

## **DISFUNCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN MALTRATADORES**

M<sup>a</sup> José Rodríguez Biezma  
Sara Fernández Guinea<sup>1</sup>  
*Universidad Complutense de Madrid.*

### **Resumen**

El propósito del presente artículo fue recopilar e integrar los resultados de las principales investigaciones neurobiológicas y neuropsicológicas sobre violencia doméstica, así como analizar las repercusiones forenses más importantes. Nuestra revisión revela que se han detectado factores como una actividad serotoninérgica disminuida, altos niveles de testosterona y déficit en el funcionamiento de estructuras cerebrales (hipotálamo, amígdala, área prefrontal y temporal). Por otro lado, el análisis forense indica que la mayoría son varones que maltratan a sus parejas sentimentales, mediante actos de violencia física y/o psicológica, no siendo frecuentes los trastornos mentales, sino el abuso y/o dependencia de alcohol. Estos hallazgos se discuten en términos de implicaciones significativas para la evaluación y tratamiento, valorando aspectos como la posible relación con el tipo de conducta violenta, riesgo añadido y la necesidad de desarrollar programas de intervención con los agresores y con las víctimas.

**PALABRAS CLAVE:** *violencia doméstica, serotonina, testosterona, cerebro, análisis forense.*

### **Abstract**

The aim of the current article was to collect and integrate the findings of the principal neurobiologic and neuropsychologic studies about domestic violence, as well as to analyze the more important forensic implications. Our review reveals that it has been detected factors like a diminished serotonergic activity, high levels of testosterone and deficits in the functioning of cerebral structures (hypothalamus, amygdala, prefrontal and temporal area). On the other hand, the forensic analysis indicates that the most are men who maltreat their partner, through acts of physical and/or psychological violence, not being prevalent the mental diseases, if not the alcohol abuse and/or dependence. These findings are discussed in terms of significant implications for the evaluation and intervention, assessing factors like the possible relationship with the type of violent behaviour, added risk and the need to elaborate intervention programs with the aggressors and the victims.

**KEY WORDS:** *domestic violence, serotonin, testosterone, brain, forensic analysis.*

---

<sup>11</sup> *Correspondencia:* Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. E-mail: [sguinea@psi.ucm.es](mailto:sguinea@psi.ucm.es)

## Introducción

La violencia en la familia es un problema que afecta a hombres y mujeres de todas las edades, razas, religiones y clases sociales. Aunque la violencia familiar es un término amplio que incluye diferentes formas de abuso, como el maltrato infantil, a personas de edad avanzada o violencia entre hermanos, en el presente análisis nos vamos a centrar en la violencia entre cónyuges, frecuentemente, del hombre contra la mujer.

Desde un punto de vista clínico, el maltrato doméstico se refiere a las *“agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido), y que causan daño físico y/o psíquico, y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa)”* (Echeburúa et al., 1990). Con todo esto, puede observarse que existen diferentes tipos de malos tratos en la violencia doméstica: físicos, psíquicos o sexuales.

Durante los últimos años, la violencia doméstica ha alcanzado cifras alarmantes, debido probablemente a la difusión pública del problema y a su consecuente transmisión en los medios de comunicación. Según el Informe sobre Población Mundial de Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela, 2002). En la Unión Europea, se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido violencia alguna vez en su vida por parte de su pareja. Los datos del informe de la OMS sobre países europeos, aunque sólo abordan maltrato físico o sexual, ofrecen resultados desde un 6% a un 12% durante el último año, y entre un 14% a un 58% alguna vez en su vida (Krug y cols., 2002).

En España, la prevalencia del maltrato doméstico es también elevada. Las encuestas realizadas por el Instituto de la Mujer (2000, 2002) muestran una reducción del número de mujeres maltratadas con respecto a años anteriores, considerándose un 11'1% de mujeres como *“técnicamente maltratadas”*, y un 4% como maltratadas en el último año. Entre este último grupo de mujeres, el maltrato psicológico es el más común (Instituto de la Mujer, 2003). Junto a esto, en más del 70% de los casos, los actos violentos se dan desde hace más de 5 años (Instituto de la Mujer, 2000, 2003).

En cuanto a datos provenientes de las denuncias en España, se observa un crecimiento de las mismas desde el año 1998 (19.535 denuncias) hasta el año 2002 (27.590 denuncias). A fecha de Diciembre del 2005, el total de denuncias asciende a 59.758.

En la actualidad, existe un consenso generalizado que, al igual que el Grupo de Trabajo en Violencia del Hombre contra la Mujer de la Asociación Americana de Psiquiatría, se plantea que la violencia doméstica tiene múltiples causas (American Psychiatric Association, 1999). Son muchos los modelos teóricos que han intentado explicar el origen y/o mantenimiento de la violencia en el hogar, como por ejemplo, el de aprendizaje social (Bandura, 1984), del estrés (Farrington, 1986; Mary Ann Duthon, 1992), del análisis de costes y beneficios (Pfouts, 1978), feminista (MacKinnon, 1983), etc. A nivel psicológico, destacan tres modelos, por ser

considerados los de mayor utilidad y más completos: Ciclo de la violencia (Walker, 1979/1989), Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 1998) y el Modelo interactivo de la violencia doméstica (Stith & Rosen, 1992).

Los modelos biológicos también han intentado dar respuesta a este fenómeno, basándose en las observaciones y hallazgos encontrados en el estudio de la conducta agresiva y/o violenta. En este sentido, se han postulado diversos factores etiológicos, tales como factores genético-neuroquímicos (serotonina), factores hormonales (testosterona) y déficit en estructuras cerebrales (corteza prefrontal, amígdala, hipocampo, etc.) (Huertas, López-Ibor & Crespo, 2005). Aunque ya se están obteniendo resultados específicos a este respecto (Edwards & cols., 1998; Soler, Vinayak & Quadagno, 2000; George, Umhau, Phillips, Emmela, Ragan, Shoaf, & Rawlings, 2001; George, Rawlings, Williams, Phillips, Fong, Kerich, Momenan, Umhau, & Hommer, 2004; Abdulla, & Badawy, 2005) muchos datos son, todavía, contradictorios.

En este artículo, hacemos una revisión de los estudios que analizan la posible relación entre factores biológicos y violencia doméstica, para lo cual realizamos una breve exposición del estudio de la conducta agresiva, así como del fenómeno de los malos tratos, presentando los resultados de los estudios neuropsicológicos y neurobiológicos más importantes sobre este tipo de agresores. Junto a esto, consideraremos las principales repercusiones forenses del citado fenómeno. Por último, discutiremos las principales implicaciones clínicas y forenses de nuestro análisis.

### **La conducta agresiva**

A la hora de abordar el problema de la violencia doméstica, se nos plantea una cuestión a la que debemos intentar dar respuesta: ¿por qué somos violentos?. Podemos ser violentos porque el complejo sistema presidido por la amígdala, en interconexión con la corteza prefrontal, sufre alguna perturbación de origen biológico. Por ejemplo, nacer con un gen mutado para la serotonina (Sanmartín, 2004).

Pero, hoy en día, se sabe que los factores ambientales y, en particular, las experiencias que cada individuo tiene a lo largo de su historia personal, pueden configurar su propia biología: *moldean su cerebro* haciendo que algunos circuitos neuronales se construyan ex novo o potenciando otros ya existentes (Mora, 2002). De este modo, biología y ambiente se funden de forma prácticamente indisoluble en el ser humano.

La conducta agresiva tiene 3 componentes principales: 1) respuesta somática: movimientos musculares que el individuo realiza para adoptar ciertas posturas y expresiones faciales.; 2) respuesta hormonal: refuerza el componente autónomo. Por ejemplo, la médula suprarrenal segrega adrenalina, lo que incrementa aún más el flujo sanguíneo hacia los músculos; la corteza suprarrenal segrega hormonas esteroides,

como el cortisol (hormona del estrés) que moviliza reservas de energía para poner el organismo en tensión; 3) respuesta neurotransmisora: destacan dos neurotransmisores. La noradrenalina, que prepara al organismo para hacer frente a las situaciones del entorno. Y la serotonina, que incrementa la irritabilidad cuando disminuye su nivel en el cerebro.

Además, en estos tres componentes intervienen diversas partes del cerebro, tales como el tronco del encéfalo (núcleos del rafe, locus coeruleus), el mesencéfalo (sustancia gris periacueductal), el sistema nervioso autónomo, el hipotálamo, la amígdala y la corteza prefrontal (dorsolateral, orbitofrontal y ventromedial). Actualmente, se piensa que la amígdala actúa como una “unidad central de mando” de la que emanan las órdenes para que las respuestas somática, autónoma, hormonal y neurotransmisora tengan lugar, así como las directrices para poner fin a éstas (Damasio, 1996; LeDoux, 1999).

### **Tipos de maltratadores**

Los maltratadores no constituyen un grupo homogéneo (Dutton y Golant, 1997), por lo que resulta interesante establecer clasificaciones desde diversos puntos de vista (violencia, psicopatología, tratamiento, etc.). Una primera tipología se basa en el tipo de violencia. Así, por un lado, encontramos la violencia *expresiva*, que se trata de una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. Por otro lado, la violencia *instrumental*, que expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa (Echeburúa y Corral, 1998; Garrido, 2001).

Sin alejarse demasiado de esta primera clasificación, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) establecen tres tipos básicos de maltratadores:

- Maltratadores *impulsivos*: presentan un estado de ánimo predominantemente disfórico, es decir, inestables e irascibles emocionalmente. Por ello, no es infrecuente que sean a menudo solitarios, hipersensibles a los pequeños desprecios y que presenten rápidas alteraciones del control al enfado extremo, lo cual encaja frecuentemente con el trastorno límite de la personalidad.
- Maltratadores *instrumentales*: hacen un uso instrumental de la violencia. En general, presentan niveles más bajos de ira y depresión que el grupo impulsivo. Sin embargo, muestran niveles más altos de narcisismo y de manipulación psicopática, amenazando y agrediendo a su pareja cuando ésta no satisface sus demandas.
- Maltratadores *sobrecontrolados*: subgrupo difícil de precisar numéricamente, pues está menos estudiado. Suelen ser menos violentos que los anteriores, practicando el maltrato psicológico como un reflejo de sus carencias personales. En concreto, se trata de personas pasivas, dependientes y con rasgos obsesivos.

Desde una perspectiva más amplia, una última tipología es la establecida por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), basándose en una muestra de 42 pacientes del programa de atención psicológica de los maltratadores domésticos del Servicio de Violencia Familiar de Bilbao. Diferencian cuatro tipos de maltratadores:

- En cuanto a la extensión de la violencia:
  - Maltratadores *violentos sólo en el hogar*: 74% de la muestra. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas, por lo que las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.
  - Maltratadores *violentos en general*: 26% de la muestra. Son frecuentes en éstos las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre el uso de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.
- En cuanto al perfil psicopatológico:
  - Maltratadores *con déficit en las habilidades interpersonales*: 55% de la muestra. No han aprendido unas habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.
  - Maltratadores *sin control de impulsos*: 45% de la muestra. Son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un trastorno explosivo intermitente.

### **Estudios sobre factores biológicos**

Las investigaciones neurobiológicas y neuropsicológicas ofrecen diversos resultados. A nivel general, diversos estudios han comprobado que la disfunción cerebral se asocia con la violencia doméstica (Rosenbaum y Hoge, 1989; Warnken, Rosenbaum, Fletcher, Hoge y Adelman, 1994; Holtzworth-Munroe, 1997). Basándose en esta asociación, Edwards y colaboradores (1998) entrevistaron a 12 maltratadores presos y a 10 presos no violentos del Centro Correccional Rio Cosumnes y, operativizando la disfunción cerebral como una puntuación por debajo de 25 en el Mini Mental Status Exam (MMSE), observaron que el 42% de los maltratadores obtuvieron una puntuación por debajo de 25, mientras que ninguno del otro grupo la obtuvo por debajo de 28.

Para los autores, este resultado apoya la idea de la disfunción cerebral como factor de riesgo para la violencia doméstica.

### ***Neurotransmisores***

Se ha observado una disminución de la actividad serotoninérgica en el desarrollo de conductas violentas y, en concreto, en maltratadores (Gleason, 1997; Holtzworth-Munroe, 1997; Nelson, R. J. y Chiavegatto, S., 2001; George et al., 2001; Abdulla, A. y Badawy, B., 2003; Almeida et al., 2005).

George et al. (2001), compararon las concentraciones de 5-HIAA (metabolito de 5-HT) en el fluido cerebroespinal, en un grupo de 13 maltratadores que cumplían criterios DSM-III-R (APA, 1987) para la dependencia de alcohol (con una abstinencia de, al menos, 3 semanas), un grupo de 10 maltratadores que no cumplían tales criterios y un grupo de 20 hombres sanos. Los autores plantean que una de las razones por las que los maltratadores pueden ejercer la violencia puede ser porque tengan una alteración en el metabolismo de la serotonina, pues se ha demostrado que la administración de agentes farmacológicos que disminuyen las concentraciones de 5-HT, ya sea reduciendo significativamente los aminoácidos, o bloqueando la síntesis de 5-HT, causa un aumento en la agresión. Sus resultados muestran que el grupo de maltratadores que no cumplían criterios para la dependencia de alcohol, presentaban concentraciones significativamente más bajas de 5-HIAA que los otros dos grupos.

Los autores consideran que la abstinencia de alcohol no parece ser una explicación posible para las diferencias en 5-HIAA entre los dos grupos de maltratadores, pues la abstinencia puede disminuir los niveles de este metabolismo durante la misma. Así, postulan que ambos grupos de maltratadores pueden tener diferentes mecanismos biológicos que mediaten la violencia doméstica. Con esto, concluyen que la serotonina se relaciona con la agresión, pudiendo influir sobre los estímulos sensoriales que activan las vías neurales mediadoras de la agresión, predisponiéndolos estos cambios a reaccionar de forma exagerada cuando perciben una amenaza.

Por otro lado, Abdulla y Badawy (2003), tras realizar una revisión bibliográfica sobre el papel del alcohol y la serotonina en la violencia, plantean la siguiente hipótesis: como se ha observado en sujetos normales, el alcohol produce una disminución de la tasa de síntesis cerebral de serotonina (al menos, un 20%). Esta disminución puede no acompañarse de conductas agresivas, debido a que el cerebro puede mantener el control emocional y de impulsos en estas condiciones de reducciones modestas y transitorias. Por ello, en individuos susceptibles (agresivos), la disminución de síntesis de serotonina en el cerebro podría ser mayor, quizá entre el 40% y 60%, dando lugar a un episodio de agresividad. Los autores consideran que esta reducción tan fuerte puede ocurrir bajo dos conjuntos principales de condiciones fisiológicas:

- Si su estado biosintético serotoninérgico ya es más bajo de lo normal o está en el límite inferior del rango normal, entonces un 20% adicional de reducción, después de tomar alcohol, puede resultar en una mayor reducción.
- Si sus vías metabólicas son más sensitivas a activarse por el alcohol, o si el alcohol adicionalmente también afecta a otros determinantes de la síntesis de serotonina, esto podría conformar una disminución más fuerte.

Los autores postulan que, tras los estudios analizados, pueden concluir que existe una fuerte evidencia de que el consumo de alcohol induce a conductas violentas en individuos susceptibles y que una disminución potencial de la serotonina en el cerebro puede ser un determinante importante de este efecto.

Por último, aunque en los últimos años se está postulando una alteración del sistema dopaminérgico, en el sentido de aumento de su actividad (Mann, 1994; Matsuda, Sakaue, Ago, Sakamoto, Koyama & Baba, 2001; Pitchot, Hansenne & Ansseau, 2001), todavía no disponemos de estudios específicos en maltratadores.

### ***Hormonas***

Los altos niveles de testosterona es uno de los factores más frecuentemente asociado a los maltratadores (Brain & Kamis, 1985; Brain & Susman, 1997; Gleason, 1997; Holtzworth-Munroe, 1997; Simon, Colomer-Clifford, Lu, McKenna & Hu, 1998), aunque los estudios muestran resultados contradictorios. En el estudio anteriormente citado de George et al. (2001), también se compararon las concentraciones de testosterona en fluido cerebroespinal, pues los autores postulan que otro mecanismo por el que los maltratadores pueden ejercer la violencia es que tengan alteraciones en el metabolismo de la testosterona, ya que se ha comprobado que algunos grupos de individuos violentos tienen más altas concentraciones de testosterona en plasma, saliva y CSF, que los no violentos. Así, los autores postulan una explicación en conexión con la serotonina: la testosterona modula la actividad de los receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2A</sub> que, en estudios con animales, se ha demostrado su influencia directa en la agresión y en la ansiedad. Sus resultados indican que el grupo de maltratadores que cumplían criterios DSM para la dependencia de alcohol, mostraron concentraciones significativamente más altas de testosterona que los otros dos grupos, considerando los autores que la abstinencia de alcohol tampoco parece ser una explicación posible de estas diferencias, pues la abstinencia puede aumentar las concentraciones de testosterona a niveles normales. Finalmente, los autores concluyen que la testosterona también se relaciona con la agresión.

En otro estudio, Soler, Vinayak y Quadagno (2000) estudiaron la relación entre el nivel de testosterona, variables sociales y consumo de drogas en 54 hombres (blancos, negros e hispanos) que informaron haber cometido algún tipo de violencia doméstica (agresión física o verbal) hacia sus parejas. Plantean cuatro hipótesis: a) altos niveles de testosterona se asocian con altos niveles de violencia doméstica; b) edad, educación e integración social se asocian negativamente con violencia doméstica; c) el uso de drogas y altos consumos de alcohol se asocian con altos

niveles de violencia doméstica; d) la violencia doméstica varía según la etnia. Sus resultados indican que ninguna de las variables sociales se asociaba con los niveles de testosterona, aunque sí con bajos niveles de violencia física y verbal, y que los niveles de testosterona correlacionaban positivamente con la agresión verbal y física, y con el consumo de alcohol. El consumo de alcohol también correlacionó positivamente con ambos tipos de violencia. Por último, no se encontraron diferencias étnicas en cuando a la agresión física, informando los hombres blancos de más agresiones verbales que los negros o hispanos. Los autores concluyen que un modelo biosocial explica una mayor parte de la varianza de la violencia doméstica que uno puramente biológico o social.

Por otro lado, en los últimos años, se ha descrito una relación entre la disminución de los niveles plasmáticos de cortisol con la persistencia de las conductas violentas (McBurnett, Lahey, Rathouz y Loeber, 2000; Pajer, Gardener, Rubin, Perel y Neal, 2001), aunque todavía son necesarios estudios específicos.

### ***Estructuras cerebrales***

A nivel general, diversos estudios han observado una disminución de la actividad de áreas corticales prefrontales (Blair y Cipolotti, 2000; Drexler, Schweitzer, Quinn, Gross, Ely, Muhammad y Kilts, 2000; Pietrini, Guazleelli, Basso, Jaffe y Grafmann, 2000; Blair, 2001). La revisión bibliográfica realizada por Bufkin y Luttrell (2005), sobre estudios de agresores violentos con técnicas de neuroimagen (SPECT, PET y MRI), muestra que, de los 17 estudios revisados, 14 establecían posibles asociaciones entre patología del lóbulo frontal y agresores. Específicamente, se observó que mostraban una actividad significativamente más baja en la corteza orbitofrontal y frontomedial, con PET y SPECT. El 50% de los estudios con MRI informaban de una disminución del volumen de materia gris en regiones prefrontales o frontales. Los autores concluyen que la disfunción prefrontal puede ser la base de una predisposición a la violencia, explicando que estos hallazgos parecen sugerir que las regiones prefrontales, como el córtex orbitofrontal, parecen tener un papel en la interpretación de los estímulos ambientales y el potencial de peligro. En consecuencia, alteraciones en el funcionamiento prefrontal pueden llevar a individuos que son impulsivos y agresivos a malinterpretar situaciones como amenazantes y potencialmente peligrosas, lo que aumentaría la probabilidad de conductas violentas contra la amenaza percibida. Sin embargo, los autores consideran que esta disfunción puede reflejar sólo una predisposición, requiriéndose de otros factores psicológicos, sociales y ambientales para aumentar o disminuir este riesgo biológico.

En esta misma revisión, los autores observaron que el 70% de los estudios con PET y SPECT encontraron una disfunción del lóbulo temporal, con reducción de la actividad en la zona izquierda, mostrando el estudio de la zona medial alteraciones en estructuras subcorticales, tales como una actividad excesiva que implicaba, principalmente, a la amígdala. Todos los estudios de MRI revelaron la posibilidad de alteraciones e irregularidades en el lóbulo temporal. En relación con estos hallazgos,

los autores recuerdan que éstos son más comunes en individuos con historias de conductas violentas intensas, tipo trastorno explosivo intermitente.

A nivel general, Bufkin y Luttrell concluyen que existe una base neurológica significativa de la conducta violenta.

Otro estudio al respecto es el realizado por George et al. (2004), el cual mide el metabolismo de glucosa en el cerebro (se les administró F-2-fluoro-2-deoxiglucosa/FDG, durante PET), en un grupo de 8 maltratadores que cumplían criterios DSM-III-R (APA, 1987) para dependencia de alcohol, un grupo de 11 hombres que cumplían criterios DSM para dependencia de alcohol pero sin historial de violencia, y otro de 10 hombres sanos. Los autores parten de la hipótesis de la existencia de diferencias en las estructuras neuronales y/o vías que median y controlan la expresión de agresión inducida por miedo, en perpetradores de violencia doméstica. En este sentido, las inapropiadas y exageradas respuestas conductuales (gritos, muecas faciales, posturas, agresión física, etc.) evidenciadas en muchos maltratadores, en respuesta a una mirada o un comentario de sus esposas, se originan del fallo de la corteza para modular la rápida pero imprecisa evaluación de los estímulos del ambiente realizada por la amígdala.

Sus resultados no mostraron diferencias significativas en cuanto a actividad cerebral total, observándose una media más baja de actividad en el hipotálamo derecho en el grupo de maltratadores. Comparados con los otros dos grupos, el grupo de maltratadores tenían un metabolismo de glucosa más bajo en el hipotálamo, lo que, según los autores, sugiere la existencia de anomalías en la actividad hipotalámica de estos individuos. Además, este efecto no parece asociarse al efecto del alcohol, pues el grupo de dependientes no maltratadores no exhibía una reducción similar. Junto a esto, el grupo de maltratadores mostró correlaciones disminuidas entre diversas estructuras corticales y la amígdala: orbitofrontal posterior, cíngulo anterior, caudado izquierdo, tálamo e hipotálamo.

Por otro lado, los autores encontraron que el grupo de dependientes no maltratadores mostraban una correlación alta anormal entre el tálamo izquierdo y la zona orbitofrontal posterior izquierda, lo cual puede indicar conexiones incrementadas en la zona orbitofrontal lateral, aspecto que se ha hipotetizado como implicado en los procesos de adicción y perseveración de conductas (Volkow y Fowler, 2000). Este efecto no fue observado en el grupo de maltratadores, lo que, según los autores, indica la existencia de diferencias fundamentales en los mecanismos biológicos relacionados con el consumo de alcohol.

### **Alteraciones neuropsicológicas y tipologías**

¿Existe alguna correspondencia entre las alteraciones neuropsicológicas encontradas y los tipos de agresores domésticos descritos?. Combinando las aportaciones citadas previamente sobre ambos aspectos, podríamos sugerir las siguientes conexiones:

- **Violencia expresiva/Impulsivos:** se trata de individuos que experimentan ira, con dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de las emociones. En este sentido, las anomalías en la actividad del hipotálamo y amígdala, pueden llevar a éstos a realizar una imprecisa evaluación de los estímulos del ambiente, percibiéndolos como amenazantes y, en consecuencia, experimentar ira. A esa dificultad para reconocer y evaluar adecuadamente los estímulos, se uniría un inadecuado aprendizaje de la experiencia.

Este hecho, unido a la baja actividad de las áreas prefrontales, facilitaría que tengan dificultades para mantener un equilibrio emocional y controlar la expresión de cambios en su estado de ánimo, es decir, en el control inhibitorio, por lo que experimentan intensas y exageradas respuestas emocionales (que no pueden inhibir), favorecidas por los bajos niveles de actividad serotoninérgica. A todo esto se uniría una inadecuada coordinación y planificación de la conducta, de cara a la toma de decisiones y solución de problemas, pues su deficiente control atencional (de las acciones que realiza y los elementos relacionados) conlleva la no retención de la información necesaria para guiar sus acciones (reglas, normas, conductas previas, etc.).

- **Violencia instrumental/Instrumentales:** en este tipo de maltratadores, posiblemente, podrían estar presentes las alteraciones que, generalmente, se asocian con las conductas antisociales (amígdala y prefrontal). Es decir, no experimentan ansiedad ante el castigo, por lo que no aprenden de la experiencia y no sienten culpabilidad. También se produce una reducción de la capacidad para razonar y pensar (valorar las alternativas posibles, sus consecuencias y la opción más adecuada), lo que favorece la ausencia de respuestas anticipatorias y, en consecuencia, la elección de opciones inadecuadas.
- **Sin control de impulsos:** Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997) describen a este tipo con episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia. Aunque podría explicarse con la argumentación establecida para los de violencia expresiva o impulsivos, parece más adecuado que este tipo se asocie, principalmente, con la reducida actividad de la zona medial del lóbulo temporal, debido a la aparición de conductas violentas intensas de tipo trastorno explosivo intermitente. En este sentido, se trata de personas que tienden a experimentar emociones negativas exageradas que facilitan la aparición de comportamientos violentos, pues son incapaces de controlar esas reacciones tan extremas.

## Aspectos forenses

### *Marco legal*

El Código Penal de 1995 contempla, dentro del Título III dedicado a los delitos de lesiones, una forma específica de éstos, en su artículo 153, la tipificación del denominado delito de “maltrato doméstico”: “*el que por cualquier medio o procedimiento causare a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpear o maltratare de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aún sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor,...*” (LO 1/2004, de 28 de Diciembre).

Este artículo fue reformulado por LO 11/2003, de 29 de Septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, pasando su antiguo contenido al apartado 2 del artículo 173 (“... *el que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge ...*”) (La Ley, 2005).

Aunque existe un delito específico de malos tratos (art. 153), un agresor doméstico puede ser condenado por otros tipos delictivos relacionados con la violencia de género: 1) delito de lesiones (art. 148); 2) delito de amenazas (art. 171); 3) delito de coacciones (art. 172); etc. (Carrasco y Maza, 2005).

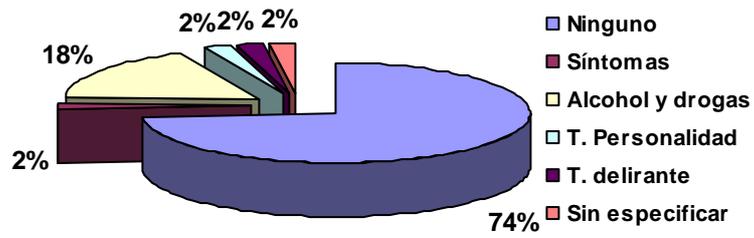
### *Análisis de Jurisprudencia*

Se analizaron un total de 45 sentencias del Tribunal Supremo, dentro de la jurisdicción penal, durante los últimos 5 años (2000/2005). Los datos se obtuvieron de la base de datos de jurisprudencia Aranzadi. Se analizaron sentencias que contuvieran el descriptor "malos tratos, maltrato familiar, violencia doméstica". El análisis realizado muestra los siguientes resultados:

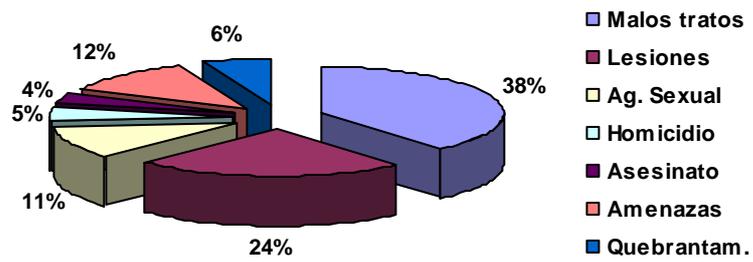
→ **Victimario:** el 100% de los delincuentes eran hombres. Sólo se encontró una sentencia que juzgaba a una mujer, pero no pudo ser analizada, pues fue absuelta del supuesto delito de malos tratos.

→ **Víctimas:** el 100% de las víctimas eran la pareja sentimental del agresor, es decir, mujeres, ya fueran esposas, parejas de hecho u otro tipo de relaciones sentimentales.

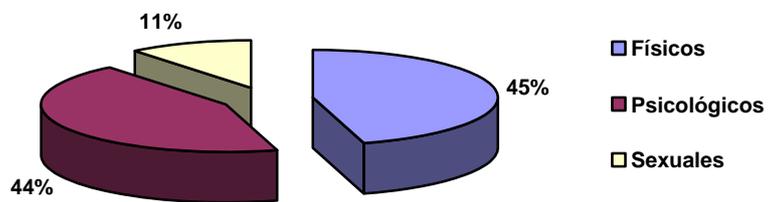
→ Diagnóstico:



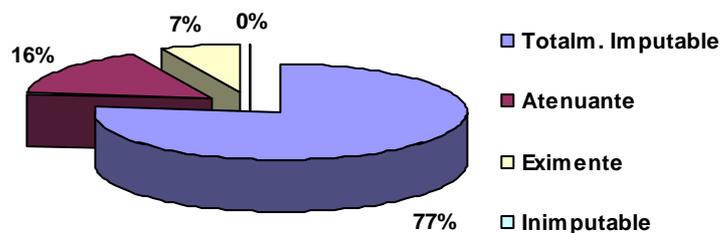
→ Tipo de delito:



→ Malos tratos:



→ Grado de imputabilidad:



→ Imputabilidad/Diagnóstico: todos los victimarios que recibieron el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias (alcohol y cocaína), obtuvieron una atenuante analógica por “drogadicción, embriaguez o adicción”, excepto dos casos, en los que obtuvieron una eximente incompleta (por enajenación mental en un síndrome alcohólico crónico y por intoxicación alcohólica en el otro).

El resto de diagnósticos observados (trastorno límite de la personalidad y delirante celotípico), obtuvieron una atenuante analógica por alteración psíquica. El caso de síntomas psicológicos (inmadurez, inadecuado control de impulsos, celotipia) obtuvo una eximente incompleta por alteración psíquica.

### ***Repercusiones forenses***

No todas las enfermedades tienen el mismo tratamiento legal ni la misma relevancia jurídica, entre otras cosas, debido a cuestiones tales como su gravedad y pronóstico. En el caso de la violencia doméstica, la cuestión se complica, pues, en muchas ocasiones, se trata de delincuentes que presentan alteraciones psicopatológicas significativas, surgiendo la necesidad de determinar si son o no constitutivas de trastorno mental.

Los legisladores y juzgadores han de tomar decisiones sobre personas que maltratan a sus parejas y, para ello, se han de servir de expertos peritos que les asesoren con datos clínicos, conductuales y funcionales respecto a las personas que cometen esos delitos.

En este sentido, en el ámbito forense es importante hacer hincapié en una descripción clínica del comportamiento psicológico del agresor con respecto a distintas áreas de funcionamiento:

- Cognitivamente: distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja, justificación del uso de la violencia, minimización y/o negación del problema, atribución externa de responsabilidad, etc.
- Emocionalmente: suelen padecer cambios bruscos de humor, malestar, son fácilmente irritables y con dificultades en la expresión de las emociones.

- Conductualmente: deficiente control de los impulsos y déficits en habilidades de comunicación, además de dificultades para solucionar sus problemas de forma adecuada y, en muchos casos, consumo abusivo de alcohol.
- Fisiológicamente: se agitan con facilidad (aumento de la tensión, etc.), debido a la irritabilidad que suelen presentar.

Con todo esto, centrándonos en el ámbito penal, podemos destacar los siguientes aspectos:

a) Sobre la *imputabilidad* en maltratadores

La imputabilidad es un concepto estrictamente jurídico, que se basa en dos conceptos psicológicos: la inteligencia para conocer el alcance de sus actos, y la voluntad para actuar libremente. El Código Penal Español señala que las “*anomalías o alteraciones psíquicas* (art. 20.1 y 21.1) pueden ser causas de inimputabilidad, para lo que se exige una base patológica (“...*a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica*”). La jurisprudencia ha entendido el concepto de anomalía psíquica como los defectos o disfunciones congénitas precozmente adquiridas, tales como el retraso mental o los trastornos de la personalidad, mientras que engloba en el concepto de alteración psíquica todas aquellas patologías de nueva aparición en una mente previamente bien desarrollada y sana (Esbec y Gómez-Jarabo, 2000).

El grado de imputabilidad que se le otorgue a un maltratador va a depender de la patología que padezca. En este sentido, podrá ser inimputable en el caso de que padezca una patología que no le permita comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (en general, psicosis, retraso mental a partir de moderado, demencia e intoxicaciones plenas por sustancias). Por otro lado, podrá recibir una atenuante o eximente cuando no se vean afectadas de forma completa sus facultades cognoscitivas y/o volitivas.

Como consideran la mayoría de autores, en general, los maltratadores no suelen presentar trastornos psicopatológicos, por lo que son considerados totalmente imputables en los textos jurídicos (77% de nuestra muestra). En el caso de recibir algún tipo de modificación de su responsabilidad penal, suelen obtener una atenuante analógica, fundamentalmente, por abuso y/o dependencia de alcohol.

- El Tribunal Supremo (1036/2005), confirma la sentencia establecida por la Audiencia Provincial (AP) de Málaga (26/4/04), condenando a un varón como autor de un delito de maltrato, homicidio en grado de tentativa y quebrantamiento de medida cautelar, y estableciendo una atenuante analógica por embriaguez. La Sala establece que “... *en el momento de ocurrir los hechos, el acusado había ingerido bebidas alcohólicas, que limitaban levemente sus facultades cognoscitivas y volitivas...*”.
- El Tribunal Supremo (567/2005) confirma la sentencia establecida por la AP de Cádiz (3/11/03), condenando a un varón como autor de un delito de violencia doméstica, lesiones y agresión sexual, y estableciendo una

atenuante analógica por drogadicción. La Sala refiere que “... *el acusado sufría una intoxicación grave de cocaína y alcohol, lo que constituye una base lógica para aplicar la atenuante de grave adicción*”.

- El Tribunal Supremo (261/2005) confirma la sentencia establecida por la AP de Santa Cruz de Tenerife (14/1/04), condenando a un varón como autor de un delito de malos tratos y homicidio en grado de tentativa, con la circunstancia modificativa de atenuante analógica por adicción. La Sala establece que “... *el acusado padece etilismo crónico pero no se observaron circunstancias de naturaleza intelectual psicopatológicas y los patrones aprendidos que perturben su capacidad de autocontrol conductual general, por ello su capacidad intelectual se diagnostica de normal, así como su capacidad volitiva dentro de la norma del medio social donde se ha desarrollado ... siendo así la estimación que hace de la sentencia de la atenuante simple del artículo 21.2, por entender que la capacidad de culpabilidad sólo estaba levemente disminuida, debe entenderse correcta ...*”.

b) Sobre las **medidas de seguridad aplicables** y el cumplimiento de la pena

En aquellos casos en los que se establezca una reducción de pena privativa de libertad, bien sea por atenuante o eximente, es preciso aplicar alguna de las medidas de seguridad recogidas en el artículo 96 del Código Penal. En los casos de maltratadores, las más usadas son la prohibición de acudir a determinados sitios (lugar de residencia de la víctima) o de acercarse a la víctima durante un tiempo determinado, y el tratamiento terapéutico cuando se considere necesario.

c) Sobre los maltratadores como **perpetradores de delitos o victimarios**

Los delitos cometidos por maltratadores, como su propio nombre indica, consisten en actos de violencia y malos tratos contra su pareja o ex pareja, ya sean físicos, psíquicos o sexuales. Y, aunque los actos cometidos no se engloben bajo el tipo delictivo específico de los malos tratos, suelen relacionarse con la violencia de género (lesiones, amenazas, delitos sexuales, etc.).

Así, en nuestro análisis de jurisprudencia puede observarse que el tipo delictivo más frecuentemente cometido por éstos es el de malos tratos familiares.

- El Tribunal Supremo (1159/2005) confirma la sentencia establecida por la AP de Málaga (30/9/04), condenando a un varón como autor de un delito de maltrato familiar, sin circunstancias modificativas de la responsabilidad penal. La Sala establece que “... *el bien jurídico protegido es la preservación del ámbito familiar, como una comunidad de amor y libertad, presidido por el respeto mutuo y la igualdad, sancionando aquellos actos que exteriorizan una actitud tendente a convertir aquel ámbito en un microcosmos regido por el miedo y la dominación ... en efecto, nada define mejor el maltrato familiar como la*

*situación de dominio y de poder de una persona sobre su pareja ... por ello, esa situación agresiva del recurrente hacia su esposa constituye esta figura delictiva ...”.*

- El Tribunal Supremo (RJ 2004\3066) confirma la sentencia establecida por la AP de Madrid (12/11/01), condenando a un varón como autor de un delito de malos tratos, sin circunstancias modificativas de la responsabilidad penal. La Sala refiere que “... *existen dos bienes jurídicos claramente diferenciados (la paz familiar y la integridad moral de la persona, de un lado, y la integridad física y psíquica de la persona, por otro)... la conducta desconsiderada y violenta del acusado respecto de la que fue su mujer tuvo una continuidad que caracterizó la relación de acusado y víctima durante un período de tiempo suficientemente relevante de su relación matrimonial...*”.
- El Tribunal Supremo (RJ 2003\6019) confirma la sentencia establecida por la AP de Valladolid (18/2/02), condenando a un varón como autor de un delito de violencia doméstica, sin circunstancias modificativas de la responsabilidad penal. La Sala establece que “... *en el caso que nos ocupa, nos enfrentamos ante un comportamiento delictivo que, por sus especiales circunstancias, no puede agotarse en una acción concreta ... las condenas separadas por faltas de malos tratos no impiden la aplicación del tipo del artículo 153 del Código Penal que, precisamente, se ha producido para recoger y elevar a la categoría de delito, el reiterado y anormal comportamiento de los que, en el seno de la pareja, hacen de la convivencia un infierno salpicado de conductas repetidas que, por su valoración aislada, se convertirían en un rosario de faltas, levemente castigadas, que no alcanzarían el reproche penal que tan ofensiva actitud merece ...”.*

### **Consideraciones finales**

A tenor de los resultados obtenidos, podemos concluir que, aunque los datos que aquí se presentan no son del todo representativos de la realidad del fenómeno estudiado, la mayoría de agresores domésticos son hombres que maltratan a sus esposas o compañeras sentimentales (en nuestra muestra de 45 sentencias del Tribunal Supremo, el 100% de los casos respectivamente).

Por ello, el delito que cometen más frecuentemente es el de malos tratos (38%), y, si cometen otros, también se relacionan con la violencia de género: lesiones (24%), amenazas (12%), agresión sexual (11%), quebrantamiento de medidas cautelares (6%), homicidio en grado de tentativa (5%) y asesinato en grado de tentativa (4%).

Con respecto a los malos tratos, se establecen proporciones bastante similares para los tipos físicos (45%) y psicológicos (44%), quedando el 11% restante para los sexuales.

Como la mayoría de autores identifica, no suelen presentar patologías mentales, pues el 74% de los casos no se establece ningún diagnóstico psicopatológico. En el caso de padecerlo, los más frecuentes son el abuso y/o dependencia de sustancias, fundamentalmente, alcohol (18%). También se dan algunos casos de trastornos de la personalidad (límite, 2%), trastorno delirante celotípico (2%) y síntomas psicopatológicos (2%).

En consecuencia, el 77% de los victimarios son considerados totalmente imputables, otorgándose una atenuante analógica en el 16% de los casos y una eximente incompleta en el 7% restante, correspondiendo estos dos últimos porcentajes a los casos en los que aparece alguno de los diagnósticos psicopatológicos previamente citados. Ninguno fue considerado inimputable.

### **Discusión**

Las teorías biológicas han establecido diferentes factores neurobiológicos y neuropsicológicos para intentar explicar la conducta violenta del maltratador. En nuestra revisión, se ha observado que son diversos los mecanismos biológicos que los estudios han relacionado con la violencia doméstica. En algunos casos, los perpetradores presentaban una actividad serotoninérgica disminuida. En otros, altos niveles de testosterona. Por último, también se han encontrado déficit en el funcionamiento de estructuras cerebrales como el hipotálamo, área prefrontal, temporal y amígdala. Aunque todavía son necesarios más estudios al respecto, parece evidente que, a tenor de estos resultados, podría establecerse un sustrato biológico en la violencia doméstica.

Junto a esto, tales hallazgos pueden tener importantes implicaciones en la evaluación y tratamiento de estos individuos. Primero, debido a que estos mecanismos podrían relacionarse con la forma en que se expresa dicha conducta violenta, por lo que diferentes tipos de maltratadores se relacionarían con diferentes tipos de alteraciones, lo que nos daría la oportunidad de establecer perfiles específicos. Segundo, porque estos déficit deberían ser tenidos en cuenta a la hora de intervenir, pues serían constitutivos de riesgo para la persona que los padeciera.

En consecuencia, hemos de plantearnos la necesidad de incluir, en las evaluaciones de este tipo de agresores, alguna medida neuropsicológica para descartar la posible existencia de cualquiera de las alteraciones anteriormente citadas (o, por lo menos, tener la sospecha de su posible existencia), sobre todo, de cara a la planificación del tratamiento y a la evaluación del riesgo de reincidencia.

A nivel forense, nuestro análisis muestra que los agresores domésticos son, en general, varones que maltratan a sus parejas sentimentales, cometiendo delitos relacionados con la violencia de género, fundamentalmente, malos tratos físicos y/o

psicológicos. No suelen presentar patologías mentales y, si las padecen, suelen relacionarse con el abuso y/o dependencia de alcohol, por lo que la mayoría son considerados totalmente imputables y, en el caso de presentar algún diagnóstico, suelen obtener una atenuante analógica por adicción o alteración psíquica. Estos datos muestran la importancia de desarrollar programas de intervención dirigidos tanto a los agresores, como a las víctimas, sin olvidarnos de la prevención, pues una forma de acabar con este fenómeno, es ayudando a que no se produzca en los más jóvenes.

### Referencias

- Abdulla, A. & Badawy, B. (2003). *Alcohol and violence and the possible role of serotonin*. Criminal Behaviour and Mental Health, 2003, 13, 31 – 44.
- Archer, J. (1991). *The influence of testosterone on human aggression*. British Journal of Psychology, 82, 1–28.
- Base de datos Aranzadi West Law.
- Booth, A., & Dabbs, J. M. (1993). *Testosterone and men's marriages*. Social Forces, 72, 463–477.
- Bufkin, J. & Luttrell, V. (2005). *Neuroimaging studies of aggressive and violent behaviour. Current findings and implications for Criminology and Criminal Justice*. Trauma, Violence & Abuse, April 2005, Vol. 6, 2, 176 – 191.
- Carrasco, J. J. & Maza, J. M. (2005). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. La Ley.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo Veintiuno Editores.
- Edwards, D. W., Stewart, H. A., Paizis, C., Yarvis, R. M., & Swanson, A. J. (1998). *Cerebral dysfunction and domestic violence*. Archives of Clinical Neuropsychology, 13, 1, February 1998. 135.
- Esbec, E. & Gómez-Jarabo, G. (2000). *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*. Edisufer. Madrid.
- George, D., Umhau, J., Phillips, M., Emmela, D., Ragan, P., Shoaf, S., & Rawlings, R. (2001). *Serotonine, testosterone and alcohol in the etiology of domestic violence*. Psychiatry Research, 2001, 104, 27 – 37.
- George, D., Rawlings, R., Williams, W., Phillips, M., Fong, G., Kerich, M., Momenan, R., Umhau, J., & Hommer, D. (2004). *A select group of perpetrators of domestic violence: evidence of decreased metabolism in the right hypothalamus and reduced relationships between cortical/subcortical brain structures in position emission tomography*. Psychiatry Research: Neuroimaging, 130 (2004), 11 – 25.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). *A brief review of the research on husband violence. Part I: Maritally violent versus nonviolent men*. Aggression and Violent Behavior, 1997, Vol. 2, 1, 65 – 99.
- Huertas, D., López-Ibor, J. J., & Crespo, M. (2005). *Neurobiología de la Agresividad Humana*. Ars Médica.
- Instituto de la Mujer (2000). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2002). *Mujeres en cifras*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>
- Instituto de la Mujer (2003). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II Parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- La Ley (2005). *Código Penal*. Editorial: La Ley.
- Lindman, R., Von der Pahlen, B., Ost, B., & Ericksson, C. J. P. (1992). *Serum testosterone, cortisol, glucose, and ethanol in males arrested for spouse abuse*. *Aggressive Behavior*, 18, 393–400.
- McKenry, P. C., Julian, T. W., & Gavazzi, S. M. (1995). *Toward a biophysical model of domestic violence*. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 307 – 320.
- Moya-Albiol, L. (2004). *Bases neurales de la violencia humana*. *Revista de Neurología*, 2004, 38, 11. 1067 – 1075.
- Rohlf, P. & Martín J. (en prensa). *Aggression and brain asymmetries: A theoretical review*. *Aggression and Violent Behavior*, xx (2005).
- Sanmartín, J. (coord.) (2004). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Editorial Ariel, S.A.
- Soler, H., Vinayak, P., & Quadagno, D. (2000). *Biosocial aspects of domestic violence*. *Psychoneuroendocrinology*, 2000, 25, 721 – 739.
- Stith, S. & Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En Stith, S.; Williams, M., & Rosen, K., *Psicosociología de la violencia en el hogar. Estudios, consecuencias y tratamientos*. 27 – 47. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.