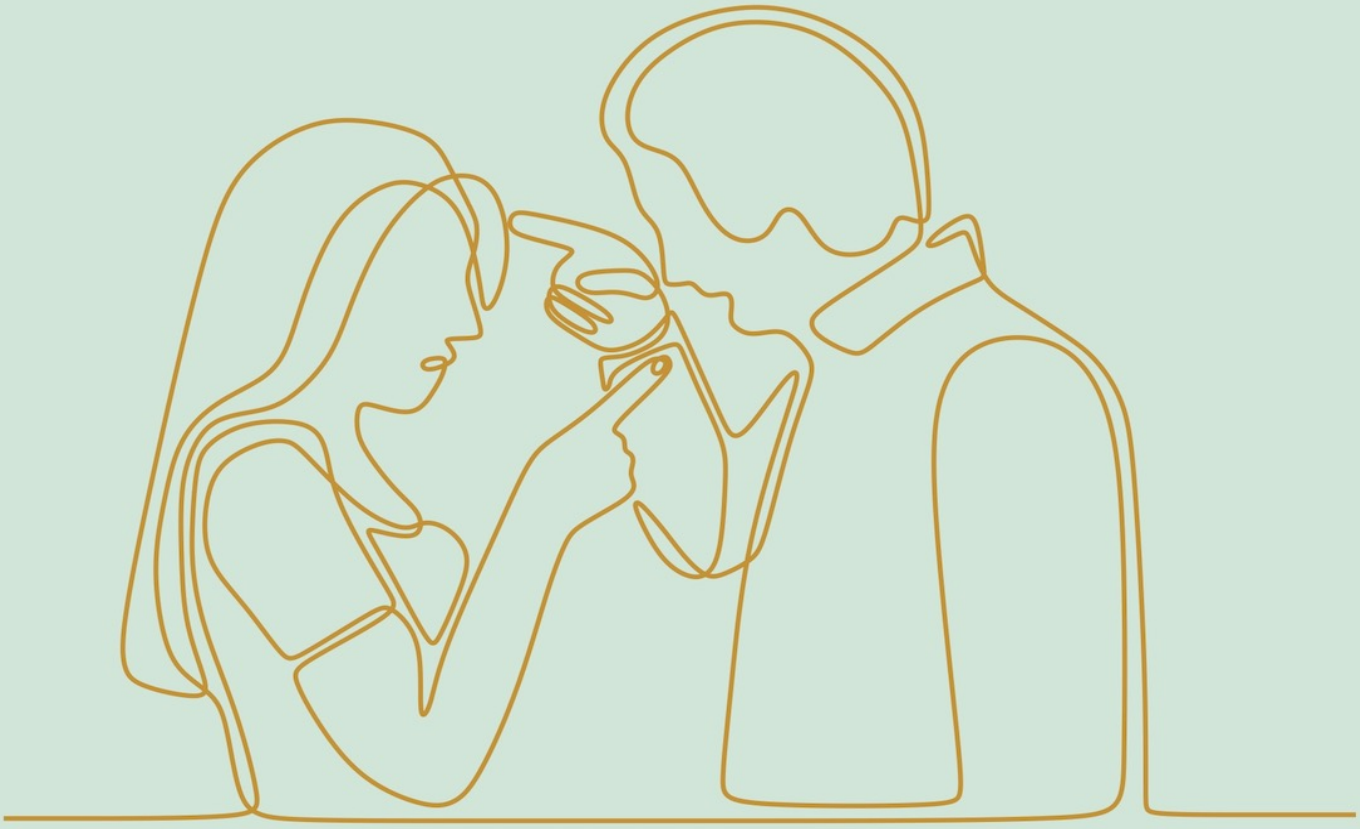
Violencia

Una visión actual desde la Psicología

Luis Moya Albiol



Biblioteca de Psicología

VIOLENCIA

VIOLENCIA

Una visión actual desde la Psicología

LUIS MOYA ALBIOL

Biblioteca de psicología

Violencia

© de la idea original, EMSE EDAPP, S. L., 2021.

© de los textos, Luis Moya Albiol, 2021.

© de la edición original, PRISANOTICIAS COLECCIONES y EMSE EDAPP, S. L., 2021.

© de esta edición digital, EMSE EDAPP, S. L., 2022.

Realización editorial: Bonalletra Alcompas, S.L.

Diseño de cubierta: Pau Taverna

Diseño (edición papel): Manel López (GRAFCO)

Maquetación (edición papel): Kira Riera

Conversión a ebook: Iglú ebooks

ISBN: 978-84-1354-950-7

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento y su distribución mediante alquiler o préstamo públicos.

ÍNDICE

Introducción
¿Está la violencia en el cerebro?
- ¿Qué entendemos por violencia?
- ¿Violencia o violencias?
- Quién ejerce la violencia y contra quién
- ¿Nacemos o nos hacemos violentos?
- ¿Es solo cosa de hombres?
- Genes de la maldad
- Cerebros violentos
- Procesos mentales y violencia
- Alcohol y drogas, ¿nos hacen más violentos?

Perfiles violentos
- La edad de la inocencia: menores violentos
- Cerebros psicopáticos, ¿todos asesinan?
- Personalidades límite, narcisista y paranoide
- ¿Lleva la enfermedad mental a la violencia y al crimen?
- Los lobos y sus presas: pedófilos y pederastas
- ¿Puede alguien dejar de ser pedófilo?
- Tu dolor es mi placer: sadismo sexual

Vivir la violencia en el día a día
- ¿Fue víctima el verdugo? El ciclo de la violencia
- El síndrome del emperador… y de la emperatriz
- Quien me agrede es mi pareja: violencia en las relaciones íntimas
- Necesito que me cuiden, sin embargo me agreden
- El acoso en la escuela: *bullying* y *ciberbullying*
- La escuela de mayores: el acoso en el trabajo
- La violencia terrorista

¿Es posible un mundo sin violencia?

Comportamientos prosociales vs. antisociales
La educación en empatía, el antídoto de la violencia
Bibliografía consultada

A mi padre, Sebastián Moya Hidalgo, mi más fiel lector, y a todas las personas que como él han fallecido por causa o consecuencia de la pandemia de la COVID-19.
Me has acompañado en todas las presentaciones de mis libros, y quiero dedicarte especialmente este que escribí cuando ya no estabas. Gracias por tantos recuerdos, que de algún modo te mantienen vivo mientras lo estemos tu familia y amigos.

Introducción

El 1 de agosto de 1966 Charles Whitman, un estudiante de la Universidad de Texas en Austin nacido en 1941, subió a una torre del campus y disparó indiscriminadamente a los viandantes; asesinó a 15 personas e hirió a 32 más antes de que lograran abatirlo. La víspera había acabado con la vida de su esposa y su madre. En la carta que dejó escrita antes de subir a la torre, Whitman explicaba que no sabía lo que le había llevado a matar a sus seres queridos, pero que se trataba de algo incontrolable y pedía que se destinase su dinero a la investigación en salud mental para prevenir otras tragedias similares. Resultaba sorprendente la disociación entre la claridad de lo que decía, su consciencia, y la brutalidad de sus actos. El joven padecía un tumor cerebral en el lóbulo temporal.

Otro caso de violencia extrema perturbadora es el de Ilse Koch (1906-1967), una de las máximas exponentes de las atrocidades cometidas en la Alemania nazi. Ocultaba su verdadero ser bajo la apariencia de una atractiva pelirroja de ojos verdes, responsable y popular en sus años de estudiante, amiga de sus amigos e incapaz de hacer daño a nadie. Sin embargo, en el campo de concentración de Buchenwald, ordenó y participó en torturas y asesinatos selectivos. En concreto, hacía desnudar a los prisioneros y señalaba con su fusta a los que llevaban tatuajes, que eran ejecutados y llevados al quirófano, donde se les extraía la piel para hacer guantes, fundas de libros o pantallas de lámparas. No era su única afición cruel y aborrecible: su casa estaba decorada con cabezas de presos disecadas y reducidas químicamente. Llegó a matar a cerca de 5000 prisioneros del campo de

concentración con las peores torturas imaginables, inspiradas a menudo en las empleadas en el medievo.

En los dos casos mencionados, se observa una violencia desmesurada. Sin embargo, para la psicología clínica son muy diferentes, pues mientras que en el de Charles Whitman la alteración cerebral explicaría los cambios de su comportamiento y situaría el asesinato como una reacción emocional imposible de controlar, en el de Ilse Koch hay un patrón estable de conducta relacionado con su personalidad. Se trata de una psicópata que lleva a cabo sus crímenes de forma fría y premeditada. En ambos casos, vemos una violencia extrema, pero con causas y modos de manifestarse diferentes. Desde sus inicios como disciplina científica, la Psicología ha investigado las causas de todo tipo de conducta violenta, con el fin de conocer, es más, de comprender, su origen en cada caso.



Pero la violencia no es siempre tan extrema, pues en ocasiones aparece de forma más sutil o incluso pasa desapercibida. Como cada mañana, hoy he abierto en mi móvil las dos aplicaciones de los periódicos que me gusta leer mientras desayuno. Las mismas noticias, diferentes perspectivas, pero algo en común: muchas de ellas hablan de violencia. Te encuentras con informaciones referentes a guerras, asesinatos, malos tratos, tráfico de menores, sexismo, racismo, transfobia, acoso escolar, violencia en el deporte, violencia doméstica y un sinfín más de ejemplos. La violencia humana está presente en muchos momentos y situaciones a lo largo de nuestras vidas. Ha ocurrido en todos los momentos históricos, en todas las sociedades y culturas.

La violencia puede producirse en varios niveles: desde uno individual, como el caso de dos personas que se agredan física o verbalmente, hasta otro mucho más amplio, como cuando dos naciones entran en guerra. Pero mirando al pasado, no podemos obviar que las sociedades son cada vez menos violentas. Es evidente cuando comparamos la seguridad o los derechos de una persona de una edad, género, etnia y nivel educativo que vive en un lugar concreto con otra similar de hace uno, dos o tres siglos. La probabilidad de morir de forma violenta era mucho mayor entonces. Y sin llegar a tanto, tiempo

atrás era superior el riesgo de sufrir violencia física o sexual o de ver vulnerados los derechos fundamentales. Afortunadamente, las sociedades occidentales respetan, y cumplen cada vez más, los derechos humanos. Las nuevas leyes tienden a establecer que la violencia ya no tiene cabida en nuestra sociedad. Hay, por lo tanto, un factor cultural que está contribuyendo a frenar la expresión de la violencia, fundamentalmente la física y extrema. Queda aún mucho por hacer, pero estamos en el buen camino.

Como profesor universitario, imparto diversas materias en las carreras de Psicología y Criminología. Al hablar con mi alumnado sobre la violencia, le explico que es el resultado de muchos factores. Como cualquier conducta humana, es compleja y causada en parte por nuestra biología, pero también por nuestras experiencias y circunstancias. Por eso, para abordar y tratar la violencia empleamos el llamado «modelo biopsicosocial», un enfoque multidisciplinar que considera que cualquier comportamiento es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo está en auge en el siglo XXI, ya que las técnicas de neuroimagen nos han permitido obtener información sobre cómo es nuestro cerebro, pero también de cómo funciona en personas normalmente violentas o cuando alguien, lo sea o no, reacciona violentamente ante una situación concreta.

La violencia humana es resultado de muchos factores que interactúan, y que se reparten entre los genéticos (pues nacemos con unos genes que nos pueden predisponer a la violencia); los biológicos, es decir, aquellos que explicarían el funcionamiento de nuestro cerebro y las sustancias químicas que por él circulan, incluyendo el alcohol y las drogas, como resultado de todo nuestro desarrollo, desde la gestación hasta la edad adulta; además de los factores culturales, los sociales y las experiencias vividas. No es igual nacer en un ambiente empático en el seno de una familia que te cuida y te ofrece protección y amor incondicional que en un hogar carente de afecto, en el que los gritos y los golpes forman parte del día a día. Debido a esta complejidad y diversidad de factores, no hay una única respuesta a la pregunta «¿por qué hay personas más violentas que otras?», ya que cada caso es distinto y específico.

¿Es la neurocriminología el futuro de las ciencias criminológicas?

Muchas personas se asustan cuando oyen hablar de genes o biología de la violencia. Piensan erróneamente en un determinismo que nos llevaría irremediablemente a ser violentos si tuviésemos, por ejemplo, ciertos genes, un cerebro formado de un determinado modo o un nivel alto de una hormona como la testosterona. Nada más lejos de la realidad. El modelo biopsicosocial entiende que todos los aspectos nombrados interactúan entre sí e influyen en la violencia, pero a su vez la aparición o no de esta los afecta a todos. Y aquí es donde entra en juego la Neurocriminología, disciplina científica que utiliza la información proveniente de las neurociencias para comprender, frenar, predecir e incluso llegar a prevenir la violencia y los crímenes. Desde mi punto de vista, se trata del presente y el futuro de las ciencias criminológicas. Tanto es así que conocer los aspectos del cerebro implicados en la violencia nos puede ayudar a diagnosticar a personas o, incluso, a perfilar un modo concreto de comportamiento violento, con el fin de ver qué opción de tratamiento podría ser la más adecuada en cada caso. Puede también servir para calcular el riesgo de reincidencia de una persona que ha delinquido previamente, y para evaluar si hemos aplicado un tratamiento efectivo. Desde una visión positiva de la Psicología, supondría un gran avance en la prevención y tratamiento de la violencia.

¿Qué aprendemos con este libro?

La presente obra ofrece una visión general de la psicología de la violencia en el momento actual, cuando los conocimientos provenientes de los estudios de imágenes cerebrales tienen una función destacada. Trazar este panorama no es sencillo, pues hay que elegir los contenidos más relevantes entre una multitud de líneas de estudio. Aun así, es posible presentar, aunque sea brevemente, los aspectos más relevantes. Quizá esta visión de conjunto nos permita comprender algo que todos observamos: el mayor índice de violencia física, así como de homicidios y asesinatos, en hombres que en mujeres, aunque no de violencia verbal o relacional. Todo ello ayudará al lector a entender los principales motivos que llevan a alguien a comportarse de forma violenta, y también las características específicas y el *modus operandi* de los principales perfiles violentos. ¿Cómo puede ser que, ya a edades tempranas, se produzcan atisbos de violencia? Trataré de explicarlo y

hablaré de mujeres y hombres psicópatas, diferenciando entre los llamados «integrados», que respetan las normas sociales, de quienes no controlan su impulso y las violan, llegando a asesinar, incluso de forma serial. Dedicaré un espacio a otras personalidades potencialmente violentas, en concreto, la límite, la narcisista y la paranoide. Y aunque no hay que relacionar de forma directa la enfermedad mental con la violencia, tampoco podemos obviar la influencia de la primera. La mayoría de las personas que padecen psicosis u otros trastornos mentales no cometen actos violentos hacia otras, pero hay casos en que sí ocurre. ¿Por qué?

Diferenciaré al pedófilo del pederasta, pues tener un deseo sexual hacia un menor no lleva, por fuerza, a dar rienda suelta a ese impulso. Y ya para cerrar los perfiles violentos, hablaré de los sádicos sexuales, que experimentan placer con el dolor físico de otro.

Pero la violencia aparece siempre en un contexto concreto, por lo que dedicaré otra parte del libro a analizar uno de los más cercanos: la violencia doméstica, comenzando por el maltrato infantil. No obviaré la violencia paterno-filial, la que se da de hijos a padres. ¿Y por qué aparece la violencia en las relaciones íntimas? ¿Hay algo que caracterice el cerebro de quienes maltratan? Contestar a este interrogante es un punto crucial de mi empeño, y aquí puedo hacer referencia a los resultados de más de diez años de investigación. No me olvidaré de quienes sufren violencia desde una situación de vulnerabilidad: personas ancianas y dependientes.

El *bullying* suele producirse en la escuela, aunque en el momento actual se extiende a otros ámbitos por el uso de móviles y ordenadores, y la expansión de las redes sociales. El acoso en el trabajo y el terrorismo cerrarán esta parte. Nos centraremos, pues, en la violencia más extrema, y no tanto en la que podemos encontrar en las redes sociales o en las interacciones cotidianas, y que se caracteriza por ser de menor intensidad. Sin embargo, todos los factores explicativos que se expondrán en la primera parte, así como los de prevención que se comentarán en la última, podrían servir para explicar y contener cualquier tipo de violencia. Finalizaré con una visión en positivo, la de la posibilidad de revertir la violencia, una reflexión sobre cómo tratarla, predecirla y, lo que es más, prevenirla. Un camino en el que la educación en empatía y el fomento de conductas prosociales, como la

cooperación y el altruismo, son unas de las claves angulares. Tengo un gran interés por hacer que el conocimiento llegue a todos, que haya una conexión clara entre ciencia y sociedad, porque la difusión permite que las personas estén mejor informadas y tengan mayor capacidad de decisión en sus vidas. Por esta razón he escrito este libro, totalmente fundamentado en la ciencia, pero enfocado a lectores de todo tipo, pues conocer los principales perfiles de mujeres y hombres violentos facilita la comprensión del porqué de muchos de los actos que nos rodean en el día a día.

¿Está la violencia en el cerebro?

Así lo ha afirmado la Organización Mundial de la Salud (OMS): la violencia es un problema de salud pública, sobre todo por las consecuencias que tiene para quien la padece, es decir, para las víctimas, porque va a repercutir en su salud física y mental, y también en sus relaciones sociales. Quizá lo primero que nos viene a la cabeza al pensar en violencia es un asesinato, pero solo es el caso más extremo. En muchas ocasiones no produce lesiones físicas de gravedad, pero aun así quien la sufre puede requerir atención por parte de los profesionales de la salud. Pensemos, por ejemplo, en la niña que intenta suicidarse tras ser constantemente acosada por parte de sus compañeras, en la mujer maltratada psicológicamente y humillada por su pareja o en el empleado que sufre acoso laboral por parte de cualquier superior. Podríamos poner muchos otros ejemplos. Todo ello tiene además un alto coste económico, tanto en sanidad como en procesos legales e incluso en bajas laborales. Quizá un aspecto que está frenando el avance en la resolución de la violencia es que no se tienen muy en cuenta los datos científicos a la hora de abordarla, es más, muchos países siguen basando sus políticas al respecto en ideologías. Como científico he dedicado mucho tiempo y esfuerzo a tratar de comprender por qué algunas personas se comportan violentamente. Me mueve a ello un fin social: contribuir a una mayor efectividad en su tratamiento, pero además poner en marcha formas de prevenirla.

¿Qué entendemos por violencia?

Resulta harto complicado definir la violencia. Pese al esfuerzo de la investigación científica en ofrecer una definición válida e inclusiva, sigue todavía habiendo mucha discrepancia entre lo que es y no es violencia, tanto en lo que significa como en aquello que la causa. Eso sí, parece haber acuerdo en que tiene que existir una intención de causar daño, independientemente de que al final se acabe produciendo. Así, cuando alguien crea rumorología contra otra persona con el fin de dañarla, hablaríamos de violencia, en este caso verbal e indirecta. Pero si alguien accidentalmente atropella a una persona por no haberla visto cruzar el semáforo en rojo, no podríamos hablar de un acto violento. Para la OMS, la violencia sería «el uso intencional de la fuerza física o el poder, tanto si es real como una amenaza, contra uno mismo, otro individuo o contra un grupo o comunidad, que resulta o tiene una alta probabilidad de acabar en lesiones, muerte, daño psicológico, alteraciones en el desarrollo o deprivación». ¿Cuál es el criterio para considerarla como enfermiza o patológica? Pues que se exprese de forma exagerada, persistente o sin relación con el contexto, o sea, sin respetar las normas sociales y culturales de un lugar en una época histórica concreta. Muchos de los actos que actualmente consideramos como violentos no lo eran en otros periodos. Así, por ejemplo, el maltrato físico o psicológico a un niño, por parte de alguno de sus progenitores, hoy sería considerado un delito de violencia contra un menor, pero en otros momentos de la historia se tuvo por parte de la educación, y era, por lo tanto, aceptado por la sociedad.

No es tampoco tarea sencilla diferenciar el término «violencia» de otros que, aunque estén muy relacionados, no se refieren a lo mismo, como hostilidad, ira o cólera. Cuando decimos que alguien es muy hostil, en realidad queremos enfatizar que tiene una inclinación a realizar actos violentos, aunque luego no se produzcan. La ira o cólera, por su parte, estaría más relacionada con la activación del tono muscular y del sistema nervioso autónomo, que controla, sin que seamos conscientes de ello, órganos como el corazón o el estómago. Si por ejemplo nos enfrentamos a una situación de estrés, como cuando nos encontramos con que alguien entra en nuestra casa con la intención de robar, dicho sistema se activa, y pone en marcha los mecanismos

para que podamos atender la situación, haciendo que nuestra energía se centre en ella. Si bien «ira» y «violencia» no son conceptos intercambiables, mientras sentimos ira es más fácil que reaccionemos con violencia. Podemos sentirla puntualmente, ante una situación concreta, pero también puede ser parte de nuestro carácter, y si es así tenderemos a reaccionar con enfado ante la más mínima provocación. Considero fundamental resaltar este aspecto, pues muchas intervenciones psicológicas van a ir encaminadas a que se pueda reconocer y gestionar la ira. Es el primer aviso de lo que puede venir después en personas que se comportan violentamente con asiduidad.

Pero ¿son impulsivos los violentos?, o bien ¿son violentos los impulsivos? La respuesta a ambas preguntas sería: no necesariamente, aunque una persona impulsiva suele actuar de forma rápida y sin reflexionar, por lo que tiene menor contención de su comportamiento. Si pudiésemos ver lo que ocurre en su cerebro, observaríamos que hay una fuerte activación del diencéfalo, o parte del cerebro más primitivo, en comparación con la corteza prefrontal. Esta última es la estructura cerebral que se ha desarrollado más tarde en los seres humanos, y que nos diferencia del resto de animales. Además de controlar la conducta social y moral, también está implicada en la empatía, la planificación de aquello que vamos a hacer y el control de nuestros impulsos. Y aunque la impulsividad no tiene por qué llevar a la violencia, puede ayudar a que se produzca en mayor medida.

En el ámbito jurídico hay, además, dos términos que merecen ser considerados. Uno es la *conducta antisocial*, que sería la infracción de las normas sociales y los derechos de otras personas. Bien es cierto que los adolescentes que se comportan de ese modo se exponen más a tener problemas al ser adultos, pueden convertirse en criminales, no tener amigos y aislarse de la sociedad. Quizá no consigan un empleo y, en algunos casos, desarrollen una enfermedad mental. El segundo término es el de *delincuencia*, o sea, esa falta de cumplimiento de las normas sociales que lleva al castigo o condena legal.

¿Violencia o violencias?

En el caso de los animales hablamos de agresión, en lugar de violencia, pues solemos reservar este último término para nuestra especie, y para hacer referencia a una agresión desproporcionada y, en ocasiones, sin objetivo aparente. En los animales la agresión va siempre dirigida a conseguir un objetivo, como el alimento, la reproducción o el territorio. Parece que en los humanos no es siempre así, aunque podemos establecer similitudes entre algunas de las formas más cruentas de violencia, como el infanticidio, y determinadas agresiones en otras especies. Nos aterran las noticias acerca de personas que acaban con la vida de niños que a veces, incluso, son su propia descendencia, en ocasiones de forma fría y en otras en momentos de cólera. En algunos animales podemos vislumbrar acciones similares. Así, cuando un león joven se apodera de una manada, acaba de forma fría y despiadada con las crías del macho derrotado, pues ello le permitirá preñar a las hembras y transmitir así sus genes. O lo que se conoce como el «efecto Bruce», por el que las hembras de una especie de mono llamada *gelada* abortan espontáneamente cuando un macho nuevo domina el grupo. Este efecto había sido ya observado y estudiado en diversos roedores de laboratorio, como ratas y ratones. Cada tipo de agresión animal tiene unos mecanismos biológicos diferentes. Así, por ejemplo, la testosterona es clave en la agresión entre machos, mientras que la prolactina lo es para la maternal.

Tipos de violencia en humanos

Si damos el salto a nuestra especie, la humana, se hace también necesario poder diferenciar entre tipos de violencia, pues esta no responde a un concepto unitario, sino que es un gran cajón de sastre. Y así será posible, por un lado, estudiarla y medirla, y, por otro, aplicar los programas de tratamiento y prevención más recomendables y efectivos en cada caso. Pero, para hablar de estas tipologías, lo primero que tenemos que hacer es definir el criterio en el que nos basamos para establecerlas. En cuanto a tipos de acto violento, diferenciamos, por una parte, violencia física, quizá la primera que nos viene a la mente y que incluiría, por ejemplo, los golpes, los empujones o el lanzamiento de objetos (es el tipo de violencia más fácil de detectar por las «marcas»

visibles que deja, y también la que suele denunciarse con más asiduidad), y por otra actitudes y acciones de tipo psicológico, como el menosprecio, la humillación, los insultos, la rumorología o el aislamiento social. Al ser menos tangibles y visibles son más difíciles de detectar y frenar, aunque no por ello dejan de tener consecuencias, que pueden ser fatales, para quien la padece.

La violencia psicológica sostenida en el tiempo es, al fin y al cabo, una forma de maltrato, que puede darse en la pareja, el ámbito familiar, el trabajo o la escuela. En algunas ocasiones las personas que la ejercen no son conscientes del daño que causa, pues muchas formas de maltrato están legitimadas socialmente en un momento histórico concreto. Si bien, por ejemplo, las personas homosexuales tienen hoy en nuestro país derechos que las protegen, hasta hace bien poco carecían de ellos, y eran víctimas de burlas y menosprecio en todos los ámbitos de su vida. Cuando ocurre en el hogar y la padecen menores, las secuelas son notorias, pues se ve minada su autoestima y se convierten en personas inseguras y dependientes emocionalmente, e incluso desarrollan de forma crónica depresión o ansiedad.

La violencia sexual, por su parte, incluye cualquier forma de contacto sexual o exposición sin consentimiento, incluyendo sexo oral, anal o genital. Y también el obligar a utilizar ciertas ropas u objetos o a tener sexo con otras personas o con animales. Hablamos, además, de violación cuando se produce la penetración forzada con los genitales o con un objeto.

Y junto a todas estas violencias hay otra que se produce por la omisión de comportamientos esperables, y a la que llamamos «negligencia». Esta ocurre cuando no se proporcionan los cuidados, la nutrición, la higiene o el ambiente adecuados para vivir. Esta última es típica en menores, en ancianos y en personas dependientes. Pensemos, por ejemplo, en el progenitor que descuida la alimentación de su hija o la persona que cuida de un anciano dependiente al que no cambia el pañal ni alimenta correctamente.

Quién ejerce la violencia y contra quién

Otra forma de clasificar la violencia es poniendo el foco de atención en quién la comete. Los medios de comunicación nos informan, por ejemplo, del caso de una persona que se quema a lo bonzo como forma de protesta. Las autolesiones y el propio suicidio son responsables de miles de muertes cada año en todo el mundo. Y aunque muy a menudo guardan una relación bastante estrecha con problemas de salud mental, no son siempre consecuencia de ellos.

Hablamos de violencia interpersonal cuando una persona o un grupo reducido se comportan violentamente con otra, como ocurre, por ejemplo, en los casos de violencia doméstica o de acoso, ya sea escolar o laboral. Por su parte, la violencia colectiva es infligida por grupos grandes, como una organización política, ideológica o un Estado. Las guerras o el terrorismo pertenecerían a esta última categoría.

Perfiles violentos

Pero quizá la clasificación más útil a la hora de establecer patrones estables de comportamiento violento, lo que llamamos «perfiles», es la que diferencia entre violencia impulsiva o emocional y premeditada o instrumental. Quien agrede impulsivamente lo hace con el deseo de dañar, en una reacción acompañada de agitación o irritación, así como de una pérdida del autocontrol. Cuando nos sentimos amenazados, la violencia impulsiva puede servirnos como protección o defensa, ya que pone en marcha mecanismos de acción que pueden hacer que nos adaptemos a aquello que nos está ocurriendo. Imaginemos el caso de una madre que reacciona violentamente cuando un perro intenta morder a su hijo. O del chico que agrede a otro que intenta robarle su móvil. Pero este tipo de violencia puede convertirse en patológica cuando alguien responde violentamente a la más mínima provocación, o incluso a lo que sin serlo entiende como tal. Como sería el caso de alguien que desencadena su furia sin control contra otra persona porque siente que esta lo ha mirado de forma desafiante o intimidatoria. En cambio, la violencia premeditada puede perseguir objetivos que van más allá de hacer daño, como conseguir dinero, poder y estatus, ser aceptado en un grupo o eliminar a quien se considera un rival. Pongámonos ahora en el caso de una persona que se dedica a

infundir bulos y rumores sobre alguien de su misma empresa con el fin de desprestigiarla y hacerla sentir mal para eliminarla como rival en su empeño por conseguir un ascenso. Este tipo de violencia no es visceral, por lo que no va acompañada de cambios fisiológicos visibles ni de reacciones afectivas. Al contrario, lo caracteriza la planificación y el alto grado de consciencia. Hay actos violentos que pueden estar a medio camino, pues pretenden hacer daño a alguien, como ocurre en la violencia emocional, pero son conscientes y planificados. La venganza, por ejemplo, viene impulsada por una reacción emocional hacia quien nos ha dañado previamente, pero es planificada y controlada de forma consciente. Considero aquí fundamental mencionar que, además, los sentimientos de quien agrede pueden ser diferentes en unos casos y en otros. Así, por lo general, la violencia reactiva produce malestar a quien la comete, una sensación de pérdida de control y de haberse comportado erróneamente, y va acompañada de sensación de culpa o remordimientos. De hecho, en muchos casos, quienes agreden relatan que si pudiesen volver atrás no se comportarían de ese modo. Ello abre muchas posibilidades a la rehabilitación y a la gestión de la ira, pues ese malestar puede llevar a buscar ayuda profesional o al menos a abrirse a la ayuda externa o a intentar poner medios de control. Desafortunadamente, no todas las agresiones reactivas generan ese malestar, y mucho menos las premeditadas, que pueden incluso producir placer al observarse el daño generado y sus consecuencias. Como veremos más adelante, la expresión máxima de ello se produce en psicópatas sádicos que infligen dolor extremo e incluso la muerte a otras personas porque es muy reforzante para su cerebro, al activarse el circuito cerebral de la recompensa. Pero no hace falta llegar a ese extremo, pues hay estudios de neuroimagen que han descrito una activación en una parte del cerebro llamada «estriado ventral» y la sensación de alegría y bienestar al observar la desgracia en una persona envidiada.

¿Nacemos o nos hacemos violentos?

Se trata quizá de uno de los debates más antiguos que se ha abordado desde disciplinas como la Filosofía, la Ética, la Pedagogía o la Psicología. Y para responder a ello se han elaborado teorías que intentan explicar las causas y el desarrollo de la violencia. Incluso con un matiz moral, se ha llegado a hablar de la bondad o maldad del ser humano bajo dos presunciones contrapuestas. Así, para algunos «el ser humano es bueno. La sociedad lo hace malo», mientras que para otros «el ser humano es malo. La sociedad es reflejo de él». Desde mi punto de vista ambas afirmaciones son ciertas, pero también incompletas, pues en realidad se complementan.

Las denominadas teorías activas entienden que la violencia obedece a un impulso interno, ya que se trata de un comportamiento innato, heredado y, por lo tanto, instintivo. Por ello, sería el individuo quien hace a la sociedad violenta. Los seres humanos tendríamos, desde esta perspectiva, un instinto violento, heredado a lo largo de la evolución, tal y como ocurre en el resto de animales. En esta línea se enmarca la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud (1856-1939), según la cual existe un instinto de muerte o *Thanatos* opuesto al instinto de vida o *Eros*, que consiste en la violencia hacia uno mismo o hacia los demás. Según él mismo postulaba, es necesario reprimirlo para construir la civilización al servicio de *Eros*. A modo de curiosidad, merece la pena mencionar aquí las cartas que se escribieron Einstein y Freud a principios de los años 30 del siglo pasado con el fin de debatir sobre las causas de la guerra y sobre cómo evitarla. Ante la pregunta de Einstein: «¿Hay alguna posibilidad de conseguir la eliminación de la guerra?», Freud respondió: «No es posible suprimir las tendencias violentas en la especie humana, tan solo se pueden orientar a otras salidas que no sea la guerra». Queda patente, por tanto, el carácter innato y genético que Freud otorgaba a la violencia, considerándola como un instinto básico y primario. Por su parte, Konrad Lorenz (1903-1989), uno de los fundadores de la etología o estudio del comportamiento animal, es el exponente máximo de las llamadas teorías etológicas. Postulaba lo que se conocía como el modelo hidráulico, según el cual tenemos una energía violenta que si no se libera de algún modo se va acumulando hasta que estalla de forma explosiva. La expresión de la violencia supone una catarsis o liberación de un impulso interno, que haría que nos sintiésemos mejor. Este modelo confiere a la biología un papel

fundamental y establece que, de alguna manera, estamos predispuestos por nacimiento a comportarnos de forma violenta. Algunos estudios que han avalado esta consideración de la violencia como innata son los llevados a cabo en niños invidentes, pues no solo muestran la expresión facial de la ira, sino también los patrones motores de comportamiento violento. Otras investigaciones en niñas y niños indican que el mayor nivel de agresividad se da entre el primer y el cuarto año de vida, antes de que puedan estar determinados por influencias externas.

Frente a las tesis activas, las teorías reactivas consideran el ambiente en el que vivimos y las experiencias que tenemos como responsables de la violencia. Sería pues la sociedad quien hace violento al individuo. Una parte de estas teorías sostiene que respondemos violentamente por la frustración que supone no poder conseguir algo deseado: pensemos por ejemplo en el niño que pega cuando no le dan lo que desea o la reacción de un forofo del fútbol cuando pierde su equipo. Pero no siempre algo que nos frustra nos lleva a responder violentamente. No toda violencia es consecuencia de una frustración. Por ello, Albert Bandura (1925-2021), reconocido psicólogo en el ámbito del aprendizaje humano, propuso otra teoría, que también otorgaba un papel fundamental a lo externo, en concreto al aprendizaje social. El modelado y la imitación tendrían un papel fundamental, y así, niñas y niños serían violentos por imitación de lo que observan en casa. Recordemos aquí el experimento clásico en el que varios menores observaban un vídeo donde una mujer golpeaba a una muñeca. Tras ello, eran llevados a una habitación en la que había muñecas similares a la del vídeo; casi el 90% de los menores que lo habían visto golpearon las muñecas. Desde este punto de vista, la familia, la escuela y otros contextos sociales junto con los medios de comunicación, los modelos de ficción de los videojuegos, el cine o la literatura y las redes sociales serían los responsables de la violencia, pues se aprendería por imitación. La Psicología constata que la excesiva exposición a la violencia, aunque sea en ficción, puede llevar a la desensibilización, es decir, a la falta de afectación emocional con sentimientos desagradables o de rechazo que esta debería producir. Así, en la instrucción del ejército norteamericano se emplean videojuegos violentos o incluso realidad virtual para desensibilizar a los soldados y que su organismo tenga menor reacción fisiológica ante la violencia. Algunos estudios de

neuroimagen han constatado incluso que hay menor respuesta del circuito cerebral que regula la violencia (que comprende desde el sistema límbico hasta la corteza prefrontal) cuando esta es observada repetidamente en los medios de comunicación. Pero, es más, según estas teorías somos violentos cuando queremos obtener algo que deseamos. Si aprendemos que siendo violentos obtenemos privilegios, llegamos al poder o somos respetados y valorados, no dudaremos en serlo. Para las teorías del aprendizaje la violencia se produce, entonces, cuando observamos violencia, cuando nos reporta algún beneficio o cuando nos frustramos.

Como ya he mencionado al introducir este libro, el modelo biopsicosocial considera que tanto los factores biológicos como los ambientales son importantes para la violencia, y que además están en constante cambio. Por lo tanto, nos alejan del determinismo genético, pero sin menospreciar el relevante rol de la biología en la aparición, el desarrollo y el control de la violencia. La socialización, la familia en la crezcamos y las experiencias y aprendizajes que tengamos influirán en el desarrollo de nuestro cerebro, que se configurará en función de todo ello y mostrará una mayor o menor predisposición a la violencia. La infancia es, además, un periodo relevante, pues se asientan los valores que determinarán el modo en que nos comportemos. La competición, como forma de relacionarse, lleva con mayor probabilidad a la violencia que la cooperación. Es en la infancia cuando se forma la personalidad, y pueden, por lo tanto, sentarse entonces las bases de algunos de sus trastornos relacionados con la violencia y la falta de empatía.

Pero al margen de lo que entendemos como enfermizo, las personalidades autoritarias pueden ser más proclives a comportarse violentamente, no por iniciativa propia, sino por seguir a quien se considera la autoridad. Así, siguen y obedecen ciegamente a sus líderes sin plantearse el signo ético de sus acciones, y pueden ser déspotas, incluso tiranos, con quienes consideran como subordinados. Numerosos ejemplos de ello los tenemos en los partidos políticos o en muchas empresas y organizaciones, donde se llega a aislar a una persona o a apoyar una ideología, que en teoría va en contra de los propios principios, por obedecer ciegamente a quien lleva el mando. Ello fue ya estudiado en la década de los 60 del siglo pasado por Stanley Milgram, quien comprobó en un célebre experimento que lleva su

nombre que muchas personas eran capaces de ejercer violencia física, pues creían (erróneamente) que administraban una descarga eléctrica a un desconocido, y lo hacían para obedecer a quien entendían como autoridad, en este caso un investigador. Como bien sabemos, las consecuencias de todo ello pueden llegar a ser terribles, buena prueba son las injusticias, castigos, torturas e incluso genocidios cometidos a lo largo de nuestra historia por personas que seguían órdenes de sus superiores.

Como vemos, no todas las personas violentas tienen un trastorno de la personalidad, ni están en un estado de enajenación mental o bajo los efectos del estrés o las drogas. Y tampoco tienen por qué ser violentas por el hecho de obedecer a otras con una personalidad autoritaria. Las motivaciones que pueden llevar a alguien a comportarse violentamente pueden ser variadas y complejas, responder a frustraciones propias, a inseguridades o tratarse de un modo de imponer los valores, las creencias o incluso la forma de ver las cosas sin respetar otros puntos de vista. O pueden obedecer a una marcada rigidez mental, que hace que alguien sea poco flexible y ampare sus actuaciones en el marco de una moralidad concreta. Pensemos en cuántas agresiones se producen en las redes sociales, donde el anonimato favorece que una persona se sienta libre de expresarse violentamente hacia otros. Bien es cierto que, en parte, se despersonaliza a quien se ataca porque no hay contacto visual directo que permita empatizar, ni filtros que marquen pautas de deseabilidad social. Considero importante hacer esta reflexión, ya que, lejos de explicaciones simplistas, las causas de cada tipo de violencia se deben a muchos factores que además pueden diferir de un caso a otro.

¿Es solo cosa de hombres?

Los machos son más agresivos que las hembras en la gran mayoría de especies animales. Además, según las estadísticas, en todas las culturas y épocas históricas los hombres han sido más violentos, al menos físicamente, que las mujeres. Ya desde los primeros años, los niños muestran más comportamientos violentos que las niñas, y ello se evidencia aún más en la adolescencia, cuando comienzan a producirse

las hormonas sexuales. En cualquier momento histórico, incluido el presente, la mayor probabilidad de morir violentamente la tienen los hombres, y es de hacerlo a manos de otros hombres. En cambio, es más frecuente que las niñas sufran más rechazo social o aislamiento que los niños, así como burlas, rumorologías y otros tipos de agresiones verbales e indirectas. Aunque la violencia en mujeres no ha sido tan estudiada, pues se ha considerado «cosa de hombres», las investigaciones actuales apuntan a que cometen mucha violencia verbal en redes sociales. ¿A qué podrían ser debidas, entonces, esas diferencias en la violencia física? Si volvemos a los animales, las cosas son mucho más claras, pues por lo general los machos son más agresivos que las hembras debido a causas hormonales. Tanto es así que hasta los años 70 del siglo pasado se pensaba que la testosterona era la única sustancia relacionada con la agresión, por lo que cuanta más hormona se tuviese más conducta agresiva se mostraría. En aquel momento, los estudios científicos administraban testosterona a roedores macho que habían sido castrados, y, efectivamente, observaban que aumentaba la agresión. La castración hacía que los machos no agrediesen a otros machos, algo que se produce de forma espontánea en la naturaleza para establecer rango social y dominancia, así como el acceso a los recursos y los alimentos y el control de las hembras y de la reproducción. Sin embargo, no afectaba a la agresión territorial, pues los machos castrados seguían defendiendo el territorio. Parece pues evidente que en animales las hormonas sexuales tienen un papel clave en algunos tipos de agresión. Resulta curioso observar, que ya la exposición hormonal durante la gestación va a influir en los niveles de agresividad en la vida adulta. Así lo han mostrado los estudios con roedores en los que la posición de los fetos en el útero determinaba su agresividad adulta. Tanto los machos como las hembras que se situaban entre dos machos, y que por lo tanto tenían mayor nivel de testosterona circundante durante la gestación, eran más agresivos que los machos y hembras que estaban entre un macho y una hembra, y a su vez estos eran más agresivos que los machos y hembras que estaban entre dos hembras. Parecía claro, pues, que los efectos de las hormonas ya antes del nacimiento, y también aquellos que se dan en la pubertad, marcarían el comportamiento violento.

Pero en seres humanos las cosas son muy diferentes. Se intentó trasladar los conocimientos de lo que ocurría en animales a las personas, con el subsecuente fracaso. No todos los hombres son violentos, nada más lejos de la realidad, y cuando lo son físicamente, no siempre es debido a un nivel alto de testosterona. Multitud de hombres por cuyos cuerpos circula esta hormona en gran cuantía son pacíficos y no muestran ningún tipo de violencia física. ¿Cómo entonces se podía explicar todo ello? Se pusieron en marcha muchos estudios en los que se analizó si los comportamientos violentos se relacionaban siempre con esa alta testosterona. Los resultados no eran concluyentes, pues presentaban inconsistencias. Hay una relación tanto de la violencia física como de la delincuencia con el nivel de testosterona, aunque débil, pues no ha sido siempre descrita, es decir, se ha descrito en unos casos, pero no en otros. En hombres, la alta testosterona ha sido relacionada con el historial de crímenes violentos durante la adolescencia, con el historial violento en prisión, con los agresores sexuales violentos, con hombres antisociales que comenten actos violentos y con alcohólicos violentos. En mujeres, esta asociación se ha descrito en relación con el historial de violencia, de presas que han cometido delitos violentos y con historial violento en prisión.

Parece que los andrógenos tendrían un papel moderador de la violencia, pero no causante de la misma. Otros aspectos como la genética, el consumo de drogas o el haber padecido maltrato infantil harían más plausible inferir la probabilidad del comportamiento violento. Pero no solo eso, la personalidad desempeña en todo este puzle de múltiples piezas un papel fundamental. Así lo hemos visto en nuestras investigaciones con anabolizantes, derivados químicos de andrógenos que se utilizaron en el contexto deportivo para mejorar la resistencia al cansancio. Tras los controles antidopaje han seguido siendo consumidos por razones estéticas, sobre todo por adolescentes y jóvenes, pues su administración junto a los entrenamientos de fuerza y las dietas hiperproteicas les ayudaban a aumentar rápidamente la masa muscular. En realidad, se trata de bombas hormonales, pero no todos los hombres que los consumen son tras ello extremadamente violentos. Y ahí es donde la personalidad es clave, pues únicamente en aquellos hombres que tienen una personalidad violenta el consumo de anabolizantes puede desencadenar esa explosión desmesurada y, en

ocasiones, fuera de control. Menciono, por ejemplo, el caso de un portero de una discoteca que agredió violentamente a un chico hasta casi matarlo porque sintió que le había provocado con la mirada. Al estudiar el caso apareció el consumo de anabolizantes y de drogas de diseño entre algunas de las causas que desencadenaron la agresión. Pero analizando más en profundidad el perfil se pudo observar que había ya antecedentes de comportamiento violento y delictivo a lo largo de su vida. Los estudios en deportistas que han consumido anabolizantes indican que aproximadamente el 50% de los hombres mostraban un aumento de la agresividad, y que en el caso de las mujeres llegaba al 80%. Del mismo modo, niñas que por diferentes razones han sido expuestas a mayores niveles de andrógenos durante la gestación utilizan en mayor medida la violencia cuando se las provoca.

Hasta la edad de 10 años tanto niños como niñas solucionan los conflictos expresando la agresión de forma directa, pero al llegar la pubertad las cosas cambian. Mientras que por lo general los chicos se implican en conductas de riesgo y son más impacientes e irritables, las chicas sustituyen la agresión física directa por la agresión emocional indirecta. En ambos géneros, la maduración del córtex cerebral facilita que se utilice en mayor medida la agresión indirecta, pues resulta más adaptativa en las sociedades actuales. Parece, pues, plausible que los andrógenos puedan favorecer que aparezca la violencia física, no es de extrañar que sea más habitual en hombres jóvenes que en el resto de la población, pues en esta etapa de la vida los niveles de andrógenos alcanzan su valor máximo. Pero dependerá de otros factores como la educación y la cultura, los valores y modelos educativos, la familia y el ambiente en el que se ha crecido, la presencia o ausencia de enfermedad mental y de experiencias traumáticas o estresantes, como haber padecido abuso físico o sexual, así como del hecho de consumir alcohol y drogas.

Mientras que dos ratones macho se agreden por el mismo hecho de serlo con el fin de establecer dominancias, las hembras se comportan de modo diferente. Únicamente se pelearán entre ellas cuando haya falta de recursos o para acceder a los machos. Es lo que se denomina «agresión social femenina». Si damos el salto a nuestra especie, observamos que la violencia en mujeres suele ser mucho más verbal, relacional o indirecta que física. La exposición de niñas o mujeres a la

testosterona aumenta su predisposición a la violencia física, pero ¿juegan algún papel sus hormonas sexuales? Es lo que parece, aunque los resultados de las investigaciones, al igual que en el caso de los andrógenos, no muestran consistencia y son incluso contradictorios.

Síndrome premenstrual y violencia

Muchas mujeres tienen alguno de los síntomas del síndrome premenstrual, que suele desaparecer cuando comienza la menstruación. Sin embargo, hay mujeres en las que los síntomas son graves e interfieren considerablemente en sus vidas, tanto a nivel personal como familiar y laboral. Se produce una inflamación de los senos acompañada de dolor, aumento de peso, aparición de acné, dolor de cabeza o en las articulaciones, cambios de humor, llanto y síntomas depresivos. Pero, además, y en relación con la violencia, aquellas mujeres que lo padecen muestran mayor irritabilidad, y es más fácil que reaccionen violentamente. Las estadísticas nos dicen que hay mayor número de ingresos psiquiátricos, de suicidios y de actos violentos durante el síndrome premenstrual. Durante mucho tiempo se responsabilizó de todo ello a los cambios hormonales que acompañan a la menstruación. Pero no todas las mujeres lo padecen, y los niveles de estrógenos y progesterona son similares en mujeres con o sin el síndrome premenstrual. Es más, el tratamiento con estas hormonas tampoco afecta a los síntomas. Es probable que los mecanismos explicativos sean algo más complejos, y que haya que buscarlos a nivel molecular. Las mujeres con historial delictivo muestran mayor violencia durante el síndrome premenstrual, mientras que aquellas sin antecedentes y emocionalmente estables no manifiestan cambios que llamen la atención. Eso sí, parece que todas las mujeres que lo padecen podrían estar más susceptibles, pues se enfadan mucho más cuando son provocadas o responden con ira e irritabilidad ante situaciones que no las afectarían tanto en otros momentos.

Por último, hay que mencionar que, en los animales, los cambios hormonales durante la gestación y la lactancia hacen que las hembras sean potencialmente mucho más agresivas, con fines defensivos y protectores. Al analizar lo que ocurre en seres humanos los resultados no son concluyentes, pues la socialización y otros aspectos culturales pueden tener mucho mayor peso. Por otra parte, no podemos olvidar el hecho de que ya en muchas especies animales los machos muestran agresión parental para defender a su prole, sin experimentar esos cambios hormonales. Lo mismo ocurre en la especie humana, por lo que la implicación emocional y otros mecanismos cerebrales mucho más complejos que los cambios hormonales ayudarían a comprender

este tipo de violencia. Muchas madres y padres dicen coloquialmente que «llegarían a matar por su hijos e hijas» para hacer referencia a ese sentimiento de protección y defensa del que, además, hay consciencia. Y no solo eso, pondrían en riesgo su vida o incluso la darían para salvar la de su descendencia. Pero esto sería entrar ya en otro tema, y debemos volver a centrarnos en la violencia.

Genes de la maldad

El 1 de marzo de 2005 Stephen Anthony Mobley fue ejecutado mediante inyección letal tras ser condenado a pena de muerte por haber disparado al dueño de una pizzería. Él mismo argumentó que «había nacido para matar», debido a sus factores genéticos. Desde hace mucho tiempo se ha buscado el gen o los genes de la maldad, con el fin de entender hasta qué punto se trata de algo que viene ya predeterminado en nuestra naturaleza. Podríamos preguntarnos si se hereda la violencia, es decir, si nuestra carga genética nos lleva, sin poder evitarlo, a comportarnos violentamente. En los primeros estudios, se pensó en la posibilidad de que la violencia estuviese ligada al cromosoma Y, debido a que los hombres muestran más violencia física que las mujeres, y quizá ello no era solo debido a las hormonas, sino a aquellos genes que nos diferencian. Se pensó entonces que, si hombres y mujeres se diferencian en los dos cromosomas que llamamos sexuales, pues las mujeres tienen dos copias del cromosoma X mientras que los hombres tienen un cromosoma X y un cromosoma Y, habría que buscar en este último la causa de la violencia. Y así se hizo, y se estudió a aquellos hombres que debido a una alteración cromosómica tenían más de un cromosoma Y.

El primer estudio a gran escala fue llevado a cabo por Jacobson en una prisión de alta seguridad de Escocia, en 1965, y halló que aproximadamente el 3,5% de los reclusos mostraban «el cromosoma del crimen». Se llegó a postular que se trataba de supermachos genéticamente programados para la violencia. Parecía que se había encontrado la causa de la criminalidad y quizá también de la violencia física desmesurada. Sin embargo, muchos de los crímenes que habían

cometido estas personas eran más contra la propiedad que contra individuos. Investigaciones posteriores pusieron en tela de juicio esta explicación, y argumentaron que la alta criminalidad descrita no era debida a los cromosomas Y adicionales, sino a las deficiencias intelectuales propias de quienes presentan estas características. En la actualidad, se considera que, si bien poseer este cariotipo puede ser un factor más a considerar, no es siempre determinante, pues dependerá de la expresión de la violencia del ambiente en el que se crezca y se viva. Pero volviendo a los cromosomas sexuales, otras investigaciones partieron de la hipótesis contraria. Quizá poseer más cromosomas X hace que seamos menos violentos. Se analizó el índice de violencia física en otras alteraciones cromosómicas en las que o bien se tenían menos cromosomas X de lo habitual, como en el síndrome de Turner (X0), o bien se tenían cromosomas X adicionales, como en el síndrome de Klinefelter (XXY) o en las llamadas «superhembras» (XXX). Pero los resultados no fueron concluyentes, es más, en muchas ocasiones fueron contrarios a lo esperado. Si bien el par de cromosomas sexuales podrían estar implicados en la violencia física, al menos en la de carácter impulsivo o emocional, las cosas no eran tan fáciles o claras, por lo que sería también cosa de otros genes adicionales.

Los estudios actuales en genética molecular han puesto de manifiesto que nada es tan sencillo, pues según revelan hay multitud de genes implicados en la violencia física. Sin embargo, el ambiente sigue siendo una baza fundamental: puede obstaculizar su expresión o, por el contrario, puede contribuir a que esos genes se expresen. Bien es cierto que cuanto mayor sea la carga genética, mayor probabilidad habrá de que aparezca, pero en la gran mayoría de los casos aquello que nos ocurre en la infancia y el ambiente en el que vivimos tienen una influencia notable. Por ello, los trabajos de prevención y las intervenciones a las que se puede acceder cuando se vislumbran atisbos de violencia son un camino hacia la esperanza.

Estudios de gemelos y violencia

Para tratar de comprender el peso de la genética y del ambiente en la violencia, la genética de la conducta ha analizado hasta qué punto aparece en gemelos. Su forma de hacerlo consiste es comparar parejas de gemelos monocigóticos o iguales, con dicigóticos o mellizos. Los primeros provienen de un óvulo fecundado por un espermatozoide que formará un único embrión, que más tarde se dividirá para formar dos seres independientes, exactamente iguales. Los mellizos, por su parte, comparten la misma carga genética, pueden ser o no del mismo género, y provienen de dos óvulos que han sido fecundados por dos espermatozoides diferentes. Si la violencia física como algo estable que alguien muestra a lo largo de su vida fuese algo totalmente genético, el 100% de los gemelos la compartirían, pues estaría predeterminada por nuestra carga genética. Pero no es así, ya que en muchas parejas de gemelos o gemelas idénticos resultaba que solo una de las personas estudiadas contaba con un historial de violencia. Por otra parte, hay mayor número de parejas de gemelos idénticos con rasgos violentos compartidos que de mellizos. Del mismo modo, los estudios de adopción indicaron que el porcentaje de personas adoptadas con historial delictivo cuyos padres o madres también lo tuvieron era mayor que el de adoptados con progenitores sin antecedentes.

Cerebros violentos

Más que del cerebro violento tenemos que hablar de cerebros violentos. Nada tiene que ver el cerebro de un agresor impulsivo que no controla sus explosiones de violencia con el de un psicópata integrado que tiene la capacidad de pensar fríamente en cómo ejercer la violencia psicológica para destruir a otra persona sin trasgredir las normas sociales, permaneciendo así impune ante la justicia. En ambos casos hay violencia, pero el modo en que se han configurado y, es más, en que operan sus cerebros es totalmente diferente. Aunque al hablar de los diferentes perfiles violentos iré comentando cómo funcionan sus cerebros, creo que es fundamental ofrecer previamente unas pinceladas generales.

Si al principio se creía que había un centro neural de la violencia que se correspondía con el sistema límbico, implicado en las emociones, en la actualidad somos conscientes de que hay un complejo sistema neural implicado en la violencia. En realidad, se trata de partes del cerebro más primitivas como la amígdala y de otras más evolucionadas como la

corteza cerebral, todas ellas en interacción y por las que circulan sustancias químicas, los neurotransmisores, que también jugarán su papel. Según el tipo de violencia, además, unas áreas cerebrales u otras tendrán un mayor protagonismo. Los primeros estudios, ya clásicos, se realizaban en animales de laboratorio, a los que se lesionaba o estimulaba un núcleo concreto del cerebro para observar la reacción del animal. Se hicieron célebres los experimentos de Siegel en gatos, y otros realizados en roedores e incluso con primates no humanos. De todos ellos, quizá, una de las conclusiones más relevantes fue la de que hay mecanismos cerebrales específicos para la ofensa, la defensa o la predación o conducta depredadora.

Y es en nuestra especie donde los datos provenientes de enfermedades, accidentes cerebrales y otras contrariedades supusieron las primeras aproximaciones al estudio de la violencia. Así, contamos con las descripciones de casos de lesión cerebral, como el de Phineas Gage (1823-1860), obrero que trabajaba en los ferrocarriles y a quien una barra de hierro le atravesó el cráneo: la barra entró por el lado izquierdo de la cara, le pasó por detrás del ojo izquierdo y salió por la parte superior de la cabeza, dañando así el córtex prefrontal del cerebro. Milagrosamente sobrevivió al accidente, pero su personalidad y su conducta cambiaron considerablemente. No tenía ya habilidades sociales, se distraía con facilidad y parecía que nada lo afectaba. Es más, se mostraba hostil, agresivo y no controlaba sus impulsos, entre ellos el violento. La desgracia de Gage supuso un gran avance para la Neurocriminología, que por primera vez pudo establecer una relación directa entre daño cerebral y violencia. Por su parte, Walter Freeman (1895-1972) practicó numerosas lobotomías a pacientes psiquiátricos violentos y observó en muchos de los casos que se volvían dóciles y tranquilos. Por supuesto esta práctica tenía además muchas otras consecuencias, pues una misma parte del cerebro, en este caso el córtex prefrontal, está implicado en multitud de comportamientos y procesos psicológicos. Ciertamente, llevó a cabo intervenciones poco éticas y que hoy en día consideramos inaceptables, pero que proporcionaron informaciones sobre la relación entre cerebro y violencia. Y así podrían mencionarse un sinfín de casos, por ejemplo, provenientes de personas que sufrían tumores cerebrales en diferentes partes del cerebro como la amígdala, el hipotálamo y la corteza temporal o la frontal. Al igual

que Charles Whitman, con quien he comenzado este monográfico, todos ellos muestran violencia verbal, física o sexual, y pueden llegar incluso a asesinar por falta de control del impulso violento. En su libro *Violence and the Brain* (1970), los investigadores Mark y Ervin indicaban que «algunas formas de violencia humana tienen su origen en trastornos derivados de ataques epilépticos del lóbulo temporal». Es lo que se conoce como síndrome de descontrol episódico, pues se describió que un alto porcentaje de criminales violentos mostraban un electroencefalograma anómalo, causado principalmente por daños cerebrales en este lóbulo del cerebro.

Otros datos provenientes de enfermedades infecciosas como la rabia y las encefalitis, junto con otros de los traumatismos cerebrales, algunos tipos de epilepsia o incluso las demencias, han iluminado más las bases cerebrales de la violencia. Así, tanto en el Alzheimer como en otros tipos de demencia, que tienen una base orgánica cerebral y que van asociadas a la edad, hay un deterioro de las funciones cognitivas, sobre todo de la memoria, que puede ir acompañado de falta de motivación y depresión, pero también de agitación u hostilidad. Todos estos casos han supuesto aproximaciones interesantes y útiles al estudio de la violencia, pero quizá la innovación más revolucionaria se produce con el avance en las técnicas de neuroimagen, que hacen fotografías del cerebro humano *in vivo*. A grandes rasgos, los resultados de estas investigaciones y estudios de casos señalan que hay alteraciones en cómo son y cómo funcionan los lóbulos frontales y temporales de personas violentas. Son diferentes en la violencia impulsiva y la premeditada, al igual que en la actividad fisiológica que las acompaña, que se puede evaluar mediante sistemas de registro, y nos da una estimación indirecta de lo que ocurre en el cerebro a través de mediciones del Sistema Nervioso Autónomo, con el que está interconectado. Así, ante las situaciones de estrés, únicamente la violencia emocional iría acompañada, por ejemplo, de un aumento de la actividad electrodérmica, es decir, la respuesta de nuestra dermis, o de la frecuencia cardíaca, o sea, el número de latidos del corazón por minuto, pero no lo iría la violencia más fría o premeditada.

Y no podemos olvidar que por nuestro cerebro circulan multitud de sustancias, conocidas como «neurotransmisores», que no son más que mensajeros químicos que transmiten la información entre neuronas.

Pero ¿podría un cambio en la química del cerebro convertirnos en personas violentas, aunque no esté diagnosticado como una enfermedad mental o un trastorno de la personalidad? ¿Podrían ser estos cambios en los neurotransmisores los responsables de que el Dr. Jekyll se convierta en Mr. Hyde? Otro gran número de investigaciones ha tratado de responder a estas preguntas. Y no solo a ellas, sino también a si las diferencias en el funcionamiento de los neurotransmisores podrían ser la causa de las diferencias en violencia de unas personas a otras. El principal neurotransmisor implicado en la violencia es la serotonina, pues es un inhibidor de la impulsividad y de la alta agresividad. Se ha analizado incluso el efecto de las bebidas y dietas ricas en triptófano, el aminoácido del que proviene la serotonina, y se ha descrito que podrían mejorar el estado de ánimo y disminuir la agresividad. Pero los resultados no siempre concuerdan en todos los estudios, y los efectos varían en función de a quien se estudia, siendo mucho más evidentes en perfiles de personas caracterizadas por una alta agresividad. Si echamos un vistazo a los estudios científicos, observamos que la violencia relacionada con la serotonina es la de tipo impulsivo, y que la premeditada no lo está. Incluso hay descripciones de baja serotonina en poblaciones tan dispares como grupos de personas con historial de violencia, de personas impulsivas con alta rabia e irritabilidad, de agresores violentos con alteraciones de la personalidad, de niños con trastornos de conducta y agresión impulsiva y de progenitores que intentaron matar a sus hijos. Es también característica de crímenes impulsivos, suicidios violentos y autolesiones graves. En muchos de estos casos, los psicofármacos que mejoran el funcionamiento de la serotonina producen una disminución de la violencia. Pero ningún comportamiento humano está regulado por un solo neurotransmisor, y no iba a ser menos en el caso de la violencia. Otras sustancias como la dopamina, la noradrenalina, el GABA, la vasopresina o los opioides endógenos han sido también relacionadas. Podemos pensar, por lo tanto, en un conjunto de sustancias que facilitan que aparezca la violencia impulsiva, siendo una de ellas la estrella, la serotonina.

Procesos mentales y violencia

Hemos resaltado ya la trascendencia que tuvieron los estudios de casos en la comprensión de la relación entre el correcto funcionamiento del cerebro y la violencia. No podemos olvidar que millones de personas sufren algún tipo de daño cerebral cada año en el mundo, algunas de ellas como consecuencia de un traumatismo y otras de un accidente cerebrovascular. La gran mayoría de ellas tienen secuelas que afectan a alguno de sus comportamientos y una parte importante puede sufrir cambios en el violento. En ocasiones, debido a una afectación brusca de la personalidad. Así, alguien que no era violento puede comenzar a mostrar ira y enfado de manera habitual, e incluso a agredir verbal o físicamente a otras personas. Pero parece que, más que un cambio en la esencia de la persona, se deteriora su capacidad de controlar la expresión de la ira. Quienes padecen daños cerebrales en el lóbulo frontal se vuelven frecuentemente más irritables e impulsivos, y controlan menos sus impulsos. Si, además, se trata de personas que antes de la lesión o el accidente cerebrovascular tenían ya una personalidad violenta, la mostrarán mucho más.

Y todo ello afectará a lo que llamamos «procesos mentales complejos», que no son más que los relacionados con la cognición y la regulación emocional. Se percibirán cambios en los procesos de aprendizaje y memoria, en la atención, el lenguaje y la forma en que realizamos nuestras acciones. Asimismo, al verse afectada la regulación emocional, pueden apreciarse déficits de la función social y del control de impulsos, así como de nuestro estado de ánimo. Ante ello, surge la pregunta: ¿es posible identificar algún patrón claro de funcionamiento cerebral en las personas violentas? No exactamente, pero se empiezan a reconocer algunos déficits que facilitarían la expresión de la violencia, no siempre vinculados al daño cerebral, pues se han descrito también en poblaciones violentas que no lo han padecido. Además, no todas las personas violentas presentarán todos estos déficits, pues, por ejemplo, las alteraciones cognitivas no son tan evidentes en muchos casos de violencia premeditada o incluso en psicópatas, sobre todo en los integrados en la sociedad. En cambio, sí que lo son en los agresores y las agresoras impulsivos, por lo que merece la pena mencionarlas.

Gran parte de las investigaciones realizadas con poblaciones violentas se han centrado en estudiar las deficiencias en las ya mencionadas funciones ejecutivas, dado que son clave para mostrar un comportamiento socialmente adecuado. Se trata de actividades mentales complejas que nos permiten organizar, planificar, guiar y evaluar el comportamiento que emprendemos en cada caso para adaptarnos a la situación, así como para cumplir con nuestros objetivos y metas. Permiten, además, inhibir los comportamientos inapropiados en cada contexto. Pongamos como ejemplo un día cualquiera, en el que al levantarnos pensamos en todo lo que tenemos que hacer, y trazamos un plan de lo que haremos en cada momento del día. Si las circunstancias cambian, las funciones ejecutivas permitirán que nos adaptemos a ello y que reelaboremos y modifiquemos nuestros objetivos y planes para alcanzarlos. Sin embargo, la rigidez mental característica de muchas personas violentas, basada en patrones fijos de pensamiento y en grandes dificultades para cambiar de criterio o modificar el punto de vista acerca de un tema, les impediría llevar a cabo esta adaptación. Esa estructura rígida de procesamiento de la información, sumada a la pobre inhibición del comportamiento y a la lentitud del pensamiento que caracterizan a estas personas, crean el caldo de cultivo que podría llevar a tomar decisiones inadecuadas, ya que se ve gravemente mermada la capacidad de valorar las consecuencias de la propia conducta. Es decir, que pese a que estos individuos saben que la violencia no es la vía adecuada para relacionarse en sociedad, ya que tiene consecuencias nocivas no solo para quien la padece, sino también para quien la ejerce, el modo en que les funciona el cerebro hace que la expresen asiduamente. Aunque insistimos en que este perfil cognitivo sería más característico de los agresores impulsivos, y no tanto de quienes actúan con premeditación.

Por otra parte, el riesgo de violencia es mayor cuando las habilidades verbales y la capacidad de abstracción están alteradas. Dicho de otro modo, algunos tipos de violencia son más habituales en personas que tienen un lenguaje pobre y poco elaborado, diríamos que muy concreto y centrado en el ejemplo, reflejo de una escasa capacidad para abstraer y relacionar conceptos. Es también frecuente la alexitima, una incapacidad para identificar y expresar las emociones. Muchos agresores y agresoras que reaccionan impulsivamente con violencia

carecen de inteligencia emocional, no saben identificar lo que sienten, comprenderlo y regularlo adecuadamente. Cuando estas dificultades se extienden a la evaluación de las emociones de otras personas, su dificultad de empatizar les lleva a que atribuyan hostilidad, incitación o intimidación a otros debido a una mala interpretación. Y reaccionan a ello en consecuencia, mostrando violencia ante lo que entienden como una provocación que en realidad no existe, sino que es fruto de una interpretación errónea. Conocer todos estos aspectos resulta fundamental, ya que permite elaborar programas de neurorehabilitación concretos para la violencia, con el fin de disminuir la capacidad de reincidencia. Estas intervenciones consisten, básicamente, en estimular aquellos procesos mentales deficitarios, como las funciones ejecutivas, el lenguaje o la regulación emocional, con el fin de mejorarlos mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas estandarizadas y otros ejercicios y actividades. Esto facilitaría, a su vez, la aplicación de programas psicoterapéuticos y de psicoeducación que permitiesen una mejor gestión del impulso violento.

Alcohol y drogas, ¿nos hacen más violentos?

Muchos actos de violencia se producen bajo los efectos del alcohol y otras drogas, pero ¿quiere decir ello que su consumo nos vuelve violentos? No exactamente. Puede facilitar la aparición de la violencia, pero no la causa irremediablemente, y desde luego no en todos los casos. Quizá la sustancia más estudiada ha sido el alcohol, y si bien muchos actos delictivos, e incluso homicidios, han sido cometidos bajo sus efectos, no todas las personas que lo consumen se vuelven violentas. Así que lo plausible es que, únicamente en quienes tienen una personalidad violenta o son muy irascibles, el consumo de alcohol daría rienda suelta a la expresión de algo que ya sienten. Una reacción similar podría darse con otras drogas, como la cocaína, las anfetaminas y sus derivados como el éxtasis o las drogas alucinógenas. Aunque no podemos generalizar, ya que la expresión de la violencia dependerá del momento del consumo en que se produzca, y ahí es donde debemos

diferenciar entre la intoxicación por el consumo puntual, el prolongado o la abstinencia.

Cuando consumimos alcohol u otras drogas nuestro cerebro se resiente, tiene menos capacidad de controlar el impulso violento, lo que se suma a unas emociones alteradas y desproporcionadas. Tenemos que hacer un mayor esfuerzo para poder comprender lo que está ocurriendo a nuestro alrededor y, en muchos casos, percibimos la información totalmente distorsionada. Así, por ejemplo, un simple comentario puede entenderse como una agresión verbal en toda regla, lo que nos llevará a reaccionar desproporcionadamente en consecuencia. Como decíamos, esto es debido sobre todo a la desinhibición de un cerebro que no controla los impulsos ni regula de manera adecuada las emociones. Algunas drogas, incluso, pueden alterar notablemente la percepción de la realidad, induciendo a confusión, paranoia o alta susceptibilidad y delirios o creencias falsas de lo que está ocurriendo, lo que facilitaría una respuesta violenta.

El consumo crónico de alcohol y otras drogas produce cambios en cómo pensamos, pero también en cómo sentimos. Junto con los cambios bruscos y poco ajustados de las emociones, se ven alterados lo que ya hemos definido como «procesos cognitivos complejos», aquellas capacidades propias del ser humano que nos permiten pensar, recordar, organizar y regular nuestro comportamiento. Quizá donde más se noten los efectos es en la memoria, pues son frecuentes los olvidos, las lagunas de episodios pasados e incluso la dificultad de recordar lo que se acaba de hacer. Y también cuesta mantener la atención en algo concreto durante mucho tiempo, así como dirigirla selectivamente hacia aquello que se desea. El cerebro se vuelve más lento, por lo que cuesta procesar la información que llega desde el exterior, así como más rígido y poco flexible, lo que provoca que le sea más difícil adaptarse a un entorno cambiante. Tomar una decisión se convierte en una tarea ardua, y mucho más hacer varias cosas a la vez o una detrás de otra de forma ordenada. También se complica la planificación de lo que se va a hacer durante el día o la respuesta a aquello que nos va sucediendo. El consumo prolongado de sustancias comporta asimismo una gran dificultad para identificar, comprender y gestionar las emociones propias, lo que llamamos «inteligencia emocional», que se hace aún mayor, si cabe, cuando se trata de comprender las emociones de las

demás personas y sentir así empatía y compasión hacia ellas. La adicción puede cambiar incluso la personalidad de quien las consume, y convertirlas en personas más impulsivas y violentas. Este consumo suele ir acompañado por una deficiente alimentación, con falta de algunas vitaminas como la tiamina o B1, lo que produce, como consecuencia, el llamado «síndrome de Korsakoff». Este se caracteriza por alteraciones de la memoria, confabulación o invención de lo ocurrido para rellenar esas lagunas y un aumento de la irritabilidad, la hostilidad e incluso de los comportamientos violentos. Por su parte, cuando se abusa de sustancias como las anfetaminas o la cocaína durante un largo periodo, se puede inducir un estado de consciencia similar a la psicosis. Y, junto con ello, producirse una gran irascibilidad y una mayor expresión de la violencia, tanto en la respuesta a la mínima provocación, que en ocasiones ni es real, como en la manera de relacionarse o de reaccionar a lo que va sucediendo en el día a día.

Cuando se deja de consumir una sustancia a la que hemos desarrollado una dependencia, se produce el síndrome de abstinencia, que no es más que una llamada de atención del organismo para decir que «algo va mal», y que hay que buscarla y volver a ingerirla para que todo llegue a su equilibrio. Aunque los síntomas dependen de cada sustancia y pueden variar de una persona a otra, los más característicos incluyen las alteraciones del sueño y el apetito, la fatiga, el temblor y la agitación, la ansiedad y la depresión, la incapacidad de experimentar placer y, los que más interesan por el tema aquí tratado, la irritabilidad y la hostilidad. Es por ello probable que muchas personas ejerzan la violencia cuando se encuentran en estado de abstinencia, pues su cerebro hace que sientan la necesidad imperiosa de consumirla y que esta se sitúe por encima de las normas sociales o de las formas habituales de relacionarse de la persona en ese estado.

Pero como bien hemos dicho, además del tipo de droga, otros aspectos del consumo pueden hacer que aparezca la violencia en mayor o menor medida. Así, es más probable que esto suceda en personas jóvenes. No olvidemos que, si se abusa del consumo de estas sustancias antes de estar formado el cerebro, por ejemplo, durante la adolescencia, los efectos nocivos afectarán a la maduración cerebral, pues se trata de un periodo sensible del desarrollo. Por otra parte, aunque el patrón de la relación entre drogas y violencia suele ser similar en hombres y

mujeres, es en estos en quienes aparece con mayor frecuencia, debido a los efectos de la testosterona y de la socialización. Poseer algunas características de personalidad como la impulsividad, la inestabilidad emocional o la búsqueda de sensaciones hace más probable que quien consuma drogas muestre comportamientos violentos. Y también los fomenta el hecho de tener algún trastorno de la personalidad o enfermedad mental. También influyen la cantidad de sustancia ingerida, el tiempo durante el cual se ha consumido y el posible uso combinado de más de una de ellas, además de la mayor o menor aceptación social.

Resulta fundamental mencionar que, cuando la violencia va asociada al abuso de alcohol y otras drogas, el tratamiento primario será el de la adicción, ya que suele ser el origen del problema. Afortunadamente, se cuenta ya con un abordaje multidisciplinar que aumenta la probabilidad de éxito. La psicoterapia, junto con la psicoeducación, la administración de psicofármacos y la rehabilitación cognitiva, unidas a la asistencia social, posibilitan la mejoría y reducen los índices de reincidencia.

Perfiles violentos

Hemos ya relatado que los genes, la configuración de los cerebros y la química de nuestro organismo, así como las experiencias tempranas y el ambiente en que crecemos y vivimos desempeñan un papel importante en la expresión de la violencia. Pero no podemos generalizar el peso de cada uno de estos factores a todos los tipos de violencia y, mucho menos, a lo que llamamos perfiles o patrones estables de comportamiento violento. Es más, su influencia va a ser diferente en cada perfil, lo que hace más complicado, a la vez que apasionante, vislumbrar las vías más efectivas en cada caso para una prevención y una intervención adecuadas.

La edad de la inocencia: menores violentos

Algunos menores se comportan de forma violenta: no solo empujan, golpean o propinan palizas, sino que también insultan y amenazan. A veces, incluso, infligen una violencia más sutil, como cuando hacen el vacío a alguien y lo aíslan del grupo. Los cambios en las relaciones familiares, la sobreprotección que fomenta el egocentrismo y que puede llevar al narcisismo, y muchos otros factores relacionados con la educación en los ámbitos familiar y educativo, como unos modelos altamente competitivos o una educación poco empática, poco respetuosa con otros valores y que no se basa en la aceptación de la diversidad y la inclusión social, están contribuyendo, sin lugar a dudas,

a la violencia ejercida por menores. Pero, además, algunos factores más biológicos o de personalidad influirán en que esta aparezca y, si es el caso, se perpetúe. El trastorno negativista-desafiante es propio de aquellos menores que son hostiles e irritables, y niegan las figuras de autoridad. Lo hacen una y otra vez, de forma continua. O sea, muestran un patrón de enfado e irritabilidad, discusiones continuas y una actitud desafiante o vengativa. Tal vez al leer este párrafo muchas personas se preguntarán dónde está el límite entre lo que se entiende como «normal» y aquello que puede considerarse enfermizo. Les diríamos que en dos aspectos clave: en la persistencia, es decir, si es algo que aparece de forma consistente en el tiempo, en un periodo prolongado de al menos seis meses; y en la frecuencia, ya que todos esos comportamientos tienen que darse en repetidas ocasiones. ¿Y cómo muestran estos menores su oposición? Pues no siempre del mismo modo. A veces de forma pasiva, pues hacen lo que se les antoja, no obedecen las normas, como, por ejemplo, descalzarse al entrar en casa, o no respetan los horarios marcados, como cuando deciden no asistir a la clase de piano. Pero, en otras ocasiones, su oposición es más activa, pues insultan, amenazan o chillan a alguna figura de autoridad como el padre o la maestra, o incluso agreden físicamente. Es difícil establecer el porcentaje de menores afectados, pero los estudios realizados hasta el momento incluyen una horquilla que abarca del 2 al 16%. Es al cumplir los 2 o 3 años cuando empiezan a identificarse estos comportamientos disruptivos como claramente fuera de la normalidad por edad, ya que crean serios problemas en la escuela y en el hogar, y afectan a las relaciones familiares y la convivencia.

Por su parte, el trastorno de conducta o disocial caracteriza a los menores que cometen actos dañinos a otras personas una y otra vez, constantemente. Es una forma de actuar y de relacionarse. Se trata, pues, de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros seres, ni la normas o reglas sociales propias de la edad. Esta forma de comportarse aparece ya en la infancia, y se ve agravada por el hecho de causar daño, infligir violencia a personas o animales, mentir, robar o incluso destruir la propiedad de otros. Es probable que el problema se haga crónico, y estaríamos en la antecámara del trastorno antisocial de la personalidad. Estos perfiles no muestran comportamientos destinados

a beneficiar a otras personas, como ayudar, compartir o colaborar, ni tampoco empatía, culpa, remordimientos o arrepentimiento de sus acciones. Además, no realizarán el esfuerzo necesario para tener buenos resultados en la escuela, el trabajo u otras actividades importantes sin que ello les suponga ningún dilema moral, es más, tirarán balones fuera y culparán de todo a los demás. Y también mostrarán un afecto superficial o deficiente, pues no expresarán emociones o sentimientos con los otros, ya que cuando lo hacen es de forma poco sentida, poco sincera o superficial.

Podríamos pensar que estos trastornos son debidos única y exclusivamente al ambiente en el que se crece, a la educación recibida. Y, sí, el entorno juega un papel fundamental, pero no por ello podemos obviar lo que nos dicen los estudios genéticos. Al analizar las familias, el riesgo de que un hijo o hija muestre un trastorno negativista desafiante o de conducta es mayor si alguno de los padres tiene un trastorno antisocial de la personalidad. Y al comparar los gemelos con mellizos se ha obtenido que en el primer caso hay mayor probabilidad de que ambos tengan uno de estos trastornos, por lo que no podemos obviar el papel de los genes. Parece, además, que cuando la madre o el padre tienen antecedentes criminales, problemas de conducta o trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el riesgo de desarrollar un trastorno de conducta en la descendencia es mayor. Según indican las investigaciones científicas, tal vez se deba, en gran parte, a un mal funcionamiento del cerebro, en concreto de la amígdala, que regula las emociones. También al de la ínsula, fundamental en la empatía, y al de la corteza prefrontal, que permite controlar los impulsos y empatizar. Y no solo eso, algunos estudios muestran que estos menores reaccionan de forma fría, pues apenas sienten el miedo.

Los profesionales de la salud mental trabajan junto con educadores para ayudar a menores que han sido diagnosticados con uno de estos trastornos. El problema se aborda tanto con la propia familia como con la escuela. Se pretenden mejorar las conductas positivas y cooperativas, y reducir aquellas más negativas y que muestran la oposición y el desafío. Otras intervenciones psicológicas consideran que el aspecto principal a tratar es el mal funcionamiento del cerebro, que afectaría a la organización y planificación de objetivos y acciones para alcanzarlos, a cómo se procesa el lenguaje, a cómo se regulan las emociones y a

cómo se establecen las relaciones con los demás. Por ello, se tratarían más todos estos aspectos que el comportamiento en sí mismo. Y junto a estos enfoques de trabajo, se cuenta con algunos psicofármacos que pueden ser de ayuda. En función de cada caso y de sus particularidades, se diseñará un tratamiento u otro, que podrá ir cambiando según lo haga la evolución del trastorno.

Cerebros psicopáticos, ¿todos asesinan?

En muchas ocasiones la violencia no es debida a un momento de ira o cólera intensa que se escapa a nuestro control, sino que aparece como un rasgo propio de la personalidad, es decir, como una característica que nos define. Y puede también formar parte de un cuadro clínico conocido como «trastorno de la personalidad». Pero no es correcto hablar en singular, ya que en realidad se han hallado muchos tipos de personalidades «enfermas», lo que a su vez ha comportado el establecimiento de otras tantas tipologías de trastorno. En todo caso es importante recalcar que, aunque tener un trastorno de la personalidad aumenta el riesgo de actuar violentamente, la mayoría de las personas diagnosticadas así no son violentas, incluso puede tratarse más bien de víctimas que han sufrido y sufren las consecuencias de otra persona violenta. Dicho esto, si tuviésemos que seleccionar aquellos trastornos de la personalidad más relacionados con la violencia nos quedaríamos, sin duda, con el antisocial y psicopático, el narcisista, el límite y el paranoide.

Probablemente, la psicopatía nos acompaña desde el principio de la humanidad, pues encontramos descripciones que encajan con su definición a lo largo de nuestra historia, en diversas culturas y civilizaciones. Aun así, no ha habido un consenso claro sobre las características que definen la psicopatía, y tampoco de los criterios diagnósticos, es decir, de aquellos indicadores que, al cumplirse, nos permiten decir que una persona padece un trastorno mental concreto. Me atrevería a decir que sigue sin existir un consenso avalado unánimemente por toda la comunidad científica y los profesionales de las ciencias sociales y de la salud, incluso acerca de si se trata o no de

un trastorno mental; tan solo se han consensuado las principales características que los definen.

Ya en el siglo XIX se habló de «locura sin delirio» para resaltar el hecho de que los psicópatas tenían intacta su capacidad de razonamiento, aunque se comportaban al margen de las normas, de forma impulsiva y arriesgada y sin sentir ningún tipo de remordimiento. Fue también en este siglo cuando se acuñaron las dos formas de considerarla que se han extendido hasta nuestros días. Así, la tradición anglosajona acuñó el término «locura moral», para poner el énfasis en la conducta antisocial y desviada, mientras que la tradición alemana consideró que se trataba de una «desviación de la personalidad», por lo que las circunstancias individuales de cada psicópata serían el foco de atención. El peso de estas consideraciones ha sido tal que ha marcado la forma en que ha quedado recogida en los dos grandes sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Mientras que el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) hace hincapié en la conducta social y desviada, la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) enfatiza las características de personalidad. En realidad, ninguno de ellos recoge actualmente la psicopatía como tal, sino que incluyen el trastorno antisocial de la personalidad (DSM) y el trastorno disocial de la personalidad (CIE). La controversia acerca de si la psicopatía se correspondería exactamente con la conducta antisocial o con un trastorno de la personalidad ha generado mucha confusión entre profesionales y estudiosos, y ha hecho aún más difícil establecer un criterio unánime sobre la naturaleza de la psicopatía. Mientras que una parte de la comunidad científica aboga por mantener el concepto de psicopatía, un sector más abolicionista pretende acabar con esta confusión creada a lo largo del tiempo, para lo que propone la eliminación total del concepto.

Ante toda la polémica y dificultad para contar con criterios unánimes que permitiesen establecer cuando alguien es psicópata, el investigador de renombre en el ámbito de la psicología criminal, y profesor de la *University of British Columbia,* Robert Hare, desarrolló una escala de evaluación de la psicopatía denominada *Psychopathy Checklist—revised* (PCL-R). Con ella se puede identificar la psicopatía, pero, además, es útil para estimar la reincidencia o probabilidad de que se vuelva a repetir la

violencia. Cuando se valora con esta escala, se analizan tanto las características personales y afectivas como aquellas más relacionadas con la desviación social. Tal y como afirma el propio Hare, quien es diagnosticado de este trastorno «*presenta una imagen de una persona preocupada por sí misma, cruel y sin remordimientos, con una profunda carencia de empatía y de la capacidad para relacionarse con los demás de manera natural*». Destaca, además, que en estas personas «*están ausentes las cualidades esenciales que permiten a los seres humanos vivir en sociedad*».

Habrá quienes no podrán ser considerados psicópatas, pero sí poseedores de algunos rasgos psicopáticos. Incluso se ha llegado a diferenciar a unos psicópatas de otros en función de sus características. Así, por ejemplo, se habla de «psicópata perfecto» para hacer referencia a personas que cumplirían con todas las características básicas del trastorno y que provocan el rechazo inmediato de la mayor parte de la sociedad. Cuando destaca su capacidad de manipular a los demás para conseguir sus propósitos, sin importarle lo más mínimo las consecuencias de sus actos, hablamos de «psicópatas maquiavélicos». También hay casos en los que su estilo de vida es más organizado: son los y las «psicópatas organizacionales», que pueden plantearse objetivos claros y controlar su impulsividad, presentándose ante los demás con aparente normalidad. Y no perdamos de vista a quienes, sin presentar rasgos antisociales marcados, viven centrados en sí mismos, con una necesidad constante de atención, siendo el centro de todo, pero sin preocuparse por nada. Estos últimos, llamados «psicópatas narcisistas» destacan como buenos actores y actrices y, lamentablemente para la sociedad, alcanzan en ocasiones notoriedad pública y puestos de poder.

Para algunos estudiosos la psicopatía estaría genéticamente programada. Así, autores ya clásicos hablaban, al referirse a ella, de «depravación moral innata» y de «delincuente de nacimiento». Otorgaban, por tanto, un papel determinante a los genes, al considerar que se nace psicópata. Para otros, la psicopatía se adquiere por las experiencias que vivimos a lo largo de la vida, sobre todo durante la infancia, y es independiente de lo que diga nuestra genética. En un análisis exhaustivo de los estudios de gemelos llevados a cabo en los últimos 50 años, que ha sido realizado por la investigadora Tinca

Polderman de la VU University of Amsterdam y publicado en la revista *Nature Genetics*, se estima que la influencia de estos dos aspectos sobre la psicopatía se repartiría en un *fifty-fifty*. Es decir, los genes y el ambiente tienen el mismo peso en la probabilidad de desarrollar la conducta antisocial. Uno de los factores clave que aparece con insistencia al analizar la historia personal en psicópatas, e incluso en asesinos en serie, es el haber padecido maltrato infantil, incluyendo en muchos casos el abuso sexual. Pero no todas las personas que lo padecen se van a convertir en psicópatas, ni mucho menos, algunas ejercerán otros tipos de violencia más impulsiva o incontrolable y otras, sencillamente, no serán violentas.

¿Qué caracterizaría a la mujer psicópata y la diferencia del hombre?

Para responder a esta pregunta, la psicóloga forense Caroline Logan de la Universidad de Manchester publicó un interesante estudio en 2011 en que trató de eliminar los mitos de la ficción y describir las características y comportamientos de las mujeres psicópatas. Según ella misma nos dice, son comúnmente asociadas de forma errónea con el perfil de la *mujer fatal* o el de la mujer brutal y vengativa. Pero el impacto más nocivo de su modo de operar queda relegado al ámbito privado, generalmente a nivel familiar, y está relacionado con el apego, la dominación y la emotividad. También se produce en el contexto profesional, con las personas más cercanas, a las que intentan controlar y dominar. La autora indica que, al igual que en el caso de los hombres, las mujeres psicópatas se caracterizan por un marcado narcisismo, pero a diferencia de ellos es más discreto y no está guiado por la necesidad imperiosa de mostrar su superioridad. Así, no necesitan, por ejemplo, vanagloriarse abiertamente de un éxito profesional, ni presumir de sus logros o virtudes. Tampoco humillan a otras personas para sentirse superiores, pues actúan de una forma más encubierta y sibilina. Es más, por el contrario, alaban con frecuencia a otros y refuerzan su autoestima para ganarse su confianza y crédito, y poder así controlarles y manipularles. Aunque no ejercerán la violencia física de forma habitual, sí que lo harán con otros tipos de violencia, por ejemplo, la verbal o relacional, extendiendo rumores y utilizando la manipulación, el chantaje, el control de otras personas y la humillación. Por otra parte, pueden también mostrar más trastornos emocionales que los hombres psicópatas, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos por estrés, pues así lo ha mostrado un estudio llevado en 2017 en la Universidad de Örebro, en Suecia, publicado en la revista científica *Journal of Personality Disorders*.

No todas las personas psicópatas asesinan, ni mucho menos, pero un gran porcentaje de los asesinos y las asesinas en serie, que iría más allá del 90%, son psicópatas. En estos casos, se combinan los rasgos psicopáticos con un impulso violento incontrolable que conduce a quitar la vida a otras personas. Son activos desde la juventud, pues cometen delitos graves y reinciden de forma habitual. Les caracteriza una alta impulsividad y un pobre control de los impulsos, y abusan con frecuencia del alcohol y las drogas. Suelen delinquir y, cuando les es posible, lo hacen durante toda su vida. Su impulso de asesinar no es pasajero, sino crónico, pero mucho más activo en la juventud, cuando la capacidad física para llevarlo a cabo es mayor. Pueden incluso manipular a otras personas para que les ayuden a cometer sus crímenes cuando su fortaleza física se lo impide, o pueden emplear métodos alternativos para llevarlos a cabo, como ocurre cuando asesinan a través del envenenamiento. El FBI considera que alguien asesina en serie cuando ha acabado con la vida de tres o más personas en distintos momentos y situaciones. Para otros estudiosos del crimen sería suficiente con dos asesinatos.

En uno de sus primeros estudios sobre cerebro y psicopatía publicado en 1998, Adrian Raine, profesor del Departamento de Criminología de la Universidad de Pensilvania comparó, utilizando las técnicas de neuroimagen, el cerebro de asesinos impulsivos con aquellos que tenían rasgos psicopáticos, tomando como referencia a un grupo de hombres sin antecedentes de violencia. Ya en ese momento hizo constar que los asesinos impulsivos, que reaccionan con violencia física ante la mínima provocación o ante la percepción de que han sido provocados, mostraban menor actividad en la corteza prefrontal, pero mayor en la amígdala que los participantes de control. La poca actividad prefrontal dificultaría o impediría la inhibición del impulso violento una vez este hubiese aparecido. El exceso de activación de la amígdala, responsable de la ira, facilitaría la actitud violenta, al no poder ser inhibido por el pobre funcionamiento de la corteza prefrontal. En cambio, aunque los asesinos psicopáticos que habían actuado con una violencia fría y premeditada mostraban un exceso similar de actividad en la amígdala, tuvieron una actividad prefrontal al nivel de la de los controles de referencia. Precisamente ese autocontrol sería responsable de que pudiesen tener bajo su voluntad el impulso

violento, aunque lo hubiesen sentido con fuerza a un nivel más profundo.

La psicopatía no exime, en principio, de la responsabilidad criminal, al menos en la legislación española, pero hay mucha controversia al respecto. En países como España, se consideran imputables, al no tener pérdida de contacto con la realidad como ocurre, por ejemplo, en las personas que padecen psicosis. Se entiende que eligen sus comportamientos de forma consciente y racional, y que deciden no detenerse ante la perversidad de estos, aun conociendo sus consecuencias, sin mostrar además culpa, vergüenza o arrepentimiento. Pero las nuevas investigaciones aquí comentadas cuestionan si las personas psicópatas son realmente imputables, pues ponen de manifiesto un funcionamiento cerebral anómalo.

Quizá el principal problema en la actualidad es que no existe un tratamiento eficaz para la psicopatía, por lo que para algunos profesionales la solución más sensata para prevenir su reincidencia y proteger a la sociedad sería el internamiento definitivo. Para otros, la psicoterapia basada en el fomento de la empatía empeora incluso la psicopatía, pues les ayuda a desarrollar la capacidad de tomar la perspectiva de los otros, es decir, su empatía cognitiva, lo que repercute en su capacidad de manipulación, que se ve incrementada, y en la mejor planificación de sus actos violentos. Finalmente, una tercera corriente de pensamiento entiende que se dispone de tratamientos eficaces para la psicopatía, que incluirían los hormonales o farmacológicos combinados con otros de tipo psicoterapéutico. Parece que la efectividad es mayor en jóvenes de hasta 30 años con un bajo grado de psicopatía y que reciben tratamiento de forma prolongada. En cualquier caso, el creciente conocimiento del funcionamiento del cerebro en psicópatas augura un futuro prometedor y abre una puerta a la esperanza.

Personalidades límite, narcisista y paranoide

El trastorno límite de la personalidad, también conocido como *borderline*, se caracteriza por una personalidad inmadura o poco

forjada, y así, quienes lo padecen sienten un impulso autodestructivo, que puede incluir los intentos de suicidio y las autoagresiones, además de una gran inestabilidad emocional con un estado de ánimo que puede cambiar de un momento a otro. Afecta en mayor medida a las mujeres; en concreto, se estima que son féminas 3 de cada 4 casos diagnosticados. Es tanto así que, al estudiar la población penitenciaria, se ha visto que es el trastorno de la personalidad más común en mujeres violentas. Estas son inestables en las relaciones, llegando en muchos casos a romperlas, pues para ellas las personas pasan de «estar contigo» a «estar en contra tuya» en el momento menos esperado. Suelen expresar la rabia con quienes tienen más cerca, por lo que sufren muchos problemas en las relaciones de pareja y en las familiares. Pueden incluso ejercer violencia física, además de verbal, hacia las parejas y otras personas del entorno, como familiares y amistades, pero en el caso de las mujeres predomina la agresión hacia sí mismas. En casos aislados llevan a cabo comportamientos delictivos y, en muy rara ocasión, cometen homicidios. Manipulan frecuentemente para conseguir aquello que desean y no controlan la impulsividad, por lo que es frecuente que abusen del alcohol y las drogas, agravando todo ello la expresión de la violencia, que sean personas promiscuas sexualmente, que gasten en exceso o que tengan problemas con la alimentación. Se trata en realidad de personas inseguras sobre su imagen, lo que sienten y piensan y sobre sus relaciones personales. Fingen continuamente ser una persona que no son, pues les cuesta saber quiénes son realmente y tienen grandes dificultades para empatizar con los demás.

Las investigaciones actuales empiezan a vislumbrar algunos aspectos biológicos relacionados con la personalidad límite, como la presencia de genes concretos que llevarían a alteraciones en las vías cerebrales de algunos neurotransmisores, como la serotonina o la dopamina, sustancias que, como hemos señalado ya, están muy implicadas en la violencia. Parece que, además, habría una pobre comunicación entre el sistema límbico y el córtex prefrontal. Ello explicaría la dificultad para controlar la ira y para regular las propias emociones de forma adecuada, y también el hecho de que estas personas interpreten como amenazantes situaciones neutras. Su violencia impulsiva y reactiva, lejos de la fría premeditación, hace que muestren comportamientos

poco reflexivos cuando se sienten cuestionadas o contrariadas, pues tienen una gran dificultad para tolerar la frustración. Todo ello va a influir, como no podría ser de otra forma, en la expresión de violencia, que se potenciará cuando además abusen del alcohol y las drogas. En cualquier caso, el tratamiento del trastorno pasa por la psicoterapia junto a la administración de algunos psicofármacos, por lo que resulta fundamental la atención y el seguimiento en salud mental.

Por otra parte, quienes padecen narcisismo tienen una visión egocéntrica del mundo; se ponen a sí mismos en el centro de todo, sin que les importe lo más mínimo las necesidades y los deseos de los demás. Algunos de los valores de las sociedades occidentales actuales, como el éxito social y económico o la valoración de la juventud y la belleza podrían considerarse narcisistas. El auge de estos valores comporta que muchas personas vivan para las redes sociales, donde se muestran constantemente, y buscan la fama a cualquier precio. Ahora bien, no todas ellas tienen un trastorno de la personalidad. Entonces, ¿en qué consiste el narcisismo? Las mujeres y hombres narcisistas se sienten excesivamente importantes y sus preocupaciones giran básicamente en torno a la propia belleza, el éxito social o el poder. Se sienten «por encima» de los demás, y tienden a relacionarse únicamente con quienes consideran a su mismo nivel. Necesitan ser admirados continuamente, y en muchas ocasiones acaban aislados de la sociedad porque no escuchan a los demás ni se interesan por ellos; priman únicamente las necesidades propias. En principio, no muestran crueldad o violencia, aunque pueden utilizarla como un medio para conseguir sus objetivos. Los cuestionarios que pretenden medir el narcisismo se centran en la identificación en tres rasgos fundamentales: «soy un líder nato», «me encanta ser el centro de atención» y «puedo manipular a los demás con facilidad». El comportamiento violento en narcisistas suele aparecer cuando sienten que alguien o algo puede minar su autoestima, o también como consecuencia de la envidia que experimentan cuando otros tienen éxito o destacan más en alguna faceta.

En cuanto al trastorno paranoide de la personalidad, no debemos confundirlo con la psicopatía, pese a que antes se llamaba, a quien lo padecía, «psicópata fanático». Las personas que sufren este trastorno viven en su propio mundo, aunque no pierden totalmente el contacto

con la realidad, y piensan que los demás quieren hacerles daño de algún modo. En ocasiones piensan que les persiguen y, en otras, que les amenazan constantemente, por lo que las ideas delirantes forman parte de su personalidad. Son personas desconfiadas y suspicaces, que puedan interpretar la mínima señal como un desprecio, una provocación o una intención dañina. Y en respuesta a ello suelen reaccionar con ira, por lo que tienen problemas sociales, lo que les refuerza, a su vez, sus sospechas y suspicacias. La violencia que muestran es reactiva, aunque sin fundamento, pues se trata de una reacción desproporcionada a una interpretación errónea. Y consiste, además, en una defensa, porque se sienten atacados o traicionados. Por ello dirigen la violencia hacia personas cercanas o conocidas, de las que pueden sentir celos u odio, y de las que quieren vengarse por la humillación o el daño sufrido. Conservan en todo momento la lucidez y, al mostrarse violentos o incluso cometer algún delito, pueden entregarse posteriormente a las fuerzas de seguridad. No se arrepentirán de lo que han hecho pues creen que era lo debido, ya que se creen poseedores de la verdad. Tras un asesinato, si llega el caso, pueden sentirse héroes que están protegiendo a los demás de alguien peligroso.

¿Lleva la enfermedad mental a la violencia y al crimen?

La enfermedad mental, en especial la esquizofrenia, infunde temor en mucha gente, sobre todo porque se considera que quien la padece es una persona peligrosa y potencialmente violenta, incluso homicida. El cine ha contribuido a ello, pues muchas películas han retratado a asesinos y asesinas como enfermos mentales, al igual que los medios de comunicación. En ocasiones, estos se han cebado con casos como el de la madre que asesinó salvajemente a sus hijos con un arma blanca porque decía que no lo eran, que eran fuerzas del mal encarnadas en sus cuerpos. O el del joven aparentemente tranquilo que, en un estado de enajenación mental debido a una crisis psicótica, decapitó a su madre y condujo sin rumbo con su cabeza en el asiento trasero del

coche, pues aseguraba que era un ser malévolo que había venido a matarle. En realidad, al analizar ambos casos, vemos que se trata de agresiones defensivas, ya que lo que pretendían era liberarse de una amenaza terrible y muy real en sus mentes. Cuando estas personas son tratadas con los psicofármacos adecuados y vuelven en sí, pueden tomar consciencia de lo que han hecho, y sentir remordimientos y culpa por el resto de sus vidas. Cierto es que ello no los hace menos peligrosos si vuelven a estar fuera de control, pero también lo es que se trata de casos contados. Y es que la mayoría de personas que sufren un trastorno mental no son peligrosas y, mucho menos, llegan a asesinar a otra.

Algunos estados mentales producen mayor irritabilidad e ira, lo que hará que sea más fácil que se den comportamientos violentos. Pero, generalmente, serán dirigidos hacia la propia persona, plasmándose en autolesiones, intentos de suicido o, incluso, suicidios perpetrados. Considero fundamental recalcar este aspecto, pues la visión distorsionada y exagerada y, aún más, generalizada de la enfermedad mental en sí ha contribuido a la estigmatización de quienes la padecen, siendo consideradas personas potencialmente agresoras u homicidas. La enfermedad mental puede llevar a que no se sepan afrontar las situaciones del modo más adecuado, y a que todo se viva con mayor nivel de estrés del esperado. Ello puede conducir, a su vez, a una mayor impulsividad, a un menor control consciente del propio comportamiento y a la toma de decisiones poco acertadas ante los conflictos. Pero dista mucho de la afirmación «las personas con una enfermedad mental son violentas», pues no podemos olvidar que la mayor parte de actos violentos que ocurren son llevados a cabo por personas que no la padecen. Los avances en la genética del comportamiento han mostrado que algunos genes implicados en la enfermedad mental serían parcialmente responsables de la mayor predisposición a la violencia. Se trata de genes relacionados con los sistemas de neurotransmisión, que regulan la ira y la impulsividad, facilitando que se reaccione con violencia ante situaciones en las que se respondería de otro modo con una carga genética distinta. Y como ya hemos comentado, no podemos olvidarnos de aquello que nos ocurre en la vida, pues el que unos genes lleguen a expresarse dependerá en parte de ello. Las deficiencias cognitivas presentes en la enfermedad

mental, como el estado de confusión, agitación o alejamiento de la realidad, la rigidez mental, la pobre capacidad de planificación y de tomar cualquier decisión, junto a un pobre control consciente del comportamiento van a influir en cómo se manifiestan las emociones, entre ellas la ira. Un aspecto fundamental en el control de la violencia es el acceso al tratamiento. Muchas personas con enfermedad mental no siguen el tratamiento psicofarmacológico pautado, lo abandonan o, lo que es aún más peligroso, abusan del alcohol u otras drogas aumentando aún más el desequilibrio químico de sus cerebros. Cuando se siguen las pautas indicadas en salud mental, que incluyen la prescripción de psicofármacos junto con psicoterapia, el riesgo de violencia disminuye sobremanera. Si además se trabajan los hábitos de vida saludables como la regulación del sueño y la alimentación, y la práctica de ejercicio físico, y se tratan las deficiencias del cerebro mediante programas de rehabilitación cognitiva, ese riesgo es todavía mucho menor.

Hasta el momento hemos hablado de la enfermedad mental en general, pero ¿todas las enfermedades mentales aumentan el riesgo de violencia?, ¿hay algunas de ellas que guarden una mayor relación? La primera enfermedad mental que nos vendría a la cabeza es la psicosis, por el alejamiento de la realidad de quien la padece. La esquizofrenia, que suele aparecer en la veintena y acompañar de algún modo durante el resto de la vida, cambia la forma de pensar y sentir de quien la padece, y, por tanto, su comportamiento. Se caracteriza por la presencia de síntomas muy diferentes, aparecen cosas que no estaban o desaparecen las que existían previamente. Los primeros se llaman síntomas positivos e incluyen las alucinaciones, es decir, ver y oír cosas donde no las hay, o los delirios, creencias erróneas que dan un sentido a lo que les ocurre. Si, por ejemplo, solo yo puedo ver y escuchar a una persona que me habla del fin del mundo y de cómo evitar que ocurra (mi alucinación) crearé una realidad paralela en la que yo haya sido elegido para emprender una misión especial o tenga poderes sobrenaturales para poder comprenderlo (mi delirio). Los síntomas negativos incluyen la pérdida de motivación por las cosas, la incapacidad de sentir placer o emocionarse, así como las dificultades para procesar la información o para los nuevos aprendizajes y sus memorias. Como los síntomas son muy variables de una persona a otra

se habla de diferentes tipos de esquizofrenia. La esquizofrenia paranoide, que se distingue por una excesiva preocupación y suspicacia en el contenido de sus delirios y alucinaciones es quizá la que más se ha relacionado con la violencia. Se tratan de agresiones sin un motivo aparente, pero en realidad no son elegidas libremente, sino desde órdenes a las que se ven forzados a obedecer hasta fuerzas internas a las que no pueden decir que no. Cuánto más intensos son estos síntomas, menor es la red de apoyo social con la que se cuenta y más difícil el acceso a profesionales de salud mental, el riesgo de reaccionar violentamente aumenta.

Los trastornos del estado de ánimo han sido también relacionados con la violencia. Durante la depresión hay falta de energía y desmotivación, incapacidad de sentir placer alguno, aislamiento social y enlentecimiento de los procesos mentales. El delirio pesimista por el cual se ve todo negro junto con la baja autoestima y el impulso autodestructivo hacen que la muerte sea considerada como la única salida posible a ese sufrimiento. Es por ello que, tanto las autoagresiones como los intentos de suicidio o suicidios consumados son más frecuentes en las depresiones, mientras que el aumento de la hostilidad y la agresión a otras personas se da en mayor medida durante el estado de euforia, conocido como «manía». Ello se debe a que hay una excitación mental exagerada que se manifiesta en una energía desbordante y una aceleración de las funciones mentales. Se piensa más rápido y se plasma en el lenguaje y el comportamiento. Se controlan menos las emociones, por lo que pueden brotar más fácilmente los actos violentos. La falta de control de la ira es también característica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no hay que menospreciar que un porcentaje no desdeñable de presos por homicidio tienen características o el propio trastorno. La ansiedad extrema permanente del trastorno por estrés postraumático puede aumentar también la ira y la expresión de violencia hacia uno mismo u otras personas. Pensemos en quien ha vivido un atentado terrorista o ha sido víctima de una violación. Si lo desarrolla, volverá a vivir la situación una y otra vez, a modo de imágenes o *flashback* que aparecerán en su mente y que no podrá controlar. El estado de sobreexcitación que lo acompañará facilitará el dar rienda suelta a esa irritabilidad e ira en principio contenidas.

Quiero ahora mencionar el trastorno explosivo intermitente, incluido en los trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta según la última versión del manual diagnóstico de clasificación de los trastornos mentales (DSM-5). Se trata de explosiones de ira que aparecen una y otra vez, de tipo verbal o físico, y que van dirigidos hacia otras personas o hacia la propiedad. Son actos muy impulsivos y totalmente desproporcionados respecto a aquello que los ha propiciado. Suelen aparecer en la adolescencia y son más frecuentes en varones, por lo que además de la genética y las experiencias vividas, las hormonas sexuales podrían estar implicadas en su aparición. Se repiten en las generaciones, pues los estudios de familias han mostrado que aproximadamente un 30% de los familiares de primer grado de los afectados también manifiestan el trastorno. Las explosiones de ira no están premeditadas ni tampoco buscan conseguir algún beneficio, al contrario, son una respuesta a un impulso al que no se pueden resistir y que escapa a su control. Es tanto así que, al pasar el episodio, suelen manifestar culpa y arrepentimiento de la violencia infligida o, al menos, perplejidad por lo ocurrido.

Los lobos y sus presas: pedófilos y pederastas

Millones de niños y niñas en todo el mundo son víctimas de abusos sexuales. En ocasiones, son sus propios progenitores o algún familiar cercano quienes los cometen. En otras, un adulto desconocido será quien obligue a un menor a mantener algún tipo de comportamiento sexual, intentará seducirlo para hacerlo, o colaborará indirectamente en que ello ocurra, permitiendo que un tercero lo lleve a cabo sin hacer nada por impedirlo. El desarrollo de las nuevas tecnologías ha convertido internet y las redes sociales en caldo de cultivo para que muchos agresores sexuales de menores puedan captar a sus presas. Para ello, se ocultan bajo otra apariencia en un perfil falso, pero también adoptan todo tipo de estrategias para cautivar y convencer al menor de que se deje ver sin ropa, tocándose o masturbándose. También pueden tratar de que les envíen el material audiovisual en el que ha registrado todo ello, o incluso, en el peor de los casos, que acuda

a una cita. Abusar de un menor no conlleva necesariamente que se tenga contacto con este, pues sería también abuso grabar un vídeo o hacerle una fotografía mientras está desnudo, masturbarse en su presencia, enseñarle los genitales, o simplemente mostrarle pornografía. El abuso con contacto incluye los tocamientos y caricias, felaciones o *cunnilingus*, y la introducción de los dedos, objetos o el pene en la boca, vagina o ano del menor.

Como bien sabemos las consecuencias de los abusos son terribles para esos niños y niñas que no son conscientes de lo que están viviendo. Además de repercutir en su autoestima y en la construcción de su personalidad, va a afectar a su desarrollo cognitivo y emocional, pues les conducirá, muy probablemente, al fracaso escolar y al desarrollo de enfermedades mentales. No es de extrañar que les provoque depresión crónica o estrés postraumático, aunque no siempre recuerden que son precisamente esos abusos aquello que se lo ha producido, o algún otro trastorno mental. Y lo que es aún peor, las investigaciones científicas apuntan a que el hecho de haberlo padecido aumenta considerablemente el riesgo de suicidio. Resulta difícil hacerse una idea exacta de la prevalencia de este tipo de abuso, fundamentalmente porque muchos casos quedan relegados al ámbito familiar y, por tanto, encubiertos.

Pero ¿qué puede hacer que alguien que no es pedófilo sea pederasta?, o lo que es lo mismo: ¿qué puede llevar a una persona que no se siente atraída sexualmente por menores a abusar de ellos? Pues hay diversas razones, algunas dentro de lo patológico, como sufrir un trastorno de control de impulso sexual o un trastorno antisocial de la personalidad. Se han descrito, además, otros condicionantes, como el aislamiento de otros adultos, el alto nivel de estrés y la falta de experiencias sexuales que le lleven a buscar un sustituto. También puede originarlo falta de habilidades sociales que le impidan acercarse sexualmente a un adulto. Los delitos sexuales de pederastas no pedófilos son más violentos que los de los pedófilos.

Según el DSM-5, se podría hablar de trastorno de pedofilia cuando se dan tres condiciones, lo que se conoce como criterios diagnósticos. La primera: «*durante un periodo de al menos seis meses, excitación sexual intensa y recurrente derivada de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños*

prepúberes, generalmente menores de trece años». La mayoría de los pedófilos son hombres, aunque también hay casos de mujeres. Pueden sentirse atraídos hacia niños, niñas o hacia ambos, aunque al igual que ocurre en las relaciones entre adultos, hay muchos más casos en los que la preferencia sexual es hacia menores del género opuesto. Algunos pueden sentirse, además, atraídos por adultos, mientras que otros únicamente por menores a los que no conocen o con los que guardan algún tipo de relación. De hecho, en un gran porcentaje de casos el abuso se limita al incesto, siendo los propios padres o familiares cercanos los que lo cometen. En otras ocasiones, proviene de una figura de autoridad del mundo del menor, como un maestro, un guía espiritual o un entrenador. Dada toda esta diversidad, se ha establecido una tipología de la agresión sexual, que puede extenderse al caso de la pederastia. Se habla de pederastas pasivos como aquellos que se muestran dulces e inocentes hacia los menores, ofrecen su protección y entrega y se comportan de forma asexuada en su interacción. En este perfil encajan pedófilos que no mantienen relaciones sexuales con otros adultos, viven en solitario y son miedosos. Los pederastas activos son violentos y muestran virulencia con las víctimas, tanto de índole físico como verbal y psicológico. Buscan, mediante sus actos, ejercer el control y el poder.

Pedófilos y pederastas, ¿mismos lobos con distintos collares?

No todos los pedófilos son pederastas, ni todos los pederastas son pedófilos. Muchas personas confunden ambos términos y los usan indistintamente, y no es de extrañar que los medios de comunicación también lo hagan, pero hay una gran diferencia. Es por ello necesario, lo primero, clarificar estos conceptos. Hablamos de pedofilia para hacer referencia a la atracción sexual hacia un menor por parte de un adulto. Sería, por lo tanto, un trastorno de la preferencia sexual, que se conoce como parafilia, pero se limita al deseo sexual. Quiero decir con ello que no lleva necesariamente a abusar de menores, pues cuando esto último ocurre se utiliza el término pederastia, que consiste en un delito penado por la ley. Y, es más, el pedófilo no tiene por qué ser pederasta, aunque tiene mayor probabilidad de serlo que cualquier otra persona, precisamente por su atracción sexual hacia los menores. Algunos pedófilos sienten mucho malestar y culpa por lo que desean, aunque no lleguen a cometer el abuso sexual. Son conscientes de que dando rienda suelta a sus deseos causarían un gran daño a los menores, y harán todo lo que esté en su mano para no hacerlo. Por desgracia, se estima que entre el 40 y el 50% de los pedófilos llegan a cruzar la barrera y cometerlo. Y son precisamente ellos quienes tienen más probabilidad de reincidir, mucho más que otros pederastas que no sienten esa atracción por menores, o sea, que no son pedófilos.

La segunda condición o criterio diagnóstico dice lo siguiente: «*el individuo ha satisfecho estos deseos sexuales irrefrenables, o los deseos irrefrenables o fantasías sexuales causan malestar importante o problemas interpersonales*». Pero la experiencia de angustia por estos impulsos o comportamientos no es un requisito para el diagnóstico. Ahora, bien, padecería el trastorno aquel a quien le causen malestar las fantasías sobre esos deseos sexuales, aunque no llegue a satisfacerlos. Y, ¿cuál es el tercer criterio diagnóstico? Pues el siguiente: «*el individuo tiene como mínimo 16 años y es al menos cinco años mayor que el menor objeto de deseo o con el que se ha mantenido actividad sexua*l». Es decir, que no se podría hablar de trastorno de pedofilia cuando ello ocurriese entre un chico de 17 años y una niña de 14 o entre una chica de 16 años y un niño de 12. Este aspecto dificulta el diagnóstico del trastorno de pedofilia la primera vez que ocurre, pues suele aparecer en la pubertad y adolescencia. Podría ser debido al interés por alguien de edad similar, y no al hecho de que sea menor, por lo que habría que considerar también su proceso madurativo, fundamentalmente a nivel físico y

genital. La actividad sexual entre un chico de 19 años y otro de 16 no puede ser considerado un trastorno de pedofilia, pero puede ser un delito en algunas jurisdicciones. Queremos decir con ello que los criterios legales pueden diferir de los psiquiátricos. Además, las condiciones para el diagnóstico aquí explicadas se adaptan a las culturas occidentales, pero no a muchas otras culturas que aceptan las relaciones sexuales e incluso el matrimonio y la maternidad o paternidad a edades más tempranas que en Occidente, así como las diferencias de edad entre los miembros de la pareja.

Cuando un adulto contacta con un menor a través de las redes sociales, del móvil o de cualquier otro medio tecnológico para proponerle un encuentro en el que pretende realizar cualquiera de los comportamientos antes descritos, no se considerará una tentativa de abuso o agresión sexual, sino un delito de ciberacoso o *grooming*, que está también legalmente tipificado con una pena de prisión. Las penas se considerarán más graves si para llevar a cabo su objetivo ha utilizado el engaño, la intimidación o la coacción. ¿Son todos los menores susceptibles en igual medida? Pues cualquier menor puede ser víctima de este tipo de abuso, pero algunas características les hacen más vulnerables, al igual que el haber vivido circunstancias concretas. La mayoría de las ocasiones intentan contactar con niñas y niños de entre los 6-7 hasta los 10-13 años, edad en la que suele aparecer más inseguridad, ingenuidad y menor capacidad de resistencia, pues entienden, generalmente, que los adultos son figuras de autoridad a las que hay que respetar. Cuando, además, son menores que tienen un proceso madurativo más tardío o sufren algún tipo de discapacidad física o psíquica sus probabilidades de caer en las redes del acosador aumentan. La carencia de afecto familiar y el hecho de padecer algún tipo de maltrato físico o psicológico en el propio hogar son situaciones que propician que esta situación ocurra, ya que los menores intentar paliar con otros adultos las carencias afectivas que padecen.

Es por ello que las familias juegan un papel clave en todo esto, pues pueden ofrecer la mayor protección y evitar que los menores sean víctimas de abuso. Cuando las relaciones con los hijos son positivas y colaborativas, pues se atiende a sus necesidades y se habla abiertamente de sus emociones, es mucho más probable que haya una comunicación por parte de estos que permita atajar rápidamente el

problema apenas se den los primeros intentos de persuasión, y que, de esta forma, no vaya a más. Las relaciones paternofiliales basadas en el afecto, la disponibilidad emocional y la aceptación incondicional son aquellas que impedirán en muchos casos que este tipo de abusos se produzcan. Informar a los menores de la existencia de estos peligros, adaptando, por supuesto, la información que se da a la edad del menor, junto con un modelo de interacción familiar en el que impere una comunicación fluida y abierta, donde los menores se sientan cómodos y no tengan miedo a expresarse libremente, va a ser, sin lugar a dudas, la mejor protección. En cualquier caso, resulta fundamental la supervisión del acceso a internet y a redes sociales por parte de los adultos. Algunas actividades que se realizan hoy en día con total normalidad, como contactar con desconocidos o publicar información personal, aumentan considerablemente el riesgo de ser presas a las que estos lobos depredadores intentarán dar caza.

Pero ¿cómo podríamos identificarlos?, ¿cuáles son las características del *groomer* o ciberagresor? Por lo general, se trata de hombres de cualquier edad que, en muchas ocasiones, tienen dificultad en las relaciones personales, pudiendo mostrarse tímidos en sus interacciones cara a cara. En algunos casos también padecen un miedo incontrolable a las situaciones sociales, lo que se conoce en Psicología como «fobia social», y ello puede llevarlos al aislamiento. Si han padecido abuso sexual en la infancia, suelen abusar del alcohol y otras drogas en la edad adulta. Muchos de ellos tienen problemas de autoestima, causado en parte por el hecho de que son conscientes de aquello que hacen, es más, también lo son del daño derivado de las consecuencias de sus actos. Como ya hemos comentado, algunos de ellos tienen preferencia por los niños, otros por las niñas y un tercer grupo muestra atracción hacia ambos. En ocasiones, llegan a comunicar estas preferencias en foros privados de acceso restringido, utilizando para ello iconos concretos conocidos entre ellos. Los pederastas que cometen abusos preferentemente a través de las tecnologías de la información tienen algunos rasgos que los diferencian de otros. Así, por ejemplo, muestran un alto autocontrol y menor impulsividad que otros agresores sexuales, lo que les permite no llegar al abuso en persona, sino limitarlo a los espacios *online*, aunque no pueden evitar hacerlo compulsivamente, es decir, una y otra vez con sucesivas víctimas, en

respuesta a su obsesión. Suele ir acompañado tanto de una inteligencia como de un nivel socioeconómico superior a la media. Son grandes coleccionadores, y van a utilizar todas las tecnologías positivas para recoger, grabar, ordenar y coleccionar pornografía infantil, llegando a intercambiar imágenes con otros pederastas. Es más, se vanaglorian de sus proezas, de contar con un amplio repertorio de material, lo que les hace susceptibles de ser identificados. Aunque pueden preservar intacta su capacidad de empatizar, y ponerse en el lugar de los demás, ello no impide que lleven a cabo sus propósitos.

Muchas personas se plantean: ¿cómo pueden hacer algo así?, ¿qué pasará por su cabeza para no darse cuenta del mal que están haciendo? Pues en el caso de los *cibergroomers*, pero también de pederastas que llegan a mantener contactos reales con sus víctimas, pueden generarse lo que en Psicología llamamos «interpretaciones erróneas». Mantienen una postura permisiva y de aceptación hacia la atracción sexual y el mantenimiento de una relación amorosa entre adultos y menores. Es más, creen que los menores no se resisten porque les gusta la experiencia. Consideran que la sociedad llegará a aceptar estas relaciones porque las viven como algo natural, pues se trata de una manifestación de amor entre dos personas. Pueden incluso mostrarse celosos o muy protectores de aquellos menores a los que persiguen. Cuando hacen referencia únicamente a la parte sexual, afirman incluso que los niños y las niñas sienten curiosidad por el sexo, pues es parte de su naturaleza, y necesitan experimentarlo, por lo que, de algún modo, les están ayudando en su deseo. Estas descripciones obedecen más al perfil del ciberagresor que encaja en el de «pedófilo obsesivo», alguien que ha abusado de varios menores y tiene una actitud compulsiva que es crónica en el tiempo y que no puede evitar. Como hemos dicho, no piensan que sus actos sean negativos o dañinos y no les causan remordimientos, sentimiento de culpa o vergüenza. Por el contrario, los ciberagresores que estarían en el perfil del «pedófilo regresivo» sí que tienen estos sentimientos que les generan malestar, pues son conscientes de que están haciendo algo ilícito e inmoral, y que es perjudicial para los menores. En estos casos, las preferencias sexuales previas eran hacia los adultos, pero a raíz de alguna crisis de identidad u otros acontecimientos importantes en sus vidas comienzan a abusar de menores.

Hoy por hoy no está totalmente claro el origen de la pedofilia. Actualmente, se considera que tendría un origen prenatal, pues se forjaría ya durante la gestación, momento en que se forma el cerebro. Pero de lo que no cabe duda es de la necesidad de que se investigue sobre ella, pues se abriría una puerta esperanzadora tanto a la prevención como a su tratamiento. Aunque hace falta más investigación, pues hay resultados contradictorios, empezamos ya a tener evidencia científica suficiente para decir que el cerebro del pedófilo presenta diferencias en su estructura y funcionamiento respecto al de quien no padece pedofilia. La gran mayoría de los estudios se han realizado en pedófilos a los que han analizado su cerebro mediante técnicas de neuroimagen mientras visualizan imágenes de contenido sexual. Así, se les expone a imágenes de menores y adultos de ambos géneros, tanto desnudos como vestidos. Se puede mostrar únicamente los genitales y caracteres sexuales, el cuerpo entero o las caras. No solo las imágenes con contenido sexual hacen que se active el cerebro, sino que este se activa en función de las preferencias sexuales de cada persona. Es más, solo el hecho de ver una cara que resulta atractiva consigue esa activación, ya que las imágenes de la cara dicen mucho más sobre la edad de la persona que solo los genitales o los cuerpos desnudos.

Y ¿qué nos dicen esas imágenes sobre el cerebro de los pedófilos pederastas? Lo primero es que, al compararlas con las del cerebro de personas que no lo son, se ve que hay menos cuerpos neuronales o sustancia gris en algunas áreas. También se detecta que este se activa de forma diferente al presentarles imágenes de menores. Aunque pueden ser algo distintas de un estudio a otro, todas las investigaciones coinciden en destacar la importancia de tres áreas: la amígdala, donde se produce la emoción primaria, el córtex prefrontal, en el que se regulan las emociones y se controlan los impulsos, y la ínsula, parte del cerebro fundamental en la empatía. Los pedófilos que no llegan a cometer abusos tienen un patrón cerebral diferente, con un deseo sexual menos marcado, que sería debido a un mejor funcionamiento de la amígdala. Además, también tienen mayor control del impulso y un marcado sentimiento de culpa por sus preferencias sexuales, lo que vendría explicado por un funcionamiento adecuado del córtex prefrontal. Y lo que es más, hay estudios muy recientes que aseguran

que estas partes del cerebro están poco conectadas en pedófilos pederastas, o al menos no lo están tanto como en las personas que controlan sus impulsos, pero sí que lo están en pedófilos no pederastas. De ahí que la pobre conectividad cerebral podría ser considerada un marcador importante para calcular el riesgo de reincidencia. Ello abre vías de tratamiento específicas, así como un futuro con muchas posibilidades para la prevención.

¿Puede alguien dejar de ser pedófilo?

Cuando tratamos la pedofilia en las clases de la universidad, algunas de las cuestiones que surgen una y otra vez son: ¿puede alguien dejar de ser pedófilo?, ¿qué podemos hacer los profesionales de la Psicología?, ¿y los criminólogos?, ¿hay alguna forma de prevenir que vuelvan a cometer abusos? Actualmente, contamos con tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos que pueden ayudar, en gran medida al menos, a mitigar el problema. No suponen la panacea para el 100% de los casos, pero abre posibilidades para muchos de ellos. Tampoco están libres de controversia, porque pueden generar problemas éticos y legales. Quizá el tratamiento más debatido en el momento actual es la castración química, pues hay diversidad de opiniones respecto a su eficacia, pero muchas más en cuanto a si es ético ponerlo en marcha. Esta consiste en administrar sustancias que reducen los niveles de andrógenos, hormonas masculinas por excelencia y, por tanto, que afectan a la activación sexual. Es un tratamiento eficaz en pedófilos porque reduce el deseo sexual, hace que desaparezcan los pensamientos y fantasías sexuales, así como la frustración sexual por no poder llevarlos a cabo. Además, la frecuencia de erecciones es mucho menor, y también lo es el placer que se consigue mediante la masturbación. Incluso se ha podido observar una menor activación del cerebro ante imágenes y otros estímulos sexuales que podrían ser de interés para el pedófilo. Algunas investigaciones científicas han confirmado que los pedófilos pederastas no volvían a cometer abusos sexuales a menores mientras eran tratados con estas sustancias, aunque en estos casos no eran tratamientos prolongados en el tiempo.

Cuando se seguían administrando durante 6 a 12 años, disminuía la reincidencia, es decir, los nuevos abusos, de forma considerable, en concreto con un porcentaje de recaída del 18%, aunque al finalizar el tratamiento llegaba al 35%. Se dispone además de un grupo de psicofármacos que pueden ayudar en el tratamiento, los conocidos como ISRS o *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*. Lo que hacen concretamente es aumentar los niveles cerebrales de serotonina, neurotransmisor implicado en el estado de ánimo, la ansiedad, la violencia y la conducta sexual. De hecho, cuando alguien es diagnosticado de depresión o de un cuadro de ansiedad, y es tratado, por ejemplo, con un ISRS como la fluoxetina, puede aparecer, como efecto secundario, una disminución del deseo sexual. Así que se pueden utilizar estos mismos psicofármacos para conseguir aplacar la sexualidad en el caso de los pedófilos. Ello es debido a que dificultan las erecciones, hacen que haya menor capacidad de tener orgasmos y de eyacular y, lo que es si cabe más importante, comportan una pérdida del interés sexual.

¿Qué objetivos se persiguen con los tratamientos psicológicos? Pues lo primero, que los pedófilos tomen consciencia de sus actos, y sobre todo del daño que causan en los menores si llegan a producirse. Se persigue, por lo tanto, que empaticen con las posibles víctimas de sus deseos. Una vez disminuido el impulso sexual resulta más sencillo poder trabajar la empatía hacia las posibles víctimas, ya que se anula el deseo y de ese modo es más fácil guiar la psicoterapia hacia procesos más racionales, guiados por el córtex prefrontal. Obviamente, también persiguen reducir el número de delitos sexuales y, en consecuencia, mejorar sus relaciones sociales y su empatía hacia los demás para facilitar su integración. Muchas veces se forman grupos para que se puedan compartir experiencias, se fortalezca el apoyo entre ellos y no se sientan los únicos a los que les ocurre el problema. Se ha visto que ello es beneficioso porque aumenta la efectividad del tratamiento y reduce las recaídas, pero en función de cada caso se puede complementar con un tratamiento individual adaptado a sus necesidades. En el caso de pedófilos pederastas que niegan haber cometido abusos se consigue que los reconozcan y asuman sus consecuencias. Y en la mayoría de casos, al no haber rasgos psicopáticos, el tratamiento psicológico hace que mejore la empatía y

que se ajuste la distorsión mental característica de los pedófilos, según la cual es una relación adecuada y satisfactoria para ellos y los menores. De este modo reduce o elimina la justificación de los abusos sexuales y se aumenta la responsabilidad personal de los actos cometidos. Sin embargo, los estudios en prisiones han mostrado que, aunque la motivación para cambiar el comportamiento sexual era alta al recibir el tratamiento psicológico, disminuía cuando volvían a reinsertarse a la sociedad, quizá por motivos de deseabilidad social o para conseguir la reinserción a la menor brevedad. Por ello, cuantificar el malestar que genera el sentir estos impulsos sexuales o llegar a satisfacerlos es un aspecto clave para el éxito del tratamiento y la reinserción.

Hoy por hoy no hay ningún tratamiento que «cure» la pedofilia, ya que la atracción sexual hacia menores no cambiará. Lo que se puede hacer es ayudar a que aquellas personas que voluntariamente lo deseen, con la ayuda de una psicoterapia, renuncien a su sexualidad. Si se trata de pedófilos no exclusivos, es decir, que sienten también atracción hacia los adultos, se les puede encaminar psicoterapéuticamente para que focalicen su sexualidad en esta línea. Pero cuando se trata de pedófilos no pederastas que únicamente sienten atracción hacia menores, la castración química podría suponer una ayuda que reduciría en gran medida su malestar, y ayudaría a que la intervención psicoterapéutica fuese más exitosa. Quizá el perfil que ofrece más resistencias serían los pedófilos pederastas que además cuentan con rasgos psicopáticos, o sea, no sienten culpa o arrepentimiento y carecen de empatía. Ello dificulta que quieran acceder a la castración química para atenuar sus deseos, pero además no lo pone fácil a la hora de llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico efectivo. En cualquier caso, conocer cómo funciona su cerebro de forma general y más concretamente, ante la estimulación sexual, está abriendo nuevas y prometedoras intervenciones que esperamos tener disponibles en un futuro próximo.

Tu dolor es mi placer: sadismo sexual

Otra de las parafilias, es decir, un impulso sexual intenso y recurrente, relacionada con el hecho de infligir sufrimiento o humillación: el «sadismo sexual». Es así conocida por el marqués de Sade (1740-1814), filósofo y escritor francés, quien en sus obras describía la excitación que se obtenía al llevar a cabo actos de crueldad en otra persona. Con esta práctica se experimenta un aumento de la excitación sexual cuando se presencia o se comete un acto violento. Pero el hecho de sentir placer infligiendo dolor a otra persona no implica que se la obligue a hacer algo en contra de su voluntad. De hecho, hay también personas que sienten un gran placer sexual cuando experimentan el dolor ejercido por otras, lo que se conoce como «masoquismo sexual». Existen las llamadas comunidades BDSM (del inglés *bondage discipline submission sadomasochism*), que realizan prácticas consentidas de este tipo bajo estrictas medidas de seguridad. De este modo, una persona que obtiene placer sexual infligiendo dolor y otra que lo alcanza sintiéndolo en su propio cuerpo se juntan, libremente, para satisfacer sus deseos. Y con el fin de que no se «les vaya de las manos» se establecen algunas normas, ya que la experiencia ha demostrado que conforme la activación sexual va aumentando, la violencia infligida o experimentada puede llegar, sin quererlo, incluso a causar la muerte. Las prácticas consisten en actos de dominación y sumisión, por lo que se puede humillar, atar, golpear o causar cualquier tipo de sufrimiento. La sumisión física consiste en atar a la persona para restringir sus movimientos, mientras la sensorial puede ser, por ejemplo, vendarle los ojos. La humillación puede consistir en ser defecado u orinado encima, mientras que la práctica conocida como «infantilismo» consiste en ser tratado como un niño o niña. Lo que sin duda puede resultar peligroso es la asfixia erótica, que consiste en impedir la respiración de la pareja sexual, bien obstruyendo las vías respiratorias con bolsas de plástico o látex, o mediante el estrangulamiento, para lo que se pueden emplear cuerdas, nudos o cualquier tipo de ligadura. Dada la peligrosidad de esta práctica, las comunidades BDSM establecen reglas seguras y consensuadas, pudiendo emplearse alguna señal para indicar el peligro y poner fin a la misma.

Muchos creen que todas las personas con intereses BDSM se comportan de igual modo y tienen preferencias sexuales de intensidad similar. Pero es erróneo, en realidad podríamos hablar de un espectro

en que se incluiría desde personas que tienen fantasías de dominación o sumisión pero que, por diferentes motivos, no llegan a ponerlas en práctica en su actividad sexual, hasta otras que necesitan llevarlas a cabo para excitarse sexualmente y que extienden estos intereses a todos los ámbitos de su vida. Hay un estigma social alrededor de todo ello, basado en que se asocia la sexualidad al dolor, al poder y la humillación, en lugar de al romance y la ternura, asumido como lo «normal» por gran parte de la población. Posiblemente, es debido a la influencia cultural del «amor romántico», y también al miedo de que esas prácticas vayan más allá de la sexualidad y conformen una forma de relacionarse en pareja, que establezcan desigualdades y favorezcan el maltrato. Pero ese rechazo social y el estigma asociado no está libre de consecuencias, muchas personas no se atreven a revelarlo o ponerlo en práctica y, aunque lleguen a hacerlo, va acompañado de una gran ansiedad y síntomas depresivos. Según estudios, hasta el 37% de quien realiza prácticas BDSM ha tenido ideas suicidas, y el 12% ha intentado suicidarse al menos en una ocasión, especialmente en el caso de las mujeres. A ello hay que añadir que, en el ámbito legal, no hay una postura clara y firme hacia las prácticas sadomasoquistas consentidas, lo que puede acrecentar el autorrechazo y contribuir a que muchas personas no acepten sus preferencias sexuales. A todo ello hay que sumar que todavía hoy en día muchos profesionales de la psicoterapia no comprenden esta sexualidad en positivo como una variación o preferencia sexual más dentro de la heterogeneidad del comportamiento sexual humano. Incluso casi la mitad de los profesionales de la salud mental no están seguros de que las personas que se involucran en prácticas sadomasoquistas estén psicológicamente sanas. Pero los psicoterapeutas especializados en esta temática resaltan la importancia de mostrar una actitud abierta, de aceptación, y libre de prejuicios, así como documentarse científicamente y conocer bien los valores y las prácticas BDSM.

Historia del sadomasoquismo sexual

Históricamente, tanto estas prácticas como sus intereses se han considerado parte de una enfermedad. Así fue desde el siglo XIX y quedó más tarde recogido por el propio Sigmund Freud (1856-1939) en sus teorías sobre la sexualidad. Ello influenció el pensamiento posterior que, desde una perspectiva forense, se focalizó en el sadismo sexual no consensuado y en sus fatales consecuencias. Llegó a afectar incluso a las grandes clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y, como consecuencia, las comunidades BDSM siguen estando estigmatizadas. En la edición previa a la actual clasificación de las enfermedades mentales, se diferenciaba el sadomasoquismo del sadismo sexual, considerándose ambos trastornos sexuales. Las críticas emitidas por las comunidades BDSM, según las cuales se estigmatizaba a las personas que de forma libre y consentida incluyen este tipo de prácticas en sus encuentros sexuales, contribuyeron a que se cambiase en la edición en vigor (DSM-5). Ahora se diagnostica el sadismo sexual cuando aparecen intereses sexuales relacionados o bien con infligir daño a otras personas de forma deliberada, o bien con ser testigo del sufrimiento de otros. Mientras que el sadomasoquismo sexual correspondería a que para alcanzar la excitación sexual sería necesario experimentar el dolor ejercido por otra u otras personas. Si estas prácticas no causan malestar o algún perjuicio a la persona que las lleva a cabo o a su entorno se consideran parte de una parafilia, un interés sexual alternativo que no implica trastorno sexual alguno. Ahora bien, si la persona dice sentir un malestar personal que afecta a cualquier ámbito de su vida, como sentimientos de culpa y vergüenza o depresión, se establece entonces el diagnóstico de trastorno parafílico. El éxito de series y libros como Cincuenta sombras de Grey, han hecho que se tenga más información y conocimiento de esta forma de expresar y vivir la intimidad y la sexualidad.

Al analizar su personalidad, se ha visto que, en comparación con la población general, son personas más extravertidas y abiertas a nuevas experiencias, menos neuróticas y más conscientes de su vida y de sí mismas. Parece, además, que son menos sensibles al rechazo, no necesitan tanto la aprobación de los demás. Son más confiadas en sus relaciones, por lo que no «se apegan» de forma ansiosa a sus seres queridos. Los intereses BDSM suelen aparecer ya en la adolescencia, aproximadamente a los 14 o 15 años, pero las primeras prácticas sexuales relacionadas suelen postergarse a una vez se alcanza la mitad de la veintena. En cualquier caso, parece que los hombres suelen ser conscientes de sus intereses a una edad más temprana que las mujeres. En el seno de estas comunidades, los hombres heterosexuales tienen preferencia por un rol dominante, mientras que hasta el 75% de las

mujeres heterosexuales se identifican a sí mismas como sumisas. Un pequeño porcentaje de ambos géneros adopta el rol a la inversa. En personas no heterosexuales hay mayor diversidad en la adopción de roles y preferencias.

Nada tienen que ver las prácticas sadomasoquistas consensuadas en las que todas las partes experimentan placer sexual con la violencia sexual ejercida por un violador virulento que se ensaña con la víctima y disfruta de ello. Hay relatos de violaciones en las que no llega a producirse la eyaculación o ni siquiera la penetración, e incluso otras en las que el violador no logra una erección completa. Sin embargo, disfruta atando, golpeando e incluso mutilando a su víctima, pues obtiene el placer del acto de la dominación y de observar el sufrimiento en la otra persona. En realidad, el componente fundamental de una violación de este tipo es el hecho de infligir violencia, más que satisfacer una necesidad sexual u obtener placer con una práctica concreta. De hecho, en estos casos la castración química no ha resultado ser efectiva para disminuir el deseo de violar y, por lo tanto, la probabilidad de reincidencia. Su empleo se puso en práctica en algunos estados de Estados Unidos con el fin último de conseguir la reinserción, aunque sin éxito alguno, pues los agresores volvían a violar cuando salían de prisión y, en muchas ocasiones, se ensañaban aún más con la víctima. Si, por ejemplo, el efecto de las hormonas les impedía tener una erección utilizaban objetos que, en ocasiones, propiciaban cortes o desgarros, para llevar a cabo una brutal penetración. También intentaban neutralizar los efectos de la castración, para lo que conseguían en el mercado negro anabolizantes, derivados químicos de andrógenos y estrógenos naturales. Parece pues que muchos de los delincuentes sexuales violentos que disfrutan con el dolor de sus víctimas y que son, por lo tanto, calificados de sádicos sexuales, serían además psicópatas. O al menos tendrían rasgos psicopáticos marcados o características antisociales. De ahí su crueldad, la carencia de remordimientos ante el sufrimiento infligido a otras personas y su falta de empatía, es más, su absoluta indiferencia emocional.

Una de las preguntas que nos podríamos hacer es si las personas que se sienten atraídas sexualmente por el sufrimiento de otros empatizan con su dolor. Quizá sería esa empatía hacia el dolor que ellas mismas ejercen la responsable del aumento de la excitación sexual. Tal vez la

propia falta de empatía las llevaría a sentir tanto placer con la dominación y, si es el caso, a dar rienda suelta al impulso violento. Responder a esta cuestión no es sencillo y, como hemos ya anticipado, encontraremos respuestas diferentes en función de cómo se ejerce el sadismo sexual. Parece, pues, que en sádicos sexuales violentos habría un déficit en la empatía que haría que no fuesen sensibles a captar las señales de sumisión y que, por lo tanto, no pudiesen sentir compasión. Aún podemos ir más allá, la incapacidad de ponerse en el lugar de la víctima y la falta de remordimientos, características del cerebro psicopático, sumado a la fuerte excitación sexual que ocurre al observar su dolor, propia del sadismo sexual, llevaría a que estas personas cometan atrocidades tales como brutales violaciones con mutilaciones, en las que el dolor de las víctimas es el placer de los agresores. Sin embargo, en las situaciones de sadismo sexual consensuado la cosa cambia, y sería quizá esa propia empatía hacia la otra persona la que haría que percibiese su placer al sentir ese dolor, lo que a su vez incrementaría su excitación sexual y continuaría, con las prácticas de dominación, para sentir y propiciar más placer, en una escalada que llegaría hasta que se marcase un límite o se hubiese pactado con anterioridad. Además de los rasgos psicopáticos, no podemos perder de vista a los narcisistas, pues cuando aparecen junto al sadismo sexual suponen también una combinación explosiva. Tratar de imponer las necesidades sexuales propias, por ese sentimiento de superioridad y esa necesidad de conseguir sus objetivos sin empatizar ni importarles lo que sientan o quieran, puede llevarlos a la violencia sexual más despiadada. Cuando al narcisismo se une el sadismo como preferencia sexual, es más probable que se transgredan los límites establecidos o, incluso, que no se respete a la otra persona o se abuse de ella cuando se está en una situación de poder.

Por otra parte, también hay diferencias cerebrales claras entre las personas que participan de forma consensuada en prácticas sadomasoquistas y los agresores sexuales sádicos. Estos últimos presentan dificultades en la atención y en la comprensión del lenguaje, así como una mayor rigidez mental o, lo que es lo mismo, menor flexibilidad cognitiva o capacidad de cambiar la forma de pensar. No obstante, son casi inexistentes las investigaciones que analizan el funcionamiento del cerebro en delincuentes sexuales sádicos y

violentos, posiblemente debido a su reticencia a participar voluntaria y altruistamente en los estudios científicos.

¿Podemos concluir, por tanto, que el sadismo sexual en sí mismo ha de considerarse un factor de riesgo para la delincuencia? No, aunque la investigación realizada hasta el momento es escasa, no avalaría esta premisa. En realidad, la relación entre sadismo sexual y delincuencia dependería de otras variables. Si la expresión de la parafilia se realiza en un entorno controlado, como las comunidades BDSM, y en el marco de relaciones consentidas, la práctica es considerada segura. Pero cuando el sadismo sexual aparece en psicópatas y en narcisistas, o en personas con una combinación de ambos trastornos, la cosa cambia por completo, y en la expresión de la parafilia no se tiene en cuenta a la otra persona, no hay capacidad de empatizar con ella, por lo que se puede llevar a cabo cualquier acto para satisfacer los deseos propios, sin tener en cuenta los de los demás. Y todo ello de forma fría, y sin sentimientos de culpa o remordimientos.

Vivir la violencia en el día a día

Ahora que ya hemos visto los principales tipos de perfiles violentos, voy a dar algunas pinceladas acerca de diferentes clases de violencia relacionadas con contextos específicos, sobre todo el doméstico. Así, resaltaré algunos aspectos relevantes del maltrato infantil, el que ocurre en el seno de una relación íntima y el ejercido hacia los ancianos y las personas dependientes. También trataré el acoso en la escuela y en el puesto de trabajo, y explicaré con mucha brevedad la violencia relacionada con la intención de infundir terror.

¿Fue víctima el verdugo? El ciclo de la violencia

Hablamos del «ciclo de la violencia» para hacer referencia a su transmisión de una generación a la siguiente, es decir, a cómo la violencia engendra violencia. Así, los menores maltratados tienen, potencialmente, un cerebro más violento. En un principio, se creía que esa perpetuación era debida al aprendizaje, pues observar y experimentar agresiones desde la infancia haría que se integrase como modo de relacionarse. Los modelos vistos en casa serían, pues, los que harían que quien observa la violencia se convierta, por imitación, en perpetrador de esta. Pero no todas las personas que han sufrido malos tratos maltratan en la edad adulta, ni mucho menos, y, es más, una parte de las que lo hacen no cuentan con ningún historial de abusos durante la niñez. Habría entonces otros factores implicados en la perpetuación

de la violencia entre generaciones. Las investigaciones más actuales han mostrado que el estrés que produce esta situación, el miedo y el terror que conlleva estar viviendo con alguien que puede maltratarte en cualquier momento, hará que no se desarrollen de forma adecuada algunas partes del cerebro. Más en concreto, la corteza prefrontal, que regula el control de impulsos, y la amígdala, implicada en las emociones; las mismas áreas cerebrales que se ven alteradas en adultos violentos, especialmente en los que son más impulsivos. Otras partes del cerebro, como el hipocampo, fundamental para la memoria, el cerebelo o el cuerpo calloso pueden sufrir también modificaciones, con lo que se alteran las funciones y los comportamientos que regulan.

El alto grado de ansiedad que padecen estos menores lleva a que su cerebro reaccione violentamente en mayor medida y a que tengan, con frecuencia, poca capacidad de empatizar. El cerebro cambia sobremanera durante la infancia y la adolescencia, etapas en las que es muy vulnerable al estrés crónico o a la vivencia de situaciones traumáticas. Algunas veces, las alteraciones pueden afectar a su estructura, las podríamos identificar haciendo una fotografía del cerebro y midiendo el volumen o analizando la anatomía de las diferentes áreas, pero otras veces tienen consecuencias en el funcionamiento de este órgano o en su respuesta ante determinadas situaciones.

Menores maltratados y expresión de la ira

A modo ilustrativo, expondremos el estudio llevado a cabo en una guardería, donde se observó que, si bien la mayoría de niñas y niños pequeños intentaban consolar a otro menor cuando lloraba o se lamentaba, aquellos que habían sido maltratados reaccionaban incluso con violencia hacia ellos. Vivían así el llanto de un compañero como una agresión, en lugar de como una llamada de auxilio o, simplemente, como la expresión de una emoción o una necesidad. Ello nos permite hacernos una idea de hasta qué punto, ya en la primera infancia, el estrés y el sufrimiento relacionado con el maltrato lleva a un desarrollo anómalo del cerebro, predisponiéndolo a responder con violencia ante la más mínima provocación como una forma de resolver conflictos o para establecer una posición de dominancia en una relación.

Toda esta información es muy relevante en los procesos de adopción, ya que en casos de menores que han padecido malos tratos, las secuelas pueden llegar a ser irreversibles, y es frecuente que aparezcan problemas de conducta. Cierto es que un ambiente empático y estructurado con afecto y protección va a suponer una gran ayuda y un cambio considerable en cómo se sigue desarrollando ese cerebro en formación. Pero también lo es que quienes han padecido situaciones violentas hubiesen tenido un desarrollo muy diferente en otras circunstancias. Desafortunadamente, hay daños relacionados con el maltrato físico, sexual o el abandono que dejan secuelas de por vida.

Cuando el maltrato se sufre durante toda la infancia, e incluso la adolescencia, suelen desarrollarse psicopatologías en la edad adulta. Así, es habitual el trastorno por estrés postraumático, la depresión, el abuso de alcohol y drogas y los trastornos de personalidad. La negligencia o abandono, que incluye la falta de cuidados físicos, como una correcta alimentación o el control de las vacunas y la medicación; o psicológicos, como proporcionar el afecto necesario u otras necesidades emocionales, contribuye al desarrollo del trastorno límite de la personalidad, mucho más frecuente en mujeres. Los menores que padecen en su día a día el abuso físico o sexual están siempre en situación de alarma, su cerebro se activa en exceso para hacer frente a esa amenaza y pueden responder con agresividad a cualquier suceso en un afán por intentar defenderse. Este tipo de maltrato predispone en mayor medida al trastorno antisocial de la personalidad, antecámara de la psicopatía, que relataremos con detalle más adelante. No podemos obviar que las niñas sufren con mayor frecuencia el abuso sexual, aunque también se da en los niños. Estos, por su parte, reciben más golpes, palizas y otros tipos de violencia física no sexual. Y todo ello va a

modular sus cerebros, en parte por las diferencias que hemos comentado y, en parte, por las que ya existen como consecuencia de los efectos de las hormonas sexuales antes del nacimiento. Así, al estudiar sus cerebros, las secuelas son más notorias y marcadas en los niños que en las niñas. Al respecto se ha descrito un volumen cerebral total menor y alteraciones en su cuerpo calloso, o haz de fibras que conecta ambos hemisferios cerebrales y permite que se integre la información que proviene de ellos. Todo ello repercute en que, aunque ambos puedan llegar a desarrollar psicopatía en el periodo adulto, con la consecuente carencia de empatía emocional, los hombres muestren más a menudo trastornos de conducta, incluyendo violencia física, y las mujeres tengan mayor número de manifestaciones de ansiedad y depresión.

El síndrome del emperador… y de la emperatriz

Hay ocasiones en las que los propios hijos e hijas se hacen con el poder y el dominio, imponen sus reglas y marcan sus pautas en la relación con los progenitores. Utilizan una y otra vez, a lo largo del tiempo, la violencia física, psicológica o económica con sus padres de forma intencional y consciente, y con el fin de causarles daño o sufrimiento. Buscan, en realidad, controlar, dominar y ejercer el poder sobre ellos para conseguir lo que desean. Han aprendido que el uso de la violencia es una forma eficaz de hacerlo. Es tanto así que se ha llegado a acuñar el término «síndrome del emperador» para referirse a ello, y yo mismo empleo el análogo para las chicas, el «síndrome de la emperatriz», pues los estudios científicos apuntan cada vez más que, a diferencia de lo que se creía en un principio, afectaría de forma similar a ambos sexos, eso sí, en su mayoría durante la adolescencia. Contamos ya con descripciones clásicas, incluso de los años cincuenta del siglo pasado, de la violencia ejercida por los hijos hacia los padres. Pero ha sido en el momento actual cuando este tema ha cobrado especial importancia debido al aumento de los casos descritos. Se ha llegado a hablar de epidemia, al menos en las sociedades occidentales.

Pero ¿en qué hemos cambiado respecto a generaciones pasadas? Uno de los aspectos fundamentales, al menos a nuestro parecer, es que el

menor ha pasado a ser el centro de atención de las familias, y se han primado sus necesidades en todo momento y a toda costa por encima de las de los propios padres. A ello se suma una excesiva protección que ha llevado a lo que se conoce como «hiperpaternidad», un estilo parental caracterizado por resolverles a sus hijos todos sus problemas, sin dejar que se equivoquen y aprendan de sus errores, algo que no da cabida a la frustración o al enfrentamiento a la adversidad, lo que facilita el egoísmo y, cuando se lleva al extremo, el narcisismo, donde la empatía brilla por su ausencia al considerarse a sí mismos como el centro del universo. Los demás dejan de ser importantes y tampoco lo son los padres y sus necesidades. Pero no todos los niños que crecen con este estilo agreden a los padres, ni tampoco todos los que lo hacen se han criado de este modo.

Este proceso no aparece de un día para otro, se trata de una escalada de violencia que puede darse en cualquier estrato social. Al principio, especialmente durante la infancia, aunque también puede comenzar en la adolescencia, se cometen uno o dos tipos de maltrato: físico, psicológico, financiero… que no revisten gravedad y que se dan espaciados en el tiempo. Pero, poco a poco, van apareciendo manifestaciones más graves y frecuentes. A diferencia de otras situaciones, aquí las víctimas no son dependientes de quien agrede, sino que se invierten los roles: los hijos, que dependen de los padres, ya que estos están obligados por ley a cuidarlos y protegerlos y, en consecuencia, a vivir con ellos, se convierten en los agresores. La educación permisiva en exceso, negligente, y la ausencia parental también facilitan este tipo de violencia, pues los padres no se comprometen, no cumplen con sus obligaciones y responsabilidades o se distancian y ausentan física o emocionalmente. Por el contrario, no se ha encontrado relación en el caso de un estilo educativo directivo, rígido y autoritario. Eso sí, es más frecuente en familias con dos figuras parentales que no comparten el mismo estilo educativo. Otros aspectos de la crianza que favorecen que aparezca violencia paternofilial incluyen la excesiva irritabilidad en las relaciones, la insuficiente o total ausencia de comunicación, el escaso control, la falta de afecto y supervisión, y la poca cohesión familiar, es decir, la falta del sentimiento de unión y de pertenencia a una familia. Aunque son las madres, respecto a los padres, las que sufren en mayor medida este tipo de

violencia, no hay que olvidar que tradicionalmente han sido las mujeres quienes se han encargado de la educación y crianza de los hijos, por lo que esta tendencia está cambiando al igual que lo está haciendo el modelo tradicional del cuidado.

¿Podrían tener los emperadores y emperatrices algunas características propias? Así es, no hay un patrón claro ni unánime para todos los casos, pero los estudios científicos ya nos dan pistas de por dónde van los tiros. En algunas ocasiones, aparecen rasgos psicopáticos, con todo lo que ello conlleva. Es característico un temperamento basado en la tiranía, la irritabilidad y la violencia. Son chavales tozudos, impulsivos, carentes de empatía y con un pobre control de sus impulsos. No toleran la frustración y suelen tener problemas de autoestima, además de ser egocéntricos y apáticos. Les caracteriza además su baja inteligencia emocional, es decir, les cuesta reconocer, expresar y regular sus emociones adecuadamente. También tienen dificultades con el razonamiento moral, lo que afectará a la falta de remordimientos o de culpa por las consecuencias de sus actos. En algunas ocasiones han sido víctimas de malos tratos por parte de sus progenitores, bien abuso físico o sexual, o bien por negligencia o abandono. También pueden haber observado la violencia en sus hogares de forma habitual. En otras ocasiones padecen un trastorno mental o abusan de sustancias. El porcentaje de fracaso escolar es elevado, lo que se extiende al ámbito laboral, pues no tienen motivación en la búsqueda de empleo, los despiden o abandonan su puesto de trabajo con facilidad y no se implican, y acatan las normas con dificultad. Sus trayectorias laborales son inconsistentes, aunque, en este entorno, no presentan problemas con la figura de autoridad, esto se limita al ámbito familiar. Estas situaciones causan mucho sufrimiento y desesperanza en las familias, por lo que es importante trabajar en su prevención. Una vez han aparecido los síntomas, se cuenta con diversos programas de intervención dirigidos a las familias, que pretenden ofrecer estrategias para manejar la situación en casa, y suelen desarrollarse en las escuelas de padres.

Quien me agrede es mi pareja: violencia en las relaciones íntimas

La violencia doméstica se refiere a aquella que ocurre en el propio hogar, dentro del ámbito familiar. Tanto quienes la ejercen como quienes la padecen pueden ser adultos, menores y ancianos. Incluiría casos muy diversos, como el niño maltratado por su padre, la anciana que recibe golpes e insultos por parte del hijo que se encarga de su cuidado o la mujer que es acosada por su pareja, siempre que esta sea otra mujer, en este caso. Y quiero clarificar este aspecto porque la legislación en España cuenta con el término «violencia de género», definida como la «manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia», y «comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad» (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género). Por ello, la violencia en las relaciones íntimas se considera, dentro del ámbito judicial, de forma diferente en función de quien la comete y quien la padece. Pensemos, por ejemplo, en dos hombres que han agredido del mismo modo a sus respectivas parejas, una mujer y la otra, hombre. Mientras en el primer caso hablaremos de violencia de género, en el segundo lo haremos de violencia doméstica. También la posible pena establecida legalmente es distinta, pues en el primer caso se cuenta con el agravante de género. Por tanto, cualquier violencia ejercida por una mujer a su pareja, ya sea esta hombre o mujer, se consideraría violencia doméstica.

Pero la consideración legal y judicial no afecta al acercamiento psicológico, por lo que la violencia en las relaciones íntimas, término traducido del inglés *intimate partner violence* y utilizado internacionalmente a nivel científico, se refiere a la presencia de maltrato físico o psicológico, o incluso abuso sexual, que se produce en el seno de una relación de pareja, sea o no del mismo género. Incluiría

así tanto los insultos como los golpes o empujones, el control excesivo de la otra persona o su aislamiento social. Un aspecto fundamental relacionado con la violencia en las relaciones íntimas son los celos patológicos. De hecho, en ocasiones se confunde el asesinato por celos patológicos, que pueden incluso formar parte de un trastorno mental, con el asesinato machista. Así, aunque este sea cometido por un hombre hacia una mujer, la causa que lo promueve son los celos infundados e irracionales que siente. Se comportaría del mismo modo si su pareja fuese un hombre. Y también se comportaría así una mujer, aunque sería menos probable que cometiese el asesinato, debido a que ellas tienen un mayor control de los impulsos violentos. Dentro de unos límites, los celos son normales, pues se trata de una emoción que permite mantener y defender las vinculaciones afectivas valiosas. Surgen del afán de poseer a la pareja, del temor a la pérdida, y se asientan sobre una posible infidelidad, real o imaginaria. No obstante, cuando son muy intensos y se escapan al control de quien los siente, se mantienen de forma estable en el tiempo y, además, están infundados, se convierten en patológicos, lo que daña considerablemente la relación. Los celos pasionales son consecuencia de la inseguridad que produce la posibilidad de perder a la persona amada, pero también de la envidia de que alguien más pueda disfrutar de ella. No van ligados a un trastorno mental concreto, sino que obedecen a un impulso emocional que hará que quien los padezca se comporte de forma impulsiva. Por el contrario, los celos delirantes son fríos y premeditados, y se relacionan con ideas erróneas que alguien crea en su mente a partir de su forma de interpretar la realidad. Quien los sufre tiene el firme convencimiento de que son ciertos, por mucho que se le intente razonar nunca llegará a reconocerlos y le producen un gran malestar. Tienen un origen patológico y pueden aparecer en algunos trastornos ya comentados, como el delirante, la depresión o las demencias, así como por el consumo crónico de alcohol y drogas. Por último, los celos obsesivos entran dentro del trastorno obsesivo-compulsivo, en el que ideas irracionales se apoderan de la mente y llevan a incurrir en ciertos comportamientos para disminuir la ansiedad que se siente. Si se padecen, no se pueden evitar ideas sobre la infidelidad de la pareja, a pesar de que no se tengan pruebas o de que sepa fehacientemente que los miedos no son reales.

Desde nuestro equipo de investigación, en colaboración con el programa Contexto de la Universidad de Valencia, llevamos más de diez años estudiando el perfil de agresores condenados por violencia de género. Esta supone un problema social y de salud pública de proporciones epidémicas, con elevados costes a nivel individual, familiar y social, tal y como ha especificado la Organización Mundial de la Salud. Es la forma más común de violencia padecida por las mujeres, y afecta considerablemente a su salud. De hecho, conlleva una elevada incidencia de enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático, así como el abuso de alcohol y drogas, y trastornos de la alimentación y del sueño. No es extraño que algunas mujeres que han pasado por ello se autolesionen y tengan ideación suicida. También daña su autoestima, lo que repercute en todos los ámbitos de su vida, y las lleva en muchos casos, tras dejar la relación, a elegir de nuevo parejas abusivas. Todo ello sumado, por un lado, a las consecuencias físicas causadas por lesiones, psicológicas debidas a los insultos, al menosprecio y al control y, por otro, las sexuales y reproductivas, consecuencia de la violencia sexual que han padecido. Para ayudar a estas mujeres es fundamental que puedan sentirse seguras y que controlen la situación, que tengan apoyo social e institucional y que cese la relación violenta. A nivel psicoterapéutico, trabajar la autoestima, afrontar de forma activa la situación y la resiliencia ayuda en gran manera. Y podemos hacerlo mediante estrategias como el fomento del optimismo y la utilización del sentido del humor, del control interno frente al externo de que aquello que les ocurre, así como el de la creatividad, la flexibilidad o la empatía y el altruismo. No podemos olvidar, además, que la actividad física y el *mindfulness* pueden ser grandes herramientas terapéuticas.

Al analizar el historial de los hombres condenados por violencia de género me gustaría resaltar la importancia de cuatro aspectos clave que se repiten una y otra vez: haber sido víctimas de malos tratos en la infancia, padecer una enfermedad mental o tener una personalidad patológica, el consumo de alcohol y drogas y haber sufrido algún daño cerebral. Además, otro aspecto adicional es el dominio en las relaciones, que lleva a que se sigan diferentes estrategias para conseguir el poder. En muchas ocasiones, la baja autoestima de la pareja por su historial de vida junto con la necesidad de agradar y

sentirse querida hace que se entre en el bucle de la violencia. Se puede establecer entonces una relación de dependencia por ambas partes, que ha sido descrita por algunas investigadoras como una forma de adicción en el contexto de una «relación tóxica». Quien maltrata, se empodera en el hogar debido a que fuera de este se siente inferior a los demás. En su relación de pareja tiene el control y el poder, lo que repercute en su autoestima, pero en realidad es una dependencia extrema hacia la persona sobre la que ejerce la violencia. Esta, por su parte, depende emocionalmente de quien la maltrata, principalmente porque su historial de vida hace que pueda interpretar el control y el dominio como interés y amor, y su baja autoestima llevarle a justificar, incluso a culpabilizarse, de la violencia que padece. No es casualidad que la máxima expresión de esta, incluido el asesinato, se produzca en muchos casos cuando quien es maltratado decide dejar la relación y empezar una nueva vida. La pérdida del poder contribuye a la obnubilación del agresor que, en algunos casos, incluso, acabará por quitarse la vida tras hacerlo con la de su pareja. Estas afirmaciones no podrían generalizarse a la totalidad de los casos, pero explicarían los mecanismos psicológicos de una parte de ellos.

Quizá una de las preguntas clave que nos podríamos hacer es si existe un perfil de los hombres condenados por violencia de género, para poder así tratar y reducir el riesgo de reincidencia, pero no es tan sencillo. Quienes estudian el tema, no obstante, se han esforzado en establecer una clasificación. Quizá la forma más sencilla de hacerlo es diferenciando entre maltratadores instrumentales e impulsivos. Los primeros muestran un perfil psicológico guiado por una calma aparente y estrategias más manipulativas, que los lleva a una violencia planificada la cual no va acompañada de culpabilidad o arrepentimiento. En realidad, agreden para conseguir sus propósitos, y no únicamente para dañar a su pareja. Los maltratadores impulsivos, por el contrario, tienen dificultades para controlarse y para expresar sus afectos, y reaccionan con ira hacia su pareja. Son los que manifiestan miedo al abandono o celos. Y para rizar más el rizo, si cabe, muchos de los que ejercen violencia contra su pareja también agreden a otras personas fuera del ámbito doméstico, sean o no del mismo género. Es decir, que muchos maltratadores son violentos en general, y no solo contra sus parejas, como se afirma erróneamente. Tanto es así

que la clasificación más empleada en la investigación científica a la hora de diferenciar tipos de maltratadores y poder implementar los programas de intervención más adecuados para cada uno de ellos es la que considera también este aspecto junto al funcionamiento psicológico y la gravedad de la violencia. Así, aquellos que limitan la expresión de la violencia al ámbito familiar, representarían el 50% de los casos, mostrarían una violencia de baja severidad contra sus parejas e hijos, y podrían haber sufrido un maltrato bajo o moderado en su familia de origen. Los impulsivos, también llamados límite o disfóricos, representarían alrededor del 25% de los casos, suelen ser violentos física, psicológica y sexualmente, y muestran una violencia de intensidad media o alta contra su pareja e hijos. Por último, los violentos instrumentales o antisociales incluirían al 25% restante, utilizarían una violencia de tipo física y psicológica, que se manifiesta de forma generalizada, es decir, no limitada al hogar, como una estrategia de afrontamiento para conseguir lo que desean y superar las frustraciones. Su violencia, en este caso, es premeditada y de mayor frecuencia e intensidad que la de los dos grupos anteriores; son, generalmente, consumidores de alcohol y drogas.

En cualquier caso, estos hombres mostrarían, en general, una alta dependencia emocional de sus parejas y una baja autoestima y asertividad en las relaciones sociales. Además, por lo general, presentan esquemas cognitivos hostiles, como actitudes degradantes y machistas con respecto a las mujeres, junto a sentimientos inadecuados hacia sí mismos y sus parejas, que se traducen en celos patológicos. Ello les puede conducir a incapacidad para resolver los conflictos mediante mecanismos conciliadores, como la negociación o la cooperación empática, con lo que es más probable la aparición de la violencia.

Respecto a sus rasgos de personalidad, se ha señalado la búsqueda de sensaciones y las tendencias antisociales, límites y narcisistas. Pero ¿cómo funciona su mente?, ¿son sus funciones mentales «normales» o hay algo que nos dice que su cerebro podría funcionar de manera errónea? Lo primero que llama la atención son las escasas habilidades verbales, el lenguaje poco fluido y la dificultad para procesar cualquier información de tipo verbal que poseen. O sea, no destacan por su oratoria, sino todo lo contrario. Este hallazgo coincide con lo descrito en otras muestras de hombres violentos, lo que ha sido vinculado a un

exceso de testosterona durante el periodo fetal. Y como esta hormona es, en parte, responsable de que el cerebro sea menos flexible, podría también explicar el hecho de que sean más rígidos mentalmente y les cueste cambiar de criterio o adaptarse con facilidad a los cambios. Ello haría que mantuviesen esquemas machistas y otros comportamientos rígidos, lo que, a su vez, guarda relación con un hallazgo constante: la falta de empatía. Les cuesta expresar e identificar sus emociones, pero mucho más comprender las de los demás y ponerse en su lugar. Incluso podrían malinterpretarlas, y atribuirles hostilidad o desafío cuando en realidad no se han producido. Además, se ha descrito una gran dificultad para controlar los impulsos, lo que afecta a la planificación de las acciones que se van a realizar. Y no solo eso, parece que su atención y su memoria muestran algunas deficiencias, sobre todo la llamada «memoria de trabajo», que es la que nos permite almacenar temporalmente la información, guiando así nuestras acciones.

En cualquier caso, lo que no son es menos inteligentes que la media de la población. Para explicar estos procesos mentales, es decir, el *software*, tendríamos que preguntarnos si hay algo anómalo o, al menos, diferente en el cerebro, el *hardware*. Y así, los estudios de neuroimagen han mostrado que, cuando estos hombres se exponen a estímulos agresivos, su sistema límbico, centro de las emociones, se activa en demasía, al igual que otras áreas del cerebro como el hipocampo, relacionado con la memoria, mientras que su córtex prefrontal, el centro de control, deja de funcionar correctamente y se muestra inactivo. Tienen, por tanto, un cerebro que analiza al detalle cualquier información hostil, pero que muestra dificultad para centrarse en los aspectos positivos. Y, es más, un estudio reciente ha mostrado que, al observar imágenes relacionadas con la violencia de género, la activación de distintas partes de su cerebro es distinta a la de otro tipo de delincuentes.

El tratamiento actual para estos hombres consiste básicamente en psicoterapia, donde se les proporcionan estrategias de control y manejo de la ira. Aunque hay unas directrices comunes, al final se habla de un plan individualizado de intervención, pues hay que considerar, en cada caso, cuáles son los aspectos relevantes a considerar y tratar. Si, además, algunos consumen alcohol y drogas, habrá que tratar en primer lugar la dependencia, para después poder actuar sobre su

comportamiento violento. Lo mismo ocurriría si la persona que tenemos delante padece una enfermedad mental o un trastorno de la personalidad, casos que necesitarán, además, tratamiento con psicofármacos. Algunos aspectos que se incluyen en el tratamiento son, por ejemplo, las ideas degradantes hacia la mujer, la falta de empatía, la regulación de las emociones, las capacidades mentales deficitarias o la rigidez mental. Desde mi perspectiva, junto a la psicoeducación, la intervención psicosocial y el arsenal psicofarmacológico, no hay que perder de vista la utilidad de la rehabilitación cognitiva: si mejoramos la atención, la memoria, las habilidades verbales y la flexibilidad cognitiva estaremos contribuyendo a que sean más receptivas al resto de tratamientos, mejoraremos su eficacia y reduciremos la probabilidad de reincidencia.

Confiamos, en un futuro, contar también con perfiles de hombres que ejercen la violencia contra sus parejas del mismo género, y de mujeres agresoras hacia sus parejas, así como de cualquier tipo de violencia entre personas de género no binario, o sea, que no se identifiquen a sí mismas como hombre o mujer, en el seno de una relación íntima. Resulta difícil contar con datos de hombres agredidos física o psicológicamente por su pareja cuando es mujer, ya que este tipo de violencia pasa desapercibida. Bien es cierto que las estadísticas son mínimas en comparación con la violencia sufrida por mujeres a manos de hombres, y también son mucho menos graves las secuelas físicas, como, por ejemplo, los hematomas, los traumatismos craneoencefálicos o la rotura de huesos. Pero no por ello es inexistente, ni menospreciable o justificable, y parece que, cuando se produce, tiene un carácter más defensivo, al menos la de tipo físico, y no está tan claro cómo se produce el maltrato psicológico hacia sus compañeros.

Según nos dice la poca investigación realizada hasta el momento, los aspectos claves en maltratadoras serían los mismos que los señalados en los hombres, pero ellas, además, tendrían esquemas mentales hostiles y humillantes hacia ellos que se plasman, por ejemplo, en menospreciarlos por considerar que no cumplen con lo que se esperaría al no poder tomar decisiones por sí mismos o mostrar inseguridad. En definitiva, piensan que «no son lo suficientemente hombres», tomando como referencia el estereotipo clásico. También puede ocurrir que sientan odio a los hombres por una generalización

de traumas relacionados con la figura paterna, como el abuso sexual o el abandono. Sin embargo, otras investigaciones más recientes aportan datos diferentes. Cabe mencionar aquí un estudio recientemente publicado, en 2021, en la revista *Journal of Interpersonal Violence*, llevado a cabo en mujeres universitarias del Reino Unido. Según los resultados que muestra, el 30,9% de las participantes indicaron haber ejercido algún tipo de violencia física hacia sus parejas varones en el año anterior a ser entrevistadas. Además, frente a las que no cometieron agresiones, las agresoras mostraron puntuaciones más altas en rasgos psicopáticos, con menor resiliencia emocional y empatía, así como niveles altos de violencia tanto proactiva como reactiva. El patrón de su actividad cardiovascular ratificaba, además, estos datos. Según indican los propios investigadores, ello abre la posibilidad a que algunos de los actos violentos cometidos por mujeres en las relaciones de pareja tengan un carácter proactivo, y no solo reactivo y en respuesta a una agresión por parte de sus parejas como se había hipotetizado. En cambio, lo que sí se ha descrito es el fenómeno de marginalización que padecen los hombres maltratados por mujeres, pues se cuestiona su masculinidad, lo que puede frenar la voluntad de acceder a los recursos y sistemas de protección. Tanto es así que aceptan la violencia física y verbal en la intimidad, sin plantearse siquiera solicitar ayuda. Tampoco podemos menospreciar el hecho de que, si bien en muchos casos hay siempre alguien que comete la violencia y alguien que la sufre, hay otros en los que es mutua y se produce, por lo tanto, en ambos sentidos.

En general, no se dispone de muchos datos referentes a la violencia en parejas del mismo género, conocida como «violencia intragénero», debido a que el matrimonio igualitario y las leyes de uniones civiles existen en pocos países, y desde hace relativamente poco tiempo. A ello hay que añadir que hasta ahora había sido considerada violencia entre iguales, por lo que era tolerada y había una dificultad legislativa para establecer el rol de quién agrede y de quién padece la agresión. Además, el acceso a la muestra para estudiarla era una tarea ardua y había un escaso número de denuncias. No olvidemos además que las personas LGTBI hasta hace bien poco eran agredidas socialmente y sufrían con frecuencia violencia verbal o física con poco respaldo legislativo que las protegiese, lo que hacía que ocultasen sus relaciones

íntimas. Si alguien era víctima del maltrato en el seno de una de estas relaciones, tenía una gran dificultad para denunciar o poder salir de esa relación, máxime si no contaba con el apoyo de la familia. La incidencia de la violencia intragénero se sitúa en porcentajes variables, oscila entre el 11 y el 46%, con una gran variabilidad entre estudios, por lo que podría ser incluso más alta que la violencia de género. Se hace, por ello, necesario, un abordaje más exhaustivo de la cuestión.

Necesito que me cuiden, sin embargo me agreden

La OMS ha definido el maltrato hacia los ancianos como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se producen en una relación basada en la confianza». Esto incluye el maltrato físico, el psicológico, el emocional, el sexual y la negligencia o abandono, además del abuso de confianza relacionado con los bienes o finanzas de estas personas. Al igual que en cualquier tipo de violencia, para que se lo considere maltrato tiene que existir una intencionalidad que, o bien cause daño a la persona mayor, o bien le prive de sus necesidades básicas, atenciones requeridas o derechos. Aunque con los cambios demográficos actuales la edad a la cual comienza la etapa de la ancianidad se va retrasando, se establecen como punto inicial de este proceso evolutivo los 65 años. Tras haber pasado inadvertido durante mucho tiempo el maltrato hacia las personas mayores, la cada vez más significativa consciencia de su existencia ha llevado a que hoy se considere un problema social y de salud pública. No fue hasta los años setenta del siglo pasado cuando se describió este fenómeno por primera vez en la literatura científica. Sin embargo, en la actualidad, muy pocos países cuentan con tasas de prevalencia o estimaciones, los cuales se sitúan entre el 1 y el 10%, según los criterios que definen el abuso. A nivel legal, el maltrato hacia los ancianos se encuadra en el ámbito de la violencia doméstica, que se entiende como «malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de este». Una consideración que se debe a que quien

maltrata en casa suele ser el cónyuge, los hijos o sus parejas. Sin embargo, habría que incluir también la violencia que se produce dentro de una relación interpersonal en la que existe confianza, como en situaciones de convivencia o dependencia de sus cuidados. De manera que quien agrede puede ser tanto una persona cuidadora que trabaja en el propio domicilio como personal de atención médica de la residencia o cualquier otra persona de su entorno, ya sea de los servicios sociales, entre sus vecinos o amistades.

Aunque todos los ancianos pueden ser objeto de maltrato, existen algunos factores de riesgo. Por ejemplo, es más frecuente en personas de edad avanzada, especialmente mujeres, y más aún si se encuentran en situación de dependencia o tienen sus capacidades físicas o psíquicas mermadas. Son igualmente vulnerables quienes padecen una enfermedad mental como la depresión, o alguna demencia, como la enfermedad de Alzheimer. Cuando, además, se trata de personas aisladas socialmente, sin contacto con la familia o con amistades, su vulnerabilidad aumenta de modo considerable. Las consecuencias son devastadoras, pues además de los traumatismos, hematomas y otras heridas derivadas del abuso físico, también la salud mental se ve seriamente dañada, lo que, con frecuencia, comporta depresión, ansiedad, miedo y trastornos de la alimentación y el sueño. El abandono y la negligencia hacia la persona anciana que se tiene la obligación de cuidar suelen causarle malnutrición, deshidratación, falta de aseo y, en ocasiones, una regulación inadecuada de la temperatura que llega a producirles hipotermia o hipertermia. El abuso económico, que incluye la apropiación de objetos y propiedades, el aprovechamiento o mal uso de su dinero, la falsificación de su firma o también la imposición bajo presión de la firma de documentos, lleva a que muchos mayores vulnerables no puedan pagar las facturas ni cubrir los servicios básicos para vivir, por lo que acaban siendo desahuciados o su calidad de vida se deteriora considerablemente. Me parece relevante, además, resaltar determinadas actitudes y estereotipos negativos hacia las personas mayores que hacen que se las deshumanice. Así, es comúnmente aceptado que los ancianos pierden poder y control sobre sus vidas, que sienten menos intensamente, y que son débiles y dependientes. Una percepción que los convierte en más vulnerables a la explotación y el abuso.

Obviamente, la mayoría de las personas que cuidan o conviven con ancianos no los maltratan, ni mucho menos. Entonces, ¿quién lo hace y por qué? Es difícil dar una respuesta clara y taxativa a esta cuestión, pero podemos hablar de algunos factores de riesgo. Los cuidadores con más probabilidades de caer en comportamientos abusivos hacia las personas de edad avanzada que dependen de ellos son aquellos que tienen problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas, que padecen alguna enfermedad mental o tienen algún trastorno de la personalidad. Por otra parte, cuando alguien dedica su vida a cuidar de un anciano, puede darse que desarrolle el «síndrome de *burnout*», coloquialmente «de estar quemado». Este se manifiesta, entre otras conductas, en el aumento de la ira, la hostilidad y el menor control de la violencia. Si a esto se añade alguno de los problemas previamente mencionados, la probabilidad de que agreda o sea negligente con la persona anciana es mucho mayor. También es cierto que, si los hijos o la pareja de esta son dependientes económicamente de ella, el riesgo aumenta. Y, como siempre, el género es un factor que debe tenerse en cuenta, puesto que los hombres encargados de su atención cometerán en mayor medida maltrato físico, mientras que en estas circunstancias las mujeres son más proclives al abandono o la negligencia.

Pero no todas las personas maltratadas son mayores, ya que este tipo concreto de violencia se puede dar en todas las franjas de edad cuando existe alguna discapacidad. Según la OMS, la discapacidad es un término amplio que abarca las deficiencias o problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad o dificultades para ejecutar acciones o tareas y las restricciones de la participación o problemas para participar en situaciones vitales. Se estima que alrededor de un 15% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. Además de dificultades escolares y laborales, las personas con discapacidad suelen tener peor salud que la población general, en parte debido a prácticas o hábitos poco saludables, como el sedentarismo, una dieta inadecuada o el abuso de alcohol, pero en parte también por su mayor riesgo a sufrir violencia, incluyendo la estigmatización o exclusión social. La falta de autonomía para el aseo personal aumenta el riesgo de abuso sexual, ya que hace que sus cuerpos sean accesibles a quienes les cuidan. Depender de otros favorece también la obediencia y sumisión, máxime si no hay más

personas cercanas, pues el enfrentamiento o denuncia puede suponer la retirada del apoyo o los cuidados. En resumen, la población discapacitada puede padecer los mismos tipos de abuso que los ancianos con consecuencias similares a las descritas en su caso.

El acoso en la escuela: *bullying* y *ciberbullying*

Los menores violentos no dirigen siempre sus ataques hacia sus progenitores, es más, estos se dirigen en mucha mayor medida hacia sus iguales, como ocurre en el caso del acoso escolar. Este se produce cuando los niños y las niñas implicados buscan hacer daño a otro menor de manera intencionada y con premeditación, y no se trata de un episodio aislado en el que se reacciona violentamente, sino de un patrón de comportamiento que se repite en el tiempo, donde quien tiene el poder controla la situación. Las ofensas pueden ser físicas, como golpear a alguien u obligarlo a hacer algo que no quiere, o verbales, donde abundan las burlas e insultos. Y quizá la forma más extendida y dolorosa sea la violencia vinculada a las relaciones personales, que incluirían el extender rumores o mentiras, hacer que alguien se sienta excluido o ignorarle y retirarle la palabra. Todas estas acciones, emprendidas generalmente por alguien que lo lidera, son seguidas y reforzadas por el grupo, lo que causa, si cabe, un mayor sufrimiento.

El uso generalizado de los teléfonos móviles en menores y su acceso a las redes sociales ha llevado a que se extienda el acoso en internet, conocido como *ciberbullying*. Con frecuencia quien lo ejerce lo hace desde el anonimato, por lo que su sensación de impunidad le lleva a sentirse libre para ejercer más violencia. Por su parte, quien lo padece, tiene sensación de indefensión, porque al no saber de dónde proviene la agresión no puede hacerle frente. Los estudios científicos apuntan a que los chicos ejercen con más frecuencia que las chicas un tipo de acoso relacionado con la violencia física, mientras que ellas se ven más implicadas en la violencia relacional. No habría diferencias de género en el caso de la agresión verbal. Aunque el *bullying* puede empezar a aparecer en la infancia, su expresión más habitual suele ser al principio

de la adolescencia, periodo en el que irá disminuyendo gradualmente conforme se avanza en edad. Quizá la edad más frecuente en que se ejerce el *ciberbullying* es entre los quince y los dieciséis años, aunque las niñas suelen comenzar a acosar en redes sociales antes que los niños, mientras que quien lo padece suele tener entre doce y catorce.

Pero ¿puede cualquier menor acosar a otro?, ¿hay algunas características que lo hagan más probable? Las investigaciones de la Psicología tratan de identificarlas con el fin de trazar algunos perfiles de acosadores. Por estas sabemos que una característica fundamental de quien acosa es la falta de empatía y compasión, así como de remordimientos y culpa. Estas características son propias del trastorno de conducta disocial, que antecede al trastorno de personalidad antisocial y que, en algunos casos, deriva en psicopatía. La moralidad distorsionada ayudaría a que justificasen sus propios actos, menospreciasen sus consecuencias, que pudiesen mostrarse indiferentes o, incluso, orgullosos al ejercer la violencia. Si a todo ello añadimos el abuso de sustancias o la adicción a las nuevas tecnologías, es mucho más probable que tengamos un perfil de ciberacosador. Pero no siempre es así, pues en otras ocasiones quienes acosan son víctimas del abandono emocional en sus hogares, o incluso de malos tratos por parte de algún progenitor. También puede ocurrir que la baja autoestima, la frustración, la inseguridad y la escasa inteligencia emocional le lleven a descargar la rabia y la ira contra los demás. Sin embargo, todo ello hace probable que alguien se convierta antes en víctima del *bullying* que en verdugo. Algunos aspectos que aumentan la vulnerabilidad al acoso son las discapacidades, los problemas de aprendizaje y desarrollo, las altas capacidades o el buen rendimiento académico, así como pertenecer a una familia desfavorecida o de bajo nivel socioeconómico, la transexualidad, la diversidad afectivo-sexual, los rasgos físicos, el sobrepeso u obesidad y el pertenecer a una etnia o cultura diferente. Pero, en realidad, el motivo es lo de menos, en el ciclo del acoso, como en el de cualquier abuso, se establece una relación entre dos personalidades con características propias que harán que alguien ejerza el poder y la violencia sin miramientos y que alguien la padezca. Las características anteriormente mencionadas nos llevan a pensar en un funcionamiento inadecuado del córtex prefrontal en quienes ejercen el acoso. Ello afectaría a la capacidad de controlar los

propios impulsos y de planificar su comportamiento, así como de tener consciencia de las consecuencias de este. El aumento de la testosterona que ocurre en la pubertad podría incrementar la probabilidad de ejercer acoso de tipo físico, al menos en el caso de los chicos.

¿Qué papel juegan las familias y la escuela en el *bullying*? Un papel clave, pues aquellas familias cohesionadas, en las que hay una comunicación fluida y un apego seguro, y donde se establece un fuerte vínculo emocional que fortalece el sentimiento de seguridad de los menores, suponen una protección en el desarrollo de estas actitudes. La educación en empatía es fundamental para prevenir y erradicarlo, a través de ella se aprende a apoyar a quien se considera más vulnerable. También hace comprender que cualquiera puede ser víctima del acoso y que la situación produce miedo y mucho sufrimiento a quien la padece. Con el fin de prevenir el acoso hay que educar en empatía y establecer estrategias educativas tan principales y necesarias como el aprendizaje cooperativo y la mediación. Una vez aparece, los protocolos de detección y actuación en los centros son imprescindibles, pues cuanto antes se identifique, menos sufrimiento conllevará y antes se podrá atajar. También las familias han de estar informadas, ser sensibles a las señales que indiquen que sus hijos podrían estar involucrados en una situación de *bullying*. Los menores han de percibir que sus progenitores les apoyan incondicionalmente, porque el miedo a señalar al acosador, al reproche por no haber resuelto la situación antes o a causar decepción en los padres son algunos de los motivos que hacen que muchas víctimas de acoso escolar no lleguen a comunicarlo.

La escuela de mayores: el acoso en el trabajo

Crecemos y los patrones aprendidos en la escuela nos pueden acompañar en la vida adulta, pues los llevamos al contexto laboral. Y de esta manera, muchas personas que han acosado en el colegio volverán a hacerlo en su puesto de trabajo, y otras colaborarán permitiéndolo, negando su existencia y mirando para otro lado o, incluso, participando en un segundo plano o de forma encubierta, para que la víctima no sepa que lo hacen. Así, quien padece acoso laboral o *mobbing* es sometido a

presión psicológica, persecución o agravio por una o más personas con las que trabaja, pero con la complicidad del resto. Podría definirse como «hostigar, ofender, excluir socialmente a alguien o interferir negativamente en sus tareas laborales al menos seis meses una vez a la semana». Se trata de un proceso gradual en el que una persona es objeto de abusos una y otra vez, de forma sistemática, durante un largo periodo de tiempo, siendo cada vez más intenso y frecuente. Las conductas de acoso pueden estar relacionadas con el propio trabajo y encaminadas a dificultar su realización, pero también pueden suponer amenazas verbales y ataques personales a la vida privada mediante ofensas o insultos, aislamiento social o, en casos extremos, violencia física.

El tipo más habitual de *mobbing* es el llamado «descendente», pues quien lo padece se encuentra en situación de inferioridad respecto a quien acosa. Sería, por ejemplo, el caso de un empleado acosado por su superior inmediato, o también el de la persona en prácticas que es desprestigiada y ridiculizada por su responsable directo. Puede ser debido a que quien acosa pretende mantener su estatus y marcar su poder y dominancia, pero también, a una estrategia de la empresa para que quienes son acosados desistan y abandonen voluntariamente sus puestos de trabajo.

Otro tipo de acoso laboral es el «ascendente», padecido por una persona con rango superior y ejercido por parte de uno o más subordinados. Pensemos ahora en el caso de quien se incorpora a una empresa para dirigir un equipo e intenta poner en marcha una forma de trabajar diferente, la cual no es aceptada por los empleados a los que ha de liderar; o la persona que dirige un departamento y se comporta de forma arrogante y autoritaria, generando sentimientos de rechazo por parte del personal. También puede ocurrir que un subordinado quiera acceder al puesto de un superior, utilizando el acoso y derribo como estrategia para conseguirlo. Por último, cuando el *mobbing* se produce entre personas de la misma posición en la jerarquía de una organización, se denomina «horizontal». Este suele estar motivado porque se quiere forzar a alguien a aceptar ciertas normas o formas de trabajar, por enemistad o envidia, por aburrimiento, ausencia de trabajo o porque alguien se siente poderoso atacando a quien considera más débil.

En general, el proceso de acoso se produce en diferentes fases y comienza con un conflicto no resuelto que lleva a la estigmatización de alguien, el cual es acosado de forma repetida a lo largo del tiempo. Quien lo padece puede rebelarse, culpabilizarse o negar lo que está ocurriendo y, como consecuencia, será aislado socialmente. Ello, a su vez, repercutirá en la autoestima y salud mental de la persona, produciéndole síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión que podrán ir agravándose hasta desembocar en un trastorno mental más grave. Ante ello la empresa puede reaccionar obviando o negando la situación, pero también intervenir para poner fin al acoso, normalmente a través de un responsable encargado. Se entiende que esta intervención es negativa cuando se culpabiliza de la situación generada a quien sufre el *mobbing*, le responsabiliza del acoso y le otorga el poder de solucionarlo. De este modo se estigmatiza aún más a la víctima, que sufre acoso aún en mayor medida, pues con ello se valida de manera encubierta la actitud de quienes lo cometen. Por el contrario, la intervención de la empresa puede ser positiva cuando genera, mediante la negociación, alternativas de resolución. Cuando esto no ocurre y el acoso continúa, se llega a la última fase, la de marginación, en la que se da un aumento de la culpabilidad en la víctima y el empeoramiento de su salud. Por supuesto, afecta al desempeño y al rendimiento, ocasionando un creciente absentismo y bajas laborales. Para cerrar el proceso la empresa puede llegar a despedir a quien padece el acoso mediante una indemnización, o también adoptar estrategias como el aislamiento o el cambio de funciones para que abandone voluntariamente su puesto de trabajo.

El *mobbing* es un proceso de estrés crónico, por lo que conlleva graves consecuencias en la salud de quienes lo padecen. Se produce un desequilibrio cerebral por estrés, que altera el sistema endocrino y debilita el inmunológico, haciéndonos más vulnerables a enfermar. En consecuencia, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las víctimas se ven deteriorados, y son habituales los problemas emocionales, psicosomáticos e incluso psiquiátricos. Entre estos son comunes las alteraciones músculo-esqueléticas, como dolores lumbares y temblores; respiratorias, como sensación de ahogo o hiperventilación; gastrointestinales como náuseas, vómitos o sequedad de boca, y cardiovasculares como arritmias, hipertensión o dolores en el pecho. El

estrés, la irritabilidad, la ansiedad y la depresión son también frecuentes, y en casos extremos el estrés postraumático o los intentos de suicidio. Las víctimas de acoso suelen aislarse, evitar situaciones sociales y adquirir una actitud crítica hacia la sociedad, lo que genera un círculo vicioso al reducir aún más el apoyo social. Sus vidas laborales se van destruyendo conforme avanza el acoso.

Al igual que en otros tipos de violencia cabe ahora preguntarnos: ¿hay un perfil psicológico de quienes acosan? Lo hay, se trata en general de personas mentirosas, controladoras, críticas y envidiosas, que se esconden bajo una falsa apariencia de seguridad y de encanto personal, cuando en realidad son violentas, vengativas e incapaces de empatizar con el sufrimiento ajeno; carecen de remordimientos y no asumen la responsabilidad o culpa de sus actos. Se las describe como frustradas, resentidas, celosas, egoístas y necesitadas de admiración, reconocimiento social y protagonismo. Si analizamos todo lo anterior y lo comparamos con perfiles descritos en otras partes de este libro, tomaremos consciencia de que en realidad son personalidades poco empáticas o violentas, como la antisocial, la narcisista y la paranoide. Pueden incluso sentir placer al humillar a los demás, y tener un fuerte complejo de inferioridad que las lleva a destruir a quien tienen cerca para sentirse más poderosas. Tanto es así que el acoso puede ser la forma en que estas personas protegen su autoestima, que por inseguridad se ve amenazada por quien consideran que tiene mayor valía. Y es también plausible que se trate de una manera de compensar su falta de inteligencia emocional y empatía, y al no poder gestionar las relaciones sociales en positivo reaccionan con violencia e imponiendo sus criterios, destruyendo así a todo aquel que no siga estrictamente su forma de funcionar.

Cierto es que cualquier persona puede ser víctima de acoso, pero parece que ciertas características de personalidad hacen que la situación se perpetúe. Suele tratarse de personas que destacan, inteligentes y creativas, competentes y dedicadas al trabajo, por lo que serán percibidas como una amenaza por quienes las acosan. Pero junto a ello suele caracterizarlas una baja autoestima, así como el miedo a los conflictos y su tendencia a evitarlos, pues les genera un alto nivel de ansiedad, y la falta de asertividad. En realidad, hay muchas diferencias entre las víctimas del acoso laboral, y algunas características podrían

ser más una consecuencia de haberlo padecido que su causa. Desde mi punto de vista no se puede establecer una relación causal entre unas características de personalidad determinadas y el *mobbing*, sino que más bien son aspectos que hacen que alguien sea más vulnerable a padecerlo y, sobre todo, a no frenarlo y permitir que se prolongue o perpetúe en el tiempo. Contrariamente a lo que se podría pensar, es frecuente que las víctimas de acoso laboral sean personas con muchas virtudes personales y profesionales, aunque también las hay con escasa inteligencia emocional, competencias sociales y habilidades para manejar los conflictos. Y al igual que en el caso del *bullying*, no perdamos de vista a los cómplices, pues si el acoso laboral existe es porque otras personas lo permiten, presenciándolo y silenciándolo. Hay ocasiones en las que, además, ayudan a quienes acosan, minando la autoestima de la víctima y culpabilizándola del malestar generado. La falta de apoyo de otras personas de la organización es clave para que el *mobbing* se dé y se reitere. Cuando el acoso se produce entre iguales, puede producirse el contagio social, es decir, algunas personas seguirán a quien consideran el líder por satisfacer su propio deseo de agradar a los demás o por el miedo a ser ellas mismas la «siguiente víctima». La inseguridad, la indecisión y la obediencia a la autoridad son características clave del perfil de los cómplices.

Quienes padecen acoso pueden ser ayudados con psicoterapia. Esta ayuda va encaminada, por ejemplo, a fomentar la autoestima y a cambiar los pensamientos distorsionados o las creencias irracionales sobre el trabajo. Las técnicas de relajación y meditación, la psicoeducación, la resolución de problemas y el afrontamiento del estrés pueden ayudar a mejorar su estado psicológico. Aunque cuando la salud mental está más afectada, los psicofármacos se hacen necesarios. El fomento de la empatía y la compasión, así como del establecimiento de vínculos sociales son, en mi parecer, puntos clave del trabajo con quienes acosan. En cualquier caso, contamos actualmente con muchos profesionales de la salud mental especializados en el tratamiento y la prevención del acoso laboral, lo que abre una vía a la esperanza de erradicar esta problemática social.

¿Qué hay en mi trabajo que hace más probable el *mobbing*?

El acoso laboral no ocurre en cualquier empresa u organización. Una empresa empática basa su funcionamiento en la cooperación y la colaboración, tiene en cuenta a las personas y le interesa el bienestar emocional de sus trabajadores, por lo que estos comportamientos no tendrían cabida en ella. El líder empático resolvería de forma productiva y positiva cualquier conflicto, y generaría las condiciones adecuadas para que no se produjesen abusos ni tampoco se fuese cómplice de ellos. ¿Qué aspectos del trabajo hacen, por lo tanto, más probable que se pueda producir mobbing? Desde mi punto de vista, este ocurre cuando la cultura de la organización permite o incluso refuerza el hostigamiento después de producirse los comportamientos violentos. También se da cuando la filosofía de empresa fomenta una excesiva competitividad o «lucha de lobos», donde el más fuerte asciende o mantiene su puesto de trabajo sin importar los medios empleados para ello. Por otra parte, el acoso tiene más probabilidades de producirse en situaciones en que los roles y las funciones laborales, así como las responsabilidades, son poco claras y difusas; de igual manera que cuando se ejerce un liderazgo pasivo, sin compromiso ni responsabilidad, o uno excesivamente autoritario, sin delegar ni confiar y marcando estrictamente el funcionamiento del trabajo.

La violencia terrorista

No quiero cerrar esta parte del libro sin hacer referencia al terrorismo, un contexto en el que la violencia se impone sobre cualquier criterio racional y en el que las creencias, ideologías o intereses políticos o económicos imperan sobre la vida de muchas personas. Y todo ello en nombre de una causa, que en realidad es un medio para alcanzar algo de mayor trascendencia. Realmente la lógica de estos movimientos terroristas trata de reforzar la premisa de que «el fin justifica los medios», incluyendo en esos medios el asesinato de personas. Se trata, pues, de ejercer la violencia pública para infundir el terror y conseguir cambios sociales o políticos, utilizando a civiles como víctimas, con el fin de presionar y conseguir un efecto en sistemas de poder como los gobiernos. La forma en que se manifiesta el terrorismo depende de la época histórica, y puede ser diferente en cada sociedad o cultura, aunque bien es cierto que actualmente tiende a uniformarse debido a la

globalización. Hacer un análisis minucioso del fenómeno es una difícil labor, pues se trata de un problema social complejo que puede ser abordado desde diferentes disciplinas. No es mi objetivo entrar en un debate filosófico o sociológico del terrorismo, sino vislumbrar, aunque sea brevemente, algunos de los mecanismos que llevan a ciertas personas a infligir este tipo de violencia.

¿Cuáles son estos mecanismos? En primer lugar, el fanatismo o extremismo y la radicalización. Quienes se involucran en organizaciones terroristas son personas corrientes e integradas en la sociedad, con un funcionamiento normal del cerebro. Salvo en contadas excepciones, no se trata de enfermos mentales o psicópatas, sino que obedecen generalmente a los y las terroristas suicidas y a quienes actúan en solitario. En segundo lugar, la exclusión social, es decir, el sentirse una persona marginada por el grupo aumenta la disposición a luchar o morir por una causa entendida como sagrada o justa. Algunas investigaciones han mostrado que, al hacerlo, se satisface la fuerte necesidad de pertenecer a un grupo, mejorando así la autoestima. Pero, además, para quienes cometen estas atrocidades, el hecho de llevarlas a cabo aumenta los sentimientos de superioridad, la sensación de dominancia e incluso la satisfacción personal. A nivel cerebral se activa lo que llamamos «circuito cerebral de la recompensa», que no es más que un conjunto de áreas del cerebro que regulan la sensación de placer, relacionado, en este caso, con esos ideales radicalizados. Y por último, no podemos obviar el razonamiento ético y moral de quien ejerce el terrorismo, que llega a considerar el asesinato como algo válido e incluso glorioso, así como la falta de remordimientos y culpa tras cometerlo, característica muy relacionada con la falta de empatía hacia las víctimas.

Todo lo hasta ahora explicado arrojaría luz sobre la mente del terrorista que no acaba con su vida, pero ¿qué ocurre en el caso del terrorismo suicida?, ¿qué pensamientos y sentimientos pueden llevar a alguien a autoinmolarse? Por una parte, al hacerlo se sienten superiores a los demás, socialmente importantes y con la capacidad de hacer grandes cosas, es decir, presentan una patente megalomanía, junto a la necesidad de ser venerados y glorificados y a una gran capacidad de engañarse a sí mismos. Y no es extraño que muestren algunas enfermedades mentales como trastornos del ánimo o de

ansiedad, un trastorno delirante o los derivados del abuso de sustancias como alcohol y drogas. Por otra parte, además de todos estos aspectos, y de la alta capacidad de autosacrificio por lo que entienden como una causa justa, hay un elemento que parece ser clave en la consumación de la autoinmolación: el haber padecido situaciones estresantes dolorosas en el periodo anterior a hacerlo, como podría ser el fallecimiento de un ser querido, la pérdida de un empleo o una separación amorosa. A diferencia del suicidio, se trata de una agresión hacia uno mismo autojustificada, que pretende causar un daño todavía mayor a terceros.

¿Es posible un mundo sin violencia?

Me hicieron esta pregunta en 2010, al igual que a otros tres estudiosos de la violencia humana, al grabar un programa de ciencia para la televisión sobre este tema. Mi respuesta, a diferencia de la del resto de entrevistados fue muy clara: «Es posible un mundo sin violencia, es posible un mundo más empático». Además de entender al ser humano como neurocientífico humanista y social, también lo hago desde el ámbito de la psicología positiva, en la cual se destacan las potencialidades de cada persona, a la par que se incide en la prevención y el tratamiento de los problemas sociales. Al analizar los diferentes perfiles violentos hemos comentado brevemente algunos de los tratamientos más eficaces en cada caso. El que aporta resultados más prometedores es el que combina psicoterapia con psicoeducación, neurorehabilitación y, si es el caso, con psicofármacos. Por ello se hace necesario una formación integral de los especialistas en el tratamiento de la violencia, así como un abordaje interdisciplinar, donde profesionales de la psicología, la psiquiatría, los servicios sociales, la salud en general y la criminología puedan coordinarse e interactuar en beneficio de todos. Tengo que recalcar, además, que este sería un tratamiento individualizado y adaptado a las particularidades de cada persona, uno que contempla variables como el tipo de violencia infligida, si se consume alcohol y drogas, las características de personalidad, la presencia o ausencia de una o más enfermedades mentales y el historial de abusos. Pero además de actuar en quienes ya se comportan violentamente, la educación en empatía y compasión, es, sin lugar a dudas, el camino que abre las puertas a crear una sociedad

menos violenta. El camino es largo, pues los cambios se consiguen poco a poco, de unas generaciones a otras y con el desarrollo de unos determinados valores, entre los que se incluyen la cooperación y el respeto a la diversidad.

Comportamientos prosociales vs. antisociales

A lo largo de este libro he descrito muchos comportamientos violentos, pero aún podría escribir otro acerca de ese lado de los seres humanos que nos hace capaces de ayudar a los demás, cooperar, colaborar e, incluso, en algunos casos, hacer algo que va en detrimento nuestro solo por el bien de otros o incluso dar la vida por alguien. Se trata de lo que en psicología denominamos «conducta prosocial», que no es más que un comportamiento voluntario destinado a ayudar y beneficiar a otra persona. Podríamos afirmar que es una tendencia natural, pues aparece ya en gran parte de los niños y niñas poco después de cumplir un año, y puede ser estimulado y fomentado a través de la educación. No son más que conductas positivas, es decir, que no causan daño o violencia, sino todo lo contrario: beneficio y bienestar. Entre estas conductas incluiría la cooperación, la relación de ayuda, la solidaridad, la generosidad y el altruismo. Pero no toda conducta prosocial tiene una motivación puramente altruista, es decir, en la que el deseo de beneficiar a otra persona no espera nada a cambio, se hace de forma desinteresada; también puede estar motivada por la esperanza de obtener un beneficio o reciprocidad. Y aquí podríamos entrar en grandes discusiones filosóficas, ya que para algunos autores no existiría el altruismo puro, pues el mero hecho de comportarse altruistamente hace que se sienta placer y gratificación, lo que supone un beneficio personal que lleva al individuo a seguir comportándose de ese modo. Algunos pensadores entendieron incluso que las conductas altruistas se fundamentan en el deseo de acabar con el malestar que supone ver sufrir al otro. Pensemos, por ejemplo, en quien se lanza a un río helado en pleno invierno para salvar a una persona desconocida que ha caído desde el puente: ¿qué le motiva a hacerlo: su malestar por verla ahogarse, el placer de ayudarla o acabar con el pánico que siente la otra persona?

Responder a esta pregunta de forma taxativa es más que difícil, imposible, y menos hacerlo para todos los casos.

Los estudios actuales en neurociencia han apoyado que las personas cooperativas y altruistas tienen una mayor activación de los centros cerebrales del refuerzo, lo que sería la base biológica que explicaría la satisfacción que sienten al ayudar. En cualquier caso, las conductas prosociales y altruistas actúan en beneficio de todos y son llevadas a cabo, en mayor medida, por personas empáticas y compasivas, con alta autoestima y baja impulsividad, características reguladas por la corteza prefrontal. Pero ¿reporta la prosocialidad algún beneficio? Así es, pues para recibir hay que dar, no hay otra fórmula, se trata de la reciprocidad, de modo que quien ayuda y se preocupa por los demás recibe el mismo trato. También sirve para fijar una forma de comportarse que beneficia, por un lado al propio individuo, ya que promueve la preservación de los propios genes a través de, por ejemplo, el cuidado y protección de los descendientes, y por otro, al grupo, pues es bueno para todos. Y es que la cooperación entre personas sin parentesco es habitual, aunque se espere algo cambio.

En el departamento de Psicobiología de la Universidad de Valencia, hemos estudiado durante años las consecuencias sobre la salud que tiene cuidar de personas con afecciones psiquiátricas crónicas. Y hemos comprobado su elevada incidencia sobre la salud de padres, madres y parejas, que son quienes fundamentalmente suelen asumir este rol. Además de mayores índices de depresión, ansiedad y consumo de fármacos, hemos observado que presentan más enfermedades de todo tipo y que responden de forma anómala al estrés. A ello se añade el hecho de que son estos cuidadores quienes sufren en mayor medida la hostilidad, ira, violencia verbal, y en ocasiones física, de quien padece la enfermedad. Algunas personas son resilientes a la situación, lo integran en su vida e incluso le dan una lectura en positivo, como una oportunidad para su crecimiento personal. Sin embargo, la gran mayoría sufre sus consecuencias negativas y, lo que es más, ven perjudicada gravemente su salud, pero deciden seguir adelante, pues el sufrimiento de las personas queridas es el motor que les impulsa a no abandonarlas. Cierto es que el parentesco y la proximidad emocional impregnan su comportamiento, pues son menos quienes dedican su vida a cuidar de personas en principio desconocidas sin que sea parte

de su trabajo. En este último caso se trataría de cuidadores formales, como los profesionales de la enfermería o la psicología. Pero también hay personas, en la mayoría de los casos espirituales, que desde la religiosidad o el laicismo deciden por voluntad propia pasar su vida cuidando a niños, ancianos, enfermos terminales, personas con discapacidad o en situación de extrema pobreza.

En este ámbito de la prosocialidad y el altruismo hay dos ejemplos que merece la pena mencionar, pues representan para mí su expresión máxima. El primero de ellos es la donación de órganos en vida, un acto generoso y altruista por el cual una persona hace constar su voluntad de donar alguna parte de su cuerpo a otra. Aunque se puede expresar la voluntad de hacerlo tras la muerte, quiero detenerme en aquellos que llevan a cabo la donación en vida. En este caso, la legislación establece que la extracción del órgano o parte de este ha de ser compatible con la vida, y la función que tiene dicho órgano debe ser compensada de forma segura por el organismo del donante. Suele darse sobre todo en personas con vinculación genética o sentimental, cuando el destino de la donación se conoce de antemano, quien dona tiene tiempo para tomar una decisión reflexionada y, además, la situación de quien recibe el órgano suele ser crítica, por lo que no puede esperar el proveniente de un cadáver. Pero también hay personas dispuestas a donar un órgano o parte de este a un desconocido, para salvar su vida, lo que sería el exponente máximo del altruismo.

El segundo proceso altruista está regulado legalmente en un número cada vez mayor de países de sociedades avanzadas y es la gestación por sustitución altruista, también conocida como «subrogada». Se trata de un método de reproducción médicamente asistida en el que una mujer gesta y da a luz un bebé de una u otras personas, llamadas «madres o padres de intención», con el material genético de estos o de donantes, pero no con el de la propia gestante. Se trata de una conducta prosocial, podríamos decir que altruista, pues, aunque quien la realiza suele donar la capacidad de gestar a familiares o amigas (lo más frecuente es de madre a hija o entre hermanas y amigas), también se hace con mucha frecuencia para personas desconocidas. Sería tal vez la expresión máxima de la conducta prosocial entre mujeres, pues los estudios científicos indican que la motivación básica de las gestantes es ayudar a dar el regalo de la vida a otras mujeres que no pueden hacerlo.

Empatizan con ellas y sienten que su imposibilidad de gestar y alcanzar así la maternidad es algo terrible y emprenden, movidas por el esfuerzo activo de sacarlas del sufrimiento, lo que en psicología se conoce como «compasión», gestar a su futuro hijo o hija. Así, a pesar de que ellas han logrado tener hijos fácilmente, empatizan con las que no pueden hacerlo porque comprenden perfectamente el dolor emocional que ello supone. Un número creciente de estudios rigurosos, llevados a cabo por investigadoras en varios países como Reino Unido, Canadá o Australia, narran que uno de los aspectos que más satisfacción produce a estas mujeres es compartir el gozo y la felicidad de las madres o padres en el momento del parto, y cuando toman en brazos al bebé que ellas mismas han gestado. Se sienten satisfechas, orgullosas y felices con la experiencia, y a menudo establecen un vínculo estable y duradero con las familias a las que han ayudado, con una alta calidad en la relación. Todo ello hace patente su elevada capacidad empática, su deseo de ayudar y su motivación altruista. Además de esto, entre sus características de personalidad destacan su fortaleza emocional, su alta autoestima y su afrontamiento positivo ante las situaciones de la vida. Estudiar el funcionamiento del cerebro y las características psicológicas tanto de las personas que donan órganos en vida como de las que lo hacen con su capacidad de gestar, puede ayudarnos, en gran medida, a conocer en detalle las bases científicas de la conducta prosocial y el altruismo. Y, en definitiva, a crear una sociedad más respetuosa y solidaria y, por extensión, menos violenta.

La educación en empatía, el antídoto de la violencia

Ponerse en el lugar de los demás, eso es la empatía. Y esto implica hacerlo, por una parte, desde el mundo de las ideas, con lo que pensamos o tomando la perspectiva de la otra persona; y por otro, desde el lado de las emociones, es decir, de cómo nos sentimos ante lo que les ocurre a los demás. La empatía es una tendencia natural que puede ser mayor en algunas personas que en otras, y que en parte nos viene dada desde el nacimiento. Si bien todo aquello que nos ocurre desde ese momento inicial contribuye notablemente a que seamos más

o menos empáticos. Así, por ejemplo, la interacción social con el bebé es básica para que desarrolle adecuadamente las partes del cerebro que regulan la empatía.

Como psicólogo y neurocientífico entiendo que es fundamental conocer los aspectos biológicos que influyen en nuestros comportamientos a la hora de trabajar en prevención, diagnóstico e intervención psicológica. Cuando empecé a interesarme por la violencia humana, tomé consciencia de que es incompatible con la empatía, ya que al empatizar te pones en el lugar de la otra persona desde una actitud abierta y flexible, sin miedo al cambio y con disposición a mejorar. Cuanto más empático es alguien, menos utilizará la violencia como forma de resolver los conflictos. De igual manera, una sociedad más empática utilizará en menor medida la violencia a la hora de resolver conflictos. La empatía es, por lo tanto, la otra cara de la moneda, pues la mejor forma de reducir la violencia es fomentando la empatía.

Al analizar el «cerebro empático» llegué a la conclusión de que las partes del cerebro que regulan la empatía y las sustancias neuroquímicas implicadas se solapan en gran medida con las de la violencia. La activación de esos circuitos cerebrales hacia un sentido, por ejemplo, hacia la empatía, podría actuar biológicamente como inhibidor del otro, es decir, de la violencia. Por ello es harto improbable que alguien se comporte violentamente hacia una persona con la que está empatizando en ese momento concreto. Esta afirmación abre muchas puertas a la investigación y a la intervención, pues nos da las claves de cómo llegar a ser sociedades más empáticas y menos violentas.

Bien es cierto que estadísticamente hablando las mujeres son más empáticas, debido a la interacción de factores biológicos como las hormonas, pues su cerebro ha estado menos expuesto a la testosterona durante la gestación, y también socio-culturales, como la educación. La neuroimagen cerebral evidencia que las partes del cerebro relacionadas con la empatía se activan con más fuerza en las mujeres que en los hombres. El que se active más la corteza cerebral frontal del hemisferio derecho, donde se ubican las neuronas espejo, podría explicar el superior reconocimiento emocional en las mujeres, y de ahí, su mayor capacidad para empatizar con los demás. Sin embargo, hay hombres

muy empáticos y mujeres que no lo son, y puede haber grandes diferencias de un hombre a otro o de una mujer a otra. Es por ello que yo preferiría hablar mejor de cerebros más o menos empáticos, entendiendo que hay más cerebros empáticos entre las mujeres. Sería muy positivo que el número de «cerebros empáticos» en puestos políticos, directivos y de liderazgo fuese mayor, pues redundaría en el bienestar de las sociedades y también reduciría las decisiones más drásticas en la resolución de conflictos, como puede ser emprender una ofensiva armada.

La educación en empatía, tanto en la escuela como en la familia, contribuiría notablemente al fomento de la compasión, o sea, hacer algo para que otra persona deje de sufrir, y también a la disminución e, incluso, erradicación de la violencia y por extensión, al desarrollo de una cultura de la paz. Por ello, considero que sería necesario incluir la empatía en el currículum educativo, y también requerir que los docentes tuviesen capacidades empáticas o se formasen en ellas. Sería adecuado, además, trabajar todo aquello que facilite su desarrollo, con una constante interacción entre los hogares y los centros educativos. Comenzaría por la educación del yo interior, con especial atención a la sobreprotección, que conduce generalmente al egocentrismo, y estimularía el desarrollo de la autoestima, la educación espiritual, la compasión y la creatividad. También se podría trabajar la empatía mediante el cultivo de las artes escénicas, la música y la lectura, el desarrollo del juego cooperativo, la creación de espacios empáticos y la educación en equidad y diversidad.

Pero cuando ya somos adultos, ¿cómo mejorar la empatía? Pues ante todo queriendo hacerlo, es decir, estando dispuestos y abiertos al cambio. El autoconocimiento es fundamental, por lo que la práctica del *mindfulness* supone ya un buen comienzo. Junto a ello podemos tratar de pensar o sentir como lo harían otras personas ante lo que les está ocurriendo. Escuchar sin prejuzgar, intentar comprender y tener una actitud tolerante son otros pasos que nos pueden llevar a ser más empáticos. La confianza en los demás, la cooperación, el control de los impulsos violentos y la asertividad también ayudan. Como relataba al comenzar este libro, las sociedades son cada vez menos violentas, dado que nuestra sociedad ha superado esas épocas históricas en que la violencia era un modo de relacionarse e incluso de sobrevivir.

Afortunadamente, en la actualidad la organización social es diversa, pues los más violentos, al menos físicamente, son recluidos y no alcanzan el éxito social. La empatía ligada a los derechos humanos ha permitido avanzar en el respeto a las ideas, creencias y sentimientos de las personas, y se ha emprendido el camino hacia una sociedad menos violenta.

Bibliografía consultada

Aroca-Montolío, C.; Lorenzo-Moledo, M.; Miró-Pérez, C. (2014). «La violencia filio-parental: un análisis de sus claves». *Anales de Psicología*, 30 (1), 157-170. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.149521

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-V. España: Editorial Médica Panamericana.

Apostolou, M.; Khalll, M. (2019). «Aggressive and Humiliating Sexual Play: Occurrence Rates and Discordance Between the Sexes». *Archives of sexual behavior*, 48 (7), 2187-2200. DOI: 10.1007/s10508-018-1266-8

Brzozowski, A.; Gillespie, S.M.; Dixon, L.; Mitchell, I.J. (2021). «Cardiac Autonomic Function and Psychological Characteristics of Heterosexual Female Perpetrators of Intimate Partner Physical Aggression». *Journal of Interpersonal Violence*, 36 (7-8), 3638-3661. DOI: 10.1177/0886260518775748

Buckley, L., Kaye, S. A., Stork, R. P., Heinze, J. E., & Eckner, J. T. (2017). «Traumatic brain injury and aggression: A systematic review and future directions using community samples». *Aggression and Violent Behavior*, 37, 26-34. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.08.004

Carvalho, J. C. N., Donat, J. C., Brunnet, A. E., Silva, T. G., Silva, G. R. y Kristensen, C. H. (2016). «Cognitive, Neurobiological and Psychopathological Alterations Associated with Child Maltreatment: A Review of Systematic Reviews». *Child Indicators Research, 9,* 389-406. DOI: 10.1007/s12187-015-9314-6

Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A., & McKee, S. A. (2018). «Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis». *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249. https://doi.org/10.1037/vio0000106

Fallon, J. (2013). *The Psychopath Inside: A Neuroscientist´s Personal Journey into the Dark Side of the Brain*. New York: Current.

Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., y Lichtenstein, P. (2014). «Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden». *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 44-54. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70223-8

Fazio, R. L. (2018). «Toward a Neurodevelopmental Understanding of Pedophilia». *The Journal of Sexual Medicine*, 15(9), 1205–1207. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.631

Fonteille, V., Redouté, J., Lamothe, P., Straub, D., Lavenne, F., Le Bars, D., . . . Stoléru, S. (2019). «Brain processing of pictures of children in men with pedophilic disorder: A positron emission tomography study». *NeuroImage: Clinical*, 21, 101647. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.101647

Fox, J.A. y Levin, J. (2005). *Extreme killing: understanding serial and mass murder*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Garrido Genovés, V. (2005). *Los hijos tiranos: el síndrome del emperador*. Barcelona: Ariel.

Giró, J. (2014). «La violencia hacia las personas mayores». *Trabajo Social Hoy*, 72, 23-38. DOI:

http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0008

Gracia, E.; Merlo, J. (2016). «Intimate partner violence against women and the Nordic paradox». *Social Science & Medicine*, 157, 27-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.040

Glenn, A. L. y Raine, A. (2014). «Neurocriminology: implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behaviour». *Nature Reviews Neuroscience, 15*(1), 54-63. https://doi.org/10.1038/nrn3640

Haller, J. (2014). *Neurobiological bases of abnormal aggression and violent behaviour*. New York, NY: Springer.

Hare R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist–Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.

Healey, M. L. y Grossman, M. (2018). «Cognitive and affective perspective-taking: evidence for shared and dissociable anatomical substrates». *Frontiers in Neurology, 9,* 491. https://doi.org/10.3389/fneur.2018.00491

Herzog, J. I. y Schmahl, C. (2018). «Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan». *Frontiers in Psychiatry, 9,* 420. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00420

Hoover, G. L., y Whitehair, V. C. (2020). «Agitation after traumatic brain injury: a review of current and future concepts in diagnosis and management». *Neurological Research*, 1-9. https://doi.org/10.1080/01616412.2020.1797374

Horner-Johnson, W. y Drum, C.E. (2006). «Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research». *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, 57-69. https://doi.org/10.1002/mrdd.20097

Humenik, A. M., Grounds, Z. K., Mayer, H. M., & Dolan, S. L. (2020). «A systematic review of executive cognitive function in intimate partner violent offenders». *Aggression and Violent Behavior*, 54, 101407. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101407

Joyal, C. C., Kärgel, C., Kneer, J., Amelung, T., Mohnke, S., Tenbergen, G., . . . Kruger, T. H. (2019). «The Neurobiological Origins of Pedophilia: Not That Simple». *The Journal of Sexual Medicine*, 16(1), 153-154. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.015

Kneer, J., Borchardt, V., Kärgel, C., Sinke, C., Massau, C., Tenbergen, G., . . . Kruger, T. H. (2019). «Diminished fronto-limbic functional connectivity in child sexual offenders». *Journal of Psychiatric Research*, 108, 48–56. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.012

Kolla, N. J. y Houle, S. (2019). «Single-photon emission computed tomography and positron emission tomography studies of antisocial personality disorder and aggression: a targeted review». *Current Psychiatry Reports, 21*(4), 24. DOI: 10.1007/s11920-019-1011-6

Lila, M.; Gracia, E.; Romero-Martínez, A.; Santirso, F. (2020). «Estrategias motivacionales en intervención con agresores de pareja: el plan motivacional individualizado». *Psicología Jurídica y Forense: Investigación para la práctica profesional*. https://doi.org/10.2478/9788395609596-021

Logan, C. (2011). «La femme fatale: The female psychopath in fiction and clinical practice». *Mental Health Review Journal*, 16 (3), 118-127. https://doi.org/10.1108/13619321111178078

Lupton, A., Abu-Suwa, H., Bolton, G. C., y Golden, C. (2020). «The implications of brain tumors on aggressive behavior and suicidality: A review». *Aggression and Violent Behavior*, 101416. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101416

Martín-Fernández, M.; Gracia, E.; Lila, M. (2019). «Psychological intimate partner violence against women in the European Union: a cross-national invariance study». *Public Health*, 19 (1): 1739. doi: 10.1186/s12889-019-7998-0.

Martín-Fernández, M.; Gracia, E.; Lila, M. (2020). «Ensuring the comparability of cross-national survey data on intimate partner violence against women: a cross-sectional, population-based study in the European Union». *BMJ Open*, 10(3):e032231. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032231

Minero, V. A., Barker, E., y Bedford, R. (2017). «Method of homicide and severe mental illness: A systematic review». *Aggression and Violent Behavior*, 37, 52-62. https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.09.007

Mokros, A., Schilling, F., Weiss, K., Nitschke, J., y Eher, R. (2014). «Sadism in Sexual Offenders: Evidence for Dimensionality». *American Psychological Association, 26*(1), 138-147. https://doi.org/10.1037/a0034861.

Moya-Albiol, L.; Carone, N.; Figueiredo, B.; Martínez, M. (2021). «Aspectos psicológicos de la gestación por sustitución». *Mente y cerebro*, 106, 22-29.

Moya-Albiol, L. y Romero-Martinez, A. (2020). *Neurocriminología*. Madrid: Pirámide.

Moya-Albiol, L.; Sariñana-González, P.; Vitoria-Estruch, S.; Romero-Martínez, A. (2017). «La neurocriminología como disciplina aplicada emergente». *Vox Juris*, 33 (1), 15-20.

Nitschke, J.; Istrefi, S.; Osterheider, M.; Mokros, A. (2012). «Empathy in sexually sadistic offenders: An experimental comparison with non-sadistic sexual offenders». *International Journal of Law and Psychiatry* (35), 165-167. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.02.003

O'Sullivan, M., Glorney, E., Sterr, A., Oddy, M., y da Silva Ramos, S. (2015). «Traumatic brain injury and violent behavior in females: A systematic review». *Aggression and Violent Behavior*, 25, 54-64. http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.0061359-1789

Olivier F. Colins, Kostas A. Fanti, Randall T. Salekin, y Henrik Andershed (2017). «Psychopathic Personality in the General Population: Differences and Similarities Across Gender». *Journal of Personality Disorders*. 31 (1), 49-74. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_237

Polderman, T. J., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M. y Posthuma, D. (2015). «Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies». *Nature Genetics*. DOI: 10.1038/ng.3285

Raine, A. (2013). *The anatomy of violence: The biological roots of crime*. Pantheon/Random House.

Raine, A. (2019). «A neurodevelopmental perspective on male violence». *Infant Mental Health Journal, 40* (1), 84-97. DOI: 10.1002/imhj.21761

Rodríguez-Muñoz, A. (2011). «Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación». *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 20-34.

Rollè, L., Giardina, G., Caldarera, A. M., Gerino, E., y Brustia, P. (2018). «When intimate partner violence meets same sex couples: A review of same sex intimate partner violence». *Frontiers in Psychology*, 9, 1506. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01506

Romero-Martínez, Á. Lila, M., y Moya-Albiol, L. (2014). «El perfil del maltratador machista». *Revista Mètode*, 82, 22-27.

Romero-Martínez, Á., y Moya-Albiol, L. (2015). «¿Facilitan los esteroides anabolizantes-androgénicos la expresión de la violencia?». *Revista Española de Drogodependencias*, 40 (3) 12-26.

Romero-Martínez, A., y Moya-Albiol, L. (2015). «Déficits neuropsicológicos asociados a la relación entre abuso de cocaína y violencia: Mecanismos neuronales facilitadores». *Adicciones*, 27(1), 64-74.

Romero-Martínez, Á., González, M., Lila, M., Gracia, E., Martí-Bonmatí, L., Alberich-Bayarri, Á., Maldonado-Puig, R., Esteve-Ten, A. y Moya-Albiol, L. (2019). «The brain resting-state functional connectivity underlying violence proneness: Is it a reliable marker for neurocriminology? A systematic review». *Behavioral Sciences, 9* (1), 11. DOI: 10.3390/bs9010011.

Rund, B. R. (2018). «A review of factors associated with severe violence in schizophrenia». *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (8), 561-571. https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1497199.

Soldino, V., Romero-Martínez, Á., y Moya-Albiol, L. (2016). «Mujeres violentas y/o delincuentes: una visión desde la perspectiva biopsicosocial». *Anales de Psicología*, 32(1), 279-287. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.182111

Takahashi, H.; Kato, M.; Matsuura, M.; Mobbs, D.; Suhara,T.; Okubo, Y. (2009). «When Your Gain Is My Pain and Your Pain Is My Gain: Neural Correlates of Envy and Schadenfreude». *Science*, 323 (5916), 937-939. doi: 10.1126/science.1165604

Thureau, S., Le Blanc-Louvry, I., Gricourt, C., y Proust, B. (2015). «Conjugal violence: a comparison of violence against men by women and women by men». *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 31, 42-46. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.12.014

Torrubia, R. y Cuquerella, A. (2008). «Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense». *Revista Española de Medicina Legal*, 34 (1), 25-35.

SOBRE EL AUTOR

LUIS MOYA ALBIOL

Luis Moya Albiol es Catedrático de Psicobiología de la Universitat de València. Es Doctor en Psicología y Premio Extraordinario de Doctorado por esta universidad. Imparte docencia en los estudios de Psicología y Criminología y es director del primer Máster en Neurocriminología.