



Instituto Tecnológico de Santo Domingo

Perfil Neurocognitivo de Agresores Masculinos en
Contextos Familiares como un Subtipo de la
Agresión Generalizada

INFORME FINAL

Por: Glorianna C. Montás de Castillo

Área de Humanidades y Sociales

RESUMEN

Los hombres agresores en contextos familiares son personas con un perfil demográfico diverso, independientes de un nivel determinado de escolaridad, provenientes de distintos estratos sociales, con edades que los identifican desde hombres jóvenes hasta envejecientes. Se les caracteriza en algunos casos como obsesionados por los deseos de control, celosos, emocionalmente aislados pero dependientes, que utilizan la racionalización para atribuir la responsabilidad de sus acciones a otros, en algunos casos impulsivos y en otros manipuladores. A grandes rasgos, el objetivo de este estudio es ampliar los conocimientos actuales sobre los hombres agresores al realizar una evaluación neuropsicológica que permita determinar la existencia de impedimentos cognitivos relacionados a las conductas violentas que exhiben, con la finalidad de determinar el rol que juegan de manera específica, la disfunción relativa a la flexibilidad cognitiva, el control de los impulsos, resolución de problemas, categorización/abstracción en esta población. Los participantes del presente estudio fueron 34 hombres agresores en contextos familiares, los cuales fueron seleccionados del Centro de Intervención para Hombres y de la Unidad de Atención a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual de la ciudad de Santo Domingo, D.N. En ellos se encontraron puntuaciones por debajo de la media en los reactivos de categorías y errores de perseveración del WCST, así como de la administración del reactivo color/palabra del Stroop y de la parte B del TMT. Adicionalmente, obtuvieron una puntuación negativa en el IGT.

TABLA DE CONTENIDOS

Lista de Tablas y Figuras	8
Lista de Abreviaciones	8
Introducción	9
Objetivos	13
Metodología	13
Hipótesis y Variables	13
Definiciones Operacionales	13
Participantes	15
Criterios de Inclusión	18
Criterios de Exclusión	18
Instrumentos	19
Procedimientos	32
Análisis Estadístico	33
Revisión de la Literatura	34
Agresión, Agresividad y Violencia	35
Definiciones	35
Clasificación	38
Modelos Teóricos Causales	47
Teorías Innatistas	48
Teoría Psicoanalítica	48
Teoría Etológica	49
Teoría Clásica del Dolor	50

Neo-asociacionismo Cognitivo	52
Orientación Interaccionista	52
Estudios Cerebrales Incipientes	53
Investigaciones en Animales	53
Investigaciones en Humanos	60
Modelos Teóricos Explicativos Actuales	64
Modelos Psicosociales	65
Factores Ambientales	65
Modelos Biológicos	67
Sustrato Neuroanatómico y Químico	67
Sistema Neuroendocrino	76
Aspectos Genéticos	77
Agresividad como Trastorno Secundario	80
Trastornos Psiquiátricos	80
TCE, Trastornos degenerativos y	
Envejecimiento	83
Consumo de Alcohol y Drogas	85
Neuropsicología y Agresión	89
Hallazgos Disfuncionales	90
Función Ejecutiva	90
Habilidades Verbales	92
Memoria	93
Otros Déficits	94
Neuropsicología Forense	94
Ámbitos de Actuación	95

Sobre la Imputabilidad y Responsabilidad

Penal	100
-------	-----

Agresores en Contexto de VIF	105
------------------------------	-----

Contextualización de la VIF y VBG	107
-----------------------------------	-----

Violencia Intrafamiliar y otras Acepciones	108
--	-----

Ciclo de la Violencia	109
-----------------------	-----

Teorías Explicativas	110
----------------------	-----

Teorías Individuales	111
----------------------	-----

Teorías Psicosociales	114
-----------------------	-----

Teorías Socioculturales	117
-------------------------	-----

Teorías Multicausales	120
-----------------------	-----

Revisión de los Distintos Perfiles Propuestos en la

Literatura	121
------------	-----

Perfiles Demográficos	125
-----------------------	-----

Tipología	126
-----------	-----

Estrategias de Intervención	129
-----------------------------	-----

Evaluación	130
------------	-----

Modelos de Intervención	132
-------------------------	-----

Tratamiento Farmacológico de la Agresividad	134
---	-----

Resultados	154
------------	-----

Discusión y Conclusiones	171
--------------------------	-----

Referencias	176
-------------	-----

Apéndice	186
----------	-----

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1	Tipos de Agresión Según Esquema Funcional.	41
TABLA 2	Media y Desviación Típica de la Información Demográfica y Tipo de Violencia Ejercida.	154
TABLA 3	Escolaridad y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.	155
TABLA 4	Edad y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.	156
TABLA 5	Media y Desviación Típica de las Puntuaciones Directas de las Pruebas Neuropsicológicas.	158
TABLA 6	Puntuaciones Obtenidas del TONI-2 y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.	159
TABLA 7	Puntuaciones Obtenidas del TONI-2 y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.	161
TABLA 8	Puntuaciones Obtenidas del TONI-2 y Nivel Educativo de Agresores. Tabla de Contingencia.	162
TABLA 9	Relación entre Media y Desviación Típica de los Resultados de WCST per, CCPT-II com, TMT-B, Stroop col/pal y la Presencia o no de Agresión Física.	163
TABLA 10	Errores de Comisión del CCPT-II y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia.	164
TABLA 11	Resultados del TMT-B y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia.	165
TABLA 12	Resultados de Stroop color/palabra y Edades de los Participantes. Tabla de Contingencia.	166

TABLA 13	Errores de Perseveración en el WCST y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia.	167
TABLA 14	Resultados del WCST final y Años de Escolaridad. Tabla de Contingencia.	168
TABLA 15	Puntuación del IGT final y Años de Escolaridad. Tabla de Contingencia.	169
TABLA 16	Puntuación Directa del TONI-2 y Nivel de Escolaridad. Tabla de Contingencia.	170
FIGURA 1	Promedio de Frecuencia de Selección de Sets de Cartas de IGT.	160

LISTA DE ABREVIACIONES

VIF	Violencia Intrafamiliar
VBG	Violencia Basada en Género
ACF	Agresor en Contextos Familiares
TMT	Test de Trazados
TMT-A	TMT parte A
TMT-B	TMT parte B
WCST	Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin
WCST-cat	Categorías Completadas en el WCST
WCST-per	Errores de Perseveración Obtenidos en el WCST
CCPT-II	Test de Ejecución Continuada de Conners
CCPT-II-om	Errores de Omisión Obtenidos en el CCPT-II
CCPT-II-com	Errores de Comisión Obtenidos en el CCPT-II
IGT	Iowa Gambling Task
IGT final	Puntuación Final del IGT
TONI-2	Test de Inteligencia no Verbal 2
Stroop	Test de Colores y Palabras de Stroop
<i>M</i>	Media
<i>DT</i>	Desviación Típica
R	Recuento
TCE	Traumatismo Craneoencefálico
ACV	Accidente Cerebro-vascular
ECV	Enfermedad Cerebro-vascular
PGA	Sustancia Gris Periacueductal
BSNT	Cama de las Terminales del Núcleo Estriado

INTRODUCCION

La violencia intrafamiliar constituye un problema social de innumerables dimensiones que afecta a diario a miles de mujeres y su entorno en la República Dominicana, en el resto de países de Latinoamérica y del mundo. Su prevalencia constituye una problemática integral de salud pública, un obstáculo para el avance de las mujeres y una barrera para el desarrollo socio-económico debido a los altos costos en recursos humanos, económicos y técnicos que supone para el Estado (SEM, 2009).

En la República Dominicana, un país de alrededor de 9 millones de habitantes, el Departamento de Estadísticas de la Procuraduría General (2009) reportó, en el año 2005, 98 casos de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex –parejas, y tan sólo en el año 2006 registró la ocurrencia de 182 feminicidios (Pola, 2006). La revisión realizada por Pola (2006) reportan que en los últimos años el incremento en los feminicidios en este país se ha convertido en una situación que alarma a las organizaciones a nivel internacional. La tasa de homicidios de mujeres al inicio del milenio era cercana a 2 por 100, 000, que es similar a la que tenían casi todos los países de la región centroamericana. Sin embargo, en el curso de seis años, esta tasa aumentó sensiblemente, hasta casi duplicarse en el año 2006. República Dominicana se sitúa así, en un nivel alto en relación al resto de los países de la región, con una tasa de homicidios de mujeres por encima de El Salvador y Guatemala.

Esto se atribuye en parte al gran problema de la cultura y la normalización de la violencia que se ve reflejada en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 2007) donde se encontró que 3 de cada

10 mujeres admite haber sido víctima de violencia por parte de su pareja alguna vez.

El tema de la violencia, en cuanto a una forma singular de conducta humana, es una cuestión que interesa particularmente a las ciencias sociales pero que también ha sido de gran interés para la neurociencia y otras disciplinas implicadas desde diferentes perspectivas en la explicación del comportamiento humano (Barberá y Benlloch, 2004).

Por su parte, la neurociencia ha dado pasos de avance, dirigidos hacia la interrelación y la complementariedad, consolidando cada día más las disciplinas que arroja. Esto ha hecho posible apreciar cualquier problemática del ser humano desde su perspectiva. De esta forma, aporta hacia el entendimiento del sustrato neurológico que subyace al agresor, derivando de estas explicaciones que alimenten acciones de prevención, a través del establecimiento de criterios complementarios a los factores de riesgo para las víctimas y que finalmente contribuyan al proceso de rehabilitación de personas que presentan disfunciones neurocognitivas que facilitan la reincidencia y que posiblemente incrementen la intensidad y frecuencia de los ataques. Colby (2008), por ejemplo, en su estudio sobre agresividad impulsiva, propone que "al entender las causas neurobiológicas de la agresión, las estrategias preventivas y los tratamientos efectivos podrán avanzar hacia adelante" (p.2).

En una revisión extensiva de literatura sobre agresión e impulsividad, Hollander y Stein (1995) concluyeron que "los problemas remanentes en el

En los últimos años, los investigadores han identificado factores pre-disponentes a individuos a la agresión, así como han provisto de un sistema de clasificación de la agresión más descriptiva. Adicionalmente, la meta más importante de los investigadores ha sido el descubrimiento de las diferencias entre los individuos agresivos, incluyendo desviaciones conductuales y neurofisiológicas. Finalmente, un énfasis significativo se ha puesto en el desarrollo de estrategias preventivas y/o de tratamiento tal como ha sido propuesto por Kellam, Mayer, Rebok, & Hawkins (1998); Vance, Fernandez, & Baber (1998) y Villemarette-Pittman, Stanford, & Greve (2003) (Colby, 2008).

Sin embargo, como se puede observar en el meta-análisis realizado por Carrasco-Portiño (2007), en muy pocos estudios realizados sobre el tema de la agresividad y violencia doméstica, se reportaron como factores relevantes las características cognitivas referentes a funciones ejecutivas que podrían estar asociadas, tales como la toma de decisiones, impulsividad, flexibilidad cognitiva y la resolución de problemas.

Gran parte de la literatura y de los estudios existentes exploran la violencia intrafamiliar que se presenta como un fenómeno psicosocial, desde la óptica socio-cultural, o únicamente desde la perspectiva de género. Esto queda plasmado en los planteamientos de Amato (2004), menciona que las causas de los patrones que prevalecen en la violencia contra la mujer sólo pueden ser totalmente comprendidos y remediados dentro de conceptos sociales y culturales específicos.

Es probable que la timidez observada en la exploración de otras dimensiones explicativas, tales como la biológica, se debe a las limitaciones

de los estudios que abordan esta interrelación, al temor de vincular las explicaciones biológicas al concepto jurídico de inimputabilidad y de la enérgica posición de autores citados por Barea (2004) cuando dice "...no se puede recuperar a un agresor porque no hay sentimiento de culpa; el sigue normas y comportamientos aprendidos desde la infancia y esta son las que le dan identidad...no es posible renunciar a las gratificaciones que les da el ejercicio de la violencia" (p. 101), y plantean el trabajo con los agresores como falta de sentido o importancia indicando que todos los esfuerzos deben estar dirigidos al trabajo con las víctimas, ya que los recursos destinados a la protección de sus derechos son también limitados.

Sin embargo, con este trabajo se intenta proponer este tipo de investigaciones como parte de los esfuerzos dirigidos a la prevención y protección de las víctimas, bajo el entendido de que a pesar de que el sistema de justicia incrementa la protección de las mujeres, niños y niñas de estas agresiones, debido a la naturaleza del delito, los agresores seguirán insertados en la vida productiva, intentando reclutar nuevas víctimas en una dinámica cíclica de dominio y posesión en las relaciones interpersonales.

De acuerdo al planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (1998), citadas en el trabajo de Carrasco-Portiño et al. (2007), es necesario que las investigaciones sobre la violencia contra la mujer en la pareja también contemplen la figura del agresor como causa del conflicto, lo que contribuiría a conocer mejor la etiología del problema y a desarrollar intervenciones basadas en evidencias científicas, tanto preventivas como de rehabilitación.

OBJETIVOS

General

Caracterizar el funcionamiento neurocognitivo de hombres agresores en contextos familiares.

Específico

Comparar los resultados obtenidos de la evaluación neurocognitiva con el grupo normativo correspondiente.

METODOLOGIA

Hipótesis y Variables

La disfunción neurocognitiva relativa a las funciones de resolución de problemas, categorización, abstracción, flexibilidad cognitiva y control de los impulsos se asocia a los resultados de la evaluación de los hombres agresores en el contexto familiar.

Variables Independientes

Participantes. Agresores exclusivamente en contexto familiar.

Criterios de exclusión del estudio. Historia de abuso de alcohol o drogas, historia de enfermedad o evento neurológico degenerativo o traumático.

Género. Masculino.

Variable Dependiente

Funcionamiento neurocognitivo.

Definiciones Operacionales

Agresores exclusivamente en contextos familiares: en el caso del presente estudio, esta denominación se refiere a hombres de los que se conoce, a través de diversas fuentes, que han ejercido violencia contra su cónyuge, ex-cónyuge o persona en análoga relación de afectividad.

Agresión: para fines de este estudio el término agresión será utilizado como sinónimo de violencia o malos tratos.

Violencia Intrafamiliar: para fines de este estudio será utilizado como sinónimo de agresión en contexto familiar, maltrato doméstico o violencia doméstica.

Tipos de Violencia ejercida en Contextos Familiares: (a) Física. Se refiere al daño no accidental que provoca lesiones externas, internas o ambas. Incluye hematomas, quemaduras, mordeduras, fracturas, rasguños y heridas. (b) Verbal. Caracterizada por insultos o malas palabras con la finalidad de causar daño. (c) Emocional. Se refiere a toda acción u omisión que daña la integridad emocional o posibilidad de desarrollar todo su potencial como ser humano. Incluye el retiro o negación de las manifestaciones de afecto o falta de reconocimiento. (d) Psicológica. Es toda acción u omisión que daña la autoestima a través de humillaciones, comparaciones, esparcimiento de rumores y/o desvalorizaciones.

Función Neurocognitiva: definida con el conjunto de funciones corticales superiores incluyendo lenguaje, resolución de problemas, funciones ejecutivas, memoria de trabajo, habilidades visuo-espaciales, visuo-perceptivas, motoras, memoria y atención. Para fines de este estudio el énfasis de las funciones evaluadas se referirá a la funciones ejecutivas (flexibilidad mental, abstracción, categorización, resolución de problemas, capacidad de resistir la impulsividad, perseveración), inteligencia no-verbal y atención.

Disfunción Neuropsicológica: se refiere a una puntuación obtenida a través de los instrumentos utilizados, que se encuentre media desviación estándar o más, por debajo de la media del grupo normativo de referencia.

Grupo Normativo: grupo de referencia con el que se compara el resultado de una evaluación, compilado a través de estudios previos realizados con muestras de participantes sin disfunción neuropsicológica.

Batería Neuropsicológica: conjunto de instrumentos de medición estructurados con la finalidad de evaluar el funcionamiento neurocognitivo de los participantes.

Hombres: personas de sexo masculino, con 18 años cumplidos o más, sin distinción de nivel socio-económico, o nivel educativo.

Historia de abuso de alcohol o drogas: consumo abusivo en cantidad y/o frecuencia, en el tiempo presente o pasado de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas legales o ilegales.

Enfermedad o evento neurológico degenerativo o traumático: ocurrencia de Traumatismo Craneoencefálico (TCE), Accidente o Enfermedad Cerebro-Vascular (ACV o ECV), diagnóstico previo de Epilepsia, Enfermedad de Alzheimer u otra Demencia de cualquier tipo, Esclerosis Múltiple, Infecciones Cerebrales, Enfermedad de Huntington, Parkinson, y cualquier otra enfermedad crónico-degenerativa o sistémica que afecte las funciones cerebrales.

Participantes

Población y Muestra

Dado que el universo poblacional con respecto a la Violencia Intrafamiliar es desconocido, debido al gran sub-registro de casos que

presenta este fenómeno, así como a las dificultades para delimitar datos de manera certera acerca de la población total aproximada de casos de Violencia Intrafamiliar en la República Dominicana. De igual manera no existen datos precisos que determinen que proporción de las denuncias fueron luego comprobadas como casos de VIF. Por esto se procedió a seleccionar una muestra de manera no probabilística de tipo incidental o casual, basada en los sujetos agresores que han formado parte del sistema jurídico local.

La población estuvo entonces definida por la cantidad de hombres denunciados anualmente a razón de la VIF y VBG en la ciudad de Santo Domingo, cifra que asciende, según datos del Departamento de Estadística de la Procuraduría General (2009), a aproximadamente 9,000 casos en el año 2008 con tendencia a la baja en el 2009. Estas denuncias son recibidas en la Unidad de Atención o en alguna de las 14 Fiscalías Barriales que funcionan en la actualidad y en algunos casos, los agresores son remitidos al Centro de Intervención Conductual para Hombres (específicamente 797 hombres han sido referidos desde su apertura en agosto del 2008 a junio del 2009). Se evaluaron, por consiguiente, a todos aquellos hombres denunciados por Violencia Intrafamiliar que se encontraron en contacto inicial con dichas instituciones en el momento de la realización del trabajo de campo, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y que accedieron voluntariamente a participar del mismo.

Los participantes fueron seleccionados partiendo del listado de agresores citados para vistas, en el caso de la Unidad de Atención a Víctimas, y del listado de citados para evaluación inicial, en el caso del

Centro de Intervención para Hombres. De los nombres listados se obtuvieron previamente los expedientes de los cuales se sintetizaron informaciones que dieron lugar a criterios de inclusión del estudio y que luego fueron confirmados con los participantes que colaborar.

Con fines de registrar los participantes del estudio se diseñó un instrumento denominado Ficha Muestral (véase Apéndice 1) en donde se señalan las informaciones generales de estas personas, así como informaciones obtenidas del expediente judicial del caso (incluyendo copia de la denuncia, copia de los informes médico y psicológico forense) y del record terapéutico (incluyendo entrevistas, formulario de registro del Centro, cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato y la Entrevista General Estructurada de Maltratadores publicadas por Echeburúa y Montalvo en 1997).

No fue pautada la utilización de un grupo control debido a la naturaleza de las variables relativas a la Violencia Intrafamiliar que dificultan la identificación de los agresores como personas violentas o que han ejercido violencia en el ámbito intrafamiliar a través de auto-informes o la identificación de sus conductas violentas por personas cercanas a estos. Se entiende también, que las opciones de selección analizadas implicaban maneras poco ortodoxas y de pobre asidero científico, que en relación al contenido, ponían en riesgo las conclusiones del estudio.

A los fines de documentar la voluntariedad de los participantes, les fue presentado un documento de Consentimiento Informado (véase Apéndice 2) donde se explicaron las bases de la investigación, funciones a

ser evaluadas, duración estimada, características de voluntariedad, confidencialidad y discreción del estudio.

Tamaño Muestral

La muestra quedó reducida a un número de participantes de $n=34$ debido a dificultades inherentes a limitaciones estructurales y del espacio que evitaban la confidencialidad y aislamiento necesario para realizar las evaluaciones en diversos lugares, así como la naturaleza de la muestra, que en este caso se vio limitada por los criterios de inclusión y exclusión así como por la resistencia de los individuos a participar en el estudio. La misma estuvo compuesta tanto por hombres que acudan al Centro de Intervención Conductual para Hombres ($n=24$), durante los meses de enero hasta junio del 2009, como por los que fueron citados en la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual ($n=10$) desde mayo a junio del 2009.

Criterios de Inclusión

1. Pertenecer al género masculino.
2. Tener mayoría de edad (18 años cumplidos o más).
3. Haber ejercido agresión de dos tipo o más (física, verbal, psicológica y/o emocional) contra su pareja o ex -pareja o persona en análoga relación de afectividad en los últimos seis meses o menos.

Criterios de Exclusión.

1. Historia de abuso de alcohol.
2. Historia de abuso de drogas ilegales y/o fármacos que alteren la cognición y la conducta.

3. Historia de diagnóstico psiquiátrico que curse con trastornos que afecten la conexión con la realidad.
4. Historia de hallazgo positivo o diagnóstico neurológico previo.

Instrumentos

Ficha Muestral

Con la finalidad de consolidar los datos recabados por las distintas fuentes (expediente judicial, record terapéutico, informaciones personales) fue estructurado un formulario denominado Ficha Muestral. La misma incluye informaciones generales, fuente, antecedentes neuro-patológicos, relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas y con afecciones psiquiátricas, así como la clasificación de la violencia.

Esta clasificación de la violencia, según el tipo de violencia ejercida, fue determinada en el expediente judicial y por consiguiente fue asumida en la investigación.

Evaluación Neuropsicológica

Los datos analizados fueron obtenidos a partir de los resultados de la aplicación de una batería neuropsicológica flexible. El tiempo de aplicación de las pruebas se determinó en función de las características de personalidad de los sujetos y la situación (judicial) en la que se encontraban al momento del estudio, por lo que se entendió necesario estructurar una batería de tiempo de duración reducido. Las pruebas o tests que se utilizaron son:

Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).

El Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, denominado en inglés el Wisconsin Card Sorting Test por sus autores originales D.A. Grant y

E.A. Berg, en 1948 (Berg, 1948; Grant y Berg, 1948) fue diseñado originalmente como una respuesta válida y confiable a la valoración de organicidad en pacientes psiquiátricos y neurológicos. La intención de los autores de este instrumento fue la de crear un procedimiento sensitivo a los trastornos de procesos de abstracción y flexibilidad cognitiva, los cuales se ven frecuentemente disminuidos en pacientes orgánicos (Walsh y Darby, 1999). Se han utilizado a través de los años varias versiones de este instrumento, hasta que el mismo fue estandarizado por Heaton (1991) y posteriormente revisado por Heaton et al. (1993) (Herrera, Barceló y Puentes, Manuscrito no publicado).

Este instrumento fue desarrollado como el Test de Clasificación de Tarjetas de la Universidad de Wisconsin por sus autores originales D.A. Grant y E.A. Berg, en 1948 (Berg, 1948; Grant y Berg, 1948) como una técnica simple y objetiva para medir la flexibilidad del pensamiento, parte de un esfuerzo para sistematizar y, sobre todo cuantificar, los instrumentos de clasificación desarrollados por K. Goldstein y M. Scheerer unos años antes (Goldstein y Scheerer, 1941). Según Goldstein y Scheerer una de las dificultades de los lesionados cerebrales era una seria dificultad en lo que se ha denominado la actitud hacia lo concreto. Es decir, estos autores observaron que la capacidad del paciente lesionado cerebral para agrupar objetos correctamente por categorías era sumamente pobre, estando esta sujeta a influencias de la inmediatez perceptual y no a las del pensamiento abstracto (Herrera et al., Manuscrito no publicado).

El test consiste en cuatro tarjetas estímulo ubicadas frente al participante, la primera con una imagen de un triángulo rojo, la segunda con

dos estrellas verdes, la tercera con tres cruces amarillas y la cuarta con cuatro círculos azules. Al participante se le entregan dos paquetes de tarjetas con 64 tarjetas de respuesta cada una, con diseños similares a las cuatro anteriores, variando en color, forma geométrica y cantidad. Al participante se le indica que debe aparear cada tarjeta de los paquetes entregados con una de las cuatro tarjetas estímulo y se le retroalimenta cada vez que este correcta o incorrecta la respuesta. Esta prueba no tiene tiempo límite (Spreen y Strauss, 1998).

En su extensa revisión, Herrera et al. (Manuscrito no publicado), describen numerosos estudios que han confirmado la validez del WCST para determinar lesiones de lóbulo frontal (Axelrod, 1996; Barceló y Santomé-Calleja, 2000) mas sin embargo, los autores sugieren que los resultados del WCST no sean interpretados únicamente en términos de patología, sino mas bien en términos de afectación de las funciones ejecutivas.

Basándose en una extensa revisión de la literatura y serias consideraciones metodológicas, Teuber, Buttersby y Bender (1951) llegaron a la conclusión de que el WCST no sólo refleja disfunciones en las regiones pre-frontales dorsales, como señalo Milner (1993), sino que también refleja afectación de las regiones frontales mesiales y orbito-frontales e inclusive temporales y parietales. Quizás el aporte más importante de este estudio no es que todo el cerebro está involucrado en las afectaciones detectadas por este instrumento, sino mas bien que "refleja la afectación de una red neuronal compleja que está vinculada con la corteza frontal, pero que no es exclusiva de la misma" Herrera et al. (Manuscrito no publicado).

Numerosos estudios con este instrumento se han realizado tal como documentan Herrera et al. (Manuscrito no publicado) en casos de Traumatismo Craneoencefálico (Vanderploeg, Schinka, y Retslaf, Girard et al., 1996; Ferland et al., 1998; Iverson, Lovell, Smith, 2000; Sherman et al. 2002; Neese et al., 2000; Boake et al., 2001; Greiffenstein, Bake y Gola, 2002), Síndrome de Lóbulo Frontal (Mangels et al., 1996; Vinod et al., 1997; Dranel, Dechara y Denburg, 2002; Lesiones de la Espina Dorsal (Dowler et al., 1997; , Lesiones Cerebelares (Daum et al., 1993), Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (Paolo et al., 1996; Starkstein et al., 1997; Bondi et al., 2002) , Enfermedad de Parkinson (Brown et al., 2002; Filoteo et al., 2003), Accidentes Cerebro-Vasculares (Ricker, Axelrod y Houtler, 1996), Epilepsia y Trastornos Convulsivos (Allegri, Drake y Thompson, 1999; Odgen-Epker y Cullum, 2001; Hermann et al., 2003), Esclerosis Múltiple (Beatty y Monson, 1994; Beatty et al., 1995; Beatty y Auperle, 2002), Efectos Tóxicos (White et al., 2001), Déficit de Atención (Matochik et al., 1996; Jenkins et al., 1998; Johnson, et al., 2001; Wodushek y Neuman, 2003) y otros trastornos de aprendizaje (Rourke, 1995), Trastornos Afectivos (Van Gorp et al., 1998; Ali et al., 2000), Esquizofrenia (Merriam et al., 1999; Faraone et al., 1999; Rango et al., 1999; Addington y Addington, 2002; Evertt, 2001), Trastorno Obsesivo-compulsivo (Moritz et al., 2001), Condiciones Metabólicas y Sistémicas (Armstrong, 1997; Rovet y Hepworth, 2001), Apnea del Sueño (Salorio, 2002), Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Pau, Lee y Chan, 2002) y Lesiones Deportivas (Mattser et al., 1999).

La normalización intercultural puede visualizarse en estudios sintetizados por Herrera et al. (Manuscrito no publicado), como se puede

apreciar en una investigación realizada por Rey et al. (1999) donde se presentan datos normativos de pacientes hispanos en el WCST para la exploración de las funciones ejecutivas que involucran la solución de problemas complejos en respuesta a la información provista por el examinador, así como la flexibilidad cognitiva y la capacidad de cambiar la atención adaptativamente. Ardila, Pineda y Roselli (2000) ofrecen normas para jóvenes hispanos entre las edades de 13 y 16 años en el WCST.

En esta investigación fue utilizada la versión computarizada de 128 tarjetas.

Test de Rastreo (TMT).

El Test de Rastreo (Trail Making Test [TMT]; Reitan, 1958; Reitan y Wolfson, 1993) es uno de los de mayor utilización en el campo de la neuropsicología y su uso data de los mismos comienzos de esta disciplina (Spreen y Strauss, 1998; Lezak, 1987).

Según la descripción obtenida del compendio de tests publicado por Spreen y Strauss (1998) el TMT comprende una medida de velocidad de la atención, secuenciación, flexibilidad mental y de búsqueda visual y función motora. Fue originalmente construido en 1938 como las "Vías de Partington" o "Test de Atención Dividida" (Partington y Leiter, 1949), fue parte de la Batería de Tests Individuales de la Armada (1944) y añadido por Reitan a la Batería de Halstead. Esta prueba requiere conectar, a través de líneas realizadas a lápiz 25 números encerrados en círculos arreglados de manera aleatoria en una hoja, en orden adecuado (Parte A) y 25 números y letras cerrados en círculos en orden alterno (Parte B).

La validez y confiabilidad de la prueba en ambas partes fue confirmada por estudios realizados por Dye (1970), Stuss et al., (1987), Durvasula et al., (1996), Lezak (1982), Goldstein y Watson (1989), Snow et al., (1988), Matarazzo et al., (1974) y confirmados en distintas condiciones tales como pacientes con VIH (Bardi et al., 1995; Di Sclafani et al., 1997), Epilepsia (Troupin, 1975), Traumatismo Craneoencefálico (Stuss et al., 1989; desRosiers y Kavanagh, 1987; Harnett, 2004), Daño cerebral (Dodrill, 1978; Leininger et al., 1990; O'Donnell, 1983), Alcoholismo (Grant et al., 1984, 1987) y Abuso de otras sustancias (McCaffrey et al., 1988; Grohman y Fals-Stewart, 2004), Hipoxia Leve (Prigitano et al., 1983), Enfermedad de Alzheimer (Lafleche y Albert, 1995; Cahn et al., 1995; Greenlief et al., 1985; Storand et al., 1984; Botwinick et al., 1988; Baum et al., 1996; Fernández-Duque y Black, 2006; Foldi et al., 2005), Daño al Lóbulo Frontal (Lezak, 1983; Reitan, 1971; Libon et al., 1994; Reitan y Wolfson, 1995), Disfunción cerebral y trastornos de personalidad (Crockett et al., 1990). (Spreen y Strauss, 1998), Esquizofrenia (Atbasoglu, 2005; Bowie et al., 2006; Brickman et al., 2004), Trastornos Afectivos (Burdick, 2006), Esclerosis Múltiple (Clemmons et al., 2004) y Lupus Eritematoso Sistémico (Glanz et al., 2005).

Test de Ejecución Continuada de Conners II (CCPT-II).

El propósito del Test de Ejecución Continuada de Conners (CCPT) es valorar lapsus en la atención o vigilancia así como la impulsividad. El Test de Ejecución Continuada CPT fue inicialmente introducido por Rosvold et al., (1956) con la finalidad de detectar lapsus de atención en pacientes con Epilepsia de tipo petit mal. En su versión, los sujetos presionaban una tecla

cuando una letra específica aparecía (e.g. la X), o cuando la letra indicada era precedida por otra letra (e.g. A-X). Los CPTs subsecuentes han sido modelados tomando en cuenta el modelo de Rosvold et al. aunque han variado en relación a la modalidad (e.g. auditiva o visual), el tipo de estímulo (e.g. letras, números, colores o figuras geométricas), la naturaleza de la tarea (e.g. responder a un único estímulo como la letra X; responder a una secuencia determinada de estímulos, como la letra A seguida por la letra X; responder a todos los estímulos en vez del estímulo designado), y el tipo de datos analizados (e.g. omisiones, comisiones, intervalo inter-estímulo, medidas de sensibilidad, y criterio de respuesta). Es probable que estas distintas tareas y abordajes generen informaciones con distinto significado (Halperin, 1991; Seidel y Joschko, 1990 citados en Spreen y Strauss, 1998).

En la versión utilizada para esta investigación, el CPT-II de Conners, se requiere que el participante presione la barra espaciadora de un teclado cuando aparezca cualquier letra a excepción de la letra X.

El protocolo estándar del CCPT-II usa un pequeño ejercicio de práctica previo a la ejecución del test completo con la finalidad de que se asegure el entendimiento del participante. Los intervalos inter-estímulo (ISISs) son de 1, 2 y 4 segundos con un tiempo de exposición de 250 milisegundos. El paradigma único del CPT-II consta de una estructura que consiste en 6 bloques y 3 sub-bloques, cada uno conteniendo 20 intentos (presentaciones de letras). El orden de las presentaciones de las diferentes ISISs varía entre bloques (Spreen y Strauss, 1998).

Los procesos cognitivos evaluados por el CPT no están completamente claros. La mayoría de los investigadores están de acuerdo

con que los errores de omisión reflejan los déficits en relación a la atención sostenida o vigilancia (Halperin et al., 1991a). Los errores de comisión parecen reflejar una mezcla de procesos subyacentes, incluyendo impulsividad y un déficit de memoria/inatención (Halperin et al., 1991^a citado en Spreen y Strauss, 1998).

IOWA Gambling Task (IGT).

El Gambling Task es una prueba experimental que fue desarrollada por un equipo de la Universidad de IOWA en los Estados Unidos y que ha sido utilizada en distintas poblaciones tal como se observa en la investigación del 2004 de Bechara y Martin "Toma de decisiones, Memoria de Trabajo y Abuso de Sustancias" así como Bechara y Damasio (2002) en su trabajo sobre dependencia de sustancias, el trabajo de Turnbull et al. (2006) con pacientes esquizofrénicos y los estudios sobre disfunción frontal de Bechara, Damasio y Damasio (1994 y 2000) y Bechara y Dolan (2001).

La misma implica que sean presentados cuatro sets o mazos de cartas (barajas) nombrados "A, B, C y D", donde en dos sets (A y B) escoger cartas significa ganar una alta cantidad de dinero, y en momentos impredecibles la ganancia de dinero va seguida por una gran penalidad o pérdida de manera que, a largo plazo, escoger de estos sets sea desventajoso para el participante. En los sets restantes (C y D), la ganancia inmediata es menor, pero la pérdida en el futuro también será menor y la ganancia a largo plazo debería ser mayor.

De manera más específica, la programación de recompensa y castigo serán estructuradas de tal manera que la discrepancia entre la recompensa y castigo de los sets desventajosos (A y B), a medida que avanza la prueba,

se inclina en mayor medida en una dirección negativa. En contraste, esta discrepancia entre la recompensa y el castigo de los sets ventajosos (C y D), aumentará en dirección positiva por cada set de cartas. El número total de intentos es de 100. La puntuación se obtiene a través de la sustracción de la suma de los sets desventajosos de los sets ventajosos, tal como se aprecia en la siguiente fórmula $(C+D)-(A+B)$ tal como ha sido realizado en estudios previos (Bechara y Damasio, Bechara, Dolan y Hindes, 2002; Grant et al., 2000). En este caso, una puntuación por debajo de cero significaba una selección desventajosa y por encima de cero una selección ventajosa (Bechara y Martin, 2004). En este trabajo se utilizó dinero falso para la realización de esta prueba y fue realizada con el diseño presentado en el Apéndice 2.

Test de Colores y Palabras (Stroop Test).

En su extensa revisión, Herrera y Román (Manuscrito no publicado) comentan sobre los inicios del test de Stroop acuñando datos del 1935 cuando el joven John Ridley Stroop, en el proceso de tesis doctoral descubrió que decir el color en que estaba una palabra escrita, que a su vez era el nombre de otro color, era particularmente difícil, aun en personas sin ningún tipo de condición clínica o neurológica. Además de 5 versiones realizadas de esta prueba, los autores mencionan que existen múltiples adaptaciones y que la versión de Golden (1978) ha sido una de las más reseñadas.

Según detallan Herrera y Román (Manuscrito no publicado), el modelo elaborado por Mirsky et al., (1991) ubica el test de Stroop dentro de un proceso de enfocar y ejecutar eficientemente. De acuerdo con este

modelo cualquier patología que lentifique el proceso de enfocar y ejecutar eficientemente se va a ver reflejada en la ejecución de este instrumento. Más adelante indica, que otra habilidad que se ve involucrada en la realización de esta tarea es la función nominativa del lenguaje y que finalmente tendríamos las funciones ejecutivas relacionadas con resistir la perseveración medida en la condición de interferencia.

Spreen y Strauss (1998) definen brevemente el propósito de esta prueba al decir que "Este test mide la facilidad con la que una persona puede cambiar su set perceptual para adaptarse a las demandas cambiantes y suprimir una respuesta habitual a favor de una inusual" (p. 213).

La normalización de esta prueba en distintas poblaciones se realizó a través de los estudios realizados por Kehrer et al., (2000), Dugbartey, Townes y Mahurin (2000), Swan y Carmelli (2002), Johnson et al., (2003), Gallagher et al (2003) y Trenerry et al., (1989), reseñados en el trabajo de Herrera y Román (Manuscrito no publicado). Así mismo, estos autores realizaron una síntesis de los estudios más relevantes en caso de patología tales como Traumatismo Craneoencefálico (Ponsford y Kinsella, 1992 y 1995; Vakil et al., 1995; Sherman et al., 1995; Spikman, Van Zomeren y Deelman, 1996; Vanderploeg et al., 2001), Aneurismas Cerebrales (Finlandia, Koivisto et al., 2000), Lesiones de la Espina Dorsal (Dowler et al., 1997; Pachana et al., 1996; Furey-Kurjian et al., 1996; Demakis et al., 2001; Bondi et al., 2002; Kensinger et al., 2003), Enfermedad de Parkinson (Mahieux et al., 1998; Alegrete tal., 2003), Enfermedad de Huntington y enfermedades de origen genético (Palmer et al., 1994; Hahn-Barman et al.,

1998; Binetti et al., 2000; Brandt et al., 2002), Accidentes Cerebrovasculares y Demencias Vasculares (Kramer et al., 2002), Epilepsia y Trastornos convulsivos (Haltiner et al., 1996; Levav et al., 2002), Esclerosis Múltiple (Kujala, Portin y Ruutiainen, 1997; Andrade et al., 1999), Trastornos Inmunológicos y VIH (Levin et al., 1992; Hamby, Bardy y Wilkins, 1997), Déficit de Atención e Hiperactividad (Corbett y Stanczak, 1999; Johnson et al., 2001; Chabildas, Pennington y Willcutt, 2001; Golden y Golden, 2002; Riccio et al., 2005), Trastornos de la Personalidad (Sprock et al., 2001), Diabetes y condiciones sistémicas (Evans et al., 2000; Rosen et al., 2003) y Alcoholismo y Abuso de Sustancias (Connor et al., 2000; Bandt et al., 2003).

Test de Inteligencia no Verbal (TONI 2)

El Test de Inteligencia No-Verbal (TONI-2; L. Brown, R. J. Sherbenou, & S. Johnsen, 1990) es un test popular con referencias normativas que utiliza formatos no verbales para medir la inteligencia general de niños y adultos en los cuales la ejecución en tests tradicionales puede verse adversamente afectada por impedimentos sutiles que implican habilidades motoras o del lenguaje. El TONI-2 evalúa el razonamiento analógico, clasificación categórica, y razonamiento secuencial utilizando 6 subtests en dos contextos diferentes: imágenes de objetos familiares (e.g. gente, juguetes, animales) y figuras geométricas (e.g. bocetos no familiares y dibujos). Los 6 subtests son analogías pictóricas, analogías geométricas, categorías pictóricas, secuencias pictóricas y secuencias geométricas (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1994).

Varios autores han confirmado la validez de esta prueba (Bostantjopoulou et al., 2001); inclusive en niños con dificultades para

escuchar (Mackinson et al., 1997). En la construcción de esta prueba se siguió un método tradicional: se comenzó elaborando un banco de elementos, intentando que abarcara por completo el área que se pretendía evaluar, siguiendo el procedimiento indicado por Anastasi (1973) para la validación del contenido (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1994).

Los coeficientes de discriminación para todos los elementos del TONI original se calcularon utilizando datos de una muestra de 322 sujetos. Provisionalmente se seleccionó un total de 100 elementos teniendo en cuenta el análisis preliminar y con ellos se volvió a construir el test. Se asignaron 50 elementos a la Forma A y otros a la B, procurando que los pesos de discriminación correspondientes a los elementos de ambas formas fuesen aproximadamente iguales. Al final se realizó un análisis confirmativo con los resultados de 900 sujetos agrupados en 18 intervalos de edad (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1994).

Los nuevos elementos añadidos para construir el TONI-2 se aplicaron a 443 sujetos de edades comprendidas entre 14 años y 6 meses y 85 años 0 meses, pues se pensó que los niños de edades inferiores no superarían los elementos difíciles. Se calculó la media de los coeficientes de correlación elemento-total en varios grupos de edad. Todas las medias obtenidas son significativas al nivel de confianza de 5%; en todos los casos se ha superado el criterio de 0.30 y todos, excepto tres se sitúan por debajo del techo de 0.80 (Brown, Sherbenou y Johnsen, 1994).

En su manual, Brown et al. (1994) comentan que los estudios de validez y fiabilidad fueron realizados por Hamill (1987) en población

española, utilizando para esta última, la fórmula de Spearman-Brown a través de la correlación con el WISC-IV.

Para la implementación de la batería neuropsicológica se tendrá en cuenta el material específico que cada técnica requiera: manuales, protocolos o software, Mientras que para la interpretación de los tests se tomaron en cuenta los baremos originales, preferiblemente las normas de poblaciones hispanas de cada técnica ya que no se conocen estandarizaciones locales.

Para la interpretación, en el caso de los resultados del TONI-2 y del CCPT-II se tomó en cuenta la clasificación brindada por los respectivos manuales. Así mismo, para el IGT se tomó en cuenta para clasificar e interpretar los resultados la fórmula indicada en su descripción.

En el caso de los resultados del WCST, TMT y Stroop se utilizarán las puntuaciones directas para su interpretación así como los resultados serán convertidos a la escala de rangos, tal como fue rediseñada por, Rennick (citado en Herrera, Manuscrito no publicado), quien describió una escala con cinco rangos, basado en los niveles de Russell, Neuringer y Goldstein (1970). En estos *Rangos de Severidad*, tal como fueron llamados por Rennick, el rango de severidad 0, es el de menor grado de disfunción o impedimento, se le denominó, Promedio Alto.

El rango de severidad 1 refleja la ejecución media en cada uno de los instrumentos incluidos en la batería, por lo cual se le denominó Promedio. El rango de severidad 2 se aleja ligeramente de la ejecución normal o

esperada en cada uno de los instrumentos, llegándose a conocer como Impedimento Leve.

El rango de severidad 3 ya denotaba una desviación notable de la expectativa normativa y fue descrito por Rennick como Impedimento Moderado de la función valorada por cada instrumento. Finalmente, el rango de severidad 4 era el que se encontraba más alejado del nivel normativo y, según Rennick, reflejaba impedimento severo en las funciones valoradas por los diferentes instrumentos utilizados en una exploración determinada.

Este tipo de sistema de gradación de los resultados obtenidos en la exploración neuropsicológica ha persistido hasta la actualidad, y ha sido enriquecido con la toma de conciencia de que las variables de edad y nivel educativo, así como la de sexo, pueden influir de forma determinante sobre cuales pudiesen ser los niveles normativos de ejecución en los diferentes instrumentos neuropsicológicos incluidos en la exploración de un paciente determinado (Lezak, Howieson y Loring, 2004; Spreen y Strauss, 1998 citados en Herrera, Manuscrito no publicado).

Procedimientos

1. Realización y firma de acuerdo con la autoridad competente para la realización del estudio, posterior a la presentación del proyecto.
2. Recolección de la información inicial en la Ficha Muestral. Revisión de los expedientes con la finalidad de determinar la presencia de criterios de exclusión/inclusión concerniente a la base de datos de posibles sujetos elegibles a modo de listado de personas remitidas al Centro de

Intervención para Hombres Agresores y citas interpuestas en el caso de la Unidad de Atención a Víctimas, el cual será solicitado a las autoridades coordinadoras de la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

3. Solicitud de lectura y firma del Consentimiento Informado (Apéndice 3) a cada persona evaluada, y entrevista inicial con la finalidad de confirmar las informaciones relativas al registro de la ficha muestral.
4. Realización de las evaluaciones neuropsicológicas (Apéndice 4). Para la implementación de la batería neuropsicológica se tendrá en cuenta el material específico que cada técnica requiera: manuales, protocolos, software etc.
5. Análisis de los resultados.
6. Incorporación de los resultados a la redacción de la tesis con la finalidad de realizar las conclusiones de lugar.

Análisis Estadístico

La base de datos fue digitada y analizada a través del programa de estadísticas SPSS en su versión 15. El mismo tiene un sistema para construir bases de datos, analizarlos con las estadísticas de uso básico en ciencias sociales y representarlos con tablas, gráficos y figuras. Con la finalidad de obtener una presentación descriptiva, se utilizaron las Medias Aritméticas y Desviaciones Típicas de los resultados de cada prueba realizada, así como de los datos demográficos de la población. Con la

finalidad de explicar la relación entre las distintas variables del estudio, se realizaron tablas de contingencia recurriendo a la prueba de Chi Cuadrado de Pearson.

Agresión, Agresividad y Violencia

Definiciones

El término agresión procede del latín *aggredi* que posee dos acepciones, la primera significa "acercarse a alguien en busca de consejo"; y la segunda, "ir contra alguien con la intención de producirle un daño". En ambas, la palabra agresión hace referencia a un acto efectivo. Luego se introdujo el término agresividad que, aunque conserva el mismo significado se refiere no a un acto efectivo sino, a una tendencia o disposición. Así, la agresividad puede manifestarse como una capacidad relacionada con la creatividad y la solución pacífica de los conflictos. Vista de éste modo la agresividad es un potencial que puede ser puesto al servicio de distintas funciones humanas y su fenómeno contrapuesto se hallaría en el rango de acciones de aislamiento, retroceso, incomunicación y falta de contacto. (Clemente, 2003; de Castro, 2000).

Diversos autores (Vaquero, 2009; de Castro, 2000) coinciden en que frente a esta agresividad que podríamos llamar benigna, existe una forma perversa o maligna: la violencia. Con esto queda claro que no se puede equiparar todo acto agresivo con la violencia. Esta queda limitada a aquellos actos agresivos que se distinguen por su malignidad y tendencia ofensiva contra la integridad física, psíquica o moral de un ser humano. Clemente (1987) establece una división cuando explica que no constituye violencia la descarga de un cazador contra el animal que desea cazar con la finalidad de saciar el hambre o mantener el equilibrio ecológico.

Niehoff (2003) concuerda al plantear que la agresión dirigida en contra de la persona equivocada, al momento equivocado, en un lugar

incorrecto, por razones inadecuadas o con un inadecuado nivel de intensidad, ya no es más una agresión protectora o competitiva sino que es violenta.

Sin embargo en la bibliografía encontramos distintas acepciones y distinciones de los términos agresión y violencia, tal y como observamos publicado en el libro de Amato (2004) quien entiende la agresión como cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien. La palabra agresión en este caso hace referencia a la violencia por la fuerza de los derechos ajenos en un procedimiento de acción ofensiva lo que para algunos investigadores alude a la conducta corporalmente asertiva. Sin embargo esta autora indica que “no existe una línea divisoria clara entre las formas de agresión que todos deploramos y aquellas que no debemos eludir si deseamos sobrevivir. Por lo tanto, la agresión no solo es un intento deliberado de herir a alguien sino también la base del logro intelectual, del logro de independencia” (p.36).

Esto último es corroborado por Niehoff (1998) al comentar que la sociedad define los límites entre una amenaza legítima, la cual puede ser controlada con una determinada cantidad de fuerza, y la amenaza ilegítima, la cual provoca violencia inaceptable. Aun así, este límite no es una línea recta. Mucha de la confusión acerca de que es y que no es una conducta violenta llega a ser porque el comportamiento tolerable y el inaceptable están separados por un área gris, donde la definición varía por la cultura, tiempo, opinión y la respuesta masculina de una sociedad a un insulto es la sobrerreacción de otra sociedad.

Otros autores como Gil-Verona, Pastor, De Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Rami-Gonzales, Boget, y Pirconell (2002) consideran que la complejidad desde el punto de vista psico-biológico es tal que es preferible considerar violencia y agresión como términos sinónimos que designan la misma realidad y se limitan a utilizar la palabra violencia. Estos autores delimitan los conceptos de violencia y agresión de la siguiente manera:

El concepto de violencia puede tener diferentes niveles de generalización y abstracción: (a) En su forma más abstracta violencia significa la potencia o el ímpetu de las acciones físicas o espirituales. Así, la violencia de una explosión atómica indica la intensidad de las fuerzas físicas liberadas en este fenómeno y la violencia de una pasión indica, de manera similar, la vehemencia con que una persona se apresta a conseguir aquello que desea. (b) En un sentido más concreto, la violencia puede ser definida como la fuerza que se hace a alguna cosa o persona para sacarla de su estado, modo o situación natural. Si se admite, como así lo hacemos nosotros, que todo ser tiene una naturaleza propia, entonces debemos admitir que la persona tiene también una "esencia humana" a la que deben ajustarse sus comportamientos individuales o sociales... (c) por último, en un nivel semántico más preciso y restringido, violencia es la acción o el comportamiento manifiesto que aniquila la vida de una persona o de un grupo de personas o que pone en grave peligro su existencia. Violencia es, por tanto, agresión destructiva e implica imposición de daños físicos a personas o a objetos de su propiedad en cuanto que tales objetos son medios de vida para las personas agredidas o símbolos de ellas (p.294).

Cuando agregamos el efecto de la cultura a las definiciones de violencia y agresión obtenemos una nueva entidad, tal como comenta Clemente (2003) al indicar que: "así pues, el delito (violento) constituye toda aquella forma de violencia tipificada como ilegal, es decir, aquella violencia sujeta a control normativo. Por ello, el delito violento es un concepto puramente arbitrario sujeto a una determinada reglamentación jurídica. Además, el delito debe tener carácter oficial. Que un hecho violento llegue a ser delito depende de que se considere ilegal y probado" (p. 3).

Finalmente, Clemente (2000) señala que otro factor que contribuye a complejizar aun más la conceptualización de la agresividad, es el uso común que de este término se hace, utilizándolo de forma indistinta para hablar de agresividad, violencia o delincuencia, y que en modo alguno, son intercambiables (Echeburúa, 1994 citado en Clemente, 2000). De forma muy breve podemos señalar unas diferencias básicas entre estos conceptos: (a) la agresividad representa la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los peligros potenciales procedentes del exterior. La agresión sería pues, una respuesta adaptativa, (b) la violencia, al contrario, tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos, suponiendo una profunda disfunción social. La violencia se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva y (c) la delincuencia sería la transgresión de los valores sociales vigentes en una comunidad en un momento histórico determinado y puede venir acompañada o no de conductas violentas.

Una gran cantidad de autores (Clemente, 1987; Gil-Verona et al., 2002; Vaquero, 2009) se adhieren a la corriente que plantea que la agresividad puede ser detectada en toda la escala animal, no así la violencia, casi exclusiva del ser humano. Según esta, es sumamente raro que un animal ataque a otro de especie diferente, si no es con el fin de alimentarse, o que luche contra otro de su misma especie si no es con el objeto de defender su territorio, la hembra, la cría o el alimento. Inclusive, cuando la lucha se presenta, su mayor componente es ritual; rito que va en sentido de demostrar cuál es más fuerte o lucha entre aquellos animales

viejos o muy jóvenes, así como, animales de sexo diferente y/o ejemplares que se conocen entre sí.

Esto es luego debatido por la documentación realizada por Goodall entre otros en el libro escrito por Niehoff (1998) con relación a la violencia y guerra observada en especies animales, y que luego es referido en el acápite referente a las investigaciones en animales.

En el caso de la violencia intrafamiliar estas definiciones son incorporadas y adaptadas de manera usual en la modalidad mencionada en el trabajo de Amato (2004), donde menciona que "utilizaremos el término agresión para referirnos a algún tipo de conducta, tanto física como simbólica, que se ejecuta con la intención de herir a alguien. No usaremos agresión como sinónimo de asertividad, dominio o independencia. Emplearemos la voz violencia para hacer alusión a una forma extrema de agresión, un intento premeditado de causar daño físico grave" (p.37).

Esta autora concluye que en este caso se tendría que hablar de direccionalidad o metas de la agresión, poniendo de ejemplo que el caso de que un hombre se altere por un comentario que hace su mujer y la golpee con furia, este puede pensar que golpeando o hiriendo a su mujer puede mostrar dominio sobre ella. Mayormente, estos ataques están motivados por algo más que el deseo de herir a la víctima; la verdadera motivación ni siquiera es el deseo de causarle daño sino que es el deseo de mostrar poder sobre la otra persona a fin de construir su propia autovaloración.

Clasificación

El psicólogo Kenneth Moyer, citado en Niehoff (1998), fue uno de los primeros en proponer lineamientos para dividir la agresión en componentes

o partes. El mapa de Moyer definió ocho tipos de agresión basada en varios tipos de estímulos que creía que podrían desencadenar la agresión. Los investigadores del comportamiento comenzaron a encontrar fallas en su esquema de manera inmediata. Algunos estaban en desacuerdo con la decisión de Moyer de basar su sistema en estímulos desencadenantes, ya que desde un punto de vista práctico, era demasiado complicado.

Gil-Verona et al, (2002) sintetizan la clasificación propuesta por Moyer de la siguiente forma:

1. Agresión predatoria (conductas de ataque motivadas).
2. Agresión inter-machos (violencia física o conducta de sumisión exhibida por los machos mutuamente).
3. Agresión inducida por el miedo (respuestas biológicamente programadas de modo que se actúa de forma agresiva hacia cualquier clase de confinamiento forzado).
4. Agresión territorial (conducta de amenaza o ataque que se muestra hacia una invasión del territorio propio, o conducta de sumisión y retirada tras enfrentarse con el intruso).
5. Agresión maternal (conducta agresiva mostrada por las hembras cuando un intruso se acerca a sus crías).
6. Agresión irritable (agresión e ira dirigidas hacia un objeto cuando el agresor se siente frustrado, herido, deprivado o estresado).
7. Agresión relacionada con el sexo (suscitada por los mismos estímulos que disparan la respuesta sexual).
8. Agresión instrumental (la que conduce al individuo a obtener una recompensa mediante el acto agresivo).

Los investigadores, de manera subsecuente, trabajaron para desarrollar una tipología más sencilla y menos ambigua. Al principio de los años 70, el neuroquímico Don Reis, citado en Niehoff (1998), fusionó varios de los ocho grupos originales para derivar sólo dos categorías: agresión predatora y agresión afectiva (emocional). La categoría afectiva comprende tanto los patrones de comportamiento ofensivo y defensivo descrito en años anteriores por los Blanchard. Una década después, el biólogo británico de la conducta John Archer propuso una manera totalmente distinta de mirar el problema de la categorización de la agresividad, en forma de un esquema organizacional basado en la función en vez de la causa (véase Tabla 1), de manera que la conducta agresiva asegurara la supervivencia mas que la manera en que parecía ser provocada (Niehoff, 1998).

Tabla 1
Tipos de Agresión según Esquema Funcional

<i>Tipo</i>	<i>Problema</i>
Protectora	Amenaza de ataque físico.
Parental	Amenaza a la prole.
Competitiva	Amenaza al estatus o reparto adecuado de los recursos.

En su libro, Niehoff (1998) detalla lo propuesto por Archer acerca de la agresión protectora, donde planteaba que los organismos más simples resuelven el problema de la auto-defensa al escapar y que las respuestas agresivas son presentadas por animales avanzados. En el caso de la

agresión parental esta sería una extensión de la agresión protectora y el tercer tipo, la agresión competitiva comprende la agresión inducida por la frustración así como la agresión instrumental de Moyer, donde al ganar en el pasado se ha aprendido el valor de responder a una determinada situación de manera agresiva. En el caso de los animales, la agresión competitiva difiere de la auto-defensa de una manera crucial: es menos probable que sea letal, ya que permanecer con vida es más importante que tener ventaja.

La agresión predatora estaba notablemente ausente en el sistema de Archer. Contrario a Moyer y Reis, él consideraba que las diferencias motivacionales y fisiológicas entre cazar (una respuesta al hambre) y otras formas de derramamiento de sangre (respuestas a la amenaza) son tan profundas que la predación no debería ser considerada un tipo de agresión, sino mas bien como una entidad totalmente separada y única forma de comportamiento (Niehoff, 1998).

Niehoff (1998) menciona que los humanos enfrentan muchos de los mismos problemas que los animales. Si quieren comer, deben competir efectivamente por recursos escasos, aun esto signifique competencia en un juego o por un nuevo trabajo. La agresión humana como la de su contraparte animal, fue entendida para presentar una solución a estos problemas. Como resultado, el esquema de clasificación de Archer tiene claros paralelos con la conducta humana.

La agresión adaptativa se queda dentro de los límites ya que la agresividad individual valora las amenazas potenciales adecuadamente y determina la intensidad de su respuesta de acuerdo a esta valoración. Pero si la percepción de la amenaza se vuelve distorsionada o si la

correspondencia entre la percepción y respuesta no funciona la agresión se vuelve desadaptada. Para el individuo, el costo de la conducta extrema – rechazo social, daño a relaciones vitales, pérdida de empleo, exclusión de la oportunidad, prisión y hasta muerte- pesa mucho más que cualquier beneficio a corto plazo; para la sociedad, el daño a la estructura social excede la capacidad de tolerancia (Niehoff, 1998).

McEllistrem (2004) sintetiza el modelo de clasificación basado en el sustrato neurobiológico obtenido de los estudios en animales el cual identifica dos tipo de ataques, el afectivo y el predatorio. El ataque afectivo puede ser suscitado estimulando áreas específicas del cerebro. En el caso de los gatos la conducta consiste en silbidos, gruñidos, pilo-erección resultado de la excitación autonómica. En el caso del ataque predatorio, este tiene que ver con una conducta premeditada, sigilosa y letal.

Por su parte Mackal, citado en el trabajo de Mezquita (2005), plantea la agresividad predadora en el caso de los humanos, como aquella motivada por el poder y el dominio como la que más daño provoca en las sociedades modernas.

Ostrosky, (2007) nos habla de una clasificación de la violencia en primaria y secundaria. Esta última corresponde a la violencia exhibida a consecuencia de condiciones tales como el consumo de alcohol, traumatismo craneoencefálico, trastorno mental, depravación del sueño, entre otros. La autora propone que la violencia primaria se refiere a aquella que excluye las causas secundarias.

A raíz del estudio del sustrato neurobiológico de la conducta violenta en humanos los autores (Ostrosky, 2007; Raine, 2003), indican que la violencia primaria se presenta de dos formas: impulsiva y premeditada. Esta distinción es importante, ya que estas dos formas de violencia difieren en varios aspectos que incluyen: los eventos que las disparan o provocan, las reacciones ante ellas, la actividad cerebral relacionada y los posibles tratamientos médicos y psicológicos. Esto es, para poder aportar un tratamiento efectivo es crucial reconocer la disociación que existe. Es importante señalar que no existen causas únicas para que estos trastornos se presenten sino interacciones entre distintas variables psicológicas, biológicas y sociales (Raine, 2002).

Vaquero (2009), de manera similar, propone una división basada en dos ejes, el eje horizontal tiene que ver con el grado de premeditación a la hora de utilizar la violencia, con la rapidez, el control y la demora de las respuestas violentas. Este eje se situaría en un continuo que tendría en un extremo la impulsividad y en el otro la premeditación. Con el primero la respuesta no es inhibida y reaccionamos con rapidez a un suceso externo amenazante o que supone la frustración de una necesidad u objetivo básico. Con el segundo la respuesta se demora y la conducta violenta se convierte en reflexiva y proactiva.

Acerca del segundo eje, Vaquero (2009) lo denomina como el eje vertical, el cual está en relación con el grado de implicación emocional. En el candente, las emociones –la ira y el miedo, básicamente– gobiernan nuestros actos y, en el frío, la racionalidad controla nuestras emociones; o

como en el caso de los psicópatas, éstas parecen no existir, o no entenderlas. Combinados los dos ejes, nos ofrecen cuatro tipos de conductas:

1. La impulsiva-candente. Se produce, por ejemplo, cuando una situación externa, como la presencia de una amenaza inminente a nuestra supervivencia que no podemos evitar, desencadena una respuesta inmediata. O cuando una pasión desborda los controles biológicos inhibitorios de nuestra conducta.
2. La impulsiva-fría. Sucede, por ejemplo, en determinados trastornos de la personalidad cuando se actúa violentamente sin implicar ninguna fuerza emocional.
3. La premeditada-candente. En ésta, la conducta violenta se demora y actuamos bajo emociones intensas. Cuando una de éstas es el odio, la venganza se convierte en el motivo básico de la conducta.
4. La fría-premeditada. La racionalidad instrumental bloquea nuestras inhibiciones y la violencia se convierte en un medio para conseguir objetivos y metas.

Gil-Verona y colaboradores (2002) refieren que son conscientes de que los actos de violencia y agresión son muy variados y su tipología puede establecerse siguiendo varios criterios clasificatorios, ellos presentan esta clasificación, más general, con el objetivo de intentar desentrañar las bases psico-biológicas de la agresión en el ser humano, existiendo otras clasificaciones: (a) según los modos de la agresión: violencia directa-violencia indirecta: Si se tiene en cuenta el modo de producirse la agresión

puede hablarse de violencia estructural o indirecta y violencia directa o personal. En la violencia directa (personal) los actos destructivos son realizados por personas o colectivos concretos y se dirigen también a personas o grupos igualmente definidos. En la violencia indirecta o estructural no hay actores concretos de la agresión; en este caso la destrucción brota de la propia organización del grupo social sin que tenga que haber necesariamente un ejecutor concreto de la misma. (b) según sus actores: si en vez de atender a la forma de producirse la violencia, nos fijamos en los actores de la agresión y en los sujetos de la sufren entonces encontramos los siguientes actos violentos:

1. De un individuo contra sí mismo (suicidio).
2. De un individuo contra otro individuo (crimen pasional).
3. De un individuo contra un grupo (delitos contra la sociedad).
4. De un grupo contra un individuo (la pena de muerte).
5. De un grupo contra otro grupo (la guerra, el terrorismo).

Finalmente se menciona una tercera modalidad (c) según otros criterios donde Gil-Verona et al. (2002) mencionan que aparte de los dos criterios clasificatorios precedentes existen otros que permiten matizar y completar la tipología de la violencia. Así, frente a la violencia espontánea de un individuo o de una masa, está la violencia organizada de las guerras. Por último, teniendo en cuenta el «mecanismo» desencadenante puede hablarse de una violencia normal y una violencia patológica, esta última puede ser provocada por alteraciones psíquicas primarias o por modificaciones anormales del funcionamiento cerebral.

La multiplicidad de clasificaciones de conductas similares, crea al menos tres problemas. En primer lugar, estas clasificaciones se intercambian, a pesar de que muchas diferencias sutiles han surgido con el tiempo. En segundo lugar, los términos pueden dar lugar a confusión. Por ejemplo todos los modelos de agresión son instrumentales en el sentido de que todos tienen una meta. La agresión afectiva tiene el objetivo de repeler, por lo que en un sentido es instrumental. Tercero, el implicar interconexión entre las tipologías (e.g. instrumental y predatora) complica la explícita etiología de los términos. La agresividad instrumental en gran medida ha sido definida por los modelos del aprendizaje social e ignora las bien establecidas bases de la conducta agresiva (McEllistrem, 2004).

Modelos Teóricos Causales

La escuela innatista, representada centralmente por los trabajos del etólogo Konrad Lorenz (1966), apoyada en los ensayos de Anthony Storr (1968, 1991) y que hunde sus raíces en las presunciones psicoanalíticas de Sigmund Freud y en una interpretación, interesada, de las ideas evolutivas de Charles Darwin. La otra escuela, que podríamos etiquetar de interaccionista, arranca con las investigaciones del equipo del psicólogo de la universidad de Yale, John Dollard (1939), reinterpretadas por el también psicólogo estadounidense Leonard Erkowitz (1962), encontrando también una expresión psicoanalítica en Erich Fromm (1973), psiquiátrica en el británico Ashley Montagu (1976) y definitivamente psicológica en cuanto a su carácter aprendido en Albert Bandura (1976) (Clemente y Vidal, 2000).

Teorías Innatistas

La escuela innatista planteaba, esencialmente, un modelo hidráulico de la agresividad. El thanatos freudiano proponía una agresividad auto-destructiva y pre-programada que el sujeto proyectaría hacia el exterior como desviación de un instinto de muerte dirigido hacia el yo. Lorenz primero y Storr después proponen una agresividad instintiva que se acumula hidráulicamente en nuestro interior hasta un punto de saturación, de tensión acumulativa, a partir del cual debe extroyectarse. La explicación de que todos los seres humanos, que son naturalmente agresivos según esta propuesta, no se vayan comportando de manera agresiva en su cotidianeidad se sitúa en la socialización, en la adquisición por aprendizaje de determinadas pautas de conducta que favorecen la convivencia, la inter-personalidad y que controlan y canalizan, a través de secuencias alternativas de conducta, la agresividad instintiva que de ese modo queda sublimada (Clemente y Vidal, 2000).

Teoría Psicoanalítica. En un primer momento, los psicoanalistas, con Freud (1917) al frente, consideraban la agresión como una respuesta primaria a la conducta de huida o de búsqueda de placer. Más adelante, cambiaron esta idea primitiva, para argumentar que la agresión es la proyección hacia fuera de los instintos de muerte, haciendo de la agresión un impulso innato y no una consecuencia de la frustración de intenciones placenteras. La agresión es pues, instintiva y la destructividad asociada con ella no puede eliminarse, considerando incluso que de ser posible eliminarla sería perjudicial para el individuo, ya que si no expulsada agresiva esa energía será utilizada para la autodestrucción (Clemente, 2003).

Teoría Etológica. La etología es el estudio de los instintos y pautas de acción comunes a todos los miembros de una especie en su hábitat natural. Para los etólogos, fundamentalmente para Lorenz (1966) y Eibl-Eibesfeldt (1975), la agresión también es instintiva. En su compilación Clemente (2003) comenta que el modelo propuesto por esta corriente se basa en la estimulación de un sistema que genera su propia fuente de energía, prescindiendo de la estimulación externa que el organismo recibe. Aceptan también el modelo hidráulico para explicar la agresión humana. Significa esto que el impulso de agresión se va acumulando y se libera cuando hay un estímulo adecuado para ello. En el caso en que este impulso se haya acumulado hasta un nivel máximo y no encuentra el sujeto el estímulo apropiado para su liberación, atacará a un estímulo inadecuado (Clemente y Vidal, 2000).

Parece ser para estos autores, el problema de los humanos ante esta agresividad (que en las especies inferiores es necesaria) es que a pesar de haber desarrollado un impulso innato de agresividad, no han desarrollado los mecanismos inhibidores innatos que podrían evitar la destrucción de la especie. Así, los animales, ante la falta de espacio o de recursos naturales necesarios para su supervivencia desarrollarán modelos de conducta agresivos destinados a eliminar sólo a aquellos sujetos más débiles de su especie y tener de esta forma asegurada la continuación una vez que se han restablecido las condiciones normales de su hábitat. No sucede, por el contrario, esto con el hombre, quien a través de conductas agresivas como las guerras, sería capaz de extinguir su propia especie, ya que no lucha por la supervivencia, sino por el poder (Clemente y Vidal, 2000).

Según las conclusiones de Clemente y Vidal (2000), la etología, al igual que el psicoanálisis, mantiene una posición poco optimista sobre la modificación de la conducta agresiva.

Teoría Clásica del Dolor. La misma plantea que el miedo al dolor está clásicamente condicionado, produciendo normalmente una conducta en extremo agresiva. Así, cuando hablamos de que el dolor está clásicamente condicionado y que produce una conducta agresiva, el fin es hacer mínimo el dolor experimentado, actuando hacia el atacante de manera más agresiva. Para desviar cualquier dolor posterior producido por el atacante, estamos preparados para enfrentarnos a él, o en otras ocasiones, para atacarle con el fin de evitar cualquier insatisfacción posterior. Estos autores también dicen que los hombres pueden ser más sensibles al dolor que las mujeres, por tanto se podría hipotetizar que los hombres serán más agresivos que las mujeres, y éstas menos agresivas que los hombres (Clemente, 2003).

Finalmente Clemente (2003) concluye que actualmente este tipo de teorías no constituyen el enfoque teórico más importante debido fundamentalmente a que los instintos tienden a explicarlo todo, pero predicen muy poco y sin embargo, uno de los objetivos fundamentales de la ciencia es la predicción.

Teorías Reactivas o del Aprendizaje

Teoría del Aprendizaje Social. Hasta llegar a las aportaciones de Bandura, las teorías del aprendizaje se reducían al condicionamiento clásico y al condicionamiento operante, sin embargo, este autor señaló que no es necesario experimentar directamente el premio o castigo para que se dé el

aprendizaje, ya que puede darse un aprendizaje vicario o por imitación (Clemente, 2003).

En cuanto al aprendizaje imitativo de la agresión se acepta la explicación de la identificación con el agresor, por la que se presume que la persona pasa de ser objeto de agresión a ser agente de ella al adoptar los atributos de un modelo amenazante agresivo, con el fin de reducir el miedo al ataque. No obstante, en el caso en el que la conducta del agresor no aporte poder ni control sobre recursos importantes o provoque un castigo real, no habrá identificación con el agresor, siendo así el miedo a un agente de castigo, un factor irrelevante (más que instigador), en el proceso de identificación (Clemente, 2003).

En la teoría del aprendizaje social se distingue entre adquisición de conductas con potenciales destructivo y lesivo y los factores que determinan si una persona ejecutará o no lo que ha aprendido, siendo esta distinción muy importante ya que no todo lo que se aprende se realiza. Al predecir la ocurrencia de la agresión debiera atenderse más a las condiciones que predisponen que a los individuos predispuestos (Clemente, 2003).

Esta teoría indica que los protagonistas de la violencia social no suelen ser enfermos mentales (por norma general), sino personalidades antisociales desarrolladas en medio del abuso infantil, problemas económicos, castigo físico sistemático o ruptura familiar, siendo de este modo la familia la incubadora principal de la violencia. Pero, en una sociedad moderna, no sólo la familia tiene la culpa de todo y podemos considerar tres fuentes principales de conducta agresiva: las influencias

familiares (como ya hemos mencionado), las influencias subculturales y el modelado simbólico (Clemente, 2003).

Neo-Asociacionismo Cognitivo. Berkowitz (1969) citado en Clemente (2003), con posterioridad y desde su teoría del Neo-Asociacionismo Cognitivo, propondría que no es directamente el sentimiento de frustración lo que dispara inexorablemente la violencia, sino todo afecto negativo que sea consecuencia de la exposición del sujeto a estimulación aversiva.

Orientación Interaccionista

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

Clemente (2003) en su extensa revisión menciona que primeros modelos adscritos a esta corriente de pensamiento e Investigación sobre la violencia fueron fundamentalmente mecánicos, centrados en el par frustración-agresión. Dollard et al. fueron los iniciadores de un planteamiento, que todavía está anclado en algunas visiones populares de la violencia, según el cual la agresión se desencadenaría como consecuencia del sentimiento de frustración generado a partir de la interrupción de una secuencia de conducta dirigida a la consecución de una meta. En este caso, tal como menciona Clemente (2003) "la razón por la cual todas las frustraciones no se traducirían en una agresión abierta es la

inhibición debido a la anticipación de un castigo por parte del agresor potencial" (p.6).

Mackal citado en el trabajo de Mezquita (2005), de manera integradora, señaló cinco teorías sobre el origen de la agresión humana: la teoría clásica del dolor, hipótesis de frustración-agresión, sociología de la agresión, la agresión como catarsis y la etología de la agresión, a la par que proponía una teoría bioquímica de la agresión.

Por otro lado, los intentos inaugurales de conceptualizar la violencia, según los autores Gómez-Jarabo, Alcázar y Rubio (1999), nos dejan ante la más central de todas las características idiosincrásicas de esta conducta: su naturaleza aprendida, su carácter adquirido. Los tradicionales aportes de la escuela innatista han servido para señalar que existe una determinada base biológica que configura una especie de predisposición instintiva de respuesta que tiene naturaleza agresiva. Los interaccionistas nos sitúan ese sustrato biológico en el marco del aprendizaje, pero no atinan a explicarnos cuál es la ecuación más apropiada para entender el peso de cada influencia, de la biológica con respecto a la ambiental. Desde España, Enrique Echeburúa nos ofrece una versión que trata de Conciliar los dos componentes, el biológico y el adquirido, de la violencia, sin llegar todavía a proponer su raigambre ineludiblemente social (Mezquita, 2005).

Estudios Cerebrales Incipientes

Investigaciones en Animales

Las investigaciones iniciales de la agresividad se enfocaban en modelos animales (Bard, 1928; Bard & Rioch, 1937; Cannon y Britton, 1925). Estos proveyeron una categorización de una conducta observable

(Bard, 1928), evidencia de correlatos anatómicos (Bard y Rioch, 1937), y evidencia de correlatos de neurotransmisores derivados de la agresividad (Cannon y Britton, 1925). La premisa ha sido que utilizar modelos animales para explorar y entender los mecanismos ambientales y biológicos que subyacen a la conducta agresiva puede proveer un marco para el entendimiento de los orígenes de la agresión en los humanos (McEllistrem, 2004).

A través de los experimentos de estimulación y ablación en un gran número de especies, los investigadores han rastreado las vías neuronales a través de las cuales el hipotálamo influencia otras áreas del cerebro involucradas en la producción de rabia y conducta de ataque (Anderson & McCann, 1955; Fonberg, 1967; Hess & Brugger, 1943; Hunsperger, 1956; Nakao, 1958; Roberts, Steinberg, & Means, 1967; Wasman & Flynn, 1962; Wyrwicka & Doty, 1966). La técnica básica utilizada en estos análisis involucró la estimulación de varios aspectos del cerebro de un animal, típicamente de un gato, así como la suscitación de varias formas de ataque en ratas anestesiadas (McEllistrem, 2004).

Los experimentos iniciales se enfocaban específicamente en el rol del hipotálamo en la conducta agresiva (Hunsperger, 1956; Sheard & Flynn, 1967; Wyrwicka & Doty, 1966). Tales experimentos típicamente consistían en la estimulación química del hipotálamo de un gato ubicado en un ambiente libre de estímulos (Hess & Brugger, 1943; Hunsperger, 1956; Masserman, 1941, 1943; Nakao, 1958). Aunque el rol del hipotálamo no fue clarificado completamente a través de estos estudios iniciales, los resultados

llevaron a la clasificación de su conducta agresiva (Bard, 1928; Masserman, 1941, 1943 citados en McEllistrem, 2004).

Tal como nos presenta McEllistrem (2004) al citar autores como Reitan & Wolfson (1992), históricamente el eje hipotalámico-cerebro medio-límbico ha sido el foco del entendimiento de los tipos de ataques en los gatos. Al pasar el tiempo, mucho se ha aprendido sobre las regiones involucradas en la violencia predatoria y afectiva. El hipotálamo es considerado como el centro autonómico principal al que concierne las emociones elementales y las funciones involuntarias. El hipotálamo también juega un rol importante en las conductas orientadas a metas, tales como alimentarse, beber, aparearse y la agresividad. Esta estructura, contenida dentro del sistema límbico, se ubica de manera ventral al tálamo y forma el piso y parte de las paredes inferiores laterales del tercer ventrículo. Recibe input de varias estructuras del sistema límbico y de la formación reticular, así como de otros núcleos del tallo cerebral.

Pinel (1993) definió el sistema límbico es una colección de estructuras telencefálicas y diencefálicas interconectadas de las cuales se estima que se involucran en la regulación de conductas motivadas, incluyendo la huida, la pelea y conducta sexual. Determinó que existen varias estructuras subcorticales cerebrales, de las cuales la gran mayoría se considera parte del sistema límbico o de sistema motor de los ganglios basales, localizada en la unión entre el cerebro anterior y el tallo cerebral, incluyen la formación hipocámpica, amígdala, área septal, giro del cíngulo y corteza pre-frontal. Específicamente debajo del cerebro anterior y contenido en el cerebro medio se encuentra la materia gris periacueductal, la cual

parece ser el punto focal de la integración y organización del ataque predatorio y el ataque afectivo (Pinel, 1993). La ubicación de estas respuestas en la región gris central está relativamente cerca, sin embargo son independientes entre ellas (McEllistrem, 2004).

El término *ataque afectivo* actualmente se comprende que acompaña conductas que pueden asociarse con actitud de alerta, dilatación de las pupilas, todo esto dentro de la parte inicial. A medida que el estímulo incrementa, la pilo-erección de la parte media se vuelve prominente y el pelo de la cola se esponja. La respiración se vuelve pesada y audible. Es posible que empiece a silbar y gruñir y típicamente sacará las garras. El animal arqueará la espalda para verse más grande y amenazador. A medida que el gato se acerque a su presa, típicamente una rata, se volverá vigilante de cualquier movimiento el cual motivará un ataque inmediato (McEllistrem, 2004).

El ataque afectivo puede ser suscitado en una gran extensión de hipotálamo medio, empezando con la región pre óptica y extendiéndose hacia atrás a través del hipotálamo posterior hasta el aspecto dorsal de la materia gris periacueductal del cerebro medio. (Bandler et al., 1984, 1985; Berntson, 1973; Brutus et al., 1986; Flynn et al., 1970; Mirsky & Siegel, 1994 citados en McEllistrem, 2004; Mattson, 2003).

La segunda forma de ataque de mordidas quietas, *ataque predatorio* o de Acoso (Wasman y Flynn, 1962) representa una instancia predatora dirigido hacia una presa. Así como el ataque afectivo inicia con la dilatación pupilar y conducta de alerta. Sin embargo, la mayoría de signos simpáticos están ausentes. De manera contraria los gatos suelen estar inusualmente

tranquilos y bajan su perfil para evitar ser detectados, La aprehensión vista en el ataque afectivo se transforma en un abordaje directo a la rata. En vez de usar sus garras, ejecuta un ataque con su boca a la cabeza o el cuello de la rata y es más letal (McEllistrem, 2004; Mattson, 2003).

Las regiones que modulan el ataque predatorio incluyen estructuras del periacueducto gris del cerebro medio, el locus cerúleo, substancia innominata, cama del núcleo de la terminal del estriado y el núcleo central de la amígdala (Bandler et al., 1984, 1985; Berntson, 1973; Brutus et al., 1986; Flynn et al., 1970; Mirsky & Siegel, 1994 citados en McEllistrem, 2004; Mattson 2003).

Los dos modelos de comportamiento agresivo estudiados en los gatos comparten estructuras límbicas, incluyendo el hipocampo central y dorsal, área septal, amígdala, porciones de la corteza pre-frontal y el giro del cíngulo (Berntson, 1973; Bandler, McCulloch, & Dreher, 1984, 1985; Brutus, Shaikh, Edinger, & Siegel, 1986; Brutus, Shaikh, Edinger, Siegel, & Siegel, 1984; Chi & Flynn, 1971; Edwards y Flynn, 1972; Flynn et al., 1970; Mirsky & Siegel, 1994; Proshansky, Bandler, & Flynn, 1974). Ambos modelos de agresividad se han ubicado directamente a sitios de gran proximidad en la materia gris periacueductal (Bandler et al., 1984, 1985; Brutus et al., 1984, 1986; Berntson, 1973; Chi & Flynn, 1971; Edwards & Flynn, 1972; Flynn et al., 1970; Mirsky & Siegel, 1994; Proshansky et al., 1974 citados en McEllistrem, 2004; Mattson 2003).

Tal como se puede constatar y según las conclusiones de la revisión realizada por Niehoff (1998), los estudios iniciales de la agresión animal enfatizaban el individuo. Los encuentros agresivos eran vistos como

respuestas personales de un impulso innato designado para maximizar las ganancias y evadir el dolor: al defender el hogar, lidiar con la frustración o liberar vapor instintivamente. Gradualmente, los etólogos sin embargo, han llegado a reconocer que las conductas sociales, incluyendo la agresión, son más que reacciones programadas a desencadenantes externos o internos. Para las especies solitarias (e.g. el ratón), la agresión es una respuesta al problema de mantener a los demás alejados, pero para las especies sociales, tales como los primates (incluyendo los humanos), la agresión es una solución a los retos que conlleva vivir en grupo. Para estas especies, la agresión es una herramienta que los miembros de los grupos pueden utilizar para definir relaciones sociales complejas, una prueba conductual que periódicamente pone a prueba la relación entre unos y otros y ajusta el tenor de futuros encuentros, un mecanismo que paradójicamente promueve la cohesión mas que la dispersión.

Como resultado de este nuevo reconocimiento, de que la conducta agresiva es una calle de dos vías, los investigadores de la conducta de hoy estresan la importancia de estudiar la agresión desde una perspectiva social que incluye a la víctima y al agresor así como los observadores y los participantes (Niehoff, 1998).

Una etología emergente que vio la conducta agresiva únicamente bajo los términos territoriales y de dominancia de jerarquías rígidas, también vio la agresividad como medio de asegurar la supervivencia sin derramamiento de sangre. El resultado fue una creencia generalizada de que la agresión animal, al contrario de la agresión humana, es primordialmente una fanfarronada. Los animales que se involucraban en un

show instintivo y estereotipado de braveza, no resultaba más en plumas desarregladas que en heridas fatales, mientras que como se menciona en los estudios de de Waal, nosotros no éramos la única especie que asesinaba miembros de su propia especie (Niehoff, 1998).

Los ejemplos de asesinato y guerra documentados por Goodall, así como por de Waal y White han forzado a los investigadores del comportamiento a reconocer el potencial letal de la agresividad animal. Sin embargo el asesinato no es el único hallazgo sorprendente de de los primatólogos observadores. El ataque, aparentemente, es solo la mitad de la ecuación agresiva. Después de que la rabia ha disminuido los chimpancés y otros primates no se retiran a esquinas separadas; buscan activamente enmendar la brecha. Las cachetadas pasan a ser palmadas gentiles y los gritos se convierten en sonidos de contrición (Niehoff, 1998).

Las reconciliaciones de este tipo son el fundamento de la investigación actual de de Waal sobre la conectividad social. Al enmendar las discordias de manera consistente, los monos y simios desafían la contención de los etólogos iniciales de que el único resultado de la agresividad es la dispersión. En vez de esto la secuencia de reconciliación enfatiza la importancia de la pertenencia; de poner a prueba, no cortar las relaciones cruciales. Los conflictos de intereses, desde el punto de vista de Waal podrían ser una parte inevitable de la convivencia grupal, ya que las reconciliaciones proveen una manera de prevenir que estos desacuerdos destruyan los grupos (Niehoff, 1998).

Los animales, específicamente los primates, y los humanos son más parecidos de lo que nos gustaría aceptar; ejemplos de asesinatos, guerra y

traición en las comunidades de primates demuestran que los humanos nos son los únicos en familiarizados con el lado oscuro. Sin embargo las expresiones de empatía y reconciliación podría ser el preludio animal de la moralidad. Tanto para animales como para humanos, la agresión puede salirse de control, pero al simpatía puede trascender todas las expectativas (Niehoff, 1998).

En su libro, Niehoff (1998) hace alusión al trabajo de investigación de Jane Goodall quien refiere que nos solo los humanos, sino que los primates son capaces del asesinato en serie. Goodall, describe a un chimpancé llamada Pasión quien secuestró, mató y al menos comió tres infantes nacidos de otros miembros de su grupo, intentó secuestrar dos más y fue implicada en la desaparición de otros. De hecho durante los años del frenesí asesino de Pasión (1974-1976), sólo un infante nacido en la comunidad al norte de Gombe sobrevivió. Quizás lo peor de todo, es que Pasión reclutó y entrenó a su propia hija Pom, para que siguiera sus pasos asesinos, asegurando que la amenaza del asesinato y el canibalismo hiciera sombra al grupo aun cuando ella ya no estuviera.

Investigaciones en Humanos.

Los estudios animales no pueden ser replicados en sujetos humanos debido a limitaciones legales y éticas. Es por esto que los investigadores se han volcado a los procesos patológicos, traumatismo craneoencefálico y enfermedad mental para estudiar los efectos del daño a las estructuras cerebrales humanas. Antes de que se publicaran los reportes del rol del hipotálamo en los felinos, los estudios de casos en humanos apuntaban hacia posibles vínculos entre las estructuras subcorticales en el cerebro y la

agresividad. Papez (1937) propuso que el sistema límbico servía como una función en la expresión emocional. Después de que los hallazgos fueron publicados, los reportes de lesión en el sistema límbico y que resultaban en síntomas psiquiátricos comenzaron a resurgir. Los estudios de agresividad y su relación con el sistema límbico típicamente involucra procesos patológicos tales como la rabia (Viets, 1926), tumores (Apers, 1937; Malamud, 1967; Reeves y Pum, 1969), y quistes (Leslie, 1940 citado en Gottesman y Maxwell, 1999; McEllistrem, 2004).

Los intentos de aplicar los modelos animales a la conducta agresiva de los humanos pueden estar minados de problemas metodológicos. En primer lugar la agresividad afectiva y predatora vista en los felinos es adaptativa mientras que gran parte de los estudios den la agresividad animal se enfoca en la agresividad patológica que es desadaptada y está restringida a un subgrupo de población humana. En segundo lugar, las estructuras neuroanatómicas y las funciones son mucho más complejas en el cerebro humano. En consecuencia, al considerar los modelos animales, debemos tener en cuenta el rol de estructuras adicionales, particularmente la presencia de la neo-corteza pre-frontal, el cual modula la expresión y supresión de la conducta agresiva (McEllistrem, 2004).

Al examinar los estudios que se enfocan en los efectos del daño al hipotálamo en humanos, no podemos simplemente concluir que la conducta resultante es consecuencia del daño. Los cambios en la conducta vistos después de la ablación o daño a un área podría no deberse a la pérdida de una estructura neural específica, sino que podría deberse a la alteración en

el funcionamiento de una región distante del cerebro que ya no recibe la acostumbrada inervación de la región dañada (McEllistrem, 2004)

En el estudio de Gloor, Olivier y Quesney, 1981 citados por LeDoux (1996), se aclara que "La estimulación de la amígdala se ha aplicado en humanos. Como parte de la valoración EEG de convulsiones en ciertos pacientes, se han insertado electrodos profundos a través de trépanos en el cráneo hacia posiciones profundas en los lóbulos temporales. Entonces se puede estimular en localizaciones específicas a lo largo del trayecto de los electrodos. Esto puede provocar convulsiones como las que sufre el paciente, las cuales pueden ser registradas con precisión con los mismos electrodos. Con esta técnica se ha reportado que la estimulación de la amígdala está asociada con sentimientos de ansiedad, aprehensión y miedo" (p.296).

Existen reportes de que la amigdalotomía bilateral es un procedimiento efectivo para reducir la agresión en algunos pacientes (Mark y Ervin, 1970; Mark, Sweet y Ervin, 1972). Aunque este procedimiento ha sido sugerido sólo para personas que manifiestan violencia extrema y crónica que es intratable por otros medios, las implicaciones éticas de un procedimiento que destruye de modo irreversible estos centros cerebrales importantes son preocupantes (Raine, 2002; Moya-Albiol, 2004).

Narabayashi, Nagao, Saito, Yoshida, y Nagahata (1963) investigaron el valor de la amigdalotomía en tres grupos de pacientes. Inicialmente, los investigadores estudiaron pacientes con epilepsia del lóbulo temporal que evidenciaron trastornos conductuales marcados, incluyendo hiperexcitabilidad, conducta de asalto y agresividad violenta. 85% de la muestra

mostró una marcada mejoría luego de una amigdalotomía estereotáxica, medida por una marcada reducción en la excitabilidad y normalización de la conducta social y la adaptación. Estudios sub-secuentes, en su mayoría han apoyado los hallazgos de el estudio de Narabayashi et al. (Hitchcock & Cairns, 1973; Memple, 1971). No todos los estudios de amigdalotomía, sin embargo encontraron reducciones en la conducta agresiva (Kim & Umbach, 1973; Nadornick & Sramka, 1973 citados en McEllistrem, 2004).

Mayanagi, Sekino, Ogashiwa, and Ishyima (1970) reportaron que el 27% de su población de 44 pacientes con lesiones producidas quirúrgicamente en el hipotálamo posterior mostraron una “excelente” mejora evaluada por reducciones en la conducta inquieta, agresiva y violenta. 28 pacientes continuaron mostrando irritabilidad ocasional, indicando “buena” respuesta al tratamiento (McEllistrem, 2004).

Raine, (2002) enfatiza a pesar de que se ha presentado evidencia de la importancia de la amígdala en la emoción, se considerará una teoría de la emoción más global, el sistema límbico. Lo que proporcionará, una oportunidad para entrar en contacto con algunas otras estructuras involucradas en la emoción.

La investigación sobre el rol de los neurotransmisores en la agresividad animal ha motivado a los investigadores a explorar posibles vínculos con la neurofisiología humana. Esto ha llevado, no sólo al entendimiento del rol de los sistemas de neurotransmisores en la regulación de la agresividad humana, sino que así mismo ha contribuido a sugerencias prácticas para la intervención farmacológica. Extrapolar las funciones de los neurotransmisores en animales a aquellas de los neurotransmisores

humanos debe hacerse con mucha cautela. Manipular un neuroquímico en un sistema complejo, observando los cambios conductuales obvia los posibles efectos en el sistema de manera global. La información obtenida de la investigación en animales ha llevado a exitosos tratamientos de pacientes agresivos a través del uso de beta-bloqueadores, serotonina y anti-convulsivantes (McEllistrem, 2004).

Modelos Teóricos Explicativos Actuales

Las nociones sobre violencia y psicopatía no pueden ser entendidas únicamente o inclusive fundamentalmente, en términos de influencias sociales y ambientales. Así mismo los factores biológicos tampoco ofrecen una explicación exclusiva (Raine, 1993).

Ya en el 1999, Gottesman y Maxwell indicaban que las variables biológicas claves en el tema de la violencia incluían la predisposición genética, hormonas, sub-excitación fisiológica, disfunción cerebral, y neurotransmisores. Sin embargo explicaban que estas funciones están interrelacionadas, en algunas ocasiones de manera compleja y que la interacción entre los factores biológicos y sociales era de crítica importancia para el entendimiento de la violencia.

Raine (2002) más adelante reinterpreta este supuesto cuando plantea que la experiencia de abuso físico y psicológico en la infancia, los desórdenes psiquiátricos con una actitud paranoide y de suspicacia, y la presencia de disfunción y/o daño cerebral, eran factores causales importantes en la generación y desarrollo de la violencia; y que cada una de estas variables incrementa la probabilidad de producir individuo violento,

pero cuando los tres factores se combinan en un solo individuo, la posibilidad de una personalidad violenta se vuelve muy alta.

Modelos Psicosociales

Factores Ambientales. Influyen ciertas condiciones ambientales que, de presentarse en los primeros años de vida, pueden resultar en una personalidad hostil y paranoide, tendiente a la violencia. La principal es la relación del bebé con la figura materna: cuando las madres son frías y distantes y no logran establecer vínculos afectivos sólidos, los hijos suelen crecer con resentimiento y hostilidad social, luego recrudecidos en la adolescencia y a veces convertidos en deseos de venganza. Igualmente condicionante puede ser haber sufrido durante la infancia abuso sexual, maltrato físico, indiferencia o abandono de los padres. Sin embargo, no todos los individuos con las condiciones anteriores se convierten en asesinos o son violentos (Montero, 2007).

Vaquero (2009) sintetiza el modelo bioecológico adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del 2002, donde se enfoca el fenómeno de la violencia desde el modelo ecológico de interpretación y desde el campo de la salud pública, que considera que son dos recursos valiosos para la respuesta a la violencia, con el objetivo de prevenirla y disminuir sus efectos. En este informe, la OMS parte de las siguientes ideas:

(a) La violencia tiene causas múltiples. (b) Hay factores de riesgo y de protección según el tipo determinado de violencia. Sin embargo, es más común que los diversos tipos de violencia compartan varios factores. (c) Por factores de riesgo se entiende todos aquellos elementos y características

que aumentan la probabilidad de la violencia, por factores protectores, los que nos resguardan de ella (Vaquero, 2009).

El modelo ecológico es un intento de situar los diferentes niveles que influyen en la violencia y relacionarlos entre sí. Así, la violencia es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales.

Vaquero (2009) continúa ampliando este modelo que se basa en la teoría psicológica del desarrollo elaborada por Urie Bronfenbrenner, y es una reelaboración de ésta en relación a la violencia. Posteriormente, este modelo de desarrollo incluyó los aspectos biológicos, y pasó a denominarse modelo bioecológico. En la visión de la OMS, los niveles múltiples que influyen en el comportamiento violento son:

1. El nivel individual. Con él se hace referencia a características del individuo que aumentan las probabilidades de ser víctimas o perpetradores de actos de violencia. Se incluyen factores biológicos y psicológicos. Como ejemplo, podemos hacer referencia a la impulsividad, a problemas genéticos, a disfunciones químicas, a trastornos psicológicos –de conducta o personalidad–, a antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltratos.
2. El nivel de relaciones cercanas. Modo en el que las relaciones sociales cercanas –los amigos, la pareja, los miembros de la familia, el grupo de iguales– aumentan el riesgo de convertirse en víctima o perpetradores de actos de violencia.

3. El nivel de la comunidad. Los contextos de la comunidad en la que se inscribe las relaciones sociales —escuela, lugar de trabajo, vecindario.
4. El nivel social/cultural. Aquí incluimos diversos factores que crean un clima de aceptación social de la violencia, los que reducen las inhibiciones contra ésta, los que crean y mantienen la brecha entre distintos segmentos de la sociedad, o que generan tensiones entre diferentes grupos y países.

A modo de conclusión Vaquero (2009) indica que tener en cuenta que el problema de la violencia es multifacético nos lleva a afrontar los diversos tipos de prevención enfocados en cada nivel, ya que cada uno representa un grado de riesgo, y en la relación e influencia entre ellos.

Biológicos

Sustrato Neuroanatómico y Químico. La neuroanatomía ha decepcionado a aquellas personas que esperan por una respuesta fácil al problema de la violencia humana. La neuroanatomía nos dice que tenemos que pensar en términos de circuitos, no de centros y la neuroquímica nos enseña que tenemos que aprender a pensar en términos de conversaciones, no de mandatos (Niehoff, 1998).

Las investigaciones publicadas hasta la fecha no encuentran ningún gen o mecanismo cerebral específico que, en cerebros normales como la mayoría de los hombres que agreden a mujeres, sea el agente causal de la violencia. Es cierto que existe un circuito biológico que conforma la base neuro-anatómica y funcional de la violencia en el cerebro, exactamente igual que para todas las conductas humanas. No existe conducta humana que no

tenga uno o varios mapas cerebrales. La cuestión es, si esos mapas cerebrales son ajenos a nuestra voluntad o planificación. En el caso de la violencia, la participación de la voluntad y del conocimiento de la realidad son dimensiones que están presentes en los individuos normales que la ejercen (Montero, 2007).

En el material editado por Mattson (2003), se incluye una revisión realizado por Gregg donde concluye que la conducta de rabia defensiva estudiada en gatos, la cual es una intensa respuesta instintiva para la amenaza inescapable, ocurre tanto en animales como en humanos. Esta rabia defensiva ocurre cuando el periacueducto gris del cerebro medio (PGA) rostral y dorsal se activa y aun puede surgir cuando todas las estructuras rostrales de el PGA han sido eliminadas. Los componentes autonómicos y motores de la rabia defensiva son generados por las áreas a la que la PGA se proyecta a otras áreas del cerebro. Así mismo, aunque en ocasiones las influencias corticales y límbicas son directas, usualmente son canalizadas a través del hipotálamo.

Por otro lado la activación del hipotálamo medial o de la parte media de la amígdala facilita la rabia defensiva. La activación del núcleo central de la amígdala, núcleo acumbens, hipotálamo lateral o la corteza pre-frontal inhibe la rabia defensiva. La activación de los cuerpos celulares del núcleo septal probablemente incrementa la agresividad pero la evidencia no es concluyente. El núcleo de las terminales del estriado (BNST) también está involucrado en la conducta iracunda (Mattson, 2003).

Según Raine (2003) el cerebro humano está conectado con revisores y equilibradores naturales que controlan las emociones negativas, pero

ciertas desconexiones en estos sistemas reguladores parecen aumentar notablemente el riesgo de comportamiento violento impulsivo. En sus estudios se analizaron los datos de las imágenes cerebrales de personas violentas o predispuestas a la violencia. Los mismos se centraron en personas diagnosticadas con alteración agresiva de la personalidad, así como en personas que sufrieron lesiones cerebrales en su infancia y en asesinos declarados. Los investigadores encontraron una serie de vías neurológicas comunes en la incapacidad cerebral para regular adecuadamente las emociones, entre los más de 500 sujetos estudiados.

Las investigaciones indagaron en varias regiones interconectadas de la corteza pre-frontal del cerebro, áreas que forman parte de los mecanismos esenciales de control para las emociones negativas. Una de las conclusiones centrales a la que llegó este experimento de la neurobiología de las emociones tiene que ver con la interrelación entre varias regiones distintas del cerebro, en concreto: de la corteza frontal orbital, la corteza anterior cingular y la amígdala. La corteza frontal orbital desempeña una función crucial en el freno de las manifestaciones impulsivas, mientras que la corteza anterior cingular recluta a otras regiones del cerebro en la respuesta frente al conflicto (Ostrosky-Solís, 2007).

Estas áreas inhiben los impulsos que se generan en áreas del sistema límbico, específicamente el hipotálamo y la amígdala, que es donde surge el miedo y la agresión. Cuando existe una desconexión entre estos sistemas primitivos y las áreas orbito-frontales, la persona puede presentar severas dificultades para moderar sus reacciones emocionales. Las regiones orbito-frontales están involucradas en la toma de decisiones y en el

desarrollo de la conducta moral y alteraciones en estas áreas pueden explicar la falta de empatía y arrepentimiento que caracteriza a los psicópatas tanto criminales como los de cuello blanco, quienes son capaces de planear y cometer actos que manipulan y que dañan a los demás sin ningún remordimiento (Ostrosky-Solís, 2007).

Tobeña (2000) comenta sobre la importancia del estudio del grupo de Antonio Damasio, en la Clínica Universitaria de Iowa City. En este se estudiaron las variaciones de actividad neural durante la autoinducción de cuatro estados emotivos diferentes (tristeza, alegría, miedo y rabia). Mientras experimentaban la vivencia auto inducida, se tomaron imágenes de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el objetivo de detectar cambios regionales o globales de la actividad neural que mostraran especificidad para cada uno de los estados emotivos rememorados. Los resultados PET revelaron unos patrones de activación neural peculiar para cada una de aquellas emociones en diferentes territorios del encéfalo. Para la rabia, se detectaron activaciones específicas en las áreas dorsales del mesencéfalo y la protuberancia del tallo encefálico (región donde está situada la sustancia gris periacueductal), así como en algunas zonas del hipotálamo, la región más anterior de la circunvolución cingulada y la corteza insular. Y había, asimismo, una desactivación específica de la corteza órbito-frontal. Por otra parte, y al unísono con el resto de emociones, se observaron desactivaciones de otras áreas de la neo-corteza cerebral durante las vivencias rememoradas (Tobeña, 2000).

Finalmente Tobeña (2000) sintetiza la utilidad estos resultados al enumerarlos de la siguiente manera:

1. Confirma los mapas de la neuroanatomía agresiva que habían quedado establecidos mediante la experimentación invasiva en mamíferos.
2. Da fuerza a las observaciones de los etólogos que a lo largo de décadas de estudios minuciosos habían detectado regularidades sistemáticas en las expresiones gestuales y posturales de la agresividad en humanos, así como correspondencias notorias con las de otros primates.
3. Corroborar los datos obtenidos en pacientes neurológicos sobre regiones cerebrales particularmente susceptibles de estar relacionadas con la expresión de la agresividad.
4. Confirma la noción de que hay maquinaria neural, en el cerebro humano normativo, al servicio de la puesta en marcha de unas reacciones ofensivas y defensivas que tienen una orquestación compleja aunque discernible.

La circuitería detallada que conecta el disparo de los sistemas defensivos y ofensivos del cerebro con la expresión abierta de la agresividad o la hostilidad (gestos faciales y corporales, descargas verbales, cambios humorales, etc.), está todavía por perfilar de manera precisa. Las rutas nerviosas entre esas regiones que acabamos de señalar y los efectores que hacen posible la conducta agresiva observable directamente no están descritas con suficiente detalle, aunque la experimentación para objetivarlos ya está en marcha (Tobeña, 2000).

Sin embargo, Niehoff (1998) previene de las posibles dificultades que entrañan estos estudios al comentar que más de uno de aproximadamente la docena de estudios publicados hasta la fecha pueden ser criticados como "frenología digital, vistazos de "los bultos internos en vez de los bultos

externos" (p.106). Continúa indicando que ninguno ha identificado el "locus de la violencia" tan buscado por los neurocirujanos. Mas, concluye que al mirar de cerca a algunos de estos estudios, podemos observar como los investigadores empiezan a trazar la sombra física de las conexiones neurales sugeridas por las historias de casos.

Para aquellos capaces de reconocer el potencial de estas imágenes para mapear los circuitos funcionales que hacen el cerebro humano, estas técnicas ofrecen el poder de transformar la neuroanatomía humana para siempre (Niehoff, 1998).

Tobeña (2000) se va más lejos al plantear, desde otro punto de vista al implicar que hay un coste, en esa aventura indagadora: habrá que irse acostumbrando a la idea de sustituir el diván tradicional del psiquiatra por el del neuro-radiólogo con el sujeto tumbado en el imponente equipo de PET o de Resonancia Magnética Funcional mientras va rememorando memorias traumáticas o felices. Y hay también un previsible post-efecto para los forenses: los informes del futuro más o menos próximos, para los casos criminales que requieran unas valoraciones precisas, quizás incorporen medidas sofisticadas del funcionamiento de algunas regiones neurales críticas ante determinadas tareas.

En las revisiones realizadas por McEllistrem (2004), Mattson (2003) y Gil-Verona et al., (2002) se comenta acerca del rol de los neurotransmisores en la agresividad animal y humana. Entre ellos una gran cantidad de evidencia sugiere que los sistemas GABAérgicos y serotoninérgicos funcionan con inhibidores de la agresividad afectiva y predatora, mientras que los sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos facilitan la agresividad afectiva.

(Eichelman, 1987, 1988). Los estudios en animales revelaron que los sistemas GABAérgicos pueden inhibir la agresividad y que la activación del sistema de receptores de benzodiacepinas puede facilitar la funcionalidad del sistema GABA (Costa et al., 1976; Gottesman y Maxwell, 1999). El uso de benzodiacepinas en humanos ha demostrado ser efectivo para reducir la conducta agresiva (Boyle & Tobin, 1961; Lion, 1979; Monroe, 1975).

Esta clase de drogas, prescrita por sus efectos tranquilizantes, ansiolíticos, sedativos y relajante muscular, ha demostrado resultados prometedores en pacientes ambulatorios hostiles (Lion, 1979), pacientes agresivos psicóticos (Boyle & Tobin, 1961), y pacientes con descontrol episódico (Brown, Ballenger, Minichiello, & Goodwin, 1979; Brown, Goodwin, Ballenger, Goyer, & Major, 1979 citados en Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

Las investigaciones sobre el rol de los sistemas serotoninérgicos en humanos han producido evidencia sobre su influencia en la conducta agresiva. (Brown, Ballenger, et al., 1979; Brown, Goodwin, et al., 1979). En general, cuando la serotonina esta elevada en el sistema, se han observado reducciones en la agresividad. A pesar de que algunos estudios no han podido replicar estos hallazgos (Volavka et al., 1990; Whitehead & Clark, 1970); la mayoría de los datos apoyan el hallazgo de que los niveles bajos en la actividad serotoninérgica correlacionan con altas tasas de agresividad a lo largo de la vida. Estos hallazgos se han replicado en poblaciones de agresores impulsivos, adultos y niños (Brown, Ballenger, et al., 1979; Brown, Goodwin, et al., 1979; Kruesi et al., 1990; Linnoila et al., 1983 citados en Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004)

Se cree que el litio impone su efecto a través del sistema serotoninérgico al incrementar el consumo de triptofano, un precursor de la serotonina en el cerebro y subsecuentemente incrementando la síntesis y liberación de la serotonina. Se ha utilizado en un gran número de estudios de agresividad. Un estudio de internos en prisiones encontró que el litio, encontrado en la sal natural, disminuye los episodios agresivos (Sheard, 1975; Sheard, Marini, Bridges, & Wagner, 1976 citados en Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

El litio produce efectos similares en pacientes con retardo mental (Sheard et al., 1976) y en aquellos con TDA y trastorno de conducta (Siassi, 1982). Morand, Young, and Ervin (1983) se encontró que el triptofano atenuaba los episodios agresivos en una población de pacientes esquizofrénicos con pobre control de los impulsos. Las drogas serotoninérgicas son prometedoras en el tratamiento de la conducta agresiva (Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

De manera similar a la investigación en animales, la investigación en los sistemas noradrenérgicos en humanos ha mostrado incremento en la agresión afectiva cuando la norepinefrina está elevada y reducción cuando esta disminuida. Las drogas que incrementan los niveles de norepinefrina (e.g. antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa) se han comprobado que exacerban la conducta agresiva en una población de pacientes con depresión agitada (Rampling, 1978). De manera contraria, las drogas que reducen los niveles de norepinefrina han demostrado inhibir la agresividad (Eichelman, 1986 citado en Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

La investigación es mixta en relación a los efectos de la dopamina en la agresividad humana. Los agonistas de la dopamina, tales como el haloperidol, se han utilizado desde hace largo tiempo para tratar la conducta agresiva en pacientes psicóticos. También han mostrado reducción en las peleas entre pacientes psiquiátricos (Morand et al., 1983), pacientes con demencia (Sugarman, Williams, & Adlerstein, 1964), y en individuos con trastorno límite de la personalidad (Brinkley, Beitman, & Friedel, 1979). Aunque algunos estudios nos han demostrado mejoría con los antagonistas de la dopamina (Yudofsky, Stevens, Silver, & Barsa, 1984), la mayor parte de la data muestra disminución de la agresividad seguido de la disminución en los niveles de dopamina (Mattson, 2003; Gil-Verona, 2002; McEllistrem, 2004).

Sin embargo, acerca del papel de los neuroquímicos en tema de la agresividad, Tobeña (2000) aclara que la serotonina, por sí sola, no nos sirve para explicar por ejemplo la violencia machista hacia la mujer. Otro neuroquímico más esencialmente masculino, como la testosterona, tampoco parece servirnos como aglutinante de argumentos que nos proporcionen una "razón biológica a la que asirnos en aras a explicar la violencia machista hacia la mujer" (p.358).

La biología debe incluir un reconocimiento de la historia, tiempo y entorno. Cuando el estudio de los mecanismos neuroquímico se expande para incluir una aproximación al revés de las maneras en que el comportamiento puede alterar los sistemas de neurotransmisores, así como el impacto de las variaciones químicas en el comportamiento, podremos

conseguir un entendimiento realista y balanceado de la relación entre neuroquímica y agresión (Niehoff, 1998).

Sistema Neuroendocrino. El trabajo de Haller y Kruk concluye que en el presente, existe evidencia sustancial que sugiere que el malfuncionamiento de los sistemas de respuesta de stress neuroendocrino esta dentro de las causas subyacentes de las formas anormales de agresividad (Feldmann, 2001; Gerra et al., 2001; Russo-Neurstad et al., 1998). La deficiencia de monoaminoxidasa y el hipofuncionamiento de glucocorticoides son buenos ejemplos de esta relación. Es necesario realizar estudios para determinar la frecuencia de tal disfunción neuroendocrina en la población humana, su correlación con la agresividad en general y con formas anormales de la agresividad en particular, los procesos neurales que conectan esta disfunción neuroendocrina a los mecanismos cerebrales que controlan la agresividad y las posibilidades de interacción entre la disfunción neuroendocrina o sus efectos adversos sobre la conducta agresiva (Gottesman y Maxwell, 1999; Mattson, 2003).

Dutton y Golant citados en Echeburúa (1998), indican que el hombre muestra una mayor tendencia a desarrollar conductas violentas por influencias hormonales, como también ocurre en los machos de otras especies animales.

Cerezo (2000) menciona en su trabajo que algunos estudios aseguran que las personas violentas tienen más cantidad de testosterona en la sangre que las no-violentas, tomando como ejemplo los experimentos conducidos por el Profesor Aluja Fabregat (1991) y su equipo de la Universidad Autónoma de Barcelona, quienes midieron los niveles de

testosterona en una primera muestra de 123 varones distribuidos en un grupo de 93 delincuentes presos y 30 sujetos no delincuentes. Los resultados de este estudio mostraron una medida superior de testosterona en la sangre en relación a los no-delincuentes.

Aun así las conclusiones de su estudio tienden a no establecer una relación causal entre testosterona y conducta agresiva humana. En su opinión no está claro que exista un nivel estable de alto de testosterona que predisponga a algunos individuos a la agresión, porque tal vez son situaciones específicas tales como la provocación, amenaza, la frustración y la depravación que inducen al organismo a una mayor secreción de forma diferencial de este andrógeno (Cerezo, 2000).

Por su parte Tobeña (2000), enfatiza las hormonas sexuales, las cuales, tienen una importancia capital en la modulación agresiva aunque para ello deban llegar al cerebro desde el lugar de producción y que ejercen acciones variadas en el propio tejido neural, en los músculos y en otros lugares del cuerpo. Junto a las hormonas sexuales, los corticoides, la serotonina, la vasopresina, los opioides, la dopamina, la insulina y otros neuro-moduladores tienen acciones complejas en la regulación de las salidas agresivas, de tal manera que unos favorecen su expresión franca, frecuente e intensa mientras que otros actúan como frenos o atenuadores.

Se ha podido comprobar por ejemplo, que los individuos que presentan accesos frecuentes y particularmente dañinos de violencia que les han conducido al encarcelamiento con la clasificación de delincuentes peligrosos, suelen tener un perfil caracterizado por índices anormalmente altos de testosterona y bajos de serotonina y cortisol (Tobeña, 2000).

Aspectos Genéticos. García-Pablos, Wilson y Herrnstein citados en Cerezo, (2000) así como Gottesman y Maxwell (1999) identificaron la existencia de determinados estudios que han comprobado el papel que juega la genética en la agresividad humana. Recientemente el desarrollo de la investigación genética ha permitido analizar la presencia de malformaciones cromosómicas en delincuentes violentos. Algunos investigadores hablan de un cromosoma adicional Y, que da lugar a la trisomía XYY que sólo posee un pequeño porcentaje de la población masculina (García-Pablós, Garrido et al, Wilson y Herrnstein; Vold y Bernard; Delgado y Rodriguez citados en Cerezo, 2000). Determinados estudios empíricos han demostrado que este excedente cromosómico juega un papel relevante en el comportamiento agresivo. Así, entre la población delincuente reclusa dicha alteración se da en una proporción que oscila desde 1/35 hasta 1/100; mientras que la distribución en la población normal es de 1/550 (Jacobs et al.; García-Pablós citados en Cerezo, 2000).

Sin embargo, el estado actual de las investigaciones genéticas no permiten aventurar un juicio definitivo sobre el impacto real de determinadas anomalías cromosómicas en el comportamiento violento del hombre, principalmente porque no ha sido posible determinar la relación directa entre este cariotipo y la conducta violenta (García-Pablós citado en Cerezo, 2000).

Una de las mejores formas de conocer la influencia de la genética en el comportamiento agresivo, independizándola de factores ambientales, es comprobar su exteriorización en los hijos adoptados. De tal forma que se puede hipotetizar que si la agresividad se trasmite por genética, estos deberían parecerse más a sus padres biológicos que a sus padres

adoptivos. Walters (1992) se encargó de revisar diferentes estudios que se habían llevado a cabo sobre este tema y concluyó que existe una mayor concordancia delictiva entre los hijos y sus padres biológicos que al contrario (Cerezo, 2000).

El estudio más conocido sobre hijos adoptados es el que llevo a cabo Mednick (1988) en Dinamarca. En su longitudinal estudio analizó 14, 427 niños que habían sido adoptados en aquel país desde 1924 a 1947. El mismo concluyó que el comportamiento criminal es más probable que tenga lugar entre hijos adoptados con padres biológicos que tienen antecedentes penales que entre aquellos que no tienen padres adoptivos delincuentes (Cerezo, 2000).

Tobeña (2000) en su trabajo comenta que además de este sugerente y notabilísimo conjunto de datos sobre la heredabilidad de la proclividad delictiva, hay un dato que en 1994 acaparó la atención mundial. Era la primera vez que podía establecerse una conexión directa entre una anomalía genética y un trastorno agresivo en humanos.

Los resultados corresponden a una familia holandesa que disparó las alarmas de un equipo de médicos del Hospital Universitario de Nimega porque diversas mujeres que habían sido atendidas por malos tratos, en un corto intervalo de tiempo, resultó que estaban emparentadas políticamente. La anamnesis cruzada reveló que diversos varones de ese clan familiar habían protagonizado un porcentaje inhabitual de altercados violentos, detenciones por asaltos, episodios incendiarios, violaciones y exhibicionismo, además de los brotes de violencia doméstica que en diversas ocasiones habían alcanzado grados muy severos (Tobeña, 2000).

El rastreo de alguna posible anomalía genética en los varones a los que se pudo localizar, por estar en prisión o bajo vigilancia, dio como resultado la detección de una mutación puntual en el gen codificador de la Monoaminoxidasa A (MAO-A) (Tobeña, 2000).

En este caso concreto, la anomalía generaba unas alteraciones que se manifestaban en el ámbito de la conducta social y de la inteligencia - todos los varones afectados presentaban unos QI que rondaban los límites de la normalidad. Este hallazgo de la genética clínica fue corroborado en ratones, poco tiempo después, hallando que los mutantes que no poseen el gen para la MAO-A se distinguen por una conducta singularmente feroz e impulsiva en diversos test de interacción social en el laboratorio (Tobeña, 2000).

Tobeña (2002) comenta que a menudo también se detectan, índices bajos de actividad MAO en individuos con afición a los deportes de riesgo extremo o a las experiencias u ocupaciones particularmente peligrosas lo cuales suelen presentar, además, puntajes típicamente altos en las escalas o cuestionarios de agresividad.

Agresividad como Trastorno Secundario

Trastornos Psiquiátricos. Las excepciones acogen las malas interpretaciones sobre la potencial violencia del enfermo mental. Un estudio reciente mencionado en un artículo de MacLaughlin citado en Niehoff (1998), de la Escuela de Comunicación de Annenberg en la Universidad de Pensilvania, por ejemplo descubrió que el asesino “psicótico” en un frenesí asesino representa un tema común en la programación televisiva; de hecho el 70% de los personajes enfermos mentales en la televisión son

presentados como violentos. Este estereotipo maniaco-violento se traduce en discriminación y desconfianza, a pesar del hecho de que menos del 20 por ciento de la población de enfermos mentales comete hechos violentos (Niehoff, 1998).

A pesar de que numerosos estudios han investigado el vínculo entre los trastornos psiquiátricos y la agresividad, la asociación continua siendo controversial, según indican Kohn y Asnis citados en Mattson (2003). El estereotipo prevaleciente durante los años 80 y 90 era que los pacientes con trastornos psiquiátricos tenían más probabilidad de ser agresivos, a pesar de que la evidencia científica concluía lo contrario. Como resultado de estudios y revisiones recientes, ahora es aceptado por la comunidad científica que los individuos con trastornos psiquiátricos son más propensos a participar de conductas agresivas que aquellos que no padecen de un trastorno psiquiátrico (Otto, 1992) con la salvedad de que la mayoría de los pacientes con trastornos psiquiátricos no son agresivos (Barlow et al., 2000), y que la agresividad no es común a todos los diagnósticos (Mattson, 2003).

En la revisión compilada por Mattson (2003), Kohn y Asnis indican que la violencia ocurre con mayor frecuencia en pacientes que abusan de las drogas o alcohol (Lindquist y Allebeck, 1990), aquellos que no se comprometen con el tratamiento (Tardiff et al., 1997), tienen historia de conductas violentas (Klassen y O'Connor, 1990), comorbilidad con trastornos de personalidad (Caton et al., 1994), y/o psicopatía comórbida (Nolan et al., 1999). Aunque los resultados son variados, las variables socio-demográficas no parecen estar asociadas con la agresividad en pacientes

psiquiátricos, con la excepción del status socioeconómico bajo y la juventud (Craig, 1982; Fulwiler et al., 1997; Link et al., 1992; Awett y Mills, 1997).

Entre los trastornos asociados con altas tasas de comorbilidad con la agresividad, estudiados en la revisión de Kohn y Asnis editada en Mattson (2003), se puede observar la esquizofrenia (Sheridan et al., 1990; Brennan et al., 2000; Tam et al., 1996; Steinert et al., 1999), trastorno depresivo mayor (Bjork et al., 1997; Feldau-Kohn et al., 1998; Kazdin et al., 1983), trastorno bipolar (Swann et al., 1993; Barlow et al., 2000; Spencer et al., 2001), trastorno de stress post-traumático (Davidson et al., 1991; Kessler et al., 1995; Beckham et al., 1997; Begic y Jokic-Begic, 2001; Kulka et al., 1990), trastorno obsesivo compulsivo (Hollander, 1999), trastorno de conducta (Day et al., 1998), demencia (Lykestos et al., 1999; Ryden, 1988; Gormley et al., 1998) y trastorno límite de la personalidad (Dougherty et al., 1999; Eronen et al., 1996; Soloff et al., 2000).

Finalmente Kohn y Asnis citados en Mattson (2003) concluyen que, con la finalidad de entender mejor el vínculo entre los trastornos psiquiátricos y la agresividad, es necesario realizar más investigaciones sobre los correlatos y los factores de riesgo.

En cuanto al tema de la Violencia Basada en Género (VBG) la depresión o la ansiedad no te hacen focalizar la agresividad hacia una mujer en particular. Los estudios sobre agresores de mujeres muestran una incidencia de depresión y ansiedad por encima de la media poblacional (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997),

Pues bien, si un individuo desarrollara comportamiento violento bajo el diagnóstico de una de estas categorías psicopatológicas, habría que

estudiar en qué medida su construcción de la realidad está relacionada con la violencia y de qué forma su enfermedad afecta a esa construcción de la realidad o al control sobre su conducta. Esta evaluación es absolutamente necesaria porque si bien puede teorizarse una afectación en principio de las capacidades individuales mencionadas, no está nada claro que ese deterioro producto de una paranoia, un delirio o un pico maniaco conduzca necesariamente a la violencia y, dentro de la violencia, a agredir concretamente a una mujer en particular. Lo que sí parece cierto es que, en pacientes psicóticos que además ejercen conducta violenta, las agresiones están directamente ligadas a sintomatología asociada a su diagnóstico, principalmente de tipo alucinatorio o delirante (Taylor, 1985; Juginger, 1996; Wessely, 1997; Niehoff, 1998; Juginger, Parks-Levy y McGuire, 1998). También que determinados síntomas psicóticos, como padecer un delirio de persecución, incrementan la probabilidad de que desencadenar violencia en el sujeto.

Por otra parte, existe controversia sobre los trastornos de control de los impulsos y la relación que pudieran tener con la conducta de los agresores de mujeres (Soria y Sáiz, 2005). La mayoría de los estudios con agresores encuentran indicadores de falta de control de impulsos en al menos la mitad de los sujetos observados. Estos hallazgos no se corresponden con el cumplimiento de los criterios diagnósticos que se suman para configurar una psicopatología, sino con la presencia de patrones de conducta descontrolada (Montero, 2007).

TCE, Trastornos Degenerativos y Envejecimiento. Luego de sufrir un traumatismo craneoencefálico, infarto cerebral, muchos pacientes exhiben

agresividad así como pacientes con trastornos neurodegenerativos crónicos, incluyendo aquellos con Demencia de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson o Enfermedad de Huntington. De Marchi et al., citados en Mattson (2003) reportan que la agresividad resulta de daño a los circuitos neuronales involucrados en la cognición y la emoción, incluyendo el hipocampo, amígdala y otras regiones cerebrales relacionadas. Los sistemas de neurotransmisores afectados incluyen aquellos que emplean neurotransmisores tales como el glutamato, serotonina, dopamina, GABA y acetilcolina.

Gacitúa y Fernández (1999) complementan esta postura al explicar que el daño cerebral, sobre todo a nivel frontal, manifiesta cierta sintomatología que es fácilmente asociable a los jóvenes por sus conductas más temerarias e irresponsables frente a los riesgos y las normas, por eso se han realizado diversos estudios en poblaciones de jóvenes que tienen algún historial delictivo.

Gacitúa y Fernández (1999) reseñaron el estudio de Sarapata, Hermann y Aycock con población transgresora y no transgresora, el cual fue un intento por comparar ambos grupos en cuanto presencia de daño cerebral. Los resultados confirmaron que en el grupo de personas transgresoras se observa una mayor presencia de daño cerebral (50%) que en el que no lo eran (15%). Los transgresores con daño también mostraron mayores dificultades cognitivas, mayor emocionalidad y mayor agresividad que los que no presentaron daño. En otro estudio realizado por estos autores se pretendía determinar si era la impulsividad la productora del daño cerebral o era el daño el productor de la impulsividad, para lo que eligieron

23 de 42 jóvenes transgresores de un programa judicial y les aplicaron un cuestionario creado para conocer la edad en que se había producido el daño en la cabeza y la edad de su contacto inicial con la ley. Los resultados arrojaron que 15 de 23 tenían daño cerebral y en 12 de ellos (de 15) el daño era previo a su primer contacto con la ley (Gacitúa y Fernández, 1999).

Estas autoras concluyen que estos estudios presentan algunas limitaciones que es necesario considerar antes de la generalización de sus resultados, por una parte, está la subjetividad de la evaluación de la presencia de daño cerebral, su severidad y secuelas. Por otra parte, para intentar determinar que es causa o consecuencia, daño cerebral o impulsividad, no basta definir cronológicamente que sucedió primero, pues hay otros factores que pueden estar interfiriendo (situación escolar, funcionamiento socio-cognitivo previo, apego a las normas, severidad y localización del daño, entre otros) y que, al parecer, no fueron considerados. Además es imposible considerar la impulsividad, en forma aislada, como causa necesaria y suficiente para la comisión de delitos.

Consumo de Alcohol y Drogas. El alcohol tiene efectos que la gente encuentra positivos y deseables. De hecho, es la droga de elección número uno en muchas sociedades (Heather, 2001). Sin embargo, el alcohol también tiene efectos que son vistos como negativos o indeseables por los individuos y sociedades en general. Uno de estos efectos se refiere al rol que juega el alcohol en la conducta agresiva. Por ejemplo, en los Estados Unidos, 30-40% de los crímenes violentos cometidos entre los años 1993-1998 involucraron a agresores que habían consumido alcohol previamente al cometer el crimen (Greenfield y Henneberg, 2000). Más aun, existe

evidencia convergente que encuentra que el consumo de alcohol contribuye a la agresión y el crimen violento de manera causal. Los análisis de tiempo seriado han encontrado que el consumo de alcohol y los crímenes violentos tienden a covariar en el tiempo (Cook y Moore, 1993; Norström, 1998), y el meta-análisis de la investigación experimental en alcohol y agresión sugiere un incremento general en las agresiones después de consumir alcohol, en especial para los hombres (Bushman, 1997; Bushman y Cooper, 1990) (Graham citada en Mattson, 2003).

A pesar de la fuerte conexión existente entre el alcohol y la agresión, está claro que el alcohol no es necesario ni suficiente como para causar una agresión; ya que las agresiones ocurren sin la presencia del alcohol y el consumo de alcohol se da sin causar agresiones. Particularmente, cuando el consumo del alcohol lleva a la agresión sucede como la combinación del efecto del alcohol, las características de bebedor y las limitaciones ambientales, y presiones relativas a las agresiones, incluyendo factores culturales tales como los patrones de consumo (Rossow, 2001; ver también Room y Rossow, 2000) y las normas que tienen que ver con la conducta apropiada para el consumo (MacAndrew y Edgerton, 1969) (Graham citada en Mattson, 2003).

No solamente el alcohol está asociado a un aumento en la conducta agresiva, existe evidencia que sugiere que los efectos del consumo de alcohol contribuyen al agravamiento del conflicto e incrementa el riesgo de daño cuando ocurre la agresión. El maltrato doméstico es menor entre los consumidores de droga (del 13 al 30%) que entre los consumidores de alcohol (del 50 al 70%) (Rodríguez, 2003).

Martin y Bachman (1997) analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Crimen y Victimización en los EEUU y encontraron que los conflictos que los hombres tiene con extraños tenían más posibilidades de escalar de amenazas a la violencia física si el agresor estaba consumiendo alcohol; de manera similar los ataques a mujeres por parte de un compañero íntimo tenían más posibilidades de resultar en que la mujer resultara herida si el compañero hubiese estado consumiendo. Otro indicador del rol potencial del alcohol en la escalada de violencia es el hallazgo de que los perpetradores masculinos que asesinaron a su compañera íntima femenina era más probable que hubiesen consumido alcohol y/o drogas en comparación con perpetradores que habían abusado de sus esposas pero que no las habían asesinado (Sharp et al., 2001). Existe evidencia de que el uso de alcohol por parte de un perpetrador predice completar una violación vs. haber intentado una violación (Brecklin y Ullman, 2002) (Graham citada en Mattson, 2003).

Entre los aspectos necesarios para estudiar este tema Graham citada en Mattson, (2003) propone los efectos farmacológicos del consumo de Alcohol. Estos son muchos y variados, incluyendo efectos paradójicos, tales como la excitación junto con la sedación (Grupp, 1980) y labilidad emocional (Plinell y Capell, 1974), así como respuesta emocional reducida (Strizke, 1995). Aparentemente la conexión entre agresión y consumo del alcohol está relacionada con distintos efectos farmacológicos del alcohol más que uno de sus efectos (Giancola, 2000; Graham et al, 1997; Miczeck et al, 1997; Pernanen, 1976; Pihl et al, 1993; Yudko et al, 1997).

Entre las situaciones de agresividad de las cuales existe evidencia empírica de su relación con el alcohol tenemos (a) Incremento en la toma de riesgos (Zeichner y Phil, 1979; Fromme et al, 1997; Graham y Wells en prensa; Parker 1993; Pihl y Peterson, 1993). (b) Enfoque en el presente y aumento en la labilidad emocional; (c) disfunción cognitiva que lleva a la falta de empatía resultando en pobre resolución de problemas. El alcohol limita las habilidades cognitivas asociadas con los lóbulos frontales y temporales del cerebro, incluyendo planificación, fluidez verbal y memoria (Peterson et al, 1990; Sayette et al., 1993; Zeichner y Pihl, 1980; Permanen, 1976; Pihl y Ross, 1987). (d) Incremento de las Preocupaciones con el Poder tal como indicaron en su estudio McLelland et. al., (1972) (Graham citada en Mattson, 2003).

Dentro de las características personales del bebedor asociadas a incremento de riesgo de agresión Graham citado en Mattson (2003) inicia las siguientes:

1. Género. Existe vasta literatura que demuestra que los varones tienen más probabilidad de cometer crímenes violentos (Chilton y Jarvis, 1990^a; 1999b; Daly y Wilson, 1998; Kellerman y Mercy, 1992) y en general tienen más probabilidades de incurrir en agresiones físicas en las hembras (Eagley y Steffen, 1986). También se ha encontrado entre varios países que los hombres consumen más alcohol que las mujeres (Wilsnack et al., 2000).
2. Edad. Los adultos jóvenes tiene más probabilidad de incurrir en agresión y crímenes violentos en general (Beck et al., 1993; Wells et al., 2000), y

la agresión relacionada con el alcohol en particular involucra comúnmente a adultos jóvenes (Dawson, 1997; Rosow, 1996).

3. Abuso de Alcohol y Alcoholismo. Existe vasta literatura que vincula el consumo pesado de alcohol con la agresión (Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002; Harford y Muthen, 2000; White et al, 1993). De manera similar la personalidad antisocial o agresiva se ha asociado con mayores probabilidades de inicio temprano de alcoholismo en hombres (Ver Jaffe et al., 1988; Moeller y Dougherty, 2001; Virkkunen y Linnoila, 1997) y con mayores probabilidades de volverse agresivos después de consumir alcohol (Moeller y Dougherty, 2001).

Como parte de los factores ambientales que moderan la relación entre alcohol y agresión, Graham citada en Mattson (2003) incluyen incluyen: (a) provocación, amenaza y otros desencadenantes; (b) estándar y expectativas del comportamiento; (c) recompensa y castigo de la agresión y no agresión; (d) el rol de terceros y (e) las características de las personas presentes en la ocasión del consumo.

Neuropsicología y Agresión

El neurocientífico de la Universidad de Columbus Eric Kandel, plantea que el principio central de la neurociencia moderna es que toda conducta es un reflejo de la función neuronal. Sin embargo se observa en numerosas ocasiones que ha sido excluida la neurociencia del debate público de la violencia. Niehoff (1998) indica que una fuente controversia es viejo conflicto entre ciencias de la conducta y la ideología que fomenta la errada concepción tanto de los motivos como del carácter de las ciencias biológicas. Otra respuesta está en la concepción popular de que el progreso

es un continuum, de descubrimiento sobre descubrimiento hasta llegar a la respuesta perfecta: el motor de vapor, la computadora personal, la cura del cáncer. Cuando en realidad procede "encajando y desencajando, vagando hasta callejones sin salida, pasando por alto lo obvio, soñando despierta, y cayendo en trampas ocultas" (p.27).

Hallazgos Disfuncionales

Varios Investigadores han identificado disfunción neuropsicológica en individuos agresivos (Barrat et al., 1997; Spellacy, 1977). Sin embargo, pocos autores relacionan estas deficiencias específicamente a la agresión de tipo impulsiva (Colby, 2008).

Colby (2008), en su trabajo para la tesis doctoral sobre los impedimentos verbales y de la memoria de trabajo en jóvenes agresivos de tipo impulsivo, realiza una revisión que identifica las funciones neurocognitivas relacionadas con la agresividad, tal como se presenta a continuación:

Función Ejecutiva. El funcionamiento ejecutivo está involucrado en la regulación de conductas orientadas a metas las cuales incluyen, control atencional, concentración, planificación estratégica, aprendizaje de reglas de contingencia, formación de conceptos, generación de hipótesis, organización, auto monitoreo social, control inhibitorio, habilidades motoras, cambio en respuesta a las demandas ambientales, anticipación de eventos, ordenación temporal, aprendizaje asociativo, resolución de problemas, flexibilidad abstracta, y flexibilidad cognitiva (Fuster, 1997; Giancola y Tarter, 1999; Moffit y Henry, 1989; Seguin, Pihl, Harden, Tremblay y Boulerice, 1995 citados en Colby, 2008).

Juntas, estas funciones permiten la implementación de conductas apropiadas para una situación dada (Ishikawa, Raine, Lecz, Bihrlé y Lacasse, 2001). Estas habilidades operan con la memoria de trabajo y requieren de un monitoreo activo (Geurts, Verte, Oosterlaan, Roeyers, y Sergeant, 2004; Seguin et al., 1995 citados en Colby, 2008).

Las funciones ejecutivas están en gran medida, mas no exclusivamente, controladas por la corteza pre-frontal dorsolateral (Cornoldi, Barnieri, Gaiani y Zocchi, 2000; Ishikawa et al., 2001; Seguin et al., 2004), la cual, tal como se menciona previamente, está impedida en los agresores impulsivos (Colby, 2008).

En relación a la violencia, Colby (2008) encontró que un estudio de estudiantes universitarios divididos en agresores impulsivos y en controles no agresivos, Stanford et al. (1997) encontró en el mismo que los individuos agresores impulsivos ejecutaron pobremente en tests de funciones ejecutivas (Wisconsin Card Sorting Task y Trails B) al ser comparados con controles como resultado de un incremento en el número de errores impulsivos así como errores atencionales. De manera similar, Dolan et al (2002) encontró que la impulsividad y la agresión correlacionaban con una pobre función ejecutiva y que la agresión estaba inversamente relacionada con la función de memoria.

La función ejecutiva incluye la habilidad de interpretar lenguaje corporal, el significado social de las expresiones faciales, y aspectos rítmicos de la comunicación oral según algunos estudios (Giancola, 1995; Moffit, 1990), déficits en las funciones ejecutivas puede resultar en malas interpretaciones de amenaza u hostilidad en situaciones de conflicto. Esto

puede minimizar la habilidad de generar respuestas conductuales de adaptación social alternativa y para ejecutar la secuencia necesaria de respuestas para evitar situaciones agresivas o estresantes (Giancola, 1995). Por esto, la tendencia de individuos agresores impulsivos a sobrereactuar a la amenaza o percibir amenazas puede ser el resultado de una función ejecutiva impedida (Colby, 2008).

Habilidades Verbales. En adición a la disfunción ejecutiva, los déficits del lenguaje también han sido particularmente aparentes tanto en poblaciones impulsivas como agresivas, incluyendo al mismo tiempo bajo puntaje en el vocabulario, comprensión de la lectura y el lenguaje, lenguaje receptivo y expresivo, al completar y repetir oraciones, inteligencia verbal y memoria (Harmon-Jones, Barrat y Wig, 1997; Lewis, Shanok, Balla y Bard, 1980; Richman y Lindgren, 1981; Spellacy, 1977; Stanford y Barrat, 1996). Las habilidades verbales han sido evaluadas en poblaciones impulsivas y agresivas en todos los grupos de edades (Colby, 2008).

Tal como podemos observar en el trabajo de Colby (2008), unos de los autores que aportan a estos datos es Mungas (1998), quien encontró déficits del lenguaje así como visuo-perceptuales en pacientes ambulatorios impulsivos y frecuentemente violentos. Así mismo, al comparar reclusos agresivos impulsivos con reclusos no agresivos impulsivos y controles no reclusos, Barratt et al., (1997) encontró que los grupos agresivos impulsivos obtuvieron una puntuación más baja en todas las medidas de habilidades verbales (incluyendo subtests de semejanzas y vocabularios del WAIS, el CI verbal proyectado y la memoria verbal del WMS-R y del GORT). Al analizar los datos, concluyeron que las diferencias entre los grupos fueron un

función ejecutiva impedida, y no puramente a pobres habilidades verbales (Colby, 2008).

Memoria. En este caso, tal como se observa en la revisión de Colby (2008), los individuos impulsivos agresivos también presentaron memoria deficiente (Dolan et al., 2002). Mientras que la memoria general (aquellas funciones asociadas con el hipocampo y los lóbulos temporales mediales incluyendo memoria de corto y largo plazo) es distinta de la función ejecutiva, los déficits en la memoria general afectarán necesariamente la función ejecutiva (Seguin et al., 2004).

Otros Déficits. Más allá de los déficits en la función ejecutiva, las habilidades del lenguaje y la memoria, pueden verse déficits adicionales de agresores impulsivos, tales como las habilidades motoras finas y gruesas (Lewis et al., 1980; Stanford y Barrat, 1996) así como de la organización perceptual (Mungas, 1998 citado en Colby, 2008).

Neuropsicología Forense

La relación entre el daño cerebral y la conducta criminal tiene importancia en distintos ámbitos del desempeño profesional del Psicólogo. En el ámbito de la investigación, la relación entre daño o lesión cerebral y comportamientos delictivos o criminales, se ha estudiado desde dos perspectivas. La primera desde sujetos transgresores de la ley, en quienes se evalúa la existencia de daño cerebral y la segunda, desde individuos con lesiones cerebrales y el análisis de su posible historial delictivo. Otro ámbito importante es el clínico, donde el psicólogo forense actúa en dos niveles. Primero, valorando la capacidad de una persona que ha cometido un delito de ser juzgado; y segundo, en la reconstrucción del

“estado mental antes, durante y después del delito”. Esta labor la lleva a cabo con diversos instrumentos que evalúan el procesamiento cognitivo y el estado afectivo de la persona. Facilita así al juez, un diagnóstico clínico contribuyendo con conocimientos expertos, en una visión más completa del infractor (Gacitúa y Fernández, 1999).

El desarrollo de la neuropsicología como ciencia que se interesa por el estudio de las relaciones entre la conducta y el cerebro, prestando especial atención a las consecuencias que provocan las lesiones cerebrales sobre las funciones cognitivas y el comportamiento (Lezak, 1983; Portellano, 2005), ha contribuido enormemente a la descripción de los perfiles cognitivos y conductuales característicos de cada enfermedad neurológica y a la de su implicación en el funcionamiento psicosocial de quien la padece, de ahí su aplicación a nuevos ámbitos como el legal. En él, la Neuropsicología Forense, surge más específicamente para objetivar, ante la justicia, el déficit cognitivo o conductual que es secundario a la presencia de daño cerebral, pudiendo actuar así el neuropsicólogo como perito en causas judiciales en las que estén implicadas personas que presentan algún tipo de disfunción cerebral (Gacitúa y Fernández, 1999).

Ámbitos de Actuación. El desempeño del neuropsicólogo como perito puede darse en distintos tipos de procesos judiciales, por ejemplo: en Derecho Civil -en lo referente a la evaluación de incapacidades civiles por alteraciones emocionales y de la personalidad, deficiencia o retraso mental, enfermedades mentales, etc.-, en Derecho Laboral -evaluando las secuelas en el ámbito cognitivo, conductual y emocional de quienes hayan sufrido accidentes laborales y pudieran tener mermadas sus capacidades, temporal

o permanentemente, para continuar en el mismo puesto de trabajo antes del daño, etc.-, en Derecho Administrativo -se relaciona con accidentes de tráfico, conductores discapacitados, etc.- y en Derecho Penal -valorando la capacidad cognitiva y volitiva del acusado, el posible deterioro de las funciones cognitivas que afecten su implicación en la comisión de delitos o su capacidad para ser juzgado (Gacitúa y Fernández, 1999).

A medida que se reconoce la necesidad de interdisciplinariedad en esta materia y desde hace ya algunos años, cada vez es más frecuente recurrir a los psicólogos como expertos a la hora de valorar actos criminales. La función en estos casos, como indica Ávila Espada citado en Soria y Sáiz (2005), se centra en:

1. La evaluación de la existencia de determinados déficits básicos (del desarrollo; episódicos o crónicos: neurobiológicos y psicofisiológicos, intelectuales, de personalidad, motores.
2. La evaluación de procesos cognitivos y afectivos, con el objetivo de valorar la capacidad que el sujeto tiene de reconocer y comprender la significación de las propias acciones (consciencia), lo que supone la evaluación de todas las alteraciones del procesamiento cognitivo, determinadas por: alteraciones de la percepción, la atención, la memoria, del razonamiento, el pensamiento, lenguaje, trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.

Por otro lado Esparcia (2005) plantea que la Neuropsicología Forense no dispone de un objetivo específico, ya que comparte el interés por el daño cerebral y psíquico con la Neuropsicología Clínica y que básicamente utiliza los métodos propios de esta disciplina. A pesar de ello se produce un primer

punto de diferenciación entre ambas y se vislumbra un atisbo de especificidad de la neuropsicología forense, ya que para cumplir sus objetivos, ésta debe recurrir con más frecuencia y profusión que la primera, a elementos provenientes de otras metodologías como la psicología clínica y psiquiatría, la medicina legal, la psicometría, etc., dada la naturaleza generalmente compleja de los problemas a los que se enfrenta.

Puente citado en Esparcia (2005) indica que lo que se apunta en el momento actual es una cierta independización en función de la aplicación a los problemas propios del contexto forense (como la imputabilidad, el daño y la secuela o la pérdida funcional, etc.) y en consecuencia de la existencia de problemas específicos, no tan propios de la neuropsicología clínica.

Dadas las múltiples probabilidades de secuelas que pueden existir a causa de una lesión cerebral, en este ámbito será necesario centrar la atención en aquellas que más interés pudieran tener para la Neuropsicología Forense, como eximentes o atenuantes, en el ámbito penal y evaluar la existencia de trastornos cognitivos, conductuales y emocionales que pudieran relacionarse con lesiones cerebrales. Algunas posibles causas mencionadas por Gacitúa y Fernández, (1999) son: (a) Enfermedades cerebrovasculares, (b) Neoplasias Cerebrales, (c) Traumatismos craneoencefálicos, (d) Epilepsia, (e) Enfermedades Neurodegenerativas, (f) Esclerosis Múltiple y (g) Hidrocefalia. A nivel neurológico forense las causas de las lesiones cerebrales pueden no parecer demasiado relevantes, sin embargo, a la luz de síntomas que pudieran relacionarse con daño cerebral, es importante considerarlas para focalizar y mejorar la evaluación del

inculpado y así determinar si ésta pudo o no influir en la comisión del delito y si es o no eximente/atenuante de la responsabilidad criminal o imputabilidad (Gacitúa y Fernández, 1999).

Los neuropsicólogos participan en los juicios proporcionando datos neurocognitivos e inferencias sobre las relaciones cerebro-conducta en casos que implican litigio civil y con menos frecuencia, problemas criminales (Giuliano, Barth, Hawk y Ryan, 1997 citados en Fernández, 1999).

Fernández (1999) enumera los principales casos en los que se puede observar la aplicación de la Neuropsicología Forense de la siguiente manera:

1. Determinación de la incapacidad laboral: una de las áreas en las que más se valoran los informes periciales de los neuropsicólogos es en la determinación de la incapacidad laboral de trabajadores que han sufrido accidentes de tráfico o laborales.
2. Incapacitación legal: como aquellas enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas que impidan a una persona gobernarse por sí misma" (Alhacar López y Martín Granizo, 1991).
3. Determinación del daño cerebral leve: el síndrome postconmocional.
4. Simulación: se refiere a la detección aquellos casos que están simulando unos síntomas físicos y psicológicos falsos o exagerados, con la intención de conseguir alguna recompensa externa. La reacción de los neuropsicólogos fue la de encontrar pruebas fiables que pudieran demostrar la existencia o no de este fingimiento, así surgieron tests como el test de reconocimiento de dígitos de Portland "Portland Digit

Recognition Test" (Binder y Willis, 1991), el "Hiscock Forced Choice Procedure" (Guilmette, Hart y Giuliano, 1993), el test de los 15 ítems de Rey, el "Test of Memory Malinger" (Tombaugh, 1996) y el test "Dot Counting" (Lezak, 1995). También buscaron perfiles concretos en la realización de los tests neuropsicológicos (Bernard, Houston y Natoli, 1993; Bernard, McGrath y Houston, 1993, 1996; Millis, Putnam, Adams y Ricker, 1995; Mittenberg, Azrin, Millsaps y Heilbronner, 1993; Mittenberg, Rotholte, Russell y Heilbronner, 1996).

Algunos expertos tales como Guilmette y Giuliano (1991), Miller (1992), Muñoz, Gancedo, Cid y Ruano (1997), Nies y Sweet (1994) citados en Fernández (1999) han propuesto la existencia de algunos factores que nos pueden hacer sospechar de la presencia de una simulación: (a) Posibilidad de conseguir beneficios por el mantenimiento de las secuelas (e.g. indemnización económica, determinación de la incapacidad laboral, etc.), (b) Falta de coherencia entre el rendimiento del sujeto en los tests y el funcionamiento en su vida cotidiana; o entre las quejas de la persona y los hallazgos objetivos. (c) Incompatibilidad entre los resultados de las pruebas y el perfil de los síntomas propios de las lesiones neurológicas subyacentes. (d) Muy pobre rendimiento en tareas motoras y sensoriales y actuación normal en tareas que valoran capacidades cognitivas específicas como la memoria. (e) Poca colaboración o actitud evasiva del sujeto. (f) Inconsistencia entre las respuestas del sujeto, de tal forma que falla en tareas fáciles y contesta bien a preguntas que implican los mismos procesos cognitivos o que exploran las mismas habilidades.

En estos casos el neuropsicólogo deberá estar atento para demostrar esta posible simulación de las secuelas neuropsicológicas y plasmarlo en el informe pericial que emita (Fernández, 1999).

Sobre la Imputabilidad y Responsabilidad Penal. En psicología forense a veces no resulta fácil conocer las causas y/o motivos por los cuales un sujeto comete un delito. Por ello, se debe investigar la historia vital del acusado y las circunstancias de naturaleza ambiental en las que se ha desarrollado su vida para, de esa forma, poder determinar las causas que llevaron al acusado a delinquir y los mecanismos utilizados para realizar el hecho. Como consecuencia de ese conocimiento, podemos llegar a diferenciar una conducta delictiva en una personalidad psíquicamente normal, o con anormalidades psíquicas menores, de las conductas delictivas de los sujetos con profundas alteraciones o perturbaciones de personalidad. Ante un delito, primero se estudia al delincuente y luego el acto delictivo; cuando el delincuente no se encuentra, se estudia el delito y se infiere la personalidad del delincuente que lo pudo cometer (Soria y Sáiz, 2005).

La responsabilidad penal es un concepto legal y existe una distancia entre este y el supuesto concepto psicológico. Como científico, al perito psicólogo se le suele pedir que se pronuncie sobre la capacidad del acusado de discernir entre el bien y el mal, sin entrar en valores morales. En este sentido, el sistema legal posibilita una respuesta creando entidades ficticias, no recogidas en los manuales diagnósticos, para que sean utilizadas por los profesionales psicólogos, como por ejemplo el Trastorno Mental Transitorio o el Impulso Irresistible (Soria y Sáiz, 2005).

Aun cuando no es competencia del perito decidirse sobre la culpabilidad, inocencia o responsabilidad del detenido, es conveniente saber que por imputabilidad se entiende en la actualidad a la capacidad de comprender lo injusto del hecho o del comportamiento que se ha tenido, y la capacidad de dirigir la actuación conforme a dicha comprensión. El inimputable es aquella persona que no puede responder penalmente porque actúa o ha actuado sin libertad o sin conocimiento. Por tanto, Imputabilidad es el término que utiliza en Derecho como concepto de responsabilidad, refiriéndose con ello a que el perpetrador, a la hora de cometer un delito, tenía la intención de hacerlo, comprendía la naturaleza de su acción y lo hizo con toda libertad (Soria y Sáiz, 2005).

Con la finalidad de determinar la inimputabilidad se postula que debe existir una anomalía o alteración psíquica (base psicopatológica) que impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (efecto psicológico). Es decir, no es suficiente con que exista un trastorno mental, sino que este debe estar relacionado con el hecho que se ha cometido, lo que llamamos etiopatología del delito (Mezquita, 2005).

En resumen para modificar la condición de imputabilidad, que en principio se considera integra para cualquier persona, se impone que el sujeto en el momento de la comisión del acto padeciera un trastorno mental de entidad suficiente como para suprimir o disminuir la capacidad de comprensión (capacidades cognoscitivas) o la de adecuar dicha comprensión a las exigencias legales (facultades volitivas) (Mezquita, 2005).

La medicalización de la violencia por investigadores tales como Delgado, Mark y Ervin ofendieron a muchas personas ya que parecía

perpetuar las inequidades del movimiento eugénico. Para otras personas, sin embargo, el crecimiento de la psiquiatría biológica creó un monstruo diferente: el miedo de que la biología equivale a una exculpación por declaración de imputabilidad por enfermedad mental. La gran publicidad de casos tales como “la defensa Twinkie”, excusas de abuso, y la colaboración de abogados bien pagados y psiquiatras inescrupulosos impulsaron la errada concepción de que la biología es una excusa y no una explicación (Niehoff, 1998).

Sin embargo en su Manual de Psicología Forense, Mezquita (2005) explica las relaciones entre síndromes clínicos y responsabilidad penal de la siguiente manera:

1. Delirium: a nivel penal es bastante improbable que se dé la comisión de un delito bajo un delirium, ya que el estado de obnubilación de la conciencia que caracteriza este cuadro no suele ser compatible con la comisión de un delito (a no ser que sea por omisión o negligencia).
2. Demencias: Las demencias totalmente desarrolladas se encuentran incluidas dentro del concepto jurídico de alteración psíquica. Cuando estas se encuentran en los primeros estadios suelen apreciarse como enajenación parcial y por tanto actúan como atenuantes. A nivel penal no suelen ser autores de conductas tipificadas como delito (a no ser por desinhibición conductual), en el caso de que así sea, la conducta sería susceptible de eximente o atenuante en función de la gravedad de las alteraciones cognoscitivas y por tanto estadio de la demencia.
3. Trastornos amnésicos: en el ámbito penal a pesar de que el hecho de presentar una amnesia no tiene en general repercusión legal, sin

embargo es posible que se trate de una amnesia como síntoma de algún tipo de enfermedad mental tales como demencia, trastorno disociativos, intoxicación y/o abstinencia de sustancias.

4. Trastornos psicóticos: conviene comenzar aclarando que no todos los actos de un enfermo psicótico tienen su origen en su psicopatología, por lo que conviene conocer su forma clínica y el momento evolutivo en el momento de la comisión de los hechos. En los periodos agudos supone una merma de la capacidad de contacto con la realidad, que en el ámbito penal correspondería a exención de responsabilidad penal o cuanto menos la atenuación de la misma. En los delitos contra las personas como homicidios o asesinatos no destacan tanto por la frecuencia como por la violencia, absurdo e irracionalidad de los mismos.
5. Trastornos del estado de ánimo: no suelen tener relevancia jurídico-penal pues en su mayoría suelen aparecer como consecuencia y no como causa de los hechos.
6. Trastornos de ansiedad: en el ámbito penal para abogar por una disminución de imputabilidad se puede plantear que el sujeto exhibía un trastorno durante la comisión del delito, conductas indicativas de una reviviscencia del trauma pudiéndose encontrar el individuo bajo un estado disociativo. En estos casos, el acto representará un comportamiento impremeditado, espontáneo y no-característico del individuo; normalmente la respuesta es desproporcional al estímulo careciendo de motivaciones corrientes; el acto se precipita por

circunstancias que fuerzan al individuo a enfrentarse con conflictos inconscientes y hay amnesia para el episodio.

7. Trastornos facticios: en el campo penal suelen presentar denuncias o querellas por la asistencia solicitada o prestada. Pueden incurrir en delito por maltrato u homicidio, encontrándose en estos casos afectadas sus capacidades volitivas, pudiéndose aplicar en tal caso algún tipo de eximente.
8. Trastorno de identidad disociativo: nos encontramos ante un trastorno que origina graves problemas jurídicos y legales ya que parece ser invocado cada vez con más frecuencia por personas acusadas de delitos graves, es de hecho una de las alegaciones típicas de los psicópatas. En estos casos la imputabilidad está claramente afectada, dado que el fracaso en la integración de varios aspectos de su identidad y conciencia merman sustancialmente sus capacidades cognitivas y volitivas.
9. Trastornos de la personalidad: está claro que las capacidades cognitivas no se ven afectadas en este tipo de trastorno pero lo difícil es pronunciarse en cuanto a las capacidades volitivas. En el ámbito penal la mayoría de las veces no se aplican eximentes ni atenuantes aunque en el mejor de los casos se puede considerar como eximente incompleta o bien como atenuante analógica.
10. Trastorno del control de los impulsos: estos trastornos entran de lleno en la alteración de la imputabilidad, siempre y cuando el acto anti-jurídico cometido guarde relación directa con la categoría diagnóstica que afecte

el sujeto. Las capacidades cognoscitivas se suponen íntegras pero las volitivas podrían encontrarse anuladas.

Agresores en Contexto Familiar

Si bien es cierto que el fenómeno de la violencia y el maltrato intrafamiliar (VIF) no constituye una realidad nueva, la problematización pública es relativamente reciente (Amato, 2004). En la década de los años 50 era inconcebible hablar de violencia doméstica como la conducta de malos tratos –físicos, psicológico o sexuales– del hombre hacia la mujer en la relación de pareja. Previo a la década del 70 no se reconocía que este tipo de conducta constituyera un problema social y aun menos, una conducta delictiva. La falta de comprensión del fenómeno de violencia doméstica por parte de los profesionales de la conducta, así como el silencio familiar fueron obstáculo a la intervención (Ortiz y García citados en Amato, 2004).

El repudio a la violencia física, creó las condiciones para las formas de penalización legal....en el ámbito familiar podemos observar una desigualdad evidente entre los hombres y las mujeres. Desigualdad que se hace evidente en la distribución del dinero, en las responsabilidades hogareñas, en las opciones de realización personal, etc. (Amato, 2004).

Echeburúa (1998) especifica que en la conducta violenta de los hombres en el contexto familiar intervienen los siguientes componentes: (a) una actitud de hostilidad resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer y de la legitimación subjetiva de la violencia como estrategia de resolución de problemas. (b) Un estado emocional de ira relacionado con recuerdos de situaciones negativas

habidas en la relación o suscitadas directamente por estímulos generadores de malestar ajenos a la pareja (contratiempos familiares, dificultades económicas, problemas con la educación de los hijos, etc.). (c) Unos factores precipitantes directos. El consumo abusivo de alcohol y drogas, sobre todo cuando interactúa con las pequeñas frustraciones de la vida cotidiana en la relación de pareja. (d) Un repertorio de conductas pobres y trastornos de personalidad. Suele violentar aquella persona que percibe mucho más vulnerable y que no tenga una capacidad de respuesta enérgica, y un entorno –la familia- en que sea más fácil ocultar lo ocurrido. (e) El reforzamiento de las conductas violentas previas. Muy frecuentemente las conductas violentas previas han quedado reforzadas para el hombre violento porque con ellas ha conseguido el objetivo deseado.

Todo ello explica, junto con otras variables (la dependencia emocional y económica, la presencia de los hijos, la presión social, el miedo al futuro, etc.), la perpetuación en el tiempo de tipos de relación claramente insanos (Echeburúa, 1998).

Una característica de este maltrato es la negación de esta conducta por parte del maltratador. Cuando una conducta genera malestar al pensar fríamente en ella o es rechazada socialmente, se utilizan estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas, alegar que se trata de un problema estrictamente familiar, hacer atribuciones externas...etc. (Echeburúa, 1998).

Es evidente que la mayor parte de la literatura y de los estudios existentes exploran la Violencia Intrafamiliar que se presenta como un fenómeno psicosocial, desde la óptica sociocultural, o desde perspectiva de

género. Esto queda plasmado en los planteamientos de Amato (2004) donde menciona que a pesar de que la violencia es universal, las causas de los patrones que prevalecen en la violencia contra la mujer solo pueden ser totalmente comprendidos y remediados dentro de conceptos sociales y culturales específicos.

Para el abordaje de la violencia uno de los modelos más utilizados es el Modelo Ecológico basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bronfenbrenner (1987) quien concibe la realidad familiar social y la cultura entendida como un todo articulado, es decir un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan dinámicamente. Otras como plantea Mezquita (2005), argumentan en contraposición que el maltrato doméstico se reproduce en parejas de gays y de lesbianas, perdiendo fuerza la hipótesis del patriarcado como explicación única.

Contextualización de la VIF y VBG

En la República Dominicana, según el departamento de Estadísticas de la Procuraduría General de la República, en el año 2005 se reportaron 98 casos de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex –parejas (íntimos) y en el 2006, 99 casos fueron registrados. A lo largo del 2007 ocurrieron 173 feminicidios de los cuales 85 se calificaron como íntimos; 131 fueron reportados en el 2008 y de manera más reciente en los meses de enero a junio de este año 2009, 47 casos de asesinatos de mujeres, calificados como íntimos, han sido reportados a nivel nacional.

En Puerto Rico, entre 1990 y el año 2000, 271 mujeres han muerto víctimas por violencia doméstica en comparación con 53 hombres. En ocasiones también murieron sus hijos, madres y otros familiares cercanos.

Muchas de estas muertes se podrían haber evitado con un diagnóstico del potencial letal del agresor y adecuado tratamiento preventivo (Ortíz y García, citados en Amato, 2004).

Violencia Intrafamiliar y otras Acepciones

Se entiende por Violencia Doméstica cualquier acto de agresión que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo las amenazas de estos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada, cuando estos actos son ejercidos por miembros de la familia o persona de análoga relación de afectividad (Armenta, 2003; Labrador, Paz, Fernández-Velasco, de Luis, 2004).

De manera similar, según la definición de la Secretaría de Estado de la Mujer (2001), la Violencia Intrafamiliar es toda acción u omisión cometida por algún/a miembro/a de la familia en relación de poder, sin importar el espacio donde ocurra, que perjudica al bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro/a de la familia.

Echeburúa (1990) aclara que, el Maltrato Doméstico se refiere a las agresiones que son llevadas a cabo habitualmente por el marido, y que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de habitualmente la esposa (Echeburúa, 1990).

Por otro lado la Organización de Naciones Unidas, (1993) indica que la Violencia de Género es toda acción de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación

arbitraria de la libertad tanto si se producen en la vida pública como en la privada. Lo cual es similar a la definición de la Violencia Contra la mujer, definida por la Organización de Estados Americanos en la Convención Interamericana, para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención de Belem Do Pará (1994) como cualquier acción o conducta que basada en el género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado.

Según Echeburúa y del Corral (1998), la conducta violenta en el hogar puede manifestarse de dos formas:

1. Violencia expresiva. Se trata en este caso de una conducta motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. Es frecuente el arrepentimiento espontáneo tras un arrebato impulsivo.
2. Violencia instrumental. En este caso la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa.

Ciclo de la Violencia

Se trata de un proceso reiterado que cumple con determinadas etapas y nos permite comprender de que manera una relación amorosa ingresa a la violencia, y lo difícil que resulta a la mujer golpeada romper este vínculo peligroso. Al rastrear la historia de la pareja, se observan, casi invariablemente, señales de violencia en el noviazgo, las que en su momento infundieron dudas o temores acerca de la conveniencia de casarse: demostraciones de celos, enojo, posesividad exagerada,

dominación y control, todas ellas manifestaciones que no se tuvieron en cuenta debidamente, anunciadoras de un comportamiento opresor masculino, ante la idea de la separación; sin embargo prevaleció el ideal del amor romántico y el mito de que el cambio llegará con el matrimonio (Amato, 2004; Labrador et.al., 2004).

En su libro, Amato (2004) explica que después del inicio de la convivencia el clima de la pareja cambia, se acumulan tensiones, hay disconformidad con ciertos aspectos de la convivencia, se producen acontecimientos de tipo económico y luego de la primera etapa de tensión comienza la etapa de expresión de la violencia con agresiones de tipo psicológico (burlas, desprecios, desvalorizaciones), seguidos de las agresiones físicas. Luego de esta etapa de expresión/explosión de la violencia llega la etapa de reconciliación, donde él promete que no volverá a ser violento, justifica su reacción con hechos externos, (deudas, problemas laborales) se realizan regalos costosos, y todo un despliegue de gentilezas, hasta que el ciclo se repite nuevamente e inicia la fase de tensión que llevará nuevamente a la violencia.

Los autores (Amato, 2004; Labrador et al., 2004) comentan que esta experiencia deja a la mujer en una situación de extrema vulnerabilidad, ya que una vez que el ciclo de la violencia ya se instaló, no se detiene y puede funcionar a intervalos de días, semanas, meses o años.

Teorías Explicativas

Distintos autores mencionan que aun abastecidos de hechos y tablas, no podemos entender en su totalidad la violencia ni la persona violenta. (Niehoff, 1988; Cerezo, 2000). Críticos sociales como el Dr. Nelkin señalan

como causantes la pobreza y el racismo, mas falla en explicar cómo estos factores cambian el comportamiento o el por qué la violencia doméstica, el abuso infantil, los crímenes de odio o la ira de carretera ha escalado a vecindarios no lejanos al centro de la ciudad. Se puede predecir el costo de las prisiones y proyectar las ventas de armas de fuego pero se crea confusión al observar un grupo de adolescentes y tratar de predecir cuál de ellos se reformará o cual de ellos degenerará (Niehoff, 1988).

Niehoff (1988) explica las dificultades que presenta el estudio de la violencia humana de la siguiente manera:

El meollo del problema está en que la conducta violenta nos desconcierta debido a la falta de información crucial. Incontables artículos de periódicos, libros, programas de televisión grafican las dimensiones sociales de la violencia: pobreza, racismo, ruptura familiar, la influencia perversiva de la televisión, la accesibilidad a las armas. Pero el mundo externo carece de significado hasta que ingresa al mundo interno, la dimensión gobernada por el cerebro y la percepción, pensamiento y emoción, nervio y tejido. Hasta que no sepamos tanto de la dimensión interior como de la exterior (lo que ocurre dentro de las cabezas de los agresores y las víctimas) no estaremos preparados para analizar el problema de la violencia de manera efectiva (p. 148).

Durante los últimos 20 años diversas macro-teorías han intentado determinar los factores estructurales que desencadenan comportamientos violentos en contra de la pareja. La mayoría de estas teorías se han centrado predominantemente en explicar la etiología de la violencia física, ignorando la existencia de otras formas de agresión y en segundo lugar, los abundantes intentos teóricos contrastan con la pobreza de la información empírica recogida (Cerezo, 2000).

Teorías Individuales. Las teorías individuales parten de la premisa de que la persona que delinque es distinta a las demás, siendo el factor que la

diferencia del resto del carácter individual. En base a estas teorías, la conducta violenta que caracteriza a los individuos que comenten malos tratos domésticos debe su origen a circunstancias personales (Cerezo, 2000).

Entre estas, se incluyen la Teoría Etológica y Biológica que fuera presentado en el capítulo anterior relativo de las teorías explicativas de la agresividad.

En el caso específico de investigaciones en hombres maltratadores encontramos el trabajo de Rosembaum y Hoge (1989) citado por Cerezo (2000) donde se comprobó que el 61% de los hombres maltratadores que componían una muestra determinada presentaban lesiones cerebrales, ocasionadas por malformaciones en el nacimiento, accidentes de tránsito o malos tratos físicos durante la infancia. Estos autores comprobaron como estas lesiones pueden causar daño en los lóbulos frontales y estructuras profundas del cerebro produciendo el síndrome de lóbulo frontal, uno de cuyos síntomas es la incapacidad para controlar la ira.

Las objeciones más importantes que se le pueden hacer a este estudio es la falta de un grupo control para corroborar los resultados obtenidos. Por otro lado, la alta relación que encontraron los autores del estudio entre consumo de alcohol y lesiones cerebrales unido al dato de que la mayor parte de estas lesiones procedían de accidentes de tráfico, hace pensar en la posibilidad de que el consumo de alcohol represente una tercera variable que causa conductas agresivas y lesiones cerebrales (Cerezo, 2000).

Otra de las teorías Individuales es la Teoría Sociobiológica. El padre de la socio-biología, Edward Wilson (1980) define la Sociobiológica como "el estudio sistemático de las bases biológicas de todo comportamiento social". Una de las principales tesis de la teoría socio-biológica consiste en afirmar que los hombres son innatamente agresivos, pero esa agresividad se exterioriza dependiendo de los factores ambientales (Cerezo, 2000).

En relación con la violencia doméstica, lo que podría afirmarse de acuerdo con los fundamentos socio-biológicos es que los hombres tienen una tendencia hereditaria a secretar adrenalina cuando se creen amenazados, experimentando este estado como excitación (Cerezo, 2000).

La última de las teorías que se mencionan como parte de las Teorías Individuales es la Teoría Psicopatológica. Una de las concepciones acerca de la etiología de la violencia marital atiende a causas ligadas a la personalidad psicopatológica del agresor o de la víctima, en definitiva, a las características personales de sus protagonistas.

En los comienzos de la investigación sobre los malos tratos en el ámbito doméstico, los casos que se conocían eran realmente excepcionales por la gravedad y duración del maltrato, pudiéndose comprobar que algunos agresores presentaban trastornos psicológicos. Estos pocos casos excepcionales sirvieron de base para generalizar la conclusión de que todo hombre que atacaba a su propia pareja padecía una perturbación mental. De ahí que determinados autores de los años 70 y algunos de los 80 asegurasen que los trastornos psicológicos que presentaban los agresores eran los causantes de los comportamientos violentos (Véase Hasting y Hamberger, 1988 citados en Cerezo, 2000). Según estos, la persona que

emplea violencia con su pareja esta psíquicamente perturbada, explicándose la violencia desplegada contra la pareja como una conducta patológica (Cerezo, 2000).

Se ha sugerido también que los malos tratos inflingidos a la pareja se deben al comportamiento o a la personalidad de la víctima, de tal modo que esta provoca al agresor para que la golpee, sintiendo atracción hacia las personas violentas. La opinión de que las personas que sufren malos tratos son esencialmente masoquistas por naturaleza fue defendida por el mismo Freud, quien aseguraba que el masoquismo es un elemento biológicamente ligado a la naturaleza femenina (Freud, 1933 citado en Cerezo, 2000).

Además de las aclaraciones expuestas en capítulos anteriores de este trabajo acerca de la relación entre agresividad y trastornos mentales, esta teoría ha sido criticada porque pretende ocultar la magnitud social del problema: al presentar el maltrato como la consecuencia de una anomalía psicológica, este sólo tendría una razón individual y, por tanto, únicamente afectaría a una ínfima minoría. Esto refuerza la idea de que la agresión contra la pareja es un suceso inusual y que los agresores sólo pueden ser determinadas personas que presenten anomalías psicopatológicas (Grosman et al. citado en Cerezo, 2000).

Teorías Psicosociales. Hay una serie de teorías que combinan los factores individuales con los socioculturales, de tal forma que pone el acento en una serie de explicaciones mixtas, a saber en la frustración o irritabilidad como desencadenantes de la violencia en la especial relación que existe en la pareja y en el aprendizaje de la violencia (Cerezo, 2000).

Primeramente Cerezo (2000) menciona la Teoría de los Recursos, desarrollada por Goode para explicar el fenómeno de la violencia en la pareja. En realidad no es más que la teoría psicológica general de la frustración como explicación de la conducta agresiva mencionada previamente en el capítulo sobre teorías explicativas de la agresividad.

Goode menciona que cuando el esposo/padre fracasa en la posesión de las habilidades o capacidades sobre las cuales ha afirmado su estatus superior, la violencia es el último recurso a utilizar para tratar de mantener su posición familiar. Por tanto, el papel de la violencia asume el carácter de instrumento para obtener un objetivo socialmente admitido, a saber: el rol del liderazgo en la familia (Cerezo, 2000).

Los adversarios de la teoría de la frustración como causa de comportamientos violentos afirman que esta resulta incompleta, ya que las acciones agresivas no tienen por qué ser siempre una consecuencia directa de la frustración, pudiendo depender su aparición de numerosos factores. Además, no toda persona tiene por qué reaccionar de forma agresiva ante una frustración, las personas pueden tener respuestas no agresivas ante las frustraciones (Cerezo, 2000).

La segunda de las teorías encontradas en este acápite, se refiere a la Teoría de la Interacción de Pareja. Según esta teoría, defendida principalmente por Giles-Sims, la agresión es el resultado de cierta interacción entre la pareja, de tal modo que ante tensiones que se producen en la convivencia diaria y que se traducen en comunes peleas entre sus integrantes, puede surgir el comportamiento violento. En definitiva, nos encontramos nuevamente ante una teoría que sugiere que los malos tratos

domésticos son consecuencia de la previa provocación de la víctima (Cerezo, 2000).

Las críticas son abundantes. En primer lugar, esta teoría no es capaz de explicar el escenario en el que tiene lugar la mayoría de estos comportamientos, desconociendo que en algunos casos los actos violentos surgen en contextos en los que no sucedía una discusión previa. Por otro lado las preocupaciones referidas en muchos casos no son lo suficientemente estimulantes como para que causen agresión (Cerezo, 2000).

Finalmente mencionamos la Teoría de la Transmisión Inter-generacional de la Violencia, basada en la Teoría del Aprendizaje Social propuesto por Bandura y mencionada en el capítulo acerca de teorías explicativas de la agresividad y que explica como las pautas de conducta pueden traspasarse de unas generaciones a otras. Algunos estudios demuestran empíricamente la relación que existe entre los malos tratos en la infancia y su reproducción en la edad adulta, de tal forma que gran parte de las personas que ejercen malos tratos sobre su pareja se han visto expuestas a actos violentos en sus familias de origen, ya como víctimas de malos tratos o como observadores de comportamientos violentos entre sus progenitores (Lopez-Coira, 1986 citado en Cerezo, 2000).

Amato (2004) corrobora al mencionar que en su labor psicoterapéutica se ha comprobado que la conducta violenta en los hombres está relacionada con experiencias tempranas de humillación, rechazo y malos tratos.

Entre las críticas destaca aquella que mantiene que esta teoría presenta una serie de dificultades para aportar una explicación válida respecto al motivo por el que una persona ejerce de forma habitual malos tratos sobre su pareja y esto es debido a que hay bastantes personas que han experimentado, de uno u otro modo, violencia en sus familias de origen y no reproducen en su vida adulta los mismos comportamientos (Cerezo, 2000).

Teorías Socioculturales. Estas teorías, en lugar de plantear que la violencia es el resultado de ciertas características personales, parten de la premisa de que la violencia en general, es un fenómeno que está íntimamente inmerso en nuestra sociedad (Cerezo, 2000).

Tal es el ejemplo de la Teoría de la Subcultura de la Violencia descrita por Wolfgang y Ferracuti citados en Cerezo (2000), la cual mantiene que la violencia no sólo no es ajena a la sociedad, sino que más bien es un producto de ella. Factores tales como las tensiones generacionales, familiares, laborales, políticas o económicas, entre otras, expresan la existencia de una sociedad estructuralmente violenta que genera incluso la aparición de una propia subcultura que utiliza la violencia como la forma de expresión más común. Por lo tanto la violencia, no puede ser explicada por motivos individualistas sino que su origen radica en las connotaciones culturales que tienen aquellos individuos que pertenecen a dicha subcultura.

Esta teoría ha sido posteriormente aplicada al problema de los malos tratos, en el estudio de Jiménez Casado citado en Cerezo, (2000), quien encontró que una de las características en común que tienen la mayor parte de las parejas violentas objeto de determinados estudios empíricos que

recogen muestras de servicios asistenciales, es que pertenecen a status social bajo. Sin embargo en el momento que se ocasionan malos tratos entre personas que pertenecen a clases sociales más pudientes y mientras que existen parejas que pertenecen a clases sociales bajas en las que no se da esta relación de maltrato, esta teoría podrá ser orientativa pero nunca podrá servir como explicación generalizada de la causa de violencia entre parejas (Cerezo, 2000).

Otra de las teorías que intentar explicar la problemática desde una perspectiva socio-cultural es la Teoría Sistémica de la Familia, desarrollada principalmente por Straus en el 1973, la cual argumenta que la familia como sistema social que es, presenta semejantes niveles de violencia que otros sistemas sociales. Según Straus citado en Cerezo (2000), la familia es un grupo pequeño donde se desarrolla un proceso dinámico de interacción entre sus miembros, que viven inmersos en la sociedad como conjunto y que, por consiguiente, reciben y han de encajar las contrariedades extra-familiares, tanto aquellas de tipo ideológico como las de carácter psicosocial. En concreto, los valores relacionados con la aceptabilidad de la violencia o el rol del hombre y la mujer en la sociedad influyen en el nivel de violencia de cada familia individual (Smith y Rosen, 1992 citados en Cerezo, 2000).

En cualquier caso Straus (1973) considera que la violencia en la pareja no difiere de otras formas de violencia en la familia. En otras palabras, los malos tratos forman parte de un patrón de violencia que ocurre entre todos los miembros de la familia, incluyéndose a los cónyuges (Gelles y Straus citados en Cerezo, 2000).

Las principales críticas a esta teoría proceden de autores feministas que argumentan que concebir a la familia como un sistema social que genera violencia pone en cuestión determinadas reivindicaciones reclamadas por el movimiento feminista en torno al reparto del poder (Dobash y Dobash citados por Cerezo, 2000).

Por esta misma línea se encuentra la Teoría Económica o del Control Social, la cual sostiene que todo individuo cuenta de manera innata con el potencial necesario para violar las leyes, encontrándose la razón por la que delinque en los vínculos del individuo con el orden social y considera que los actos de tipo violento se producen por el escaso control social que existe en la familia debido al propio carácter privado, íntimo y aislado (García-Pablós; Wilson y Herstein; Gottfredson y Hirschi citados en Cerezo, 2000).

Esta teoría aplica los postulados de la teoría económica sobre la delincuencia que sostiene, en términos generales, que el delincuente delinque cuando los beneficios a obtener son mayores que los costes a sufrir (Pyle, 1983 citado por Cerezo, 2000).

La principal crítica que se le puede hacer a esta teoría es que es incapaz de explicar porque motivo surge la conducta violenta, específicamente la razón por la que determinados sujetos emplean la violencia contra sus parejas a diferencia de los demás, cuando todos ellos se encuentran inmersos en un mismo entorno social donde no existen controles sociales desinhibidores en relación a los malos tratos domésticos (Barnett, citado en Cerezo, 2000).

Finalmente prevalece con gran aceptación entre las personas que trabajan el tema la llamada Teoría Feminista o del Patriarcado que denuncia

el hecho de que la mayor parte de las víctimas de malos tratos domésticos sean mujeres. Se señala que la posición subordinada que siempre ha ocupado la mujer en la sociedad es la que permite que esta sea el objeto sobre el cual se dirige la violencia masculina (Dobash y Dobash, 1979 citados en Cerezo, 2000).

Así pues, a la violencia contra la mujer es en parte una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los sexos, que han llevado al dominio de la mujer y su discriminación en la sociedad. Esta discriminación o posición de inferioridad de la mujer con respecto al hombre también existe en la familia (Cerezo, 2000).

Según Pagelow, Grosman et al. y Amoros y Adamo citados en Cerezo (2000), la causa de la discriminación de la mujer en el entorno familiar surge de la forma de organización familiar más extendida: la patriarcal, la cual se caracteriza porque el padre ostenta la autoridad sobre los demás miembros.

Han sido numerosas las críticas que ha recibido esta teoría (O'Leary, 1993 citado en Cerezo, 2000), las cuales indican que esta no es capaz de explicar por qué hay parejas en las que se dan estos roles tan marcado y desiguales entre hombre y mujer y en cambio no viven una relación de violencia. No se ha podido explicar por qué los hombres, socializados en contextos socioculturales iguales, presentan comportamientos diferentes.

Teorías Multicausales. Se ha podido comprobar a través del repaso de las distintas explicaciones sobre la etiología de los malos tratos domésticos que estas están condicionadas por el ámbito disciplinar del que parten. De tal forma que, dependiendo de la rama de estudio de la que

proceda el autor, este intentará suministrar su propia gama de recursos explicativos: mientras que los psicólogos se basan en las estructuras psíquicas, los sociólogos hacen lo propio respecto a las sociales (Cerezo, 2000).

Hoy día se alzan voces que se decantan por una teoría integradora, de modo que se eviten los defectos de unas y otras. Así, estos autores afirman que la violencia en la pareja no tiene una explicación mono-causal sino multifactorial (Grosman et al.; Corsi, 1992 citados en Cerezo, 2000).

Según estos autores, aludir al problema de los malos tratos domésticos desde una perspectiva multidimensional implica renunciar a todo intento simplificador de explicar un fenómeno, para aludir al abanico de causas entrelazadas que se encuentran en la base del problema. Esta hipótesis totalizadora no pretende sumar las diversas explicaciones, sino que enfoca el problema como resultado de la articulación de lo individual, familiar y social, de tal modo que no podría pensarse en la acción de solo una de estas instancias para explicar la problemática (Cerezo, 2000).

Revisión de los Distintos Perfiles Propuestos por la Literatura

Acerca del perfil de los agresores Niehoff (1998) comenta en su libro que cuando las personas hablan de la violencia normalmente piensan en el crimen (asesinato, violación y robo). Pero los hombres que lastiman a muchas mujeres no son convictos. Para muchos de ellos la medida más severa que recibirán será una orden de protección. Indica también que las mujeres observadas en su estudio viven en la parte central de Filadelfia, las comunidades tranquilas donde se disfruta de uno de los más altos ingresos per cápita de esta ciudad. Comenta más adelante que las personas creen

que la violencia es un acto cometido por extraños, y así les enseñan a sus hijos a huir de caras no familiares. Pero estos asaltantes viven en la misma casa que sus víctimas, esta violencia según dice Susan Hauser, directora de un refugio de acogida, viene de una persona que una vez dijo “te amo” (Niehoff, 1998).

Corsi, 1995 y Dutton y Golant, mencionan que la identidad masculina está configurada en nuestra sociedad por un aprendizaje temprano en el varón de ciertas creencias, valores y actitudes: el ocultamiento de las emociones, la preocupación central por el éxito profesional y el ejercicio del poder como forma de control a todos los niveles. Más en concreto, las formas de interacción –las relaciones de abuso- son el resultado de un modelo familiar y social que las acepta como estrategias adecuadas para resolver conflictos (Echeburúa y del Corral, 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

De manera similar Amato (2004) plantea que se consideran hombres golpeadores aquellos que ejercen una relación abusiva de orden físico, sexual, o financiero con su esposa o compañera. Entre las características de personalidad encontramos un sistema de creencias basado en mitos culturales acerca de la masculinidad y de la inferioridad de la mujer.

Si bien pueden aparecer algunos rasgos de personalidad acentuados –dependencia emocional, agresividad generalizada, problemas en el control de la ira, impulsividad, déficit de autoestima, etc.,- la mayoría de los agresores son personas sin trastorno psicopatológico (Echeburúa y del Corral, 1998).

Según Echeburúa y del Corral (1998), el perfil de un hombre potencialmente violento en el hogar, tendría ciertas características tales como celos excesivos, posesividad, irritabilidad, falta de control de los impulsos, consumo excesivo de alcohol, atribución de culpabilidad de los demás, labilidad emocional, comisión de actos de violencia ante la ira, creencia de la subordinación de la mujer, historia de maltrato hacia otras mujeres y posiblemente baja autoestima. Estos provienen de distintos status socioeconómicos y de diversos rangos de edad.

Entre las características psicológicas de los hombres, Amato (2004) plantea que un varón aprende de niño que un verdadero hombre se tiene que mostrar fuerte, seguro de sí mismo, ganador. Este modelo de masculinidad incluye prohibiciones tales como llorar, mostrarse débil, inseguro, fracasar, etc. (Amato, 2004).

Varios autores como Corsi (1995) y Amato (2004) especifican las siguientes características:

1. Restricción emocional: Los hombres tienden a intelectualizar, hablar de los problemas y no de los sentimientos.
2. Obsesión por el éxito y los logros: A los varones se les entrena para la competencia; durante su niñez a través de los juegos de guerra y los deportes y de adultos, por intermedio de los negocios y la política. La violencia se incorpora como un ingrediente más de la estructuración de la masculinidad.
3. Posible historia de violencia.
4. Irregularidades de personalidad y conducta, entre ellas: (a) deseo de control, (b) doble fachada (se refiere a la actitud que tiene el hombre

violento ante terceros, la cual difiere enormemente de la que muestra en la intimidad), (c) baja autoestima (necesita conseguir apoyo y reafirmación en todo momento), (d) aislamiento emocional (si bien puede vivir en una aparente sociabilidad, ello no implica un compromiso afecto con las personas con quienes interactúa), (e) posesión y celos, (f) dependencia emocional (establece con su pareja una relación simbiótica donde se borran los límites entre su persona y la de su mujer), (g) intuición negativa y (h) agresión silenciosa.

Estas características, en conjunto con la imagen que estos hombres ofrecen, dificultan que la víctima pueda demostrar que es el mismo hombre que la maltrataba (De Sanctis, Espaillat, y Victoria, 2004).

Desde otra perspectiva los aspectos psicológicos pueden dividirse en cognitivos y emocionales. En cuanto a los aspectos cognitivos se observa la personalización/generalización, uso del lenguaje en tercera persona y uso de condicionales. Estos hombres generalizan sus acciones con la intención de justificar la violencia (Corsi 1995).

El hombre tiende a eludir su responsabilidad, justificando y minimizando su conducta violenta en función de comportamientos o ausencia de actitudes de provocación que atribuye a la mujer. Los hombres maltratadores se apoyan en los valores culturales, basados en los mitos de la masculinidad. Es característico de los hombres maltratadores minimizar, negar y justificar la frecuencia y severidad de su conducta. Ellos consideran las causas de la violencia fuera de su responsabilidad atribuyéndola a factores ajenos a sí mismos (Corsi, 1999).

En cuanto a los trastornos psicopatológicos, se puede decir que los trastornos de personalidad se han identificado con mayor frecuencia que otro tipo de patologías en la población de maltratadores. En concreto el trastorno antisocial, caracterizado por la frialdad afectiva y la falta de empatía, el trastorno paranoide en el que la desconfianza y los celos están presentes de forma constante, y el trastorno narcisista, en el que el sujeto está necesitado de una estimación permanente, son los que entrañan un mayor riesgo. (Echeburúa, 1994; Rojas Marcos, 1995). Más adelante, Echeburúa (1998) incluye al trastorno de depresión mayor como parte del repertorio de patologías más comunes entre los agresores.

Perfiles Demográficos. Según los datos obtenidos del servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), gran parte de las personas violentas en el hogar cuentan con una edad entre los 40-45 años, están casados y con hijos en la mayor parte de los casos y pertenecen a un nivel socioeconómico que oscila entre medio y bajo, sin que ello quiera decir que esto es exclusivo de ese sector. De hecho, la sobre representación de la clase social baja deriva, por un lado, de que los programas comunitarios, que suelen ser gratuitos atraen específicamente a este segmento social y, por otro, de que la mayor carencia de recursos educativos, sociales y educativos en esta clase social genera una mayor frustración, que hace más probable la aparición de conductas violentas.

Armenta (2003) por otro lado plantea en su estudio que es más frecuente que sean hombres jóvenes y de un nivel socio-económico bajo, que están en paro o con un contrato de trabajo a tiempo parcial. Menciona sin embargo que muchos estudios dicen que los maltratadores son hombres

de todas las clases sociales, de diferentes niveles económicos, culturales y de todas las edades.

Tipología. Los tipos de maltratadores se suelen establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra del perfil psicopatológico presentado. En relación al perfil psicopatológico, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) plantean que dentro de la población de los maltratadores se ha diferenciado dos tipos principales de agresores: los dominantes y los dependientes.

De Armenta (2003) explica que los dominantes presentan personalidad antisocial y que manifiestan conductas violentas tanto dentro como fuera del hogar y que los dependientes tienden a ser depresivos y celosos y se muestran violentos sólo en el ámbito doméstico.

En lo que se refiere a la extensión de la violencia, la mayor parte de los sujetos (el 74%) son violentos sólo en el hogar. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de la casa, así como el abuso de alcohol y los celos patológicos, contribuyen a desencadenar violencia dentro del hogar (Fernández-Montalvo, Echeburúa, 1997).

Jacobson y Gottamn citados en Cerezo (2000), en su investigación sobre los hombres que agreden a sus parejas, analizaron los datos de 143 parejas y observaron directamente a 63 parejas donde las discusiones contenían un alto grado de violencia. Su estudio concluyó en la determinación de dos tipos de agresores con distintas características los cuales fueron llamados Cobra, los cuales parecerían ser equivalentes a la

clasificación de Dominantes y los Pitbull similares la clasificación de agresores Dependientes planteada por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

Los Cobra parecen ser tipos delictivos que muestran una conducta antisocial desde la adolescencia. Son hedonistas e impulsivos. Pegan a sus mujeres y abusan de ellas emocionalmente para impedir que interfieran con su necesidad de conseguir lo que quieren cuando quieren. Aunque tras una agresión puedan decir que se sienten apenados y pidan perdón a sus mujeres, por lo general no lo sienten. Algunos de ellos son psicópatas, carecen de conciencia y son incapaces de sentir remordimientos (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000).

También son incapaces de construir relaciones verdaderamente íntimas con los demás, en caso de tener pareja, su mujer es un instrumento que les proporciona gratificación: ya sea el sexo, el estatus social u otras ventajas económicas, pero sus compromisos son superficiales y su actitud en la relación es de retraimiento. No temen ser abandonados, pero tampoco se les puede controlar. (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000)

Como adultos se les puede reconocer por su historial de conducta antisocial, por su acusada tendencia a abusar de las drogas y el alcohol y por la gravedad de abusos físicos y emocionales que cometen (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000).

Por otro lado los Pitbull acostumbran a ejercer violencia sobre los miembros de la familia, especialmente sobre sus esposas. Es menos probable que tengan un historial delictivo o que hayan sido delincuentes en su adolescencia, como a menudo sucede en el caso de los Cobra. Además,

aunque agredan físicamente a sus mujeres y abusen de ellas emocionalmente, los Pitbull, a diferencia de los Cobra, dependen emocionalmente de sus mujeres. Su temor a ser abandonados y la desesperada necesidad que tienen de no serlo desencadena ataques de celos e intentos de privar a sus parejas de toda vida independiente. Puede ser celosos hasta llegar a la paranoia, imaginando que sus mujeres mantienen algún affaire (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000).

Los Pitbull, aunque en cierta medida son menos violentos que los Cobra, son también capaces, al igual que estos, de cometer agresiones graves e incluso llegar al asesinato (Jacobson y Gottamn, citado en Cerezo, 2000).

Los Cobra dan el perfil del tipo de agresor cuya trayectoria acaba en los juzgados más a menudo que lo que lo hacen los Pitbull. También el perfil del Cobra describe mucho mejor que el del Pitbull a los individuos a los que el juez acaba enviando a los grupos de tratamiento (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000).

Al contrario que los Cobra, los Pitbull se excitan interiormente cuando se comportan de manera agresiva. El sistema nervioso de los Pitbull parece funcionar con normalidad. A diferencia de los Cobra, cuando los Pitbull se enzarzan en un conflicto matrimonial su excitación fisiológica es latente. A diferencia de los Cobra, los Pitbull se ponen fúricos de una forma aparentemente no premeditada. Ello no quiere decir que sus episodios de violencia se caractericen por la pérdida de control, ni contradice el hecho de que los Pitbull deciden actuar de manera abusiva cuando se conducen de tal modo, lo que quiere decir, es que los Pitbull son más propensos a los

arrebatos de ira y menos calculadores que los Cobra a la hora de emplear violencia (Jacobson y Gottamn, citados en Cerezo, 2000).

Estrategias de Intervención

Al revisar distintos programas de intervención, parecería ser que el único punto de vista aceptado es aquel basado en las teorías psicosociales. En algunos ámbitos, la rehabilitación o reeducación de estos agresores es considerada inalcanzable. Es probable que la timidez observada en la exploración de otras dimensiones, como la biológica, se debe a la limitada cantidad de estudios que abordan esta interrelación, y de la enérgica posición de autores que plantean el trabajo con los agresores como falta de sentido o importancia, tales como Pérez del Campo citada por Barea (2004), cuando dice "...no se puede recuperar a un agresor porque no hay sentimiento de culpa; él sigue normas y comportamientos aprendidos desde la infancia y estas son las que le dan identidad...no es posible renunciar a las gratificaciones que les da el ejercicio de la violencia" (p. 35).

La prioridad en la terapia de la VIF ha sido el tratamiento de las víctimas de maltrato. Aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso de la terapia hay un grupo amplio de ellas – aproximadamente el 30% de las víctimas tratadas y el 50% del total – que continúan viviendo con sus parejas (Echeburúa et al, 1996 citado en Echeburúa y del Corral, 1998). En este caso la terapia recibida por la víctima es necesaria, pero resulta insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por este motivo un tratamiento integral del

maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque este continúe viviendo con la víctima o bien porque en el caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer (Echeburúa y del Corral, 1998).

El tratamiento psicológico del maltratador, siempre que sea asumido voluntariamente, parece ser la intervención más adecuada en la actualidad. De hecho, ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos en que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo. (Echeburúa, del Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). Por el contrario las tasas de éxito en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tratamiento son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Madina, 1994; Rosenfeld, 1992 citados en Echeburúa y del Corral, 1998). Dutton y Golant citados en Cerezo (2000) también indican que la negación –total o parcial- del problema dificulta la búsqueda de ayuda terapéutica.

Resulta de prioridad evaluar en estas primeras fases del tratamiento el grado de peligrosidad actual del paciente y el nivel de motivación para el cambio (Corsi, 1995). No deja de ser significativo que la tasa de rechazos y de abandonos prematuros de la terapia afecte a casi el 50% de los sujetos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

Evaluación. Según estudios del Instituto Nacional de Justicia y Programa de Replicación de Asalto Doméstico (SARP) de los Estados Unidos, se han de considerar los siguientes factores para la evaluación del potencial letal del agresor: factores personales (cognitivos, motivacionales,

afectivos, actitudinales), factores familiares, comunales, sociales, creencias, ideas y pensamientos de un agresor sobre sí mismo y sobre la pareja, sistemas de atribución causal (a qué o a quién le atribuye sus éxitos y fracasos), proceso socializador, drogodependencia, grado de satisfacción con su trabajo y estrés del diario vivir, acceso que tiene a armas de fuego o armas blancas, amenazas de suicidio u homicidio, conductas antisociales similares por otros miembros de la familia y finalmente, adiestramientos que ha recibido que le han puesto en contacto con conductas violentas o entrenado para matar (ejército, policía, deportes de caza, etc.) (Ortiz y García citados en Amato, 2004).

En cuanto a los instrumentos de evaluación de los maltratadores, además de aquellos comúnmente utilizados en el ámbito clínico como el Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI) en sus versiones I y II, pruebas proyectivas (Roscharch), etc., los más utilizados comúnmente en habla hispana son la Entrevista General Estructurada de Maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), que consta de 5 apartados que recogen datos sobre las características demográficas y las dificultades laborales, el desarrollo evolutivo, los posibles problemas de maltrato en relaciones de pareja anteriores y la situación de pareja y familiar actual, el estado de salud, los antecedentes penales y las relaciones sociales del sujeto.

También se utiliza el Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), el cual consta de seis ítems, que miden por un lado, la frecuencia y la duración de los episodios de maltrato y, por otro, la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad de

dichas variables, así como sobre las consecuencias físicas y psicológicas en la pareja y sobre la repercusión que el maltrato ha tenido en la relación conyugal. Por otro lado el Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consiste en un listado de 29 ítems que detectan los pensamientos irracionales del maltratador.

Con la finalidad de evaluar la sintomatología asociada al maltrato con propiedades psicométricas tales como Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), la Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987b) y el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen, Attkinson, Hargraves y Nguyen, 1979). Otros cuestionarios o escalas similares son el Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1975), el Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI), el Cuestionario de Alcoholismo (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunder y Grant, 1989), Escala de Ajuste Diádico (DAS) (Spanier, 1976), Escala de Expectativas de Cambio (Echeburúa y Corral, 1987).

No es común encontrar pruebas neuropsicológicas entre estos listados de pruebas estructuradas.

Modelos de Intervención. Las intervenciones terapéuticas con maltratadores han tenido como objetivo, habitualmente en un marco grupal de 10 a 15 sesiones con uno o dos terapeutas varones o mixtos, enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar hábitos de bebida, reevaluar sesgos cognitivos, diseñar estrategias de

solución de problemas, entrenar en relación y habilidades de comunicación y enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y del control de los impulsos (Holtzworth-Munroe et al., 1997). Un programa similar se ha aplicado en un formato individual -15 sesiones con una periodicidad semanal- en el estudio de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997).

No obstante, algunas sesiones –concreto las relacionadas con habilidades de comunicación- se han realizado, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo ha requerido y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento en ese momento ha sido positivo. Estos últimos aspectos son fundamentales; en caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja. En el estudio de Echeburúa y del Corral (1998) se ha obtenido, al terminar el tratamiento, una tasa de éxitos de 81% de los casos, que se ha reducido al 69% en el seguimiento de los 3 meses.

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). Quizás convenga en un futuro depurar los protocolos de tratamiento en función de diversas variables implicadas -modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal, etc.- y de los distintos tipos de maltratadores (Echeburúa y del Corral, 1998).

Sin embargo Shepard plantea que el mero hecho de recibir tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia. En concreto las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida. Desde una perspectiva

predictiva, los factores asociados al éxito terapéutico son los siguientes: edad del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja (Harris citado en Echeburúa y del Corral, 1998).

Las perspectivas de futuro se centran en la aplicación de un tratamiento individual cognitivo-conductual, ajustado a las necesidades específicas de cada persona, intercalado con sesiones grupales de hombres violentos, en el marco global de una programa de violencia familiar y con un tratamiento farmacológico de control de la conducta violenta, a modo de apoyo complementario, en algunos casos de sujetos impulsivos o con trastornos del estado de ánimo (Edleson y Tolman, 1992; Maiuro y Avery, 1996 citados en Echeburúa y del Corral, 1998). Así mismo indican que el programa terapéutico debe ser prolongado (al menos, de 4 meses) y con unos controles de seguimientos regulares y próximos que cubran un periodo de uno o dos años.

Esta respuesta se inscribe dentro de una tendencia global que caracteriza a la indagación actual acerca de los modelos terapéuticos, que se basa en la consideración de la necesidad de diseñar procedimientos específicos para problemas específicos en contraste con una tendencia mantenida hasta no hace mucho tiempo, consistente en aplicar un mismo modelo terapéutico a problemáticas muy diversas (Corsi citado en Echeburúa y del Corral, 1998).

Tratamiento Farmacológico de la Agresividad. McQuade et al., citados en Mattson, (2003) realizaron una extensa revisión acerca de los estudios realizados sobre fármacos y su interacción con la agresividad. Sin

embargo, aclaran que el tratamiento apropiado para la agresión no puede ser reducido sólo a la administración de medicamentos.

No es sorprendente, que así mismo como la agresión se expresa en una variedad de formas, y su origen viene de múltiples causas, también el tratamiento adecuado sólo puede venir de un abordaje comprensivo. Los elementos de tal abordaje incluyen una evaluación diagnóstica minuciosa, el desarrollo de una alianza terapéutica de trabajo, y educación en relación con la enfermedad o condición tratada y sus riesgos relativos, beneficios potenciales, metas específicas de tratamiento y prevención de recaídas. Típicamente la intervención terapéutica será multimodal e incluye atención a la adaptación, y regreso al curso normal de desarrollo. Ha aumentado la importancia del tratamiento motivado por la persona o la familia, culturalmente competente, y basado en fortalezas (Hengler y Bourdin, 1990; Lyons et al., 2000), y nada de lo anterior viene en forma de una píldora (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Una estrategia es discutir el tratamiento de la agresión en el contexto de entidades diagnósticas específicas y los agentes que son beneficiosos para estas condiciones (Swann, 1999; Weller et al., 1999; Yehuda, 1999). Tal abordaje es beneficioso en situaciones donde una droga puede reducir la agresión en el contexto de un diagnóstico determinado, por ejemplo, la Depresión, que puede empeorar la agresión en caso de otra condición como la Manía. Otro abordaje, menos común, supone adoptar una organización dimensional de la psicopatología y revisar la utilidad de varias drogas durante un continuum (Hollander, 1999; Kavousi y Coccaro, 1998b). Los abordajes etiológicos a la agresión se adhieren particularmente bien a este

esquema, donde por ejemplo, se podría predecir que la agresión impulsiva y predatora pueden responder de manera distinta a las drogas (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Otro abordaje común, es organizar los estudios por categorías de agentes farmacológicos. Sin embargo no existe ningún agente en ninguna categoría diagnóstica, que tenga una clara superioridad en la psicofarmacología de la agresión. De hecho el mecanismo de acción de las drogas, así como el conocimiento mecánico de cómo estas drogas afectan la agresividad, muchas veces no está claro. El efecto dimensional anti-agresivo de la medicación, por ejemplo, puede ser tan variado como mejora en el control de los impulsos, irritabilidad reducida, aumento en la tolerancia a la frustración, o simplemente sedación. A pesar de esto, a continuación McQuade et al., citado en Mattson (2003) presenta un intento para resaltar la experiencia diagnóstica y dimensional de distintas clases de medicamentos en una síntesis de los agentes farmacológicos más reseñados en la literatura:

Litio. En su artículo reportando el uso del litio en el contexto de la agitación psicótica, Cade (1949) anticipaba el rol potencial del litio para el tratamiento de la agresividad no asociada con la manía. Cade discrimino su efecto "sedativo" o calmante de uno hipnótico y sugirió que el litio podría ser una alternativa a la leucotomía pre-frontal para el tratamiento de "impulsos inquietos y temperamento ingobernables -en psicópatas mentalmente defectuosos-". Desde la descripción de Cade, numerosos reportes de casos y algunos estudios han apoyado su aseveración clínica, cubriendo un gran rango de edades y de diagnósticos, incluyendo sordera, retraso mental,

trastorno de la conducta, esquizofrenia, hiperactividad, TCE y trastorno de personalidad antisocial. (Miczuk, 1987; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

En una revisión hecha por Fava y Rosembaum (1993) se demostró que el litio es efectivo en el tratamiento de la agresión, no sólo en poblaciones con trastorno bipolar sino con trastorno de conducta y retraso mental no específico. Recientemente, por ejemplo, Prado Lima y colegas (2001) han sugerido que el litio puede reducir el abuso infantil materno basado en un estudio de 8 madres integradas de un programa del investigador para padres abusivos en Brasil. Si este es replicado y extendido, esta intervención no sólo podrá reducir las agresiones en los padres tratados sino que tal vez podrá reducir las probabilidades de que sus hijos e hijas se vuelvan personas agresoras en la adultez (Clarke et al., 1999; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

Adrenérgicos. (a) β -bloqueadores: Haspel (1995) proveyó una revisión comprensiva de literatura disponible en el uso de bloqueadores para el tratamiento de la agresividad que incluyó 2 estudios sin controlar (involucrando un total de 87 pacientes) y cuatro estudios doble-ciegos (con 74 pacientes). En los estudios sin control impresionantemente 86 % de los pacientes fueron considerados exitosos al responder a los tratamientos, a pesar de heterogeneidad significativa en el estatus diagnóstico y una historia de síntomas resistentes al tratamiento. El resultado de los estudios controlados es consistente con estos datos. Mejoras clínicas han sido notadas en pacientes diagnosticados con demencia (Greendyke y Kanter, 1986; Greendyke et al., 1986), síndrome del cerebro orgánico (Greendyke et

al., 1989), y una población de pacientes psiquiátricos crónicos especializados con una variedad de diagnósticos (Ratey et al., 1993; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

Más recientemente, Silver y sus colegas (1999) reportaron éxito con el uso de propanolol al tratar adultos hospitalizados crónicamente agresivos, mientras Caspi y sus colegas (2001) demostraron éxitos con pacientes agresivos con esquizofrenia en su investigación controlada con pindolol (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

El mecanismo preciso que utilizan los β -bloqueadores para controlar el comportamiento agresivo no es precisamente entendido. La afinidad que tienen los β -bloqueadores para los receptores de serotonina (5-HT) es bien reconocida (Rabiner et al., 2000), insinuando la probabilidad de implicación del sistema serotoninérgico central en adición, y posiblemente más importante, al sistema adrenérgico (Haspel, 1995). Los β -bloqueadores difieren en su relativa acción central vs. los efectos de acción periférica, aunque una relación clara entre el foco de acción y los efectos clínicos aun no se han delineado, posiblemente debido a la acción de los agentes menos lipofílicos a través de la barrera sangre-cerebro en el tiempo y los cambios periféricamente mediados que pueden resultar en efectos en el sistema nervioso central (Chugani et al., 1999; Fisher et al., 2002; Uc et al., 2002; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

(b) Agonistas α -2: Clonidina y Guanfacina. El mecanismo por el que los agonistas α -2 podrían atenuar la agresividad no está claro. Más aun, en muchos modelos pre-clínicos de agresividad, particularmente del tipo afectivo, la clonidina actualmente potencia la respuesta agresiva. Aun así,

en los últimos años, el número de recetas de clonidina para niños con TDAH parecen estar aumentando a una tasa extraordinaria (Riddle et al., 1999; Zito et al., 2000). En su mayoría, la experiencia derivada del uso de agonistas α -2 deriva de su uso en niños, como puede observarse en los estudios realizados por Jselskis et al. (1992) y Hunt et al. (1986) (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(c) Estimulantes: Metilfenidato y Dextroanfetamina. La conducta agresiva es común en el contexto del TDAH, pero relativamente pocos estudios se han enfocado a aislar posibles efectos anti-agresivos de la medicación estimulante, de los potencialmente amplios efectos de los estimulantes sobre los síntomas dominantes en el TDAH (Connor et al., 2002; Lyons et al., 2000). ¿Es la mejora en la agresividad meramente una consecuencia secundaria de una mejora en la impulsividad, hiperactividad y la atención o es la agresividad el objetivo específico para drogas como el metilfenidato? Dos revisiones recientes enfocan este tópico, y la conclusión de cada uno es que los efectos anti-agresivos de los estimulantes parecen ser independientes del efecto en los síntomas del TDAH en general (Connor et al., 2002; Lyons et al., 2000; Pine y Cohen, 1999). Los datos que apoyan estas conclusiones incluyen los hallazgos de un estudio controlado en 84 niños con trastornos de conducta donde el metilfenidato redujo la agresividad, independientemente de que también tenían TDAH (Klein et al., 1997; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

Anti-convulsivantes. (a) Valproato: Desde su introducción en 1967 como agente antiepiléptico, el valproato (y subsecuentemente divalproato de sodio) se ha vuelto primera opción como anti-maniaco, para lo que tiene la

aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), y como agente anti-agresivo. Lindenmayer y Kotsaftis (2000) recientemente realizaron una revisión comprensiva de su uso en el control de la violencia y la agresividad. Notaron las primeras referencias bibliográficas sobre su uso en 1988, cuando Kahn et al. (1988) describieron la aplicación exitosa del valproato para el control conductual de tres pacientes con síndrome cerebral orgánico (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Otros reportes, revisados en el trabajo de McQuade citado en Mattson (2003) han encontrado el valproato útil para la agresividad en la esquizofrenia (Afaq et al., 2002), para el control de la agresividad en trastornos del espectro autista (Hollander et al., 2001) y adultos con déficit intelectual (Ruedrich et al., 1999), en el control de las conductas agresivas-impulsivas en pacientes con trastornos de personalidad (Kavoussi y Coccaro, 1998^a), y en el control de temperamento explosivo de adolescentes (Delito et al., 1998; Donovan et al., 1997, 2000). Un gran número de estudios han reportado la efectividad del valproato para aminorar los trastornos conductuales asociados con demencia (Buchalter y Lantz, 2001; Haas et al., kunik et al., 1998); estos reportes son particularmente impresionantes ya que virtualmente todos los pacientes en tratamiento con valproato mejoraron los síntomas esperados.

En general, el consenso entre los investigadores clínicos es que el mecanismo de acción del valproato incluye un aumento de los niveles centrales de ácido amino-butírico (GABA), y un aumento en la neurotransmisión serotoninérgico y efectos anti-convulsivantes (Lindenmayer y Kotsaftis, 2001; Stoll y Severus, 1996). Este efecto anti-convulsivante ha

sugerido que es un agente particularmente bueno para considerar su uso en pacientes agresivos con trastornos subyacente de sistema nervioso central y especialmente en pacientes con anormalidades presentes en electroencefalografía (EEG) o trastorno convulsivo (Stoll et al., 1994; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

(b) Carbamazepina. La carbamazepina ha estado disponible desde 1960 y fu utilizada inicialmente para neuralgia del trigémino, y fue aprobada como anti-convulsivante desde 1974. Como el valproato, ha sido utilizada para tratar el trastorno bipolar, a pesar de que no tiene una indicación formal. Recientemente se ha sugerido que la carbamazepina comparte con el valproato y el litio el efecto de causar agotamiento neuronal del inositol (Williams et al., 2002; McQuade et al., citados en Mattson, 2003).

Desde hace tiempo se ha pensado que la carbamazepina funciona para el control de la estimulación de convulsiones en el lóbulo temporal y el sistema límbico (Tunks y Dermer, 1977). No es sorprendente que se haya demostrado como exitoso en el control de la agresión asociada con anormalidades en estas regiones (Neppe, 1983; Tunks y Dermer, 1977). Pacientes con anormalidades no específicas en el EEG y problemas de conducta concomitantes también han mostrado mejora con el uso de esta droga (Yassa y Dupont, 1983), así como han mejorado individuos con TCE significativos (Azouvi et al., 1999). Un limitado número de informes han sugerido que paciente agresivos con esquizofrenia mejoran con la carbamazepina, típicamente como terapia adjunta al uso de anti-psicóticos. Grossman (1988) promovió el uso de la carbamazepina como una alternativa al valproato en pacientes envejecientes con demencia,

reportando una efectividad similar y bien tolerada por esta población, con cierta preocupación por los efectos secundarios, especialmente los hematológicos y hepáticos (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(c) Fenitoina: Barratt y colaboradores (1997) han contribuido significativamente al entendimiento de la agresividad y su tratamiento. Sus estudios de agresividad impulsiva en internos privados de libertad, no sólo han contribuido al rol de la fenitoina en el tratamiento de la agresividad, sino que valora la importancia de apreciar la conducta en el contexto. Así, en un estudio controlado de administración de fenitoina a 60 internos divididos en grupos bajo el principio de que su agresividad fuera impulsiva o premeditada, la fenitoina fue asociada en una reducción de la agresividad en los internos catalogados como impulsivos (Barratt et al., 1997). De manera subsecuente, en un estudio controlado involucrando 46 hombres reclutados a través de anuncios que describían un posible tratamiento para temperamento problemático, Stanford y sus Colegas (2001) de manera similar encontraron la fenitoina significativamente más efectiva en reducir la agresividad impulsiva. La aparente selectividad de este agente para reducir la agresividad impulsiva es intrigante a la luz de las investigaciones de Keele (2001), quien demostró que la inhibición de la fenitoina de la agresión inducida por aislamiento en la rata es específica para animales considerados hiposertonémicos. El enlace entre la impulsividad, la agresión y el 5HT estaba claramente establecido (Cherek y Lane, 2001), y es posible que otras drogas serotoninérgicas mejoraran los efectos de la fenitoina en términos de efectividad y carga de efectos secundarios (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(d) Gabapentina y Lamotrigina: Los nuevos agentes anti-convulsivantes han sido estudiados con respecto a su utilidad al reducir conductas agresivas. Se ha observado un éxito limitado con la Gabapentina y Lamotrigina. Miller (2000) revisó la información disponible del uso de la Gabapentina en pacientes envejecientes con demencia. 6 reportes de casos y dos estudios de clasificación abierta (representando un total de 24 pacientes) en conjunto apoyan su uso. Adicionalmente Hawkins y sus colegas (2000) (revisión retrospectiva de records) reportaron un efecto similar con 24 pacientes de hospicio (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

En población psiquiátrica, los casos acumulados reportan que la gabapentina puede iniciar o agravar la conducta agresiva (Lee et al., 1996; Tallina et al., 1996; Wolf et al., 1995; McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Evidencia mixta también se ha acumulado apoyando el uso de lamotrigina como un agente anti-agresivo. Devarajan y Dursum (2000) han reportado éxito en el uso común en pacientes con demencia de lóbulo frontal. Davanzo y King (1996) la encontraron efectiva en el tratamiento de conducta auto-injurosa en un paciente neurológicamente complicado de 18 años de edad. Uvebrandt y Bausiene (1994) reportaron que 8 de 13 niños con autismo experimentaron un efecto beneficioso, cuando la lamotrigina fue administrada para la epilepsia. Sin embargo, Beran y Gibson (1998) describieron múltiples casos de adultos con déficit intelectual y trastorno convulsivo que manifestaron aumento en la agresividad cuando la

lamotrigina fue añadida a la medicación anti-convulsivante existente (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Agentes Serotonérgicos. (a) Trazodona. Desde 1986, tres investigaciones abiertas (Pinner y Rich, 1998; Simpson y Foster, 1986; Zubietta y Alessi, 1992) y tres estudios de caso han reportado la trazodona como un agente anti-agresivo. Estos estudios representan un total de 36 pacientes, con diagnósticos tales como demencia y una variedad de problemas neurológicos severos, pero también incluyen un grupo de niños saludables con trastorno de conducta. Todos los pacientes habían fallado en intentos con otros agentes antes de la administración de trazodona. De esta colección de casos, 22 (61%) reportaron una reducción de las conductas agresivas, mientras que 3 (5%) reportaron empeoramiento (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Aunque no se considera un tratamiento de primera línea, Herrmann (2001) recomienda el uso de trazodona como un tratamiento alternativo de la agresión asociada a la demencia. Como grupo, los psiquiatras que se especializan en el tratamiento de TCE favorecen el uso de trazodona (después de la carbamazepina y los antidepresivos tricíclicos), prescribiéndola más frecuentemente que la amantadina o β -bloqueadores (Fugate et al., 1997). Esto sugiere que pacientes neurológicamente complicados o pacientes que han fallado al controlar su agresividad con otros medicamentos, podrían responder favorablemente a esta droga (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(b) Clomipramina. De los antidepresivos tricíclicos, la clomipramina es la que ha acumulado más éxito modificando la agresividad, tal vez por su

perfil serotoninérgico. Recientemente Luiselli y sus colegas (2000) reportaron un estudio de un caso comprando clonazepan, propranolol, sertralina y clomipramina para el tratamiento de la agresión en un adolescente con autismo. La efectividad de la clomipramina al reducir la frecuencia de actos agresivos (a 0.9 actos por día) fue notablemente superior a otros medicamentos (reducción de 4, 4.2 y 3.2 actos de agresión por día respectivamente), y este control exitoso perduró por varios meses. Dos reportes de caso (Luiselli et al., 2001; McDougale et al., 1993) y un estudio adicional (Bodkin et al., 1997) apoyan aun más la eficacia de la clomipramina en poblaciones especiales. En un último reporte, 18 de 35 individuos con trastorno perverso del desarrollo (PDD) mostraron una mejora clínica significativa. Sin embargo, los autores notaron que 13 de sus pacientes experimentaron efectos adversos significativos, incluyendo tres que presentaron convulsiones durante el tratamiento. Estos autores recomendaron que un inhibidor selectivo de la receptación de serotonina (SSRI) fuera utilizado en lugar de la clomipramina como tratamiento de primera línea para individuos con PDD e historia de convulsiones (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(c) Bupiriona. Varios estudios de caso y reportes sugieren que la bupiriona es útil en reducir la conducta violenta exhibida por adultos con trastornos de desarrollo (Colella et al., 1992; Gedy, 1991; Ratey et al., 1989, 1991; Verhoeven y Tuinier, 1996). Los investigadores frecuentemente identificaron un beneficio adicional al uso de la bupiriona en este contexto en el que no es probable que cause sedación, evitando un efecto secundario

desafortunado frecuente en las drogas recetadas para esta población (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Un limitado número de reportes de caso indican que la bupiriona puede ser beneficiosa en reducir los síntomas agresivos relacionados con la demencia (Holzer et al., 1995), Enfermedad de Huntington (Byrn et al., 1994; Findling, 1993), y para la combinación de TDAH con trastornos de conducta (Quiason et al., 1991). Una revisión retrospectiva de 20 adultos con Daño Cerebral Traumático (Stanivslav et al., 1994) y un estudio doble-ciego de escalada en la dosis de personas con demencia (Levy et al., 1994) indicaron que la bupiriona reducía la agresión (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

En general, el entusiasmo por la bupiriona parece haber aumentado luego de la llegada de varios reportes al final de los años 90, pero continúa como una consideración importante en ciertas circunstancias. Por ejemplo, los individuos que parecen volverse desinhibidos y agresivos en dosis bajas de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina pueden ser candidatos para estudio dado que la bupiriona funciona como una agonista parcial (Stanislav et al., 1994), podría ser una influencia moderada (antagonista) bajo estas circunstancias (Campbell et al., 1992; McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

(d) Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Con esta clase de drogas, las opciones disponibles para tratamiento incluyen la fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram. Al tomarse juntas, esta clase de medicamentos aumenta el

apoyo recibido en el tratamiento de la agresividad, en una variedad de contextos (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Coccaro y Kavousi (1997) determinaron que la fluoxetina tiene un efecto anti-agresivo superior al placebo al ser administrado a 40 individuos con trastorno de personalidad sin depresión mayor pre-mórbida, manía o esquizofrenia. La diferencia fue detectada al final de 4 semanas y se sostuvo a través de las medidas tomadas al final de los meses 2 y 3. Estos resultados no parecen estar influenciados por cambios en el estado depresivo, ansiedad o uso de alcohol (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Estudios abiertos han demostrado recientemente control exitoso o reducción de la agresividad en personas bajo el uso de sertralina en una variedad de contextos clínicos. Estas condiciones incluyen personas con TCE cerrado (Kant et al., 1998; Kim et al., 2001), adultos con autismo y PDD (McDougle et al., 1998), y adultos con trastorno de personalidad y agresión impulsiva (Kavoussi et al., 1994). El citalopram también se ha reportado como beneficioso para niños, niñas y adolescentes agresivos bajo cuidado psiquiátrico ambulatorio (Armenteros y Lewis, 2002) así como para personas para personas con demencia (Pollack., 1997; McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Walsh y Dinan (2001) recientemente revisaron todos los trabajos publicados que vinculan los ISRS a la violencia y concluyeron que la evidencia no apoya un vínculo causal general entre el uso de ISRS y un aumento en la agresividad. Ellos sí reconocen que una pequeña proporción de pacientes pueden desarrollar akatisia y/o exhibir un aumento en la

ansiedad bajo el tratamiento con ISRS. La experiencia clínica con ISRS en niños, particularmente aquellos con impedimentos del desarrollo, reconoce cada vez más un punado de individuos con una exquisita sensibilidad a esta clase de medicamentos (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Anti-psicóticos. (a) Haloperidol. El éxito de los anti-psicóticos tradicionales en el control de conductas agresivas está bien documentado (Miczuk, 1987), y su uso ha sido preponderante en la práctica psiquiátrica clínica durante años, particularmente en los hospitales y en las salas de emergencia (Buckley, 1999). Sin embargo, también se ha documentado la creciente preocupación de que su éxito podría derivarse de su efecto sedativo general, en oposición a que se derive de su influencia moderadora en los mecanismos fisiológicos específicos para la agresividad (Delito et al, 1998; McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Esta preocupación, junto al reconocimiento de los efectos secundarios asociados con esta clase de medicamentos, ha llevado a los clínicos a optar por otra alternativa medicamentosa. Actualmente hay una creciente tendencia de los clínicos a buscar alternativas para el control de la agresividad crónica, mientras que las presentaciones agudas de la conducta agresiva continúa siendo considerada como un escenario apropiado para la administración de anti-psicóticos tradicionales, tales como el haloperidol y otros. La velocidad del inicio de la presentación de los síntomas, opciones de rutas de administración (oral, intramuscular o intravenosa) y la probabilidad anticipada de control continúan apoyando su uso en situaciones peligrosas. En la fase aguda, las preocupaciones sobre efectos secundarios se limitan primordialmente a distonia y sobre-sedación. Ya que las

reacciones distónicas responden a la intervención farmacológica (típicamente benztropina o diphenhidramina) y los efectos sedativos, pueden ser profundos y/o prolongados, pero no riesgosos para la vida del paciente (en las dosis de rutina en la sala de emergencias), el ratio entre riesgo-beneficio en cuanto al uso de esta medicación para paciente peligrosos torna la balanza a su favor (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Entre los anti-psicóticos más utilizados para control de la agresión se encuentran la clozapina, con efectividad probada para el control de la agresividad especialmente en pacientes con trastornos psiquiátricos primarios, tales como esquizofrenia o trastorno esquizo-afectivo (Chengappa et al., 2000; Glazer y Dickson, 1998; Hector, 1998; Longeran et al., 2001; Rabinowitz et al., 1996; Spivak et al., 1997). Sin embargo, varias experiencias han reportado efectividad para la agresividad en una variedad de condiciones incluyendo el trastorno de límite de personalidad (Chengappa et al., 1999), retraso mental (Cohen y Underwood, 1994; Hammock et al., 2001), TBI (Michals et al., 1993), y TOC severo (Steinert., 1996) en especial con la presencia de síntomas psicóticos (McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Los efectos anti-agresivos de la clozapina han sido demostrados como independientes y no como un componente general de la sedación. (Buckley, 1999; Spivak et al., 1997; Volavka et al., 1993). Un mecanismo potencial para esto podría ser su potente antagonismo de receptores 5-HT-2, aumentando la accesibilidad serotoninérgica (Kavoussi y Coccaro, 1998b). Combinada con su bien merecida reputación para el éxito de la mayoría de tratamientos en pacientes psicóticos resistentes, ha llevado a los

investigadores clínicos a pensar en esta como un agente de primera línea para controlar pacientes difíciles (Hector, 1998). Sin embargo, a pesar de que se reconoce como un efectivo agente anti-agresividad, la tendencia es a limitar su uso a pacientes psicóticos agresivos que han fallado intentos con otros anti-psicóticos, posiblemente debido a su perfil de efectos secundarios.

(b) Risperidona. La risperidona es un anti-psicótico de segunda generación cuyos beneficios anti-agresividad han sido bien investigados. En un meta-análisis reciente de 7 estudios controlados Aleman y Kahn (2001), documentan su eficacia para tratar la agresividad asociada con trastorno psicótico primario. Varios estudios doble-ciegos controlados por placebo han apoyado su habilidad para controlar la agresividad de distintas poblaciones, incluyendo el autismo y PDD (McDougle et al., 1998), discapacidades del desarrollo (Zarcone et al., 2001), demencia (DeDeyn et al., 1999; Katz et al., 1999), trastornos de conducta (Findling et al., 2000), y adolescentes hospitalizados con trastornos de conducta y habilidades cognitivas por debajo del promedio (Buitelaar, 2000; Simeon et al., 2002). Un limitado número de reportes de caso sugieren su efectividad en la reducción efectiva de conducta agresiva en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Rocca et al., 2002). Trastorno Antisocial de la Personalidad (Hirose, 2001) y síndrome de Prader-Willi (Durst et al., 2000; McQuade et al. citado en Mattson, 2003).

(c) Olanzapina. El interés en la investigación de nuevos anti-psicóticos se extiende a la olanzapina, una tercera alternativa en su clase. En relación a la clozapina y la risperidona, existen menos reportes en

relación con su eficacia en aminorar la agresividad, por consiguiente los datos son menos llamativos.

Algunos estudios piloto han reportado éxito en el uso de olanzapina en las medidas conductuales de pacientes con Trastorno Pervasivo del Desarrollo (Potenza et al., 1999), sin embargo otros estudios reportan la supremacía de la risperidona y la clozapina en el caso de preadolescentes (Krishnamoorthy y King, 1998) además de que fuera descontinuado debido a los efectos adversos (sedación, aumento de peso y/o akatisia) o falta de respuesta clínica, lo que fuera replicado en otros estudios (Czobor et al., 2002; Ratzoni et al., 2002).

Benzodiacepinas. Miczuk (1987) resume la evidencia que demuestra la efectividad en el uso de las benzodiacepinas en el control de la agresividad a corto plazo, la cual es sustancial. Así mismo es sustancial la literatura que documenta los aumentos paradójicos de las conductas agresivas (Miczuk, 1987). A pesar de que la incidencia de las reacciones paradójicas se asume como baja (Gardos, 1980), puede ser extrema (Dietch y Jennings, 1998), causando una disminución en la confianza en las benzodiacepinas para el tratamiento de la agresión primaria. La administración crónica de las benzodiacepinas es complicada por la tolerancia y posible dependencia, la cual es más probable en individuos con historia de uso o abuso de sustancias (Pabis y Stanislav, 1996), riesgos que en general no vale la pena tomar, dado que las benzodiacepinas no se han demostrado como efectivas en el control a largo plazo de la agresividad (Salzman, 1998; McQuade et al., citado en Mattson, 2003).

Otros efectos secundarios de las benzodiacepinas incluyen mareo, descoordinación, diplopía, disminución de la agudeza mental (Dupont y Saylor, 1992). Fava (1997) advierte en contra del uso de benzodiacepinas para tratar la agresividad asociada con demencia, haciendo notar que los envejecientes son vulnerables a la desinhibición. En adición, existe evidencia de vinculación del uso de la benzodiacepinas con fracturas de cadera (Ray, 1989; Wang et al., 2001; McQuade et al., citado en Mattson, 2003)

El uso de drogas de corta duración como el lorazepam para tratar la agresividad en general es recomendado de manera limitada para la administración aguda en condiciones de emergencia. En estas circunstancias el lorazepam continua siendo utilizado de manera rutinaria y las investigaciones actuales apoyan su efectividad, sea utilizado solo o en combinación con haloperidol (Salzman et al., 1991). Pabis y Stanislav (1996) extendieron su recomendación al incluir cualquier uso de corto plazo (<2 semanas) o ocasionalmente cuando se a necesario para controlar episodios agresivos no-psicóticos.

Esteroides y Derivados. Niveles elevados de andrógenos se han asociado a la violencia masculina, dentro (Dabbs et al., 1995) y fuera (Virkunen et al., 1994) de las prisiones, y hombres normales han experimentado un incremento en las conductas agresivas al administrarles altas dosis de testosterona (Jouri et al., 1998). En modelos animales se ha reportado como exitoso el uso de terapia hormonal en el control de la agresividad (Slavikova et al., 2001). Subsecuentemente, los investigadores han tratado de usar una variedad de anti-andrógenos con supresores de la

agresividad. Algo de éxito se ha hallado con este abordaje cuando la agresividad que es de naturaleza sexual es lo que se desea controlar. El acetato de medroxyprogesterona y el acetato de cyproterona (ambos anti-andrógenos) han mostrado una mejora en el control conductual de hombres encarcelados con parafilias (Kravitz et al., 1995). Ott (1995) reportó éxito al tratar un hombre con síndrome de Kluver Bucy con luprolida (un análogo del estrógeno); aquí el control fue limitado a las agresiones sexuales.

Más recientemente, los pacientes envejecientes que sufren de diversos tipos de demencia han sido el foco de estudio. Orengo y sus colegas (2002) han determinado que niveles libres de testosterona en hombres envejecientes con demencia se han correlacionado positivamente con conductas agresivas no sexuales a través de la terapia anti-andrógenos. Lo que fue corroborado por Amadeo (1996) con el uso de acetato medroxyprogesterona y acetato de luprolida en una población similar y por Shelton y Brooks (1999) quienes reportaron reducción de la agresividad en dos envejecientes con el uso de estrógenos conjugados y diethylstilbestrol respectivamente (McQuade et al., citado en Mattson, 2003)

RESULTADOS

Datos Demográficos

La media de la edad de los participantes indica que la evaluación fue realizada a un grupo de adultos jóvenes ($M^{***}35.5$, $DT^{***}9.5$), los cuales en promedio, no habían completado el bachillerato, estaban cerca de completarlo o habían realizado estudios de educación superior de algún tipo ($M^{***}10$, $DT^{***}3$) y quienes habían perpetrado en su mayoría algún tipo de agresión psicológica ($M^{***}0.82$, $DT^{***}0.33$) y/o agresión física ($M^{***}0.71$, $DT^{***}0.42$) (véase Tabla 2).

El estudio indica que la mayoría de los ACF participantes tiene entre 9 y 12 años de educación, sin embargo la relación entre el nivel de escolaridad y el tipo de agresión ejercida no es significativa ($p^{***} 0.51$) (véase Tabla 3). Lo mismo ocurre en el caso de la edad de los participantes, ya que la mayoría se encuentra entre los 28 a 35 años, mas sin embargo esta diferencia tampoco es significativa ($p^{***}0.08$) (véase Tabla 4).

Tabla 2

Medias y Desviación Típica de la Información Demográfica y Tipo de Violencia Ejercida.

	<i>M</i>	<i>DT</i>
Edad	35.5	9.5
Escolaridad	10.4	3.07
Física	0.71	0.46
Psicológica	0.82	0.38
Verbal	0.47	0.50
Emocional	0.06	0.23

Tabla 3

Escolaridad y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.

		Años de Educación en clase			Total	
			6-8	9-12	13-16	
Tipo de	Ver./ Psi.	R	4	5	3	12
Violencia		%	33.3%	41.7%	25.0%	100.0%
	Fís./ Psi.	R	5	5	4	14
		%	35.7%	35.7%	28.6%	100.0%
	Ver./Fís.	R	0	4	0	4
		%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Fís./Emo.	R	1	1	0	2
		%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	Ver./ Psi./Fís.	R	0	1	1	2
		%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	Total	R	10	16	8	34
		%	29.4%	47.1%	23.5%	100.0%

Nota. Fis.***física, Psi.*** psicológica, Emo.*** emocional, Ver.*** verbal, R.*** recuento. La prueba de Chi cuadrado determinó $p>0.05$.

Tabla 4

Edad y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia.

			Edad clasificada de los participantes				Total
			20-27	28-35	36-43	44-52	
Tipo de	Ver./Psi.	R	2	5	3	2	12
Violencia		%	16.7%	41.7%	25.0%	16.7%	100.0%
	Fís./Psi.	R	5	4	2	3	14
		%	35.7%	28.6%	14.3%	21.4%	100.0%
	Ver./Fís.	R	0	2	0	2	4
		%	.0%	50.0%	.0%	50.0%	100.0%
	Fís./Emo	R	0	0	0	2	2
		%	.0%	.0%	.0%	100.0	100.0%
		%					
	Ver./Psi./	R	0	0	2	0	2
	Fís.						
		%	.0%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Total	R	7	11	7	9	34
	%	20.6%	32.4%	20.6%	26.5%	100.0%	

Nota. Fis.***física, Psi.*** psicológica, Emo.*** emocional, Ver.*** verbal,

R.*** recuento. La prueba de Chi cuadrado determinó $p > 0.05$.

Evaluación Neuropsicológica

En este caso sólo se discutieron aquellos resultados a los que se hizo referencia en las hipótesis o aquellos que se consideraron de relevancia para el estudio. Los mismos fueron analizados a través de la presentación descriptiva de la Media Aritmética y Desviación Típica de los resultados de cada prueba realizada, y su correlación con los datos demográficos de la población. Con la finalidad de explicar la relación entre las distintas variables del estudio, se realizaron tablas de contingencia a través de la prueba de Chi Cuadrado de Pearson.

En general la muestra de agresores evaluados obtuvieron puntuaciones que les califica con una inteligencia no-verbal clasificada como promedio por el TONI-2 ($M^{***}90.4$, $DT^{***}12.2$), para su grupo normativo correspondiente a su edad. Sin embargo con respecto al Ítem relativo a las categorías completadas en el WCST, la puntuación estuvo por debajo de lo esperado con respecto al grupo normativo ($M^{***}2.7$, $DT^{***}1.5$). Así mismo ocurrió con la puntuación correspondiente a los errores de perseveración de esta misma prueba ($M^{***}33.7$, $DT^{***}17.9$), con la parte B del TMT ($M^{***}88.1$, $DT^{***}54.6$) y el Test de Stroop color/palabra ($M^{***}26.9$, $DT^{***}11.2$), además de que obtuvieron una puntuación negativa en el IGT final ($M^{***}-0.7$, $DT^{***}21.1$). (véase Tabla 5)

Tabla 5

Media y Desviación Típica de las Puntuaciones Directas de las Pruebas Neuropsicológicas.

<i>Pruebas</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
TONI – 2	90,41	12,29
WCST- cat.	2,76	1,57
WCST- er. per.	33,76	17,90
CCPT-II – om.	9,52	15,38
CCPT-II – com.	7,11	8,11
GT- final	-0,76	21,16
TMT- A	37,18	36,57
TMT- B	88,16	54,62
Stroop – palabra	69,47	27,26
Stroop – color	50,00	14,81
Stroop - color/pal	26,94	11,28
GT-A	23,35	5,02
GT-B	27,00	7,84
GT-C	24,35	5,31
GT-D	25,29	6,20

La puntuación a escala (véase Tabla 6) nos revela que los participantes realizaron ejecuciones en las pruebas correspondientes a un nivel de impedimento leve. De manera detallada los participantes obtuvieron resultados que empeoraban en los casos donde se presentaron agresiones físicas.

Tabla 6

Puntuación a Escala y Agresión Ejercida. Medias y Desviaciones Típicas.

Tipo de Violencia		WCST -cat	WCST -per	TM T-A	TM T-B	Stroop -pal	Stroop -color	Stroop -col/pal
Ver./Psi.	N	12	12	12	12	12	12	12
	M	2.00	2.00	1.50	1.67	2.33	2.83	2.67
	DT	1.59	.85	1.31	1.87	1.30	1.11	.98
Fís./Psi.	N	14	14	14	14	14	14	14
	M	2.50	3.14	.43	1.93	2.71	2.93	2.64
	DT	1.34	1.09	.75	1.77	.91	.82	.84
Ver./Fis.	N	4	4	4	4	4	4	4
	M	2.50	1.50	2.00	2.00	3.00	3.50	2.00
	DT	1.73	.57	2.30	2.30	1.15	.57	1.15
Fís./Emo.	N	2	2	2	2	2	2	2
	M	3.00	4.00	1.00	4.00	4.00	3.00	3.00
	DT	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Ver/Psi/E.	N	2	2	2	2	2	2	2
	M	3.00	4.00	1.00	3.00	3.00	3.00	2.00
	DT	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
Total	N	34	34	34	34	34	34	34
	M	2.38	2.65	1.06	2.03	2.71	2.97	2.56
	DT	1.39	1.17	1.27	1.80	1.088	.870	.89

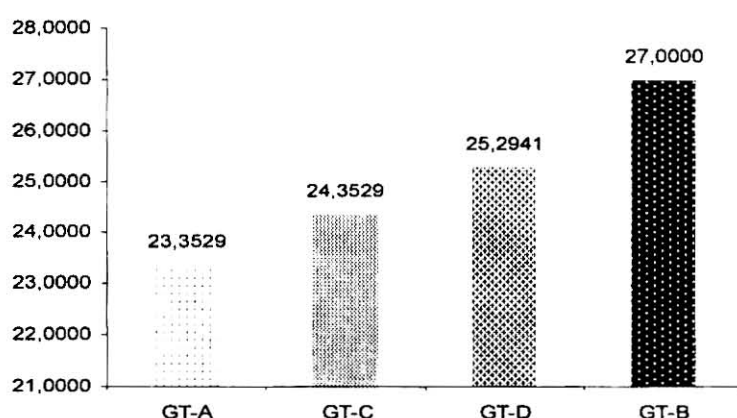
Nota. Fis.***física, Psi.*** psicológica, Emo.*** emocional, Ver.*** verbal,

Stroop/pal***Stroop palabra, Stroop-col/pal***Stroop color/palabra.

En el caso del IGT, la mayor cantidad de cartas seleccionadas de las posibles opciones, escogidas por los participantes fue del set de cartas correspondiente a la letra B ($M^{***}27$). Este representa el set de cartas más desventajoso de los 4 presentados para escoger. Esta selección fue seguida por la selección de cartas del set D ($M^{***}25.2$), el más favorecedor de todos.

Figura 1

Promedio de la Frecuencia de Selección de Sets de Cartas de IGT.



Nota. GT-A, GT-B, GT-C y GT-D corresponde a la cantidad de cartas seleccionadas en el IGT procedentes de los sets A, B, C y D.

Las puntuaciones obtenidas en la medida de inteligencia no-verbal, no tienen una relación significativa con el tipo de agresión ejercida ($p^{***}0.31$) (véase Tabla 7) ni con el nivel educativo de los agresores, a pesar de que la mayoría tiene un nivel de educación que no sobrepasa el bachillerato ($p^{***}0.32$). (véase Tabla 8)

Tabla 7

Puntuaciones Obtenidas del TONI-2 y Tipo de Violencia Ejercida. Tabla de Contingencia

			TONI 2			Total
			64-81	82-98	99-115	
Tipo de	Ver./Psi.	R	2	10	0	12
Violencia						
		%	16.7%	83.3%	.0%	100.0%
	Fís./Psi.	R	2	10	2	14
		%	14.3%	71.4%	14.3%	100.0%
	Ver./ Fís.	R	0	2	2	4
		%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	Fís./ Emo.	R	0	2	0	2
		%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
	Ver/Fis/Ps	R	0	1	1	2
		%	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
Total		R	4	25	5	34
		%	11.8%	73.5%	14.7%	100.0%

Nota. Fis.***física, Psi.*** psicológica, Emo.*** emocional, Ver.*** verbal. La prueba de Chi Cuadrado determinó $p > 0.05$.

Tabla 8

Puntuaciones Obtenidas del TONI-2 y Nivel Educativo de Agresores. Tabla de Contingencia

		Años de Escolaridad			Total	
			6-8	9-12	13-16	
TONI 2	64-81	R	2	2	0	4
		%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	82-98	R	8	10	7	25
		%	32.0%	40.0%	28.0%	100.0%
	99-115	R	0	4	1	5
		%	.0%	80.0%	20.0%	100.0%
Total		R	10	16	8	34
		%	29.4%	47.1%	23.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi Cuadrado determinó $p > 0.005$

Ante la presencia o no de agresiones físicas, las puntuaciones obtenidas en los errores de perseveración del WCST ($M^{***}23.8$, $DT^{***}6.67$), el TMT-B ($M^{***}69.2$, $DT^{***}96.03$) y GT final ($M^{***}10.6$, $DT^{***}16.46$) son más altas que en los casos de violencia donde no se reportó agresión física. En este sentido, en presencia de agresiones físicas la puntuación relativa a los errores de perseveración del WCST ($M^{***}37.0$, $DT^{***}19.5$), al TMT-B ($M^{***}96.03$, $DT^{***}53.09$) y el GT final ($M^{***}-5.5$, $DT^{***}21.37$) están por

debajo a las anteriores. A pesar de que en los casos donde se registró agresión física, los resultados del Stroop color/palabra y del CCPT-II com, estuvieron por debajo de los casos en los que no se registró agresión física, las diferencias no fueron significativas. (véase Tabla 9).

Tabla 9

Relación entre la Media y Desviación Típica de los Resultados de WCST per, CCPT-II com, TMT-B, Stroop col/pal y la Presencia de Agresión Física.

	Agresión Física					
	NO		SI		Total	
	M	DT	M	DT	M	DT
WCST - per	23,80	6,67	37,91	19,52	33,76	17,90
CCPTII - com	7,60	9,34	6,91	7,75	7,11	8,11
TMT- B	69,28	56,34	96,03	53,09	88,16	54,62
Stroop -col/pal	26,40	10,16	27,16	11,91	26,94	11,28
IGT final	10,60	16,46	-5,50	21,37	-0,76	21,16

Con relación a la edad de los participantes, se encontró una relación significativa en referencia a los resultados de los errores de comisión del CCPT-II ($p^{***}0.000$) (véase Tabla 10), del TMT-B ($p^{***}0.005$) (véase Tabla 11) y del Stroop color/palabra ($p^{***}0.01$) (véase Tabla 12). Específicamente indicando peor ejecución en el caso de menor edad en el resultado del CCPT-II e indicando peor ejecución en el caso de mayor edad en el TMT-B y el Stroop-color/palabra.

No se encontró relación significativa entre la cantidad de errores de perseveración cometidos en el WCST ($p^{***}0.07$) (véase Tabla 13) y la edad de los participantes.

Tabla 10

Errores de Comisión del CCPT-II y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia

			Edad clasificada de los participantes				Total
			20-27	28-35	36-43	44-52	
CCPT-II-com	0-13	R	2	11	7	9	29
		%	6.9%	37.9%	24.1%	31.0%	100.0%
	14-26	R	5	0	0	0	5
		%	100.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
Total		R	7	11	7	9	34
		%	20.6%	32.4%	20.6%	26.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi Cuadrado determinó $p < 0.01$

Tabla 11

Resultados del TMT-B y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia

			Edad clasificada de los participantes				Total
			20-27	28-35	36-43	44-52	
TMT-B	20-54	R	4	9	1	0	14
		%	28.6%	64.3%	7.1%	.0%	100.0%
	55-88	R	2	2	2	0	6
		%	33.3%	33.3%	33.3%	.0%	100.0%
	89-122	R	1	0	2	3	6
		%	16.7%	.0%	33.3%	50.0%	100.0%
	125-156	R	0	0	0	1	1
		%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	157-190	R	0	0	2	5	7
		%	.0%	.0%	28.6%	71.4%	100.0%
Total		R	7	11	7	9	34
		%	20.6%	32.4%	20.6%	26.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi Cuadrado determinó $p < 0.01$

Tabla 12

Resultados de Stroop color/palabra y Edades de los Participantes

			Edades de los participantes				Total
			20-27	28-35	36-43	44-52	
Stroop- color/pal	3-15	R	0	2	0	5	7
		%	.0%	28.6%	.0%	71.4%	100.0%
	16-28	R	1	3	3	4	11
		%	9.1%	27.3%	27.3%	36.4%	100.0%
	29-41	R	6	6	4	0	16
		%	37.5%	37.5%	25.0%	.0%	100.0%
Total		R	7	11	7	9	34
		%	20.6%	32.4%	20.6%	26.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi cuadrado determinó $p < 0.05$

Tabla 13

Errores de perseveración en el WCST y Edad de los Participantes. Tabla de Contingencia.

			Edad clasificada de los participantes				Total
			20-27	28-35	36-43	44-52	
WCST-per	10-24	R	5	4	2	2	13
		%	38.5%	30.8%	15.4%	15.4%	100.0%
	25-39	R	2	3	1	2	8
		%	25.0%	37.5%	12.5%	25.0%	100.0%
	40-54	R	0	4	4	2	10
		%	.0%	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
	70-85	R	0	0	0	3	3
		%	.0%	.0%	.0%	100.0	100.0%
							%
Total		R	7	11	7	9	34
		%	20.6%	32.4%	20.6%	26.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi cuadrado determinó $p > 0.05$

($p^{***}0.06$) (ver Tabla 14) indica que no existe relación significativa entre estas variables ($p>0.05$), tal como ocurre en el caso de la puntuación del IGT final ($p^{***}0.66$) (ver Tabla 15) y del TONI-2 ($p^{***}0.31$) (ver Tabla 16).

Tabla 14

Resultados del WCST final y Años de Escolaridad. Tabla de Contingencia.

			Años de Educación en			Total
			clase			
			6-8	9-12	13-16	
WCST-cat	1-2	R	8	5	6	19
		%	42.1%	26.3%	31.6%	100.0%
	3-4	R	2	7	2	11
		%	18.2%	63.6%	18.2%	100.0%
	5-6	R	0	4	0	4
		%	.0%	100.0%	.0%	100.0%
Total		R	10	16	8	34
		%	29.4%	47.1%	23.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi cuadrado determinó $p>0.05$

Tabla 15

Resultados del IGT final y Años de Escolaridad. Tabla de Contingencia.

			Años de Educación			Total
			6-8	9-12	13-16	
IGT-final	-56-2	R	4	7	2	13
		%	30.8%	53.8%	15.4%	100.0%
	3-40	R	6	9	6	21
		%	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
Total		R	10	16	8	34
		%	29.4%	47.1%	23.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi cuadrado determinó $p > 0.05$

Tabla 16

Puntuación Directa del TONI-2 y Nivel de Escolaridad. Tabla de Contingencia.

			Años de Educación			Total
			6-8	9-12	13-16	
TONI 2	64-81	R	2	2	0	4
		%	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
	82-98	R	8	10	7	25
		%	32.0%	40.0%	28.0%	100.0%
	99-115	R	0	4	1	5
		%	.0%	80.0%	20.0%	100.0%
Total		R	10	16	8	34
		%	29.4%	47.1%	23.5%	100.0%

Nota. La prueba de Chi Cuadrado determinó $p > 0.05$

DISCUSION y CONCLUSIONES

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que los ACF poseen una medida de la inteligencia no-verbal que se clasifica en un nivel promedio, independiente del nivel educativo o edad de los participantes. Sin embargo, nos indican la presencia de una disfunción relacionada con la categorización/abstracción, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, así como dificultades para resistir la perseveración aun cuando la composición del grupo normativo podría consistir tanto de hombres agresores como de no agresores.

De manera específica, los ACF mostraron una ejecución por debajo de lo esperado en la parte B del TMT, así como en el ítem color/palabra del Stroop. Lo mismo ocurrió con la medida relacionada a errores de perseveración del WCST demostrando las dificultades para ser flexibles cognitivamente y adaptarse a una situación dada.

La puntuación negativa del IGT indica dificultades en la toma de decisiones, lo cual combinado con una puntuación baja en el ítem de categorías del WCST plantea la posibilidad de un incremento en la frustración de estos individuos.

Por otro lado la ejecución del IGT indica que a pesar de haber seleccionado una gran cantidad de cartas del mazo más desfavorecedor, llegaron a reconocer, aunque de manera tardía, el set de cartas más beneficioso indicando que a pesar de las dificultades en la toma de decisiones que los participantes tiene capacidad para reconocer opciones

que representen un beneficio. Este reconocimiento tardío puede verse influenciado por las dificultades relativas a la flexibilidad cognitiva.

La medida de impulsividad dada por el ítem de comisiones del CCPT-II no presentó déficit significativo lo que implica que la agresión puede perpetrarse sin la presencia de la variable impulsividad en los sujetos que son agresores en contextos familiares.

Existe una relación significativa relacionada con la edad, las dificultades para controlar la impulsividad y la inflexibilidad cognitiva como fuesen evaluadas por el TMT-B, el CCPT-II com y el Stroop col/pal, de tal manera que, al combinarse con otras variables, la juventud podría representar un factor de riesgo en esta población.

En cuando a al nivel escolar, no se encontró relación significativa con los resultados del IGT o el TONI-2 indicando que la capacidad para tomar de decisiones para el propio beneficio no depende del grado escolar alcanzado en esta población.

Conclusiones

Los resultados derivados de este estudio nos llevan a pensar en la necesidad de una sub-clasificación de la agresión según el funcionamiento neurocognitivo que presente la persona agresora dependiente de las características y contexto en que se presente la agresión. A pesar de que la literatura nos lleva a simplificar los tipos de agresores y de agresiones y de que este minimalismo represente un entendimiento sencillo del fenómeno de la violencia, es necesario individualizar los perfiles de los participantes en el ámbito clínico y forense, con la finalidad de establecer modelos de intervención eficientes y eficaces. Esta individualización debe incluir en

todos los casos información acerca del historial médico completo incluyendo la posible ocurrencia de eventos traumáticos, y de enfermedades cerebrales crónico-degenerativas.

Es preciso llegar a acuñar analogías en la clasificación de la violencia, que nos lleven a entender el comportamiento de los agresores de manera integral, con la finalidad de que los investigadores y prestadores de servicios no se vean obligados a escoger un único paradigma para estudiar la problemática, minimizando así, la posibilidad de aprovechar los avances realizados desde las demás disciplinas.

Estas precisiones deberán realizarse con pleno conocimiento de que las variables cognitivas encontradas no representan elementos significativos para el concepto de imputabilidad de estos individuos, ya que estas se presentan aun cuando la capacidad volitiva y la cognición necesaria para discernir y discriminar la realidad están conservadas.

Es posible que en el caso de la VIF, en aquel agresor dominante predomine una conducta agresiva de tipo premeditada, sin disfunción en el control de los impulsos, con una inteligencia por encima del promedio, pero inflexible cognitivamente, y que por otro lado tengamos un agresor clasificado como dependiente, que exhiba conductas agresivas de tipo impulsiva, con pobre control de los impulsos y dificultades con la resolución de problemas. A esto es necesario añadir las diferencias observadas en la historia de vida y en el contexto específico de la violencia.

Las combinaciones y permutaciones que podrían realizarse, relacionadas con el tipo de agresión ejercida, las motivaciones subyacentes, los elementos relacionados con los factores socio-familiares/culturales y el

perfil neurocognitivo dado son muchas, así como las posibilidades de tratamiento y estilo de intervención.

Lo más probable es que se distingan distintos perfiles neurocognitivos, más que un único perfil en el caso de los ACF, en donde podría realizarse una clasificación relacionada con la presencia o no de impulsividad, dificultades con la flexibilidad cognitiva, medidas de inteligencia y capacidad para resistir la perseveración que a su vez podrían incidir en la clasificación de los factores de riesgo que tiene una determinada víctima y consecuentemente en la toma de decisiones de las autoridades. La integración de otros factores de riesgo con una visión biológica y cognitiva, nuevamente se traduce en una estrategia urgente de intervención con una presencia transversal por ejemplo, del tema de control de los impulsos.

En definitiva es necesario ampliar las investigaciones relativas a esta problemática llegando así a consolidar una base de datos amplia que continúe manifestando la necesidad de incorporar las evaluaciones neuropsicológicas a otros ámbitos, tales como el forense.

Al extender el alcance de esta investigación, las limitaciones presentadas por la naturaleza de la muestra se minimizarían, y por ende el impacto negativo en sus resultados. Esto sería posible al ampliar la cantidad de personas evaluadas, así como al incorporar estudios comparativos usando muestras controles que sean debidamente identificadas y que aporten resultados sensibles de validación.

Para esto es necesario fortalecer el uso los de instrumentos de evaluación en poblaciones específicas y estudiar la probabilidad de

estandarización de pruebas como el IGT, que ha sido escasamente aplicado a poblaciones latinas y cuyo diseño varía según los estudios revisados.

REFERENCIAS

- Amato, M. I. (2004). *La Pericia Psicológica en Violencia Intrafamiliar*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.
- Atbasoglu E., Ozguven H., Saka M. y Olmez S. (2005). Relative Sparing of Executive Functions in the Early Phase of Schizophrenia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 17(4), p. 510.
- Barberá, E., Benllonch, I. (Coords.). (2004). *Psicología & Género*. Madrid: Pearson Educación.
- Barea, C. (2004). *Manual Para Mujeres Maltratadas (Que Quieren Dejar de Serlo)*. Barcelona: Editorial Océano.
- Bechara, A., Martin, E. (2004). Impaired Decision Making Related to Working Memory Deficits in Individuals with Substance Addictions. *Neuropsychology*, 18(1), pp. 152–162.
- Bostantjopoulou, S., Kiosseoglou, G., Katsarou, Z. y Alevriadou, A. (2001). Concurrent Validity of the Test of Nonverbal Intelligence in Parkinson's Disease Patients. *The Journal of Psychology*, Obtenido en enero del 2009 desde <http://www.highbeam.com/doc/1G1-76442817.html>Article:
- Bowie, C., Reichenberg, A., Patterson, T. y Heaton, R. (2006). Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects. *The American Journal of Psychiatry*. 163(3), p. 418.
- Brickman A., Buchsbaum, M., Bloom R., Bokhoven P., Paul-Oudouard R., Haznedar M., Dahlman K., Hazlett E., Aronowitz J., Heath D. y Shihabuddin L. (2004). Neuropsychological Functioning in First-Break, Never-Medicated Adolescents With Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(9).

- Brown, L, Sherbenou, R y Johnson, S. (2000). *Manual del Test de Inteligencia No Verbal. Apreciación de la Habilidad Cognitiva sin Influencia del Lenguaje*. Madrid: Tea Ediciones.
- Burdick, K., Goldberg, J., Harrow, M., Faull, R. y Malhotra, A. (2006). Neurocognition as a Stable Endophenotype in Bipolar Disorder and Schizophrenia an Abbreviated Neuropsychological Battery in Multiple Sclerosis Vocational Rehabilitation: Findings and Implications. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4).
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D., Álvarez-Dardet, C. (2007) ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), pp. 55–63.
- Cerezo, A. I. (2000). *El Homicidio en la Pareja: Tratamiento Criminológico*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Clemente, M. (Coord.) (2003). *Manual de Psicología Jurídica*. Manuscrito no publicado.
- Clemente, M., y Vidal, M. A. (2000). La Socialización de la Violencia Culturalmente Aceptada. En F. Fariña y R. Arce (Coord.), *Psicología Jurídica al Servicio del Menor*. Madrid: Cedecs.
- Colby, M. (2008). *Verbal and Working Memory Deficits in an Impulsive Aggressive College Sample*. Disertación doctoral no publicada. Baylor University, Waco, Texas.
- Corsi, J. (1995). *Violencia Masculina en la Pareja. Una Aproximación al Diagnóstico y a los Modelos de Intervención*. Buenos Aires: Paidós.

- De Castro, A. (2000). La psicología existencial de Rollo May, *Visión del Hombre: la Impotencia y la Violencia*. Barranquilla, Colombia: Ediciones Uninorte.
- De Sanctis, N., Espaillat, Y. y Victoria, M. A. (2004). *Perfil del Hombre que Ejerce Violencia Contra la Mujer dentro de la Pareja de los Destacamentos Amigos de la Mujer de Villa Juana y Alma Rosa en Santo Domingo en el Periodo junio-julio del 2004*. Santo Domingo, Rep. Dom.: Tesis de grado. Universidad Iberoamericana.
- Domínguez, A. (2000). *El Homicidio en la Pareja: Tratamiento Criminológico*. Valencia: Editorial Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Intrafamiliar*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Echeburúa, E., del Corral, P., Fernandez-Montalvo, J., y Amor, P. (2004). ¿Se Puede y Debe Tratar Psicológicamente a los Hombres Violentos Contra la Pareja?. *Papeles del Psicólogo*, 25(88), pp.10-18.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Variables Psicopatológicas y Distorsiones Cognitivas de los Maltratadores en el Hogar: un Análisis Descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*. 23, pp. 151-180.
- Esparcia, A. J. (2005). *Neuropsicología Forense: una Nueva Especialidad*. Obtenido el 10 de noviembre del 2008 desde <http://www.ac5-online.com/neuropsicologia.htm>
- Fernández S. (1999). *Neuropsicología Forense: Consideraciones Básicas y Campos de Aplicación*. Conferencia dictada en el First International Congress on Neuropsychology. En Internet. Obtenido el 7 de enero del

2009

desde

<http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/03Fernandez.html>

- Fernández-Duque, D. y Black, S. (2006) Attentional Networks in Normal Aging and Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 20(2), pp. 133–143.
- Foldi, N., Schaefer, L., White, R., Johnson, R., Berger, J., Carney, M. y Macina, L. (2005). Effects of Graded Levels of Physical Similarity and Density on Visual Selective Attention in Patients with Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 19(1), pp. 5–17.
- Friedman, J., Ocampo, R., Elbaz, Z., Parrella, M., y White, L., Bowler, S., Davis, K. y Harvey, P. (2005). The Effect of Citalopram Adjunctive Treatment Added to Atypical Antipsychotic Medications for Cognitive Performance in Patients With Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 25(3), pp. 237-242.
- Gacitúa, M. y Fernández, S. (1999). *Neuropsicología Forense: la Relación entre Daño Cerebral y Conducta Criminal*. Conferencia dictada en el First International Congress on Neuropsychology, noviembre, en Internet. Obtenido el 7 de enero del 2009 desde <http://www.uninet.edu/union99/congress/confs/for/03Fernandez.html>
- Gil-Verona, J., Pastor, J. F., De Paz, F., Barbosa, M., Macías, J. A., Maniega, M. A., Rami-Gonzales, L., Boget, T. y Pirconell, I. (2002). Psicobiología de las Conductas Agresivas. *Anales de Psicología*. 18(2), pp. 293-303.
- Glanz, B.I., Schur, P.H., Lew, R.A. y Khoshbin, S. (2005). Lateralized Cognitive Dysfunction in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Lupus*. 14, pp. 896–902.

- Gonzales, L. y Fernández, S. (2005). Demencia Frontotemporal: Manifestaciones Clínicas y Repercusiones Forenses. Universidad Complutense de Madrid. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, pp. 87-106.
- Gottesman, R., y Maxwell, R. (1999). *Violence in America: an Enciclopedia* (Vol.3). New York: Charles Scribner's sons. An imprint of The Gale Group.
- Graham, K. (2003). *Social Drinking and Agression*. En M. Mattson (Ed.), *Neurobiology of Agression* (pp.135-150). New Jersey: Humana Press.
- Grohman, K. y Fals-Stewart, W. (2004).The Detection of Cognitive Impairment Among Substance-Abusing Patients: The Accuracy of the Neuropsychological Assessment Battery—Screening Module. *Neuropsychology*, 12(3), pp. 200–207.
- Gutiérrez, M y Torres, C. (2001). *Guía a la Quinta Edición del Manual de Publicaciones of The American Psychological Association*. Puerto Rico. Obtenido en octubre 5 del 2008 desde <http://educacion.uprrp.edu/facedu.htm>
- Kohn, S. y Asnis, G. (2003). Agression in Psychiatric Disorders. En M. Mattson (Ed.), *Neurobiology of Agression* (pp.135-150). New Jersey: Humana Press.
- Harnett, M., Godfrey, H., y Knight, R. (2004). Regression Equations for Predicting Premorbid Performance on Executive Test Measures by Persons with TBI. *New Zealand Journal of Psychology*, 33(2), p. 78.
- Heaton, R., Chelune, G., Talley, J., Kay, G., Curtis, G., (1975). *Wisconsin Card Sorting Test Manual, Revised and Expanded*. New York: Psychological Assessment Resources.

- Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Herrera, J. A. (2000). *Diagnóstico Neurocognitivo de los Trastornos del Aprendizaje*. Manuscrito no publicado para el Programa Internacional de Post-Grado en Trastornos del Desarrollo y del Aprendizaje. Miami, Fl.
- Herrera J. A. (2006). *Introducción a la Evaluación Neuropsicológica*. Manuscrito no publicado.
- Herrera J. A., y Roman E. (2006). *Stroop: test de colores y palabras*. Capítulo XII. Manuscrito no publicado.
- Herrera, J. A., Puentes, P., y Barceló, E. (2006). *Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin*. Capítulo IX. Manuscrito no publicado.
- Herrera, J.A., Quintero F.J., y García, A.R. (2006). Fundamentos neuropsicológicos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En F.J. Gutiérrez del Álamo, J. Correas Lauffer y F.J. Quintero Lumbreras (Ed.) *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: ERGON.
- Kohn, S y Asnis, G. (2003). Agression in Psychiatric Disorders. En M. Mattson (Ed.), *Neurobiology of Agression* (pp.135-150). New Jersey: Humana Press.
- Labrador F., Paz P., de Luis P., y Fernandez-Velasco, R. (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica; Programa de Actuación*. Madrid, España: Psicología Pirámide.

- LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Touchstone.
- Lezak, M.D. (1987). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- McEllistrem, J. E. (2004). Affective and Predatory Violence: A bimodal classification system of human aggression and violence. *Aggression and Violent Behavior* 10, 1–30.
- McQuade, D., Barnett, R. J. y King, B. (2003). Pharmacological Intervention in Agression. En M. Mattson (Ed.), *Neurobiology of Agression* (pp.135-150). New Jersey: Humana Press.
- Mackinson, J.A., Leigh, I.W., Blennerhassett, L., y Anthony, S. (1997) Validity of the TONI-2 with deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf*. 142(4), pp. 294-9. Obtenido el 3 de junio del 2009 desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9351299>
- Mapou, R. y Spector, J. (1995) *Clinical Neuropsychology Assessment. A cognitive Approach*. New York: Plenum Press.
- Mattson, M. (Ed.) (2003). *Neurobiology of Agression. Understanding and Preventing Violence*. New Jersey: Humana Press.
- Mezquita, B. (2005). *Manual de Psicología Forense*. Madrid, España: Editorial Síntesis, S.A.
- Molina M., Ramírez N., Polanco J.J. y Quiterio, G. (Ed.). (2007). *Encuesta Demográfica y de Salud 2007*. Santo Domingo, Rep. Dom.: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CEDESM).
- Montero, A. (2007). *Violencia de Género como Instrumento de Desigualdad*. Congreso SARE. Obtenido el 13 de marzo del 2009 desde

http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/sare2007/es_berdingu/adjuntos/mintero.a_07_cast.pdf

Moya-Albiol. L. (2004). Bases Neuronales de la Violencia Humana. *Revista de Neurología*, 38 (11), pp. 1067-1075.

Niehoff, D. (1998). *The Biology of Violence*. New York: The Free Press.

Organización de Estados Americanos (OEA), 1994. *Convención Interamericana, para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*, Convención de Belem Do Pará.

Organización Panamericana de la Salud, 1998. Program on Women Health and Development. *Progress in the Eradication of Violence Against Women*. Washington, D.C.: PAHO.

Ostrosky-Solís, F. (2007). *Neurología de la Violencia*. Oratorio de IV Encuentro Participación de la Mujer en la Ciencia. Mayo, México.

Pola, M. J. (2006). *Femi(ni)cidio en la República Dominicana: 2003-2006*. Santo Domingo: Profamilia.

Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. España: McGraw-Hill.

Procuraduría General de la República. Departamento de Estadísticas. Obtenido el día 20 de junio desde www.procuraduria.gov.do/PGR.NET/Estadisticas/EstadisticaFemicidios.aspx

- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review of the *Journal of Abnormal Child Psychology*. 30(4), August, pp. 311-326(16).
- Raine, A. (1993). *The Psychopathology of Crime. Criminal Behavior as a Clinical Disorder*. San Diego: Academic Press.
- Rodríguez, M. J. (2003). *Violencia de Género, Guía Asistencial*. Madrid: Editorial EOS.
- Sancha, V., Clemente, M y Miguel, J.J. (1987) *Delincuencia: Teoría e Investigación*. Madrid: Alpe Editores.
- Secretaria de Estado de la Mujer. (2001). *Modelo Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar*. (1a. Ed.). SEM. Santo Domingo, R.D.
- Soria, M. y Sáiz, D. (2005). *Psicología Criminal*. Madrid: Pearson, Prentice Hall.
- Spreen, O. y Strauss, E. (1998). *A Compendium of Psychological Tests*. Oxford University Press, New York.
- Tobeña, A. (2002). Cerebros Violentos. Unidad de Psicología Médica. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*; 29 (6): 354-361.
- Tombaugh, T. (1996). *Test of Memory Malingering*. New York: MHS.
- Turnbull, O., Evans, C. y Kemish, K. A. (2006). Novel Set-Shifting Modification of the Iowa Gambling Task: Flexible Emotion-Based Learning in Schizophrenia. *Neuropsychology*, 20(3), pp. 290-298.

Vaquero, C. (2009, marzo-abril). La Violencia Premeditada. Entre el Horror, la Banalidad y la Purificación. *Página Abierta*, 201. Artículo obtenido el 15 de febrero del 2009 desde <http://www.pensamientocritico.org/carvaq0509.htm>

APENDICE

APENDICE 1

FICHA MUESTRAL

Los sujetos que participarán en la investigación deben cumplir con los criterios de inclusión/exclusión que aparecen a continuación. Conteste cada punto con un Cotejo o una X en la casilla correspondiente a su respuesta. Si usted elije **OTROS** debe especificar este punto.

INFORMACIÓN			
Nombre o Pseudónimo:			
Fecha de Nacimiento:			
Fecha de evaluación:			
Nombre del(a) evaluador(a):			
Proveniente de:	Unidad Atención a Víctimas:		Centro Intervención para Hombres:

FUENTES DE INFORMACIÓN(MARQUE CON UNA X O COTAJE)			
Participante:			
Pareja del Agresor:			
Familiares:		Especifique:	
Documentación:	Record Centro	Expediente Unidad	Otro:

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA/RECEPTORES

De acuerdo a la información recolectada (*Cuestionario de Peligrosidad y expediente*), sobre el delito que el entrevistado haya incurrido, determinará el grupo al que corresponde el participante: Por receptores se hace referencia a relación y lugar. No hay necesidad de especificar nombres.

CLASIFICACIÓN	COTEJO O X			RECEPTORES
	SOLO A NIVEL INTRAFAMILIAR	A NIVEL INTRAFAMILIAR Y EN OTROS CONTEXTOS	SÓLO EN OTROS CONTEXTOS NO FAMILIARES	
Violencia Física				
Violencia Psicológica				
Violencia Verbal				
Violencia Emocional				

A. ANTECEDENTES NEUROPATOLÓGICOS Y DE SALUD		SI	NO
A.1 Problemas de Percepción Visual (Ceguera y/o dificultad para percibir tonalidades)			
A.2 Disfunciones Práxicas (movimiento de extremidades superiores, como brazos y manos)			
A.3 Enfermedades Neurológicas			
A.3.1 Accidentes Cerebro-vasculares	A.3.1.1 Hemorragia		
	A.3.1.2 Isquemias (por Trombosis o Embolia)		
	A.3.1.3 Otro		
A.3.2 Infecciones del Sistema Nervioso	A.3.2.1 Meningitis Bacteriana		
	A.3.2.2 Encefalitis		
	A.3.2.3 Absceso cerebral		
A.3.3 Tumores			
A.3.4 Demencias	A.3.4.1 Vascular		
	A.3.4.2 Fronto-temporal		
	A.3.4.3 Enfermedad de Alzheimer		
	A.3.4.4 Enfermedad de Parkinson		
	A.3.4.5 Otro		
A.3.5 Cambios Irregulares en la Actividad Eléctrica	A.3.5.1 Epilepsia		
A.3.6 Enfermedad Autoinmune	A.3.6.1 Esclerosis Múltiple		
	A.3.6.2 Lupus Eritomatoso		
	A.3.6.3 Otro		
A.3.7 Traumatismos Craneoencefálico			
B. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O DE DEPENDENCIA.			
B.1 Presenta dependencia o abuso de Sustancias Psicoactivas (Alcohol, Marihuana, LSD, Cocaína, Hongos, Crack, Heroína, otros)			
B.2 Presenta una dependencia o abuso de Medicamentos que se solo se consiguen por una prescripción médica (analgésicos, anestésicos, morfina, otros)			
B.3 Presenta una dependencia o abuso de Alcohol			
C. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS			
C.1 Trastorno Depresivo			
C.2 Delirium			
C.3 Psicosis/Esquizofrenia			
C.4 Trastorno de Ansiedad			

APENDICE 2

IOWA Gambling Task

Hoja de Registro

	A	B	C	D
1	100	100	50	50
2	100	100	50	50
3	100	100-1250	50	50-75
4	100-200	100	50-25	50
5	100	100	50	50
6	100	100	50	50
7	100	100	50	50
8	100-250	100	50	50
9	100	100	50	50
10	100	100	50-30	50
11	100	100	50	50
12	100	100	50-30	50
13	100-250	100	50	50
14	100	100-2500	50	50-100
15	100	100	50	50
16	100	100	50-30	50
17	100	100	50	50
18	100-300	100	50	50
19	100	100	50-50	50
20	100	100	50	50
21	100	100	50	50
22	100	100	50	50
23	100-500	100	50-50	50
24	100	100	50	50
25	100	100	50	50
26	100	100	50	50-125
27	100	100-3000	50	50
28	100	100	50-75	50
29	100-500	100	50	50
30	100	100	50	50
31	100	100	50	50
32	100-550	100	50-75	50
33	100	100	50	50
34	100	100	50	50
35	100	100	50	50
36	100	100	50	50
37	100	100	50-90	50
38	100-600	100	50	50
39	100	100	50	50
40	100	100	50-90	50-150
41	100	100-4500	50	50
42	100-600	100	50	50

43	100	100	50	50
44	100	100	50	50
45	100	100	50	50
46	100	100	50-100	50
47	100-650	100	50	50
48	100	100	50	50
49	100	100	50-100	50
50	100	100	50	50
51	100-650	100	50	50
52	100	100	50	50
53	100	100	50-100	50
54	100	100	50	50
55	100	100	50-125	50
56	100-700	100-5000	50	50
57	100	100	50	50-175
58	100	100	50	50
59	100	100	50-125	50
60	100	100	50	50
61	100-700	100	50	50
62	100	100	50	50
63	100	100	50-150	50
64	100	100	50	50
65	100-750	100	50	50
66	100	100	50	50
67	100	100	50	50
68	100	100	50	50
69	100	100	50	50
70	100	100	50	50
71	100-800	100-5500	50	50
72	100	100	50-200	50
73	100	100	50	50-200
74	100	100	50	50
75	100	100	50	50
76	100	100	50	50
77	100-825	100	50	50
78	100	100	50-200	50
79	100	100	50	50
80	100	100	50	50
81	100-850	100	50	50
82	100	100	50-225	50
83	100	100	50	50
84	100	100	50	50
85	100	100	50	50
86	100	100	50	50
87	100-850	100-5500	50	50
88	100	100	50	50
89	100	100	50	50
90	100	100	50	50

91	100	100	50	50-22550
92	100-900	100	50-250	50
93	100	100	50	50
94	100	100	50	50
95	100	100	50	50
96	100-1000	100	50	50
97	100	100	50-250	50
98	100	100	50	50
99	100	100	50	50
100	100	100	50	50
Total				