa como alguien con un problema de conducta que necesita intervención sanitaria especializada. Una persona, que ejerce una conducta desviada desde una perspectiva sanitaria, es inmediatamente dotada de significado en nuestros modelos mentales de interpretación de la realidad como alguien que tiene un problema, un problema del ámbito sanitario y, por tanto, un enfermo. La construcción social de estas asociaciones mentales de significados tiene todo el sentido atendiendo a esta secuencia de razonamiento.

Esta significación del agresor como alguien con un problema de comportamiento del que puede curarse está tremendamente extendida. Además de generarse a partir del proceso descrito y generado desde la OMS, entender al agresor como un enfermo, como un paciente tratable por una conducta desviada en vez de cómo un actor de conducta, alimenta otro proceso de proyección psicológica de talante defensivo que los seres humanos utilizamos habitualmente para desligarnos de comportamientos que, o bien son sancionables culturalmente o bien, como en este caso, nos parecen ajenos o propios de personas que no son como nosotros.

Si preguntamos a los ciudadanos y ciudadanas españolas y europeas a qué causas atribuyen la violencia masculina sobre la mujer, ni siquiera el porcentaje mínimo de las encuestas sitúa la causalidad en la intención o la decisión de dominar del agresor respecto de la víctima, o en la voluntad del agresor de ejercer la violencia como instrumento rentable de conducta. Los máximos porcentajes de atribución, como demuestran las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas en España o del Eurobarómetro en Bruselas, se concentran en considerar que las causas de la violencia masculina hacia la mujer están en el alcohol, el consumo de drogas, los celos, los problemas laborales del agresor, su falta de control de impulsos o la existencia de trastornos psicológicos que le impelen a ejercer violencia. Estas atribuciones tienen todo el sentido psicológico, pues sitúan en causales externos una conducta que, en principio, las normas sociales nos están marcando como repudiable. Si un hombre agrede a una mujer hasta un determinado punto, tiene que ser porque existen causas que lo empujen a hacerlo, nos decimos. De esta manera justificamos el hecho de que esa persona lo haga, lo entendemos, pero también la circunstancias de que nosotros seamos distintos. Si bebe, como nosotros no lo hacemos, nos

distanciamos psicológicamente del problema y lo conceptuamos como anormalidad; si tiene celos, enseguida lo comprendemos; si no identificamos celos o alcohol, ni problemas en el trabajo, nuestro modelo interpretativo para entender la violencia de un agresor recurre a pensar que tiene un problema psicológico, y así lo justificamos. En ningún momento, o en muy pocas ocasiones y personas, se parte de la base de que un hombre está agrediendo porque quiere agredir, porque considera que es la conducta más efectiva para conseguir un propósito, propósito que responde a su manera de entender su relación interpersonal con una mujer y al papel que está tiene que representar en esa relación.

Por tanto, si pensamos que el agresor ejerce violencia porque tiene un problema y la OMS refrenda nuestro planteamiento asegurándonos que la violencia es un problema de salud pública, necesitamos muy poco espacio de razonamiento para concluir que el agresor de mujeres es, esencialmente, una persona con problemas para cuya erradicación se requiere tratamiento clínico. De ahí a que deduzcamos que no el agresor no es totalmente responsable de lo que hace o que, incluso, parte de lo que hace está justificado en función de sus condicionantes vitales, va otro paso de pensamiento muy corto. Si toda esta coctelera interpretativa de la realidad la ponemos en contraste con un sistema de códigos androcéntricos, o de dominación masculina, con el que hemos venido construyendo la socialización desde el principio de los tiempos, entenderemos porqué es tan complicado para muchos aprehender conceptualmente la naturaleza de la violencia masculina hacia la mujer.

Con esta preconstitución conceptual de partida nos encontramos en el intento de hallar la mejor respuesta de intervención ante la violencia, pues del cómo definamos la conducta dependerá nuestro abordaje para erradicarla. Si entendemos que es un problema de transgresión legal aplicaremos esencialmente el Derecho, y si nos parece una cuestión de salud pública, nos decantaremos preferentemente por la intervención clínica. En ambos prismas influirán luego cuánto de raíz social atribuimos a la generatriz del problema, cuánto de conformación individual y, dentro de ésta, cuánto de predisposición biológica y cuánto de componente aprendido.

No existe, a priori y como veremos, una premisa fundamental de partida que nos lleve a concluir que la violencia que ejercen los agresores es un problema de salud pública y sí, en cambio, indicadores objetivos, tasados, que hemos establecido a través de nuestros sistemas legislativos, para considerarla un problema penal. También, en tanto que la violencia es un comportamiento, para entenderla como un objeto de estudio y de intervención psicológicos, aunque no necesariamente clínicos.

A fin de conformarnos un juicio basado en la evidencia, más allá de los condicionantes que cualquier definición de la violencia aceptada internacional y transculturalmente pudiera llevar aparejado, vamos a realizar el ejercicio de descomponer a la violencia en los constituyentes que sabemos que la caracterizan. Puesto que las definiciones cerradas y categoriales de la violencia o

bien no existen, o bien son poco funcionales¹ o bien son tan dimensionales que dejan de ser concretas, repasaremos las características que conocemos de la violencia para finalmente extraer un juicio que guíe una propuesta racional de intervención psicológica.

1.1. Caracterización multidimensional de la violencia

Tradicionalmente, en la literatura de ensayo o de investigación sobre la violencia encontramos dos corrientes de pensamiento respecto a la conceptualización etiológica del comportamiento. La más temprana en cronología por sus antecedentes doctrinales es la que podríamos denominar escuela innatista, representada centralmente por los trabajos del etólogo Konrad Lorenz (1966), apoyada en los ensayos de Anthony Storr (1968, 1991) y que hunde sus raíces en las presunciones psicoanalíticas de Sigmund Freud y en una interpretación, interesada, de las ideas evolutivas de Charles Darwin. La otra escuela, que podríamos etiquetar de interaccionista, arranca con las investigaciones del equipo del psicólogo de la universidad de Yale John Dollard (1939), reinterpretadas por el también psicólogo estadounidense Leonard Berkowitz (1962), encontrando también una expresión psicoanalítica en Erich Fromm (1973), psiquiátrica en el británico Ashley Montagu (1976) y definitivamente psicológica en cuanto a su carácter aprendido en Albert Bandura (1976).

La escuela innatista planteaba, esencialmente, un modelo hidráulico de la agresividad. El thanatos freudiano proponía una agresividad autodestructiva y preprogramada que el sujeto proyectaría hacia el exterior como desviación de un instinto de muerte dirigido hacia el yo. Lorenz primero y Storr después proponen una agresividad instintiva que se acumula hidráulicamente en nuestro interior hasta un punto de saturación, de tensión acumulativa, a partir del cual debe extroyectarse. La explicación de que todos los seres humanos, que son naturalmente agresivos según esta propuesta, no se vayan comportando de manera agresiva en su cotidianeidad la sitúan en la socialización, en la adquisición por aprendizaje de determinadas pautas de conducta que favorecen la convivencia, la interpersonalidad y que controlan y canalizan, a través de secuencias alternativas de conducta, la agresividad instintiva que de ese modo queda sublimada. Desde esta perspectiva, por supuesto, la agresividad no desaparece, sino que se controla y, sobre todo, se diluye en mecanismos catárticos.

Por su parte, la orientación interaccionista considera, en primera instancia, que la agresividad es producto de la interacción entre el sujeto y su entorno. Concediendo un cierto componente biológico a la manifestación de conductas agresivas, reconoce que su expresión obedece a las leyes del aprendizaje, a patrones adquiridos de conducta, expresados sobre una base biológica. Los

¹ Aparte de los cuestionamientos de creación de una determinada corriente interpretativa sobre la violencia que favorece la concepción de los agresores como personas enfermas o con problemas, la propia definición de la OMS tiene una débil potencia operativa en el área de la violencia de género pues deja fuera toda la violencia psicológica que no tenga que ver con la <<amenaza en el uso de la fuerza>>. Todo el instrumental de manipulación emocional, aislamiento, control de la conducta, desvaloraciones y devaluaciones de la mujer quedaría al margen de la definición de violencia de la OMS, aunque bien es cierto que en sus descripciones tipológicas de la violencia la OMS ya considera a la violencia “psíquica” y las privaciones o descuidos como naturalezas de la violencia.

primeros modelos adscritos a esta corriente de pensamiento e investigación sobre la violencia fueron fundamentalmente mecánicos, centrados en el par frustración-agresión. Dollard et al. fueron los iniciadores de un planteamiento, que todavía está anclado en algunas visiones populares de la violencia, según el cual la agresión se desencadenaría como consecuencia del sentimiento de frustración generado a partir de la interrupción de una secuencia de conducta dirigida a la consecución de una meta [*<<frustration as an unexpected blockage of an anticipated goal attainment>>*, Dollard et al, 1939]. Siguiendo esta tesis, la razón por la cual todas las frustraciones no se traducirían en una agresión abierta es la inhibición debido a la anticipación de un castigo por parte del agresor potencial.

Berkowitz, con posterioridad y desde su teoría del neoasociacionismo cognitivo (1969), propondría que no es directamente el sentimiento de frustración lo que dispara inexorablemente la violencia, sino todo afecto negativo que sea consecuencia de la exposición del sujeto a estimulación aversiva. Desde la cognición social, Bandura y Pérez-Iniesta (1976) complementarían estas visiones mecanicistas con un trazado basado en el aprendizaje por modelado, a tenor del cual los niños adquirirían la conducta violenta por medio de la observación de modelos (los otros significativos, los medios de comunicación), conducta que podría modificar sus probabilidades de ocurrencia en función de los principios del aprendizaje, principalmente del operante (es decir, cuando la conducta de violencia quedara asociada a determinadas ganancias para el sujeto).

Estos intentos inaugurales de conceptuar la violencia nos dejan ante la más central de todas las características idiosincrásicas de esta conducta: su naturaleza aprendida, su carácter adquirido. Los tradicionales aportes de la escuela innatista han servido para señalar que existe una determinada base biológica que configura una especie de predisposición instintiva de respuesta que tiene naturaleza agresiva. Los interaccionistas nos sitúan ese sustrato biológico en el marco del aprendizaje, pero no atinan a explicarnos cuál es la ecuación más apropiada para entender el peso de cada influencia, de la biológica con respecto a la ambiental. Los últimos enfoques, incluso de reconocidos investigadores en nuestro país, tratan de encajar cada una de las piezas respecto del aprendizaje de la violencia aunque, como veremos, sin liberarse de una cierta ancla patologista que, en ciertas proposiciones teóricas, deviene incluso en discurso moral.

Desde España, Enrique Echeburúa nos ofrece una versión que trata de conciliar los dos componentes, el biológico y el adquirido, de la violencia, sin llegar todavía a proponernos su raigambre ineludiblemente social. Echeburúa (1994) escribe que *<<arraigada profundamente en la estructura psicobiológica del organismo y entroncada con la evolución filogenética de la especie, la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. Desde nuestra perspectiva, la agresividad es una respuesta adaptativa y forma parte de las estrategias de afrontamiento de que disponen los seres humanos>>*. Por su parte, el mismo autor nos advierte que *<<la violencia, por el contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva>>*. Sobre este asiento conceptual, será José Sanmartín (2000) quien afirme con contundencia que *<<no hay violencia si no hay cultura>>*. Entre

medias de los dos, Gregorio Gómez-Jarabo edita un volumen con varias contribuciones que siguen la línea conceptual de separar la agresividad biológica de la violencia como producto social, pero sugiriéndonos que la violencia es una <<patología de la conducta agresiva>> (Gómez-Jarabo, Alcázar y Rubio 1999).

De nuevo, nos encontramos con una conceptualización medicalizada de la violencia como una “patología” de algo natural, de algo que llevamos dentro, la agresividad. Y, en realidad, la estudio, la observación y las investigaciones de campo sobre agresores en cualquiera de las tipologías expresivas de la violencia nos indican, con claridad, que la violencia, en su gran mayoría de casos, es una conducta voluntaria, elegida, dirigida a obtener un propósito, basada en la anulación del otro o de la otra como medio instrumental para obtener ese propósito, y sustentada fenomenológica y topográficamente en secuencias aprendidas de conducta de las que el sujeto ha comprobado su utilidad instrumental.

3.2. La multideterminación aprendida de la violencia

No hay un solo factor, aisladamente, que explique la adquisición y mantenimiento de la violencia, salvo si existen lesiones cerebrales neurobiológicamente localizadas en ciertos sectores del cerebro o trastornos mentales donde se observen determinadas condiciones. Esta afirmación, que ahora desgranaremos, descalifica de entrada que, fuera de anomalías neurológicas por deformación de nacimiento o lesión, un supuesto factor innato nos condene irremediablemente, por sí solo, a la violencia.

Las investigaciones publicadas hasta la fecha no encuentran ningún gen ni ningún mecanismo cerebral que, en cerebros normales como la mayoría de los hombres que agreden a mujeres, sea el agente causal de la violencia (para una revisión sobre bases neurobiológicas de la violencia véase Niehoff, 1999). Es cierto que existe un circuito biológico que conforma la base neuroanatómica y funcional de la violencia en el cerebro, exactamente igual que para todas las conductas humanas. No existe conducta humana que no tenga uno o varios mapas cerebrales. La cuestión es si esos mapas cerebrales son ajenos a nuestra voluntad o planificación. En el caso de la violencia la participación de la voluntad y del conocimiento de la realidad son dimensiones que están presentes en los individuos normales que la ejercen.

3.2.1. Rutas neurobiológicas

En un individuo normal, la ruta neurológica de la violencia, grosso modo, involucra a las vías sensoriales (caso de que los disparadores de la conducta sean externos), al tálamo (como integrador y distribuido de las señales estímulares), al núcleo amigdalino (como interpretador emocional) y al córtex frontal (centro de planificación y control, memoria de trabajo e interpretador de la situación filtrada por modelos individuales de la construcción de la realidad). Existen más particularidades en las que profundizar para estudiar los caminos biológicos de la agresividad en el cerebro, pero no son objeto de este tema, en donde para hacerse una idea aproximada basta con tener un gráfico superficial del esqueleto cerebral de la violencia.

Algunos investigadores, como Adrian Raine, han tratado de buscar correlatos neurológicos específicos de la violencia. Y no lo han hecho en individuos normales, sino en poblaciones ya destacadas por una desviación de conducta hacia la trasgresión sistemática de las relaciones interpersonales aplicando la violencia. El equipo de Raine (2000) encontró, en estudios todavía en los inicios de replicación y por tanto cuestionables todavía, un déficit de masa gris prefrontal en sujetos con trastorno de psicopatía. La hipofrontalidad hallada es muy interpretable, pero en principio estaría relacionada con un descenso de la carga de procesamiento de la información en ese lóbulo, que controlaría, entre otras cosas la planificación y, en el circuito de la violencia, compensaría la activación más primaria (más emocional, más reptiliana) del núcleo amigdalino. En términos de discusión sobre la psicopatía, podría decirse que los psicópatas piensan menos sobre sus víctimas cuando ejercen violencia y, por ello, pueden dar mejor rienda suelta a sus pulsiones agresivas. Todo el argumento, no obstante, tiene poco sentido, pues un subgrupo tipológico de psicópatas cometen sus violencias con un alto grado de planificación, que implicaría un nivel más o menos normal de procesamiento frontal. Por otro lado, la hipofunción frontal podría también estar relacionada con la dificultad de los psicópatas para ponerse en el lugar del otro, no desde una dimensión empática y por tanto emocional (que también lo son), sino desde la perspectiva de entender lo que las víctimas están pensando o que tienen una identidad diferenciada digna de respeto. Esa facultad de ponerse mentalmente en el lugar del otro ha sido denominada teoría de la mente (Baron-Cohen, 1997). En todo caso, nadie ha establecido una relación causal directa entre ese déficit de sustancia gris, que es de alrededor del 12%, y la violencia.

Así las cosas, por prometedores que pudieran parecer los descubrimientos de Raine et al, de momento no son más que una pequeña luz en la difícil teorización sobre la psicopatía. En lo que a agresores de mujeres se refiere, únicamente sería significativo si en ellos la proporción de psicópatas superara a entre el 2-3% de prevalencia que tiene el trastorno en la población normal, cantidad que no se ha encontrado de esa forma representada empíricamente (por ejemplo, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Algunos investigadores, no especializados en violencia de género pero sí en psicopatía, como Robert Hare (2000), opinan que el porcentaje de agresores de mujeres con desorden psicopático podría llegar al 25% en su país, los Estados Unidos de Norteamérica. Incluso si obviáramos el hecho de que no se trata más que de una opinión sin ningún fundamento empírico, aunque provenga de alguien que es reconocido como una autoridad mundial en el estudio de la psicopatía, si aceptáramos acríticamente la afirmación de Hare concluiríamos de inmediato que el 75% de los agresores de mujeres no son psicópatas. Probablemente, enseguida encontraríamos a alguien dispuesto a afirmar que otro porcentaje de ese setenta y cinco por ciento padecen algún otro trastorno, el porcentaje restante un trastorno más allá, y así sucesivamente hasta llegar a desembocar en que ninguno de los agresores de mujeres sería un individuo psicológicamente sano, entrando así de nuevo en esa necesidad casi inevitable que hierve latente entre la sociedad y buena parte de los investigadores de tratarlos como enfermos. Pues, ni siquiera con esta carambola llegaríamos a esta solución ya que, si duplicáramos caprichosamente la cifra discrecional improvisada por Hare, ni siquiera eso eximiría a los agresores de mujeres de intencionalidad, planificación y aprendizaje de los patrones y secuencias de conducta necesarios para ejecutar sus propósitos. Ni en

los Estados Unidos ni en España ni en ninguna otra jurisdicción próxima a nuestras tradiciones legales o a las anglosajonas se reconoce que la psicopatía sea una circunstancia que modifique la responsabilidad criminal de los sujetos que comenten delitos, es decir, que sus capacidades volitiva y cognoscitiva no se ven alteradas por el pretendido trastorno. Dicho de otra manera, que también los pocos de entre los agresores de mujeres que pueden ser diagnosticados como psicópatas se comportan violentamente porque quieren hacerlo, con un propósito de dominación y bajo control de su voluntad. En todo caso, si la afirmación de que muchos de los agresores de mujeres pueden obedecer a un diagnóstico de psicopatía fuera algo más que un desideratum y tuviera un respaldo empírico, facilitaría sobremanera las evaluaciones de riesgo de agresiones, pues la presencia de psicopatía, medida precisamente a través del instrumento de Hare (el Psychopathy Checklist, PCL-20) está reconocida como uno de los factores predictores estáticos más estables de la violencia (Harris et al., 1991; Rice y Harris, 1992; Hare y Hart, 1993; Quinsey et al., 1995). Lamentablemente, ni las investigaciones empíricas ni las observaciones de campo respaldan esta posibilidad ideal.

Lo que sí parece cierto a la luz de los datos es que existen determinado tipo de lesiones cerebrales que pudieran estar relacionadas, de manera causalmente directa, con el incremento de probabilidad de conducirse agresivamente hacia el entorno. De forma perfectamente lógica, ese tipo de lesiones, que condicionarían en sentido incrementado la agresividad, estarían localizadas en las áreas que constituyen las piezas estructurales de los correlatos neurológicos de la agresividad y, por extensión, de la violencia. Así, lesiones prefrontales se han encontrado correlacionadas con el incremento de conductas violentas y de trasgresión en general (Damasio, 1996); igualmente la hiperactividad del núcleo amigdalino, sobre todo si cursa en consonancia con pérdida de actividad del córtex orbitofrontal. Estas lesiones no sobrepasan el uno por ciento de incidencia entre la población general, cifra que no es distinta en el subgrupo de agresores de mujeres.

Existe otra multitud de elementos, en el campo biológico de las hormonas o los neurotransmisores, que han sido correlacionados con la violencia. El neurotransmisor más comúnmente ligado a la violencia ha sido la 5-hidroxitriptamina, más conocido como serotonina. Al respecto, podemos considerar que es un hallazgo consistente la correlación entre actividad agresiva y menor nivel de serotonina circulante. Es precisamente lo que se conoce de la serotonina, su correlación negativa con la violencia, pero nada más. De hecho, no puede saberse si es un contribuyente causal o una consecuencia bioquímica de un comportamiento sistemático concreto y, de ninguna manera, explica la direccionalidad de la conducta en ningún patrón sostenido de violencia. La serotonina baja se ha encontrado en suicidas, en atracadores violentos, en psicópatas y en toda otra variedad de violentos, pero también en personas con depresión y, esto es lo mejor del argumento para calibrar su potencia explicativa, en casi todas las víctimas de violencia que sufran algún cuadro reactivo ansioso-depresivo. La serotonina, por sí sola, no nos sirve para explicar la violencia machista hacia la mujer.

Otro neuroquímico más esencialmente masculino, como la testosterona, tampoco parece servirnos como aglutinante de argumentos que nos proporcionen una

razón biológica a la que aspiramos en aras de explicar la violencia machista hacia la mujer. Los estudios controlados que ponen en relación la testosterona con la violencia no son concluyentes. A lo más que llegan es a abrir una línea de investigación interesante estableciendo un ligando entre incremento de testosterona y posición social dominante, no entre la hormona y la violencia (Niehoff, 1999). De seguido, no se nos escapa la asociación que existe entre dominación social y violencia como conducta instrumental para ejercer dominio, asociación en la cual la testosterona no sería más que un mediador hormonal cualificado.

3.2.2. La no-enfermedad mental de los agresores

Descartadas la determinación biológica aislada en la violencia más que en las circunstancias reseñadas, existe todavía otro capítulo de discusión sobre a lo forzado que estaría un individuo a comportarse de manera agresiva con una mujer en función de sucesos mentales o psicológicos fuera de su control, que le impelerían a ser violento. Entre los más citados de esos sucesos estarían los denominados trastornos mentales.

El campo de los trastornos mentales es tan amplio que en ese cajón conceptual caben desde la depresión o la ansiedad, pasando por los trastornos por abuso de sustancias, hasta llegar a los que más popularmente se identifican con las locuras, como los desórdenes esquizofrénicos o los trastornos delirantes. Después tendríamos los trastornos de personalidad, que ya no serían propiamente enfermedades mentales², según la filosofía psicopatológica al uso, pero que también serían objeto de tratamiento clínico.

No es necesario dedicar demasiado a refutar una eventual relación directa entre distintos “trastornos mentales” y la violencia, por ejemplo las asociaciones entre ansiedad y depresión. En tanto consecuencias y secuelas de la exposición a violencia en víctimas, los cuadros ansiosos y/o depresivos son diagnósticos recurrentes, y ahí sí existe una relación directa entre la violencia, esto es, entre haberla padecido, y desarrollar sintomatología dentro de uno de esos dos tipos diagnósticos, o los dos. Sin embargo, la relación ya se pierde cuando observamos a los agresores. No existe ningún estudio publicado que apunte significativamente a asociaciones directas entre depresión y/o ansiedad, como variable independiente, y ejercicio de la agresión, como dependiente. Algún síntoma de cuadros ansioso-depresivos puede cursar con incremento de la hostilidad, pero siempre sería un ascenso horizontal, transituacional, y no circunscrito a personas concretas, ni a sexos concretos. Es decir, que la depresión o la ansiedad no te hacen focalizar la agresividad hacia una mujer en particular. Los estudios sobre agresores de mujeres muestran una incidencia de depresión y ansiedad por encima de la media poblacional (p.ej. Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), pero ninguno puede establecer una relación entre

² La ortodoxia psicopatológica más tradicional encuentra su acuerdo en que se incluyan entre las enfermedades mentales las categorías diagnósticas del eje I del DSM, mientras que los trastornos del eje II serían trastornos de personalidad, menos “enfermedades mentales” como si dijéramos. No obstante, las interpretaciones extensivas del término enfermedad mental también acogerían a los trastornos de personalidad e incluso a cualquier patrón de comportamiento desviado como la violencia. La prueba es que cada vez existen más unidades clínicas especializadas en trastornos de la personalidad, tratados biopsicológicamente como una enfermedad más.

esos desórdenes y la violencia. No puede visualizarse esa relación porque los datos disponibles en la literatura científica, tanto si se aborda desde el estudio propiamente dicho de ambos trastornos como si el prisma de aproximación es la violencia, no encuentran asociación significativa. Antes al contrario, la investigación sobre ansiedad y depresión nos dice, de entrada, que la mayor tasa de prevalencia de estos desórdenes en población general se sitúa en las mujeres. Sencillamente, si la causa de la violencia fueran la depresión o la ansiedad, las mujeres serían más agresivas que los hombres. Algunos autores (Tolman y Benett, 1990) sugieren que la presencia de trastornos ansiosos o del estado de ánimo entre agresores de mujeres, que en todas las investigaciones son o bien agresores bajo observación por intervención psicológica o cumplimiento de pena legal, son una derivación reactiva de su propia situación, es decir, una consecuencia del afrontamiento de su propia situación tras haber ejercido la violencia.

Finalmente, en el capítulo de las patologías del cerebro y la mente, existen un determinado tipo de desórdenes que, al igual que ocurre con las lesiones localizadas, pueden condicionar de modo determinante el comportamiento del sujeto por encima de sus capacidades volitiva o cognoscitiva. Sin necesidad de entrar en nosologías, baste aclarar que esas dolencias mentales han sido clasificadas en el capítulo de las tradicionalmente conocidas como psicosis, esto es, trastornos mentales que comprometen el contacto del sujeto con la realidad. En su marco, podemos entender incluidos los trastornos esquizofrénicos, la paranoia y los desórdenes delirantes; también, tocándolos ligeramente desde una vertiente conceptual, alguna variante grave del trastorno maniaco-depresivo. En otro sector tipológico, tendríamos así mismo el trastorno de control de los impulsos. A todo este repertorio se le atribuiría, en principio y de modo muy general (luego habría que estudiar cada caso en particular), una afectación a las capacidades de entender la realidad y de actuar en función de ese entendimiento en el sujeto, salvo en el trastorno de control de los impulsos que, a priori, influiría parcialmente en la capacidad volitiva.

Pues bien, si un individuo desarrollara comportamiento violento bajo el diagnóstico de una de estas categorías psicopatológicas, habría que estudiar en qué medida su construcción de la realidad está relacionada con la violencia y de qué forma su enfermedad afecta a esa construcción de la realidad o al control sobre su conducta. Esta evaluación es absolutamente necesaria porque si bien puede teorizarse una afectación en principio de las capacidades individuales mencionadas, no está nada claro que ese deterioro producto de una paranoia, un delirio o un pico maniaco conduzca necesariamente a la violencia³ y, dentro de la violencia, a agredir concretamente a una mujer en particular. Es tan cuestionable como que, si en vez de hacer el análisis en el sentido de observar si la violencia está determinada por uno de estos trastornos, situamos el foco de estudio en cuantificar cuánta violencia ejercen las personas que padecen el trastorno, nos encontramos con que se viene aceptando que en la población de

³ La relación entre trastornos psicóticos y violencia es uno de esos debates permanentemente biertos en la comunidad científica, con multitud de estudios publicados en un sentido y otro. De momento, las revisiones y los metanálisis parecen apuntar a una inexistencia de esa relación. Un análisis interesante en esa línea fue el estudio *Mental Illness and Violence: proof or stereotype?* realizado por J. Arboleda, H.L. Holley y A. Crisanti en 1996 para la Agencia de Salud Pública de Canadá

trastornos esquizofrénicos la incidencia de comportamiento violento oscila entre el 12 y el 20 por ciento (Niehoff, 1999). Lo que sí parece cierto es que, en pacientes psicóticos que además ejercen conducta violenta, las agresiones están directamente ligadas a sintomatología asociada a su diagnóstico, principalmente de tipo alucinatorio o delirante (Taylor, 1985; Juginger, 1996; Wessely, 1997; Juginger, Parks-Levy y McGuire, 1998). También que determinados síntomas psicóticos, como padecer un delirio de persecución, incrementan la probabilidad de que desencadenar violencia en el sujeto. Las conclusiones parecen apuntar a que padecer un trastorno psicótico, en general, no es determinante para comportarse violentamente, pero que los pacientes que sí ejercen violencia tienen ese comportamiento arraigado en su enfermedad, como no podía ser de otra manera en trastornos que toman el control vital del sujeto. Con todo, en lo que a violencia de género se refiere, la argumentación sobre trastornos que comprometen las capacidades volitiva y cognoscitiva sería mucho más pertinente de lo que es si encontráramos una tasa de prevalencia de esas categorías diagnósticas en agresores de mujeres. No es así, pues las tasas de presencia de estos desórdenes entre los agresores de mujeres son equivalentes a la población normal. (Swanson, Holtzer, Ganju y Jono, 1990).

Por otra parte, existe controversia sobre los trastornos de control de los impulsos y la relación que pudieran tener con la conducta de los agresores de mujeres. La mayoría de los estudios con agresores encuentran indicadores de falta de control de impulsos en al menos la mitad de los sujetos observados. Estos hallazgos no se corresponden con el cumplimiento de los criterios diagnósticos que se suman para configurar una psicopatología⁴, sino con la presencia de patrones de conducta descontrolada. La mayoría de los estudios con agresores no encuentran un cortejo sintomático que sature un diagnóstico de ninguno de los trastornos de control de los impulsos, sino que encuentran problemas con el control de los impulsos en los sujetos sometidos a estudio, la mayoría de los cuales son, de nuevo, agresores condenados e institucionalizados o personas sometidas a intervención psicológica o clínica de diversa índole. Ni siquiera se etiquetan como personas con trastorno de control de los impulsos no especificado. En algunas historias psicopatológicas durante la práctica psicológica se pueden encontrar diagnósticos de trastorno explosivo intermitente, cuya incidencia en agresores no ha sido determinada estadísticamente. La mayoría de las veces, este etiquetado diagnóstico responde al hecho de que el agresor ejerce violencia de manera continuada, con “explosiones” intermitentes, descartada la presencia de la violencia por una lesión cerebral, otro trastorno mental o el abuso de sustancias. De esta manera, pues, el diagnóstico no está basado en más que en la mera presencia de la violencia. Es decir, de nuevo nos encontramos con que la propia violencia en tanto conducta ya es considerada como un trastorno.

Aparte la cuestionable validez de constructo del trastorno explosivo intermitente, que en la mayoría de las ocasiones es un recurso médico o psicológico para

⁴ En los sistemas clasificatorios habituales de psicopatologías, los trastornos de control de los impulsos, que como su propia denominación indica están sustentados psicológicamente en la pérdida del gobierno sobre la voluntad, tienen normalmente su traducción categorial en etiquetas diagnósticas que tienen a ese déficit como base (como una de sus bases), por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo. Para aquellos cuadros que no han encontrado acomodo en alguno de las supracategorías del DSM o el CIE, se han habilitado unos epígrafes inespecíficos de trastornos de control de los impulsos, donde se recogen la piromanía, la tricolilomanía, la cleptomanía, la ludopatía y, en el DSM, el trastorno explosivo intermitente.

“pacientializar” a un delincuente, nos encontramos con el pretendido descontrol de los impulsos de los maltratadores investigados, cuyas observaciones han sido recogidas en los estudios publicados, está circunscrito exclusivamente a la violencia. Y dentro de la violencia, a la violencia ejercida hacia una mujer en concreto. El hecho es que llega a ser el propio sujeto el que diagnostica su “dolencia”, estableciendo que ejerce violencia porque siente una suerte de activación que no puede controlar y que le empuja a agredir, eso sí, a una sola mujer y, generalmente, a sus hijos. A partir de esa declaración y de la descripción de la secuencia de conducta, y a menudo en base a ningún otro indicador, se certifica el descontrol del impulso agresivo.

Desde la óptica de los procesos psicológicos es funcionalmente muy discutible que el descontrol de supuestos impulsos sea un factor generatriz de las agresiones y no una consecuencia de potenciación, incluso con acompañamiento de correlatos biológicos específicos, de una conducta repetida y anclada egosintónicamente en el repertorio comportamental del sujeto. Lo más coherente con lo que sabemos de los mecanismos de la conducta es pensar que, a partir de la utilización de la violencia como conducta de instrumentación de un determinado propósito de dominar a otra persona por la fuerza, propósito asociado al correspondiente modelo mental sobre cómo debe ser impuesta una idea o un modelo de conducta interpersonalmente, el agresor va viendo como las agresiones se automatizan progresivamente ante un número variable de disparadores situacionales. Eso que se denomina habitualmente como “impulso” no es más que un conjunto interrelacionado de potenciaciones a largo plazo (Hebb, 1949), un mecanismo con correlato neuronal en función del cual las rutas cerebrales guardan una huella cuya profundidad es mayor a medida que se repite su activación. Los agresores sistemáticos desarrollan un modelo mental específico para dar significado, sentido y legitimidad a la violencia que ejercen (Montero, 2003). Ese modelo está compuesto por redes neurales que enlazan múltiples códigos semánticos estructurados en función narrativa de soporte de la violencia, pero también vínculos con estados corporales concretos y emociones vinculadas. Los estados emocionales están etiquetados para dar sentido a la conducta, incluso para ser desencadenantes legitimadores de la violencia. Ese proceso ha llevado a algunos autores a postular, erróneamente a nuestro juicio, que es la emoción (por ejemplo de ira) la disparadora del protocolo de violencia hacia la mujer cuando, realmente, lo que parece es que una determinada interpretación de una situación (por tanto, construcción mental) basada en un juicio de la realidad (la mujer debe comportarse de una manera concreta) provoca una emoción, y todo el conjunto (modelo mental energizado y cargado emocionalmente) llevan a una conducta elegida del repertorio comportamental del sujeto. En la medida en que esa conducta logra su propósito, el reforzamiento conductual pero también el refuerzo de conexiones se produce, y crece y se incrementa con la repetición de la conducta. La ira no dispara por sí misma la secuencia de conducta, sino el modelo mental en donde la emoción forma parte del programa de activación.

De esta forma, el sujeto se deja llevar por una secuencia de conducta que, sirviendo a su modelo mental previo, ha construido como algoritmo de acción que, por su carácter sistemático de aplicación, acaba prácticamente automatizándose en la ejecución. El sujeto, pues, no sólo tiene perfecto control sobre la secuencia, sino que es él mismo el responsable primero y último de su

construcción. Otra cuestión será que para detener esos algoritmos de acción ya reforzados conductual (Skinner) y neurofisiológicamente (Hebb) haya que realizar esfuerzos con aplicación de control consciente (y por tanto, el sujeto tenga que, primero, tomar conciencia de la necesidad de buscar una alternativa de conducta a la violencia y, después, estar motivado para ejecutarla repetidamente), y no digamos para desaprender esos patrones comportamentales con aplicación de esquemas alternativos. Así las cosas, el descontrol no es más que activación de algoritmos de conducta autosirvientes al modelo mental del sujeto, a su construcción de la realidad en su relación de dominación con una mujer.

Por último, tenemos el asunto de los trastornos de la personalidad. En uno de los cálculos más generosos, Sanmartín (2000) alega que entre el 10 y el 20 por ciento de los agresores de mujeres estarían encuadrados en categorías diagnósticas de trastorno de la personalidad. En primera instancia hay que dejar sentado que los trastornos de personalidad, por sí mismos, no son cuadros psicológicos que comprometan las capacidades de conocer y controlar la conducta en el sujeto. En segundo lugar, conviene tener presente que la personalidad está compuesta de rasgos y que, en la mayoría de las evaluaciones de agresores de mujeres, es la presencia de un número variable pero parcial de rasgos diagnósticos y no un diagnóstico categorial completo lo que se utiliza para etiquetar al sujeto evaluado. La personalidad está estructurada por rasgos, que son tendencias de conducta con propiedades de transituacionalidad y sostenibilidad temporal, al menos a partir de la treintena de edad en el sujeto, que es cuando se puede aseverar que la personalidad está plenamente consolidada. Pues bien, ninguno de los trastornos de personalidad constituye una causal directa y aislada para el comportamiento violento, aunque algunos representan un factor de riesgo, que como factor de riesgo no se considera desencadenante unideterminístico de la violencia, un comportamiento por otra parte multideterminado.

Recurriendo al holgado cálculo de Sanmartín, que escogemos para llevar nuestro argumento al extremo conceptual más desfavorable para nuestras tesis, el 80% de los agresores de mujeres no padecerían ningún tipo de desviación de la personalidad sobre el baremo de la normalidad estadística. De la proporción restante, los rasgos más detectados en agresores de mujeres están en la órbita del trastorno antisocial de la personalidad. Aparte de ser una de las tipologías diagnósticas más políticamente sesgadas⁵ del DSM (APA, 2005), es de los que tienen una conceptualización más circular. La mayor parte de sus criterios diagnósticos están relacionados con la conducta violenta, con la expresión del comportamiento agresivo, de manera que el grueso de las personas que son

⁵ No somos pocos/as quienes pensamos que el TAP es una categoría bastante inadecuada en la mayoría de las ocasiones y científicamente muy débil, con una validez de constructo muy cuestionable. De entrada, en los dos sistemas categoriales de diagnóstico más utilizados para psicopatologías, el DSM de la APA y el CIE de la OMS, no existe la psicopatía como etiqueta, de manera que todos los candidatos a padecerla engrosan el TAP. Al igual que ocurrió con el trastorno de estrés postraumático (algo más útil y funcional pero también muy cuestionado como cajón de sastre), cuya introducción y definición fue influida en parte por las “presiones” diagnósticas derivadas de la alta población de veteranos de guerra con secuelas en los Estados Unidos de Norteamérica, el TAP es también en parte consecuencia del intento de medicalizar el ejercicio de la violencia, al agresor, en paralelo al reconocimiento de las víctimas como sujetos de salud pública. De esta manera, una elevada proporción de delincuentes lo serían menos por estar “trastornados”. En un país con las tasas de criminalidad violenta de los EEUU, no es un asunto socialmente menor.

violentas y trasgreden, encajarían en el tipo. De esta forma, ser agresor continuado y con unas determinadas características (abusar de una sustancia, haber expresado algún acto agresivo desde joven) y tener un diagnóstico de personalidad antisocial se parecen mucho a ser equivalentes. Así y a partir de esa equivalencia, volvemos a entroncar con el argumento de que la violencia (ejercerla) es un asunto de salud pública, un comportamiento propio de un enfermo y no de una persona que, por plena voluntad y con el fin de someter a otra persona anulándola, la pone en práctica y la mantiene. Afortunadamente, de momento, no se ha documentado ningún caso, en base a las razones ya expuestas, en donde un trastorno antisocial de la personalidad haya modificado la responsabilidad criminal de un reo, en donde la agresividad como trastorno fuera un eximente de la propia agresividad.

3.2.3. El alcohol

Algunos autores enfatizan que el consumo de alcohol entre agresores de mujeres no es un mito. Por otro lado, ciertas manifestaciones tratan de refutar la presencia del tóxico en buena parte de los agresores machistas. Unos y otros parten de posiciones que, ambas, son perfectamente discutibles, aunque se tiene un cierto reparo a argumentar sobre los efectos del alcohol. En las reflexiones en el ámbito de la violencia hacia la mujer han venido existiendo dos posiciones intelectuales, ambas procurando revestirse de impostaciones científicas, respecto a la presencia del alcohol en la conducta de los agresores de mujeres: una que afirma que el alcohol está presente y tiene una influencia directa, determinante y condicionante de la voluntad; la otra, que el alcohol no tiene ninguna influencia o, por lo menos, que sus influencias no tienen nada que ver con la violencia. Pocas interpretaciones, sin embargo, son capaces de auscultar adecuadamente cuál la interiorización que los agresores hacen de los efectos psicofisiológicos que el alcohol, como elemento neurotóxico, tiene en su comportamiento.

En cuanto a la presencia del alcohol, las cifras estadísticas, basadas en los nichos de investigación (es decir, los agresores a los que se tiene acceso), son consistentes al señalar que el consumo de alcohol se encuentra en aproximadamente el 50 por ciento de los agresores de mujeres (p.ej. Fals-Stewart y Kennedy, 2005; Fals-Stewart, Leonard y Birchler, 2005). Todos los análisis se expresan, con claridad, en términos de correlación estadística y no de causalidad. De esta manera, conocemos que en la mitad de los agresores estudiados se produce la concurrencia de consumo de alcohol y ejercicio de la violencia. Nada nos dicen los estudios sobre la relación de causa efecto entre el alcohol y la violencia, o entre la violencia y el alcohol (porque siempre se plantea, interesadamente, la influencia del alcohol en la violencia, pero... ¿el sentido de la causalidad no podría ser el inverso?). Puestos a visibilizar concomitancias, puede existir una correlación entre violencia y cualquier otra condición, por ejemplo, la de ser hombre. Los estudios han revelado que la correlación, en agresores, entre ser hombre y ejercer violencia es de 1, es decir, que la proporción de hombres entre agresores que ejercen violencia es del 100 por cien. Siendo esto así en el plano correlacional, de momento pocos/as se han planteado que quizás ser hombre sea una condición que esté actuando causalmente en el ejercicio de la violencia.

Hechas estas matizaciones, es obvio que el alcohol, con neurotóxico, ejerce una influencia química en el comportamiento humano, la violencia incluida. De entrada, conviene tener presente que el alcohol correlaciona con otras tipologías de criminalidad violenta o de conducta antisocial en niveles estadísticamente parecidos a las cifras obtenidas en agresores de mujeres (Stabenau, 1984; Abram, 1989; Aluja, 1991; Hudziak et al, 1996; Otero, 1997) . El consumo de alcohol no es privativo del delincuente que abusa de mujeres, sino que es un patrón medianamente estable en delitos violentos generales. Por tanto, en las opiniones que, como las encuestas sociológicas, se trata de vincular causalmente al alcohol con el comportamiento de agresión a la mujer, obviando su presencia igualmente constante en la generalidad del delincuente violento, estamos asistiendo de nuevo a intentos argumentales justificadores de un determinado problema que queremos entender no está “bajo control” del agresor, que es un víctima de su propio alcoholismo.

La presencia moderada del alcohol en agresores y transgresores de todo tipo llama la atención por la eventual relación que pudiera existir entre violencia e intoxicación etílica. Sin embargo, ésta que debería ser una curiosidad investigadora o científica a abordarse sin prejuicio ni modelos acientíficos apriorísticos, está recogiendo hipótesis que casi siempre van en el sentido de fijar la influencia causal desde el alcohol hacia la violencia, cuando perfectamente podría ser a sensu contrario. De hecho, cuanto conocemos de la violencia nos sugiere que es el comportamiento agresivo, cuando está alojado y accionado por esquemas mentales estables, el que puede influir decisivamente en la ingesta de alcohol, incorporado al script de conducta como elemento instrumental facilitador de la violencia.

Así pues, alcohol y violencia están relacionados pero la causalidad no ha sido demostrada (para una excelente revisión, Galanter, 1997). A la luz de los datos, el alcohol *puede o no puede* causar violencia. Hay individuos que abusan del alcohol que se comportan violentamente y otros que no. El elemento más crítico en el momento de pronosticar una relación entre el alcohol y violencia es, precisamente, la violencia preconstituida, pre-existente. Entonces es más sencillo ver, todavía en términos teóricos, la relación entre agresiones y alcohol, que no apunta al sentido más comúnmente aceptado de la influencia, sino en una servidumbre instrumental del alcohol respecto de la violencia.

La mayoría de los agresores de mujeres parecen utilizar el alcohol como elemento facilitador de la violencia. En esta instrumentalidad destacan dos factores, propiedades inherentes al etanol en tanto sustancia psicoactiva. La primera es el efecto desinhibidor de la función de control del córtex frontal; la segunda es el efecto ansiolítico y reductor del distress. Respecto de la disinhibición cortical inducida por el alcohol, el alcance del tóxico sobre el lóbulo frontal está bien documentado (Moselhy, Georgiou y Kahn, 2001), y la mayoría de los resultados sugirieron una disminución de la actividad frontal. Desafortunadamente, nuestra capacidad de mapear topográficamente los correlatos neurológicos de determinados procesos psicológicos ligados parcialmente a la actividad del córtex frontal no es tan fina actualmente como con seguridad lo será en las próximas décadas. Así las cosas, las reducciones de consumo de glucosa y flujo sanguíneo en el lóbulo frontal asociadas al abuso de

alcohol pueden derivar múltiples hipótesis sobre la correspondencia que tendría en procesos psicológicos y, en ese gran marco, observar los específicamente pertinentes a la violencia. Un argumento plausible podría ser que, una vez se ha desencadenado un patrón psicofisiológico de agresión (incluso antes de que haya accionado la secuencia conductual), la menor activación frontal puede dar preponderancia a las rutas que conectan el córtex motor con la amígdala y que ya están preactivadas por la potenciación a largo plazo de scripts reforzados en el sujeto. El resultado sería que, conductas ya incorporadas al repertorio comportamental del sujeto y, por tanto, con una preprogramación mental, verían su automatización, o su protocolización, facilitada por la presencia del alcohol. Esta hipótesis estaría confirmada por la preponderancia del núcleo amigdalino en conductas sistemáticas de violencia en sujetos hipofrontalizados ya por otras circunstancias o procesos.

El control frontal de la conducta es extremadamente complejo de detallar en términos funcionales y, desde luego, no conocemos con exactitud los correlatos neurológicos de cada patrón psicológico. Lo que sí podemos afirmar plausiblemente es que una de las funciones ejercidas por el lóbulo frontal es mantener “esquemática” la conducta, de manera que responda a un orden, que por supuesto depende de una variedad de factores previamente interiorizados por el sujeto como parte de su personalidad, de sus motivaciones, intereses, objetivos de conducta y un largo etcétera. Otra de las funcionalidades del córtex frontal, de momento hipotetizada, es alojar la codificación moral del comportamiento. La descripción del self-moral es así mismo compleja y excede los propósitos de esta UD, pero a nuestros efectos es oportuno destacar dos características: la primera es la naturaleza inhibitoria de los procesos frontales con respecto a actos de conducta sancionados por o bajo escrutinio del entorno; y la segunda es la recodificación moral que se produce en los agresores sistemáticos para justificar, a corto plazo, y legitimar, a medio y largo, el comportamiento violento hacia una mujer.

En lo que cabe a los procesos inhibitorios frontales en sus implicaciones con el filtrado moral, nuestra hipótesis vendría a formular que el alcohol, como agente neuroquímico, tendría la propiedad de relajar el control frontal sobre determinados actos con vinculación moral. Estos actos pueden encontrarse inhibidos bien porque se consideren reprobables socialmente y el sujeto evite ser señalado y sancionado por el entorno; bien porque al mismo tiempo el código moral idiosincrásico del sujeto incorpore claves de veto propio (por convicciones) ante determinadas acciones; bien porque, aún considerando algunas conductas aceptables desde una óptica, y por tanto desde un baremo moral, estrictamente personal, las mantiene controladas por aprehensión al rechazo social.

El análisis del discurso de los agresores sistemáticos en evaluaciones psicológicas revela que, en la mayoría de los casos, se ha producido una recodificación moral asociada al modelo mental construido para explicar la violencia sobre la mujer. El agresor, según sus nuevos términos morales, no está haciendo “nada malo” cuando maltrata a la mujer, sino que está poniendo todos los medios a su alcance, la fuerza incluida, para contener y corregir la conducta de una mujer que no considera apropiada a sus baremos de entendimiento de la

relaciones interpersonales y/o de la conducta femenina. Esta nueva baremación moral facilita ya, per se, la traducción expresa de la violencia.

En algunos agresores esa recodificación moral todavía no está del todo completada, y aún quedan claves internas de supervisión del comportamiento que generan contradicciones morales y, por ende, disonancia cognitiva, que a su vez origina malestar psicofisiológico. Este proceso puede combinarse, en algunos agresores, con señales inhibitorias que, de manera no controlada e inconsciente, su sistema límbico dispara ante la percepción del sufrimiento en la víctima. Tanto la disonancia creada por estas señales como aquella procedente de códigos morales en colisión se van modificando con el tiempo y, sobre todo, a partir de que el hombre es consciente de que está ejerciendo las primeras conductas de violencia psicológica o física explícita, voluntaria y dirigida: es a partir de ese instante en donde, con unos elementos predisponentes incipientes empieza a construirse el modelo mental de la violencia sistemática. El modelo mental tenderá a buscar la reducción de disonancia en sentido egosintónico. El proceso de cambio es facilitado por el alcohol en su doble papel de agente desinhibidor (que permite la puesta en práctica conductual del nuevo modelo mental y de los códigos morales que se van construyendo) y, también, de reductor del distress.

En efecto, el alcohol reduce el malestar psicológico que crea cualquier tipo de disonancia, pero también el originado por la sobreactivación del sujeto en cuanto percibe que existen circunstancias en su entorno que le provocan estrés. En un individuo medio, el estrés puede provenir de muchas fuentes y, en general, se genera a partir de una descompensación entre demandas ambientales y recursos disponibles para afrontarlas. En individuos controladores, un estresor principal es, precisamente, que el objeto de control se desvíe de la forma preconcebida por el individuo para que ese objeto se materialice, se ponga de manifiesto o, en suma, sea. En violencia hacia la mujer el objeto de control es un sujeto (es acertada la objetivación de la mujer en este plano, porque buena parte de los procesos mentales de desconexión moral del agresor van dirigidos a cosificar, a deshumanizar a la mujer, convirtiéndola de sujeto a objeto de control), la mujer. El agresor tiene preconfigurados una serie de comportamientos, actitudes, conductas, que la mujer tiene permitidos desarrollar. La desviación de ese programa representa una demanda ambiental que el agresor debe atajar, debe corregir, administrando sus recursos (la fuerza, la violencia) para devolver el estado del objeto al statu quo predeterminado. Esa situación de estrés es resuelta con la violencia y facilitada, en la mitad de los agresores, con el alcohol. No es ocioso destacar en este punto que si bien el etanol tiene propiedades de reducción del malestar psicológico que genera el estrés, la descarga de violencia física es ansiolítica en sí misma; cualquier descarga física lo es de hecho. Uno de los reforzadores secundarios y biológicos de las palizas, igual que uno de los reforzadores primarios de la ingesta de alcohol, es el potencial ansiolítico, la capacidad de hacer sentir bien en contextos de tensión y estrés. Porque los agresores también sienten estrés en las situaciones de violencia (salvo el mínimo porcentaje que tenga un desorden psicopático) y tal estrés necesita ser conceptualizado para ser comprendido y adecuadamente intervenido. Como hemos mencionado, el estrés del agresor proviene de la percepción de una desviación en el comportamiento de la mujer sobre el patrón que el hombre ha marcado como aceptable. Los propios agresores en las evaluaciones reconocen

que tenían que recurrir a la violencia porque <<la mujer se le iba de las manos>>.

3.2.4. En fin, la violencia

Recopilando lo que hemos expuesto en los epígrafes anteriores, podemos resumir concluyendo que la violencia es, pues, una conducta aprendida, adquirida a través de los procesos de socialización del individuo en un medio cultural concreto compuesto por códigos culturales que se transmiten a través de los propios agentes de socialización. Parte de esos códigos de socialización interiorizados por los individuos transmiten de generación en generación una posición subordinada de la mujer respecto del hombre o, en sentido inverso pero igualmente definitorio, una preponderancia dominante del hombre respecto de la mujer. La violencia es una conducta instrumental ejercida por uno o varios seres humanos cuyo único objeto es dominar y anular parcial o totalmente mediante la aplicación de la fuerza a otro u otros seres humanos. Cualquier clase de violencia, desde las consideradas legítimas hasta las ilegítimas o las ilegales comportan esa naturaleza de imposición o dominación. La violencia machista hacia la mujer no es distinta a las demás en eso: consiste en emplear la fuerza para imponer una determinada visión del mundo, de las relaciones interpersonales y del comportamiento, en definitiva, de imponer una manera de ser a la mujer. Esa visión del mundo es la que ha determinado, arbitrariamente, el agresor.

La violencia hacia la mujer enlaza conceptualmente, está facilitada y comparte códigos comunes, con el patriarcado. De hecho, la propia transmisión intergeneracional de valores y códigos de dominación ya es un factor predisponente, un factor de riesgo en los hombres para ejercer violencia y en las mujeres para padecerla. Por ello, la mayoría de las acciones de prevención de la violencia hacia la mujer están desplegadas a lo largo de un parámetro troncal de educación para la igualdad. La simetría y la igualdad son antídotos frente la violencia, porque se asientan en el polo opuesto de la dominación, de la preponderancia y de la asimetría.

Cualquier codificación de dominación, como los valores patriarcales, representan un factor de riesgo para ejercer violencia, pero no es absolutamente determinante para en el repertorio comportamental de un sujeto se aloje la violencia como instrumento de conducta. De hecho, no existe un solo factor que por sí solo sea causal directo de la violencia, salvo lesiones cerebrales muy concretas, muy específicas, que elevan de manera significativa las probabilidades de saturación de conductas agresivas en el repertorio del sujeto (aún así, esas lesiones no llegan a representar el cien por cien de la contribución causal a la generación y mantenimiento de la violencia, que necesariamente estarían complementadas por cadenas de aprendizaje). Para entender como se genera y mantiene la violencia debemos observarla como si fuera una ecuación de riesgo, al modo en que se aproximan los modelos de vulnerabilidad o predisposición en psicología.

La violencia es una conducta compleja producto de la suma de una multiplicidad de factores. En las investigaciones sobre violencia se han identificado toda una

serie de elementos que, adquiridos en el transcurso de la socialización del individuo, incrementan la probabilidad de que un sujeto vaya a recurrir a la violencia como vía instrumental para imponerse a otro/a. Contamos con una multitud de elementos de riesgo provenientes de otras tantas investigaciones. Desde el rasgo búsqueda de sensaciones, pasando por la impulsividad; haber padecido maltrato en la infancia; el déficit de apoyo parental; haber compartido en la infancia y preadolescencia con un grupo de pares que practicaba la violencia; o la educación autoritaria; hasta llegar a los déficits de habilidades de solución de problemas, de expresión emocional o de autocontrol, todos son factores que han sido encontrados en estudios sobre agresores como ingredientes que sumaban vulnerabilidad en los individuos para decantarse por la violencia como solución. ¿Quiere decir que un sujeto que haya padecido violencia en la infancia va a ser irremediablemente violento?. Pues no. Haber sufrido violencia en la infancia representa un riesgo X que suma una probabilidad P para que el sujeto ejerza violencia. Si además de ese factor de vulnerabilidad, el sujeto cuenta con otros predisponentes de riesgo, como un rasgo impulsivo, o con otro más (la educación autoritaria) o con otro más (los pares violentos), y por añadidura consume sustancias psicoactivas, las probabilidades P de que encontrándose en una situación de estrés interpersonal ejerza una conducta de dominación, de fuerza, para imponer su voluntad, se encontrarán significativamente elevadas. Y una vez que el individuo haya empleado la violencia, parte de esos factores de riesgo y el propio hecho de haber ejercido violencia (sobre todo si obtiene un resultado positivo) se convertirán automáticamente en factores de mantenimiento de la violencia. El mejor predictor de la violencia es haberla ejercido previamente.

A partir del momento en que se ejerce la violencia, el sujeto intentará dotarla de significado. Todas nuestras conductas están revestidas de un significado, la mayoría de las veces en forma de argumento. Cuando un hombre ejerce violencia hacia una mujer, esa agresión psicológica o física está engarzada en un sustrato interpersonal y social que le facilita códigos de interpretación para asimilar esas conductas de dominación de manera egosintónica, de forma legitimada. Los elementos previos de significado que predisponían al sujeto a la violencia, y que han sido fraguados en la socialización, comienzan a estructurarse argumentalmente en un modelo mental que el sujeto comienza a construir sobre piezas preexistentes, pero todavía desestructuradas en buena parte de los sujetos, para proporcionar sentido a la violencia que practica. Ese modelo mental, que está armado a partir del andamiaje de esquemas interpretativos previos sobre la naturaleza y papel de la mujer y sobre cómo son las relaciones interpersonales, se solidifica paulatinamente para convertirse en el centro de control de la violencia y en el filtro a través del cual comienzan a pasar los estímulos interpersonales y ambientales del sujeto, que son interpretados a la luz de los referentes del modelo mental. En violencias sistemáticas contra la mujer, el modelo mental de la violencia filtra cada uno de los elementos de la relación interpersonal, de forma que, progresivamente, la relación pasa a ser un esquema, exclusiva y excluyentemente, de dominación del hombre hacia la mujer. Ni que decir tiene que este modelo mental no es ajeno a la voluntad del sujeto, sino construido *ex professo* para materializar y perpetuar, precisamente, la voluntad del agresor.