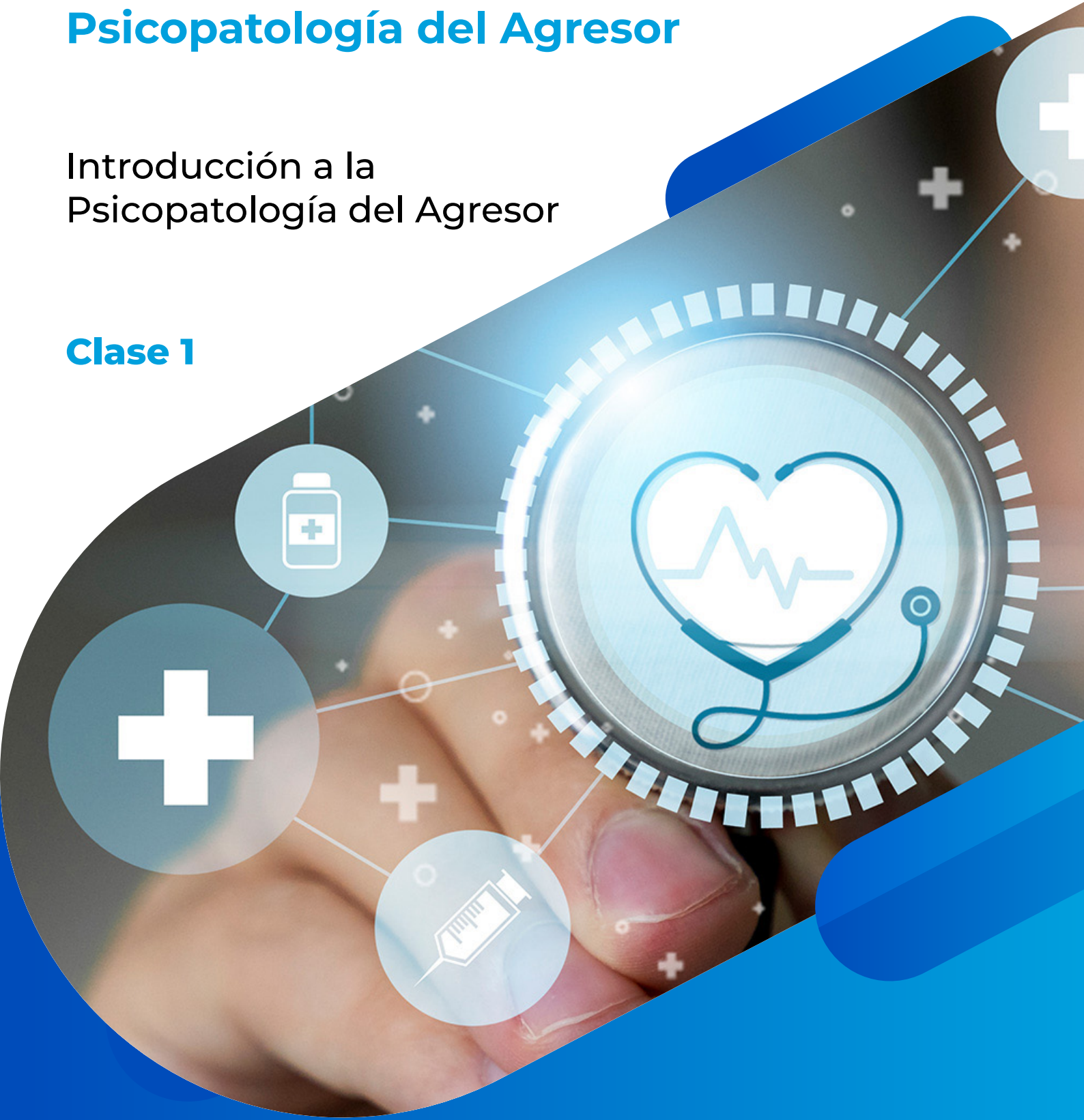


# Psicopatología del Agresor

Introducción a la  
Psicopatología del Agresor

**Clase 1**



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
Mención en Psicología Forense y  
Peritaje Psicológico

La excelencia no se improvisa



## DESARROLLO

### Clase 1:

**Resultado de Aprendizaje 1:** Aplicar de manera efectiva las diversas perspectivas de la Psicología Forense en el proceso judicial, evaluando la responsabilidad y conducta de los presuntos responsables.

### INTRODUCCIÓN DE LA CLASE:

En este primer tema, es importante que todos conozcamos y tengamos claro qué es la agresividad, las bases biológicas, psicológicas y socioculturales, así como también qué es la impulsividad y cómo esta se relaciona con los hechos violentos.

Por otro lado, recordemos que la Psicopatología Forense es el conjunto de los conocimientos psiquiátricos y psicológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea la rama del Derecho. Es entonces que el rol del Psicólogo Forense es evaluar la integridad o posible anomalía de las bases psico-biológicas de la imputabilidad, asumiendo una función en la administración de justicia. Para lo cual, es imprescindible que conozcamos las alteraciones de la consciencia y la voluntad, las cuales se abordarán en la segunda parte de esta clase.

## 1. Tema. Introducción a la Psicopatología del Agresor

### 1.1 Agresividad



**Ilustración 1:** conductas agresivas.

Imagen referencial, tomada de: [https://www.freepik.es/foto-gratis/vista-frontal-joven-mujer-camisa-roja-sufre-amenazas-fisicas-violencia-espacio-luz\\_10248762.htm#fromView=search&page=1&position=0&uuid=3307d09b-f1eb-4b0d-b86f-923d17724102](https://www.freepik.es/foto-gratis/vista-frontal-joven-mujer-camisa-roja-sufre-amenazas-fisicas-violencia-espacio-luz_10248762.htm#fromView=search&page=1&position=0&uuid=3307d09b-f1eb-4b0d-b86f-923d17724102)

La agresividad como tal, es una característica humana y, en no todos los casos, las manifestaciones de esta son negativas; por ejemplo, nos sirve para hacerle frente a los problemas y dificultades, así como para defendernos ante cualquier tipo de amenaza o injusticia. Sin embargo, cuando esta causa daño intencionado a otras personas o seres vivos, a bienes materiales u objetos, se torna en su aspecto negativo.

La agresión es una forma de conducta “puntual”, reactiva y efectiva, frente a situaciones concretas, la cual guarda relación con la ira, que es una emoción, y con la frustración, que es un sentimiento que se produce cuando el sujeto sufre. Las muestras de agresividad están caracterizadas por su ímpetu, intensidad o destrucción, que son mucho mayores a las observadas en un acto meramente agresivo, así como por su carencia de justificación, su tendencia ofensiva contra el derecho y la integridad de un ser humano, tanto física como psicológica y moral. Implica la ausencia de aprobación social, así como las sanciones respectivas por la ley.

La conducta violenta, por su repercusión social, ha pasado a convertirse de un fenómeno jurídico-criminológico a un problema de salud dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca (Carrasco-Ortiz & González-Calderón, 2006; Sarráis Oteo, 2016).

Es por esto que, a continuación, explicaremos los factores motivantes de los comportamientos agresivos violentos, empezando por las bases biológicas y explorando los factores psicológicos y socioculturales que influyen en este fenómeno.

### **1.1.1 Bases Biológicas de la Agresividad**

Posiciones actuales postulan que se heredan genes causantes de distorsiones bioquímicas primarias que tienen su expresión en el temperamento, definido por los neurotransmisores como la serotonina, que es el centro de control de la conducta de alimentación, sexo, huida y lucha. Así como también, la variante genética codificadora de la enzima metabolizadora de la monoamino oxidasa (MAO) está relacionada con el comportamiento violento en sujetos sometidos a estresores sociales y experiencias de maltrato físico, sexual y psicológico, aunque no todas las personas sometidas a este tipo de maltratos desarrollarán una conducta violenta.

La investigación neuroquímica y farmacológica demuestra que son múltiples los neurotransmisores que participan en la modulación del comportamiento agresivo. Los diferentes tipos de comportamiento violento tienen diversas bases bioquímicas; esto significa que la conducta agresiva violenta se explicaría por menores niveles de serotonina y GABA, y mayor nivel de la dopamina (neurotransmisor facilitador de las conductas agresivas) (Carrasco-Ortiz & González-Calderón, 2006; Gómez-Acosta, 2013; Sarráis Oteo, 2016).

Por lo tanto, la hipótesis bioquímica que explica la conducta agresiva violenta reposa en la disminución de actividad serotoninérgica, la que se acompaña de un déficit del control de impulsos, lo que se traduce en una mayor probabilidad de comportamientos violentos.

En los últimos años la agresividad se ha vinculado a una disminución de la actividad cerebral en determinadas áreas corticales, como las prefrontales, así como a lesiones en el córtex orbitofrontal y el gyrus parietal superior, y a ciertas anomalías en la asimetría cerebral (Ramos-Galarza et al., 2017; Gómez-Acosta, 2013; Carrasco-Ortiz, M. & González-Calderón, 2006).

Es importante tomar en cuenta otras alteraciones en la funcionalidad de las áreas del cerebro que darán como resultado comportamientos violentos, por ejemplo, que la

disfunción prefrontal de los individuos violentos resultaría en una falla de la inhibición regulatoria de la activación límbica-amigdalina, lo cual abriría la posibilidad de respuestas motoras desinhibidas e impulsivas.

El hipotálamo, que es el encargado de regular las funciones neuroendocrinas relacionadas con la agresión de manera muy específica, está constituido por regiones implicadas en 3 tipos distintos de agresión: la porción lateral se ha relacionado con la agresión predatoria(lucha), la región medial se ha vinculado con la agresión afectiva (miedo) y, la zona dorsal parece estar relacionada con la conducta de fuga.

Por otro lado, es pertinente también señalar el rol hormonal, se ha establecido una fuerte relación entre los andrógenos y la ocurrencia de agresiones, relacionadas con la posibilidad de asegurar la reproducción y el control del territorio. Sin embargo, la relación entre hormonas y agresión no es directa, ni se ha llegado a resultados concluyentes, es decir, la testosterona puede influir sobre otras variables y estas a su vez ser las que influyan sobre la conducta agresiva; por ejemplo, que algunas características de la personalidad o disposiciones personales derivadas del tenor hormonal del sujeto puedan predisponer a la agresión (Carrasco-Ortiz & González-Calderón, 2006; Sarráis Oteo, 2016).

### **1.1.2 Factores Psicológicos y socioculturales que explican la Agresividad**

Existen varios modelos psicológicos que explicarían las conductas agresivas violentas, una de las teorías clásicas, es la propuesta por Dollard et al. (1939), la que sugiere que la agresión es una respuesta directa a la frustración. Es decir, cuando un individuo se enfrenta a obstáculos que impiden alcanzar sus metas, esto provoca una emoción negativa (frustración) que puede desencadenar conductas agresivas como una forma de manejar dicha frustración (para más información, ver el gráfico de la profundización).

Otro de los modelos para explicar la Agresividad es el propuesto por el catedrático Bandura. a través de su teoría del aprendizaje social, sostiene que la agresión también se aprende observando y modelando el comportamiento de otros. Si los individuos observan que comportamientos agresivos son recompensados o no tienen consecuencias negativas, es más probable que reproduzcan esas conductas.

Además, las investigaciones sugieren que los procesos cognitivos juegan un papel crucial en la agresividad. Las personas con mayor tendencia a interpretar las situaciones de manera hostil o que tienden a despersonalizar a otros son más propensas a responder agresivamente ante situaciones ambiguas (Dodge, 1980). Las emociones como la ira y la envidia están estrechamente vinculadas a la agresividad. Estas

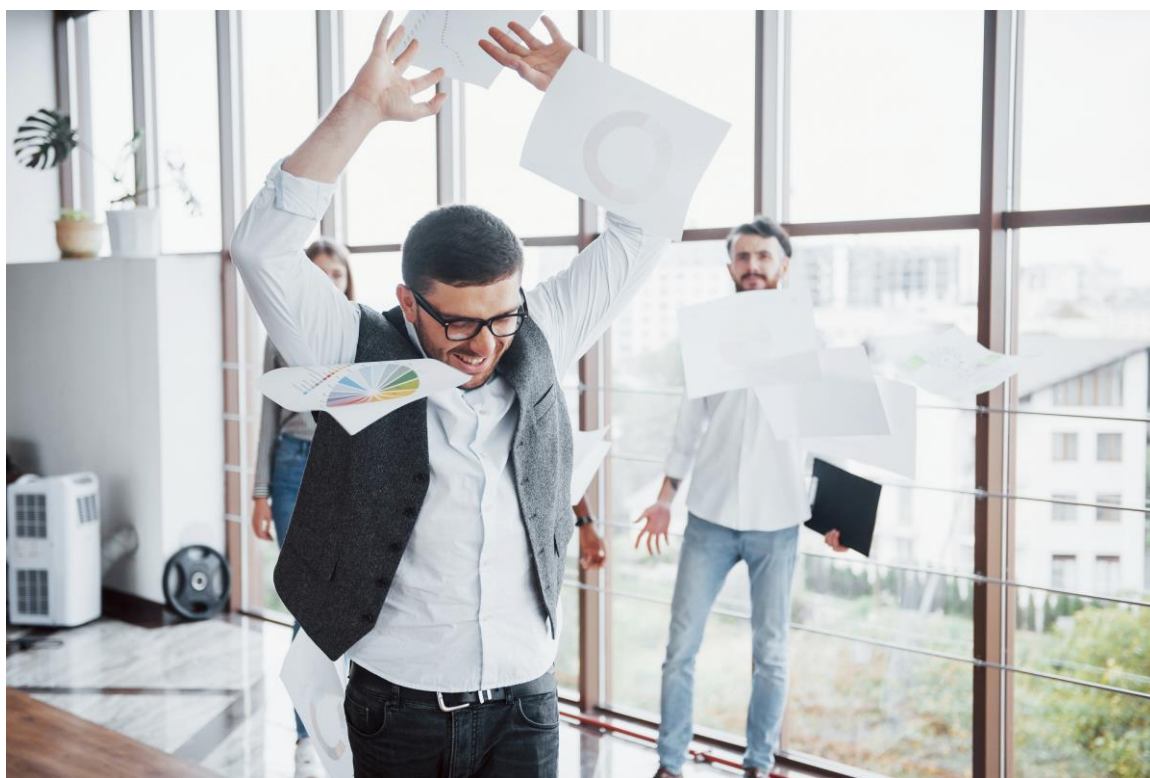
emociones intensas pueden llevar a los individuos a actuar impulsivamente, sin considerar las consecuencias de sus acciones. El control emocional deficiente y la dificultad para gestionar estas emociones también contribuyen a la agresividad (Baron & Richardson, 1994).

Existen también ciertas características de la personalidad, como la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración y una alta agresividad rasgo, que están relacionadas con una mayor propensión a la agresión. Además, los trastornos de la personalidad, como el trastorno antisocial, también pueden estar asociados con conductas agresivas (Dutton, 1995).

No podemos olvidar los estilos de crianza; las experiencias tempranas en el entorno familiar, como la violencia familiar, la descuido o abuso infantil, son factores que aumentan la probabilidad de conductas agresivas en la adultez. Los modelos de crianza autoritarios o inconsistentes pueden contribuir a la internalización de comportamientos agresivos como formas de obtener poder o control (Huesmann, 2007).

Para comprender más acerca de la conducta agresiva, les invito a ver el siguiente video, creado en el Centro de Estudios Ciencia, Comunicación y Sociedad de España:  
<https://www.youtube.com/watch?v=8FbMH4F4xBg>

## 1.2 La Impulsividad



**Ilustración 2.** Un hombre impulsivo.

imagen referencial, tomada de: [https://www.freepik.es/foto-gratis/guapo-equipo-jovenes-trabajadores-oficina\\_9280101.htm#fromView=search&page=1&position=1&uuid=d1792a54-e03b-45e8-9e7b-9309d339da22](https://www.freepik.es/foto-gratis/guapo-equipo-jovenes-trabajadores-oficina_9280101.htm#fromView=search&page=1&position=1&uuid=d1792a54-e03b-45e8-9e7b-9309d339da22)

Se puede definir como un fenómeno psicopatológico cuando por su frecuencia, gravedad de presentación o las consecuencias que genera (objetivas y subjetivas), condicionan una desadaptación significativa; de esta manera, se convierte en un fenómeno psicopatológico.

Las características de la impulsividad engloban aquellos aspectos relacionados con un sentido de urgencia e inmediatez en las respuestas (acciones), así como la imposibilidad de diferir el acto o de aplazar la gratificación. Se expresa como actos espontáneos, no planificados, que no están basados en la reflexión debido a una incapacidad para prever las consecuencias de estos, ya que no se valoran ni los riesgos ni las consecuencias. Es un estilo de respuesta que favorece la acción sobre la reflexión y la demora (Franco-Fernández, 2017).

Los trastornos del control de los impulsos representan las conductas que violan los derechos de los demás (por ejemplo, agresión y destrucción de la propiedad) o conducen al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de

autoridad. Muchos de los síntomas conductuales (por ejemplo, agresión) pueden ser el resultado del control deficiente de emociones como la ira. Por ejemplo, en el trastorno explosivo intermitente, se centran en gran medida en el déficit del control de dichas emociones, con arrebatos de ira que son desproporcionados a una provocación interpersonal, a otra provocación o a otros factores estresantes psicosociales.

La impulsividad puede expresarse como rasgo de la personalidad, es decir, como un constituyente básico de la misma, o manifestarse como un estado, un síntoma, en el que las conductas impulsivas o actos perjudiciales aparecen de forma puntual, sin planificación y, en general, como respuesta a perturbaciones ambientales o biológicas (por ejemplo, en el curso de una intoxicación por alcohol), con un impacto variable en el funcionamiento del individuo. Existen otros trastornos en los cuales la impulsividad es un síntoma clave, incluyendo el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el uso de sustancias, en cuadros afectivos (manía o depresión), en los trastornos de conducta alimentaria y en los trastornos psicóticos. Así también, puede existir un trastorno de control de los impulsos en individuos que presentan parafilias, especialmente en el caso del fetichismo, el sadismo, el masoquismo o la pedofilia (Franco-Fernández, 2017).

### **1.2.1 Neuroanatomía de la Impulsividad**

La neuroanatomía señala las bases anatómicas del control de los impulsos, que incluyen un complejo sistema de circuitos neuronales que implican al córtex prefrontal, al núcleo accumbens, a la amígdala, al área tegmental ventral y a los núcleos del rafe.

Las características impulsivas son importantes tomarlas en cuenta, ya que se han encontrado diferencias anátomo-neurológicas del cerebro en quienes han cometido crímenes violentos, así como en quienes presentan altos niveles de impulsividad y tendencias agresivas. Según Nee C. & Ioannou, S. (2018), estas personas presentarán una disfunción en el córtex prefrontal, particularmente en el área orbitofrontal, con una reducción en el volumen de la materia gris en el lóbulo izquierdo prefrontal. El cerebelo presentará reducciones en su volumen, lo que ha sido vinculado a comportamientos impulsivo-agresivos (Klaus, J. et al., 2024). Cambios funcionales en el córtex anterior del Cíngulo pueden predecir un futuro arresto en los criminales, indicando su rol en el control del impulso y la capacidad de decisión (Vorster, M. et al. 2014).

En cuanto al área temporal y las estructuras límbicas, los agresores impulsivos violentos presentan anomalías en las regiones temporales medias, incluyendo la amígdala y el hipocampo, que son cruciales para la regulación de las emociones y el control de los impulsos. Además, se ha encontrado una actividad autonómica elevada en la respuesta a la estimulación y una hiperactividad negativa de la amígdala común en los agresores con reacciones impulsivas violentas (Klaus, J. et al., 2024; Nee, C. & Ioannou, S., 2018; Vorster, M. et al. 2014).

En jóvenes impulsivos, las regiones de planificación motora muestran una conectividad incrementada en la red de funcionalidad, asociada con una cognición auto-referencial espontánea, en lugar de con las redes de control ejecutivo. En los asesinos impulsivos, se ha encontrado que el flujo sanguíneo es significativamente menor durante las tareas de concentración en áreas asociadas al control de los impulsos, indicando una desregulación a nivel frontotemporal (Palijan, T.Z., 2010).

*A tomar en cuenta:*

Dentro de los manuales nosológicos, encontramos algunos trastornos relacionados con el control de impulsos, tales como el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta, el trastorno explosivo intermitente, así como también la piromanía o cleptomanía. Estos trastornos se encuentran en esta categoría; sin embargo, para el ámbito forense, debemos prestar atención a lo siguiente, según Franco-Fernández (2017):

- La finalidad de los manuales nosológicos es eminentemente clínica y se han elaborado para satisfacer las necesidades de los clínicos y no las de los que intervienen en los juzgados.
- El concepto de trastorno mental clínico y judicial no siempre es superponible y un diagnóstico clínico no implica necesariamente que el individuo cumpla los requisitos legales para considerar que exista un trastorno mental.
- El diagnóstico de una categoría concreta no aporta información sobre su competencia, capacidad, grado de responsabilidad, nivel de deterioro ni funcionamiento del paciente.
- Dentro de una misma categoría, el grado de variabilidad de estos parámetros puede ser muy amplio.
- Un diagnóstico NO implica inevitablemente determinado grado de discapacidad.
- No indica el grado de control que un sujeto con un determinado trastorno tiene sobre las conductas asociadas a dicho trastorno.
- El diagnóstico NO demuestra que el sujeto no haya sido capaz de controlar su comportamiento en una situación y contexto determinados.



### **Ilustración 3.**

Imagen referencial. Tomada de: [https://www.freepik.es/foto-gratis/medico-neurologo-especialista-tomando-notas-computadora-portatil-preguntando-sintomas-paciente-ajustando-auriculares-ecg-alta-tecnologia\\_15853314.htm#fromView=search&page=1&position=25&uuid=d1792a54-e03b-45e8-9e7b-9309d339da22](https://www.freepik.es/foto-gratis/medico-neurologo-especialista-tomando-notas-computadora-portatil-preguntando-sintomas-paciente-ajustando-auriculares-ecg-alta-tecnologia_15853314.htm#fromView=search&page=1&position=25&uuid=d1792a54-e03b-45e8-9e7b-9309d339da22)

A continuación, hablaremos de la consciencia y voluntad, así como de sus alteraciones, con el propósito de dar respuesta a las capacidades psíquicas imprescindibles de una persona en el momento de cometer un delito.

### **Consciencia**

La consciencia es la capacidad de estar atentos a lo que sucede con nosotros mismo y el medio donde nos desenvolvemos.

Nos diferenciamos de los demás a través de 3 funciones principales:

- a. Función de Interioridad: mundo interno – mundo externo. Fantasía – realidad.
- b. Función de alerta: capacidad de relacionarse con el mundo interno y el externo y dirigirnos a ambos.
- c. Función de reflexividad: capacidad reflexiva que tenemos sobre nosotros mismos y nuestras vivencias.

#### **1.3.1 Alteraciones de la Consciencia:**

Las alteraciones de la Consciencia son de dos tipos, tenemos los trastornos cuantitativos y cualitativos, como se detallan a continuación (Belloch, et al., 2008):

- a. **Trastornos Cuantitativos:** estos hacen alusión a la alteración en la función del nivel de alerta (en aumento o disminución), dentro de este grupo encontramos las siguientes alteraciones:

**Hipervigilancia:** consiste en el aumento del nivel de consciencia; esto implica una exaltación de los sistemas neurobiológicos que controlan la atención y alerta. Es una mezcla de síntomas provenientes de la esfera sensorial, motora, cognitiva y afectiva. Existe una percepción más rica (los colores son más brillantes y los sonidos más intensos), así como un incremento de la actividad intelectual y de la memoria.

**Obnubilación:** es un estado de confusión mental en el que la persona no sabe si está totalmente consciente o no; existe lentitud motora y mental, dificultad para pensar con claridad y un descenso de la atención y de la vigilancia.

**Somnolencia:** se presenta con torpeza y embotamiento de los sentidos, causados por la necesidad de dormir; la persona está medio dormida.

**Estupor:** Inconsciencia la mayor parte del tiempo, el paciente logra despertar parcialmente con ayuda de estímulos de gran intensidad que pueden provocar respuestas psicomotoras rudimentarias (mov. desorganizados, balbuceos), reducción del tono muscular y los reflejos.

**Sopor:** Somnolencia profunda, pesada y persistente (patológica).

**Coma:** Estado de inconsciencia profundo, caracterizado por un fuerte trastorno de las funciones cerebrales. Hay ausencia de respuesta a los estímulos dolorosos y del lenguaje, tampoco hay movimientos oculares espontáneos. La persona afectada por el coma no puede ser despertada. Causas: traumatismo craneoencefálico, accidente cerebro – vascular, tumor cerebral, etc.

**Coma Vigil o mutismo acinético:** caracterizado por la incapacidad para moverse o hablar en pacientes que presentan estados de alerta y sueño intermitentemente, pero no responde, aunque las vías motoras aparezcan intactas.

- b. **Trastornos Cualitativos:** en estos trastornos se altera principalmente la función de interioridad y reflexividad. existen alteraciones en la percepción, del pensamiento, de la afectividad, memoria y consecuentemente desórdenes motores (Belloch, et al., 2008).

Dentro de estas alteraciones encontramos los siguientes cuadros (Belloch, et al., 2008):

**Estado Crepuscular:** comienza y finaliza abruptamente; hay amnesia completa, y el paciente está desorientado, actuando sin un propósito claro; hay disminución en la claridad de percepciones y vivencias.

**Delirium (síndrome confusional agudo):** )): cuadro clínico de comienzo agudo caracterizado por la alteración de la conciencia, cambios en las funciones cognitivas (memoria, lenguaje, pensamiento, etc.) y alteraciones perceptivas. El 'delirium' es un cuadro frecuente en ancianos sometidos a situaciones de hospitalización grave.

### 1.3 La Voluntad

La voluntad es un proceso cognitivo y emocional que permite a los individuos tomar decisiones, establecer metas y actuar de manera deliberada en función de sus objetivos y deseos. Es esencial en la toma de decisiones y en la ejecución de comportamientos dirigidos hacia una finalidad, involucrando tanto procesos conscientes como inconscientes. Por lo tanto, la voluntad es el resultante de la influencia de diferentes componentes o funciones psíquicas interactuantes, que se explican a continuación (Blanco-Picaiba, 2013):

- a. **El Conocimiento:** para que una persona realice un acto es necesario que sepa qué va a realizar y las consecuencias positivas o negativas de este acto, ya que no podemos querer algo si no lo conocemos (Blanco-Picaiba, 2013).
- b. **La libertad:** que es la capacidad previa para realizar un acto; libertad de moverse de un lado u otro; realizar algo, ¿sí o no? Esto significa, autodeterminarnos frente a un acto. Basados en la libertad de decisión es a donde llevamos la voluntad, al momento de actuar (Blanco-Picaiba, 2013).
- c. **La Motivación:** que es todo aquello que nos empuja a realizar un acto, es el por qué y para qué realizo esto o aquello. Es importante mencionar que la voluntad controla, guía y orienta los instintos; los humaniza. Pero su función va más allá, pues, la motivación, al ser un estímulo para actuar, también facilita y orienta el papel de la voluntad (Blanco-Picaiba, 2013).
- d. **El Autocontrol Emocional:** hace referencia a la característica y capacidad humana de modular las emociones y los impulsos con la finalidad del cumplimiento de normas, leyes y costumbres, logrando así la convivencia social.
- e. **Las Tendencias Externas pero Introyectadas:** aquí encontramos todo aquello que hemos introyectado desde la educación y la cultura en la cual nacemos y nos desenvolvemos, para tomar una u otra decisión en base a lo que se espera de acuerdo con esta cultura, lo que está bien o mal y de acuerdo con esto actuamos.

### 1.4.1 Alteraciones de la Voluntad

Las alteraciones de la voluntad se refieren a los trastornos o disfunciones que afectan la capacidad de un individuo para tomar decisiones de forma autónoma o ejecutar acciones de acuerdo con sus deseos y metas. Las principales alteraciones de la voluntad son:

**Falta de voluntad o abulia:** Es la disminución o pérdida de la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo acciones. Se observa frecuentemente en trastornos como la depresión mayor y la esquizofrenia. Los pacientes pueden mostrar desinterés por las actividades cotidianas, dificultad para iniciar o completar tareas, y falta de energía emocional.

**Inhibición de la voluntad:** Se refiere a la incapacidad de actuar debido a una parálisis psicológica, que puede estar asociada a trastornos ansiosos, depresivos o trastornos obsesivo-compulsivos. Aquí, la persona experimenta una especie de bloqueo que impide ejecutar acciones a pesar de tener una intención.

Para comprender acerca de las exclusiones de culpabilidad desde el ámbito del Derecho, les invito a revisar el siguiente video de la página Derecho Virtual: <https://www.youtube.com/watch?v=iL6oAR-bCO0>

## Referencias citadas en la Clase 1.

- Bandura, A.; Ross, D. & Ross, S. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. First published in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582. <https://psychclassics.yorku.ca/Bandura/bobo.htm>
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). *Human Aggression*. Plenum Press.
- Blanco-Picaiba, A. (2013). Psicología y psicopatología de la voluntad. En VOLUNTAD, CAPACIDAD Y AUTONOMÍA DE LA PERSONA EN EL MUNDO ACTUAL. Psiquiatría y ley. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid – España.
- Belloch, Amparo; Sandín, Bonifacio; Ramos, Francisco. 2008. Manual de Psicopatología. Edición Revisada. Mc Graw Hill/Interamericana de España, S.A.
- Castillo, M. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Psicogente*, vol. 9, núm. 15, junio, 2006, pp. 166-170.
- Carrasco Ortiz, M.; González Calderón, M. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos *Acción Psicológica*, vol. 4, núm. 2, junio-, 2006, pp. 7-38
- Dodge, K. A. (1980). *Social Cognition and Children's Aggressive Behavior*. *Child Development*, 51(1), 162-170.
- Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. Yale University Press.
- Dutton, D. G. (1995). *The Domestic Assault of Women: Psychological and Criminal Justice Perspectives*. The Haworth Press.
- Franco-Fernández, María Dolores (2017). Actualización conceptual de los trastornos del control de los impulsos. En LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y LAS PSICOPATÍAS: Psiquiatría y Ley. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid, España.

- Gallardo-Pujol, D.; Forero, C.G.; Maydeu-Olivares, A. y Andrés-Pueyo, A. (2009) Desarrollo del comportamiento antisocial: factores psicobiológicos, ambientales e interacciones genotipo-ambiente. *Revista de Neurología* 48, 4, 191-198
- Garaigordobil, M. & Maganto, C. (2016). Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables sociodemográficas. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>
- Gómez-Acosta, C. (2013) FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA: REVISIÓN Y POSIBILIDADES DE ABORDAJE. *Revista Iberoamericana de Psicología*, ISSN-e 2027-1786, [Vol. 7, N°. 1, 2014](#), págs. 115-124
- Huesmann, L. R. (2007). *The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. Journal of Adolescent Health, 41(6), S6-S13.*
- Klaus, J.; Wolfs, E.M.; Schutter, D.J. (2024). Cerebellar roots of aggression in violent psychopathic offenders: evidence from structural neuroimaging studies. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 55, art. no. 101333. DOI: 10.1016/j.cobeha.2023.101333
- Nee, C. & Ioannou S. (2018). The neuroscience of acquisitive/impulsive offending. *The Wiley Blackwell Handbook of Forensic Neuroscience*, 1-2, pp. 359 – 384. DOI: 10.1002/9781118650868.ch14
- Palijan, T.Z.; Radeljak, S.; Kovač, M.; Kovačević, D. (2010). Relationship between comorbidity and violence risk assesment in forensic psychiatry - The implicaton of neuroimaging studies. *Psychiatria Danubina*, 22 (2), pp. 253 – 256.
- Ramos-Galarza, C.; Jadán-Guerrero, J.; Paredes-Núñez, L.; Bolaños-Pasquel, M.; Santillán-Marroquín, W.; 3 Pérez-Salas, C. (2017). Funciones ejecutivas y conducta de estudiantes secundarios ecuatorianos. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 18 (6), 32-40.
- Sarráis Oteo, Fernando. (2016). *Psicopatología*. EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra
- Vorster M., Nyakale N., Sathekge M. (2014). Impulsivity imaging. PET and SPECT in Psychiatry, pp. 583 – 620. DOI: 10.1007/978-3-642-40384-2\_25

## **Definición de los términos citados en la Clase 1.**

**Corteza prefrontal:** es la estructura más desarrollada del sistema nervioso humano, albergando las funciones ejecutivas, que son las responsables de planificar los programas de comportamiento e ideales de vida, inhibir conductas impulsivas y reemplazarlas por otras socialmente aceptadas, monitorizar la conducta, regulación emocional, iniciativa y otras habilidades necesarias para el desarrollo del individuo en el día a día (Ramos-Galarza et al. 2017)

**Violencia:** es el comportamiento de las personas en el que confluyen una agresividad intensa con un autocontrol bajo. Reiss y Roth (1993): “conductas emitidas por sujetos que intencionalmente amenazan o infligen daño físico sobre los otros”. A pesar de no constituir una enfermedad, es un importante problema de salud pública en todo el mundo debido al daño, la muerte o la invalidez que provoca y la carga que impone al sistema sanitario y sus costos sociales (Rivera et. al. 2019).



**La excelencia no se improvisa**

síguenos

