

Caracterización de los pacientes con comportamiento violento en el Hospital “Joaquín Albarran”

[Teresita García Pérez , 2.-Ariel Faure Vidal y 3.-Alejandro Saavedra De la Cruz](#)

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y de corte transversal con el objetivo de caracterizar a aquellos pacientes mayores de 16 años que demandaron atención en consulta especializada de Psiquiatría del Hospital Clínico-Quirúrgico “Joaquín Albarrán” por incurrir en comportamientos violentos en el seno familiar en el periodo comprendido del 1ro de enero al 31 de julio de 2011. El universo de estudio estuvo constituido por toda la población mayor de 16 años que demandó asistencia por comportamientos violentos durante el periodo propuesto. Se estudió el total de la muestra, constituida por 115 pacientes, a los cuales se les aplicó la guía de entrevista para la búsqueda de violencia intrafamiliar previo consentimiento informado, donde hubo 5 personas que se negaron a colaborar. Entre las manifestaciones de maltrato físico predominan los golpes y empujones en el ámbito de la cocina, siendo las parejas consensuales quienes predominantemente ejecutan dichas agresiones. Dentro del maltrato psicológico predominan las críticas en presencia de extraños, el hostigamiento verbal, los celos injustificados, la culpabilización y las humillaciones, siendo la economía familiar y la elaboración de los alimentos los principales temas de discusión que abocan a este tipo de abusos. El consumo de alcohol por parte de los maltratadores constituye el principal factor asociado a las manifestaciones de violencia, fundamentalmente las físicas. Entre los agresores que acudieron a consulta especializada predominaron, en ambos sexos, los trastornos orgánicos de personalidad, confirmándose el diagnóstico en el 100 % de los casos clínicamente evaluados como tales.

Palabras clave: violencia, trastorno orgánico de la personalidad, maltratadores, culpabilización.

INTRODUCCIÓN

Para estudiar el fenómeno de la violencia debemos comenzar por contextualizarla y aceptar que ciertamente es compleja, pero comprensible y superable, y que el problema no es realmente su complejidad, sino que la creamos simple y pretendamos entenderla y enfrentarla como tal, como plantea Saúl Franco, o que nos resistamos a abordarla en su complejidad y a pagar los costos que demanda la

transformación de las condiciones que la generan y mantienen.¹

De acuerdo con el I Informe Mundial sobre la violencia y la salud de la OPS-OMS, en el año 2000, perdieron la vida 1,6 millones de personas en todo el mundo por actos violentos, lo que representa una tasa de casi el 28,8 x 100 000.² Sin embargo, las cifras de muertes violentas sólo reflejan una parte de la historia. En todos los países se infligen diariamente malos tratos físicos, sexuales y psicológicos que además de menoscabar la salud y el bienestar de muchos millones de personas, cuestan cada año a los Estados grandes sumas de dinero en atención sanitaria, costas judiciales, absentismo y pérdida de productividad.^{3,4} El citado informe subraya que rara vez existe una relación causal sencilla entre un acto violento y su repercusión, sobre todo en el maltrato psíquico y que entre los factores que mejor se pueden rastrear o medir se encuentran las características demográficas, los trastornos psíquicos, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.

Si nos centramos sólo en la violencia intrafamiliar, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) reporta que entre el 25 y el 50 % de las mujeres latinoamericanas sufre algún tipo de violencia en el hogar, que el 70 % de los delitos denunciados a la policía están relacionados con violencia doméstica y el 40 % de los homicidios notificados tienen lugar dentro del hogar.

El sector de la salud es el más sensibilizado con la problemática de la violencia, de hecho, hace ya una década fue declarada como uno de los principales problemas de salud por la 49 Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, en la Resolución WHA 49.25, instando a los Estados Miembros a que evaluaran el problema en sus territorios, caracterizando sus diferentes tipos y tomando las medidas necesarias para mejorar el reconocimiento, notificación y gestión de sus consecuencias, a la vez que promovieran investigaciones sobre el tema, dándoles la debida prioridad.

Se han realizado algunos estudios sobre la violencia en el ámbito internacional, pero su abordaje y aporte mayor ha sido desde el punto de vista conceptual. Sin embargo no podemos hablar de un consenso en el concepto de violencia, pues existen tantos conceptos como autores han estudiado el tema.

Jorge Corsi, de Argentina,⁵ estudió del tema, plantea que en sus múltiples manifestaciones, la violencia siempre es una forma de ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...) e implica la existencia de un “arriba” y un “abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios: padre-hijo, hombre-mujer, maestro-alumno, patrón-empleado, joven-viejo, etc. La ONU define la violencia como “ todo acto violento basado en el uso del poder que tiene como resultado real o posible daño físico, sexual y psicológico, incluyendo las amenazas, la coerción o la privación de libertad, ya sea su ocurrencia en la vía pública o privada, ejercida por parientes o convivientes hasta

el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad ”.

El Ministerio Público de Guatemala⁶ plantea que es “ cualquier acción u omisión que ocasione daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial a un miembro de la familia, por parte de parientes, convivientes o ex convivientes, cónyuge o ex cónyuge, o quien haya procreado hijos o hijas. Las mujeres, niños, niñas, jóvenes, ancianos y personas con alguna limitación física son en su mayoría, las víctimas ”.

Según la OPS⁷ es “ toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

Contextos explicativos de la violencia.

Compartimos el criterio del Ex Presidente de la IAHP (Asociación Internacional de Políticas de Salud), Dr. Saúl Franco, que plantea que, hablar de “ la causa ” de la violencia carece de sentido, de manera que él ha propuesto, y nosotros hemos aceptado, el término de “ contextos explicativos de la violencia ”, entendiendo por tal a “ un conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político-sociales en las cuales se hace racionalmente posible entender la presentación y el desarrollo de un fenómeno ” .

El momento actual está caracterizado por una crisis económica mundial de la cual no escapa ninguno de nuestros países, mucho más por lo frágil de las economías del llamado “tercer mundo”, este fenómeno se acompaña de desajustes sociales, con subversión del sistema de valores, inestabilidad laboral, acumulación de tensiones y desequilibrios personales y familiares ante el déficit permanente de recursos imprescindibles y la imposibilidad de su solución de una manera inmediata. Los grupos sociales tratan de adaptarse a este contexto y se ha potenciado el papel de la familia en la búsqueda de soluciones a las situaciones de conflicto, desplazándose una buena parte de las actividades vitales de los ciudadanos hacia la esfera doméstico-familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros, en este escenario se dan manifestaciones de violencia física o psicológica para alcanzar tales objetivos, provocando preocupaciones, frustraciones y situaciones estresantes, para cuyo sorteo muchas personas no cuentan con la capacidad necesaria, sin una cuota considerable de esfuerzo físico y mental .

Y en ese esfuerzo los afectados pueden quebrar sus mecanismos de defensa e instalar cuadros psicopatológicos que pueden abocar a crisis dentro de los espacios de convivencia interpersonal, que tengan su salida en manifestaciones de auto o heteroagresividad.

Entre los factores individuales a considerar para el desencadenamiento de las diversas manifestaciones de violencia intrafamiliar, tenemos las características psicológicas de sus miembros, la propensión a la frustración, la sensación de

abandono o rechazo, la proclividad a la culpa, la impulsividad (sea ésta caracteropática u orgánica), la falta de valores morales incorporados, el aprendizaje de conductas violentas en el hogar, en la escuela o en otros colectivos de pertenencia, la falta de un sentimiento de identidad propia y las dificultades en las relaciones interpersonales.

La presencia de manifestaciones asociadas al consumo de sustancias tóxicas, el alcoholismo y la drogadicción con la consiguiente sensación de frustración y abandono, constituyen quizá los factores más asociados a la violencia, imbricándose en su génesis elementos psicológicos y biológicos. Y a propósito de factores biológicos, resulta necesario destacar entre ellos el daño cerebral, difuso o localizado, provocado muchas veces por malos procedimientos obstétricos (susceptible por tanto de prevención), los disturbios en la serotonina,⁸ la glucosa y el colesterol y alteraciones genéticas, pero también debemos subrayar la llamada teratogenia conductual observable en alcohólicos y drogadictos y que determina conductas agresivas e impulsivas⁹ que llevan a enfrentamientos interpersonales muchas veces dentro de los espacios de convivencia doméstica.

Objetivos

General

Caracterizar psicopatológicamente a los pacientes que demandaron atención por comportamientos violentos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico-Quirúrgico “Joaquín Albarrán” durante el primer semestre del 2011.

Específicos

1. Identificar las principales manifestaciones de violencia en la población estudiada.
2. Explorar la relación del comportamiento violento con el consumo de alcohol.

Caracterizar psicopatológicamente a los pacientes que demandan asistencia especializada en consulta por incurrir en comportamientos violentos

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y de corte transversal con el objetivo de caracterizar a aquellos pacientes mayores de 16 años que demandaron atención en consulta especializada de Psiquiatría del Hospital Clínico-Quirúrgico “Joaquín Albarrán” por incurrir en comportamientos violentos en el seno familiar en el periodo comprendido del 1ro de enero al 31 de julio de 2011. Los datos fueron procesados en el Departamento de Neurofisiología del Hospital Psiquiátrico de La Habana.

El universo de estudio estuvo constituido por toda la población mayor de 16 años

que demandó asistencia por comportamientos violentos durante el periodo propuesto. Se estudió el total de la muestra, constituida por 115 pacientes, a los cuales se les aplicó la guía de entrevista para la búsqueda de violencia intrafamiliar¹⁰ previo consentimiento informado, donde hubo 5 personas que se negaron a colaborar.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años que demandaron atención por comportamientos violentos y que accedieron a la investigación.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los que no dieron su consentimiento informado para participar en la investigación y las personas que presentaban discapacidades que le impedían una adecuada comprensión de las preguntas y una adecuada comunicación con los entrevistadores.

Técnicas y procedimientos

Obtención de la información:

1. La guía de entrevista para la búsqueda de violencia intrafamiliar (validada por un Proyecto CITMA, en 2006).
2. Entrevista psiquiátrica.
3. Historia clínica.

Del análisis y elaboración:

1. Se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel.
2. Se calcularon los siguientes indicadores: frecuencia (recuento) y porcentajes.

Para el cálculo de los indicadores:

1. Se utilizó el programa SPSS versión 8.

Para el procesamiento de los textos y tablas:

- Se emplearon los programas Word paquete Microsoft Office 2000.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de acuerdo a edad y sexo.

EDAD	SEXO N 110	
	FEMENINO	MASCULINO

16- 24	3	2,7	2	1,8
25- 34	10	9	13	11,8
35- 44	21	19	15	13,6
45- 54	27	24,5	10	9
55- 64	3	2,7	3	2,7
65 Y +	-	-	2	1,8
TOTAL	65	59	45	41

Fuente: historias clínicas

Tabla 2: Distribución de acuerdo a ocupación.

Ocupación	SEXO		N 110	
	FEMENINO	MASCULINO		
Ama de casa	10	9	-	-
Trabajador por cuenta propia	20	18,18	15	13,6
Trabajador de servicios	17	15,4	15	13,6
Trabajador administrativo	15	13,6	10	9
Estudiante	3	2,7	2	1,8
Desocupado	-	-	2	1,8
Jubilado	-	-	1	0,9
TOTAL	65	59	45	41

Fuente: historias clínicas

En estas dos primeras tablas se aprecian datos que no sustentan varios de los esquemas que, basados en constructos sociales apoyados por discursos académicos se tienen, en primer lugar, las mujeres demandaron más atención por comportamientos violentos que los hombres, aunque ciertamente esto también puede interpretarse desde un enfoque de género como la mayor facilidad con que las féminas asumen presentar un problema de salud y la tendencia machista a ocultar problemas que puedan ser interpretados como debilidad, como es el caso de perder el control ante situaciones domésticas, pero en todo caso el hecho de que más de un centenar de pacientes en un semestre soliciten atención en un servicio de salud por problemas relacionados con la violencia ya puede considerarse un logro, que en mucho se sustenta en una década de trabajo de un

equipo intersectorial que funciona en la Casa de Orientación a la Mujer y la Familia de la FMC y que deriva a aquellas personas con comportamientos violentos que solicitan orientación a esta consulta, con vistas a encontrar recursos terapéuticos para la contención, el sujeto violento no es tratado como un malvado, sino como una persona que necesita ayuda, esto nos recuerda los primeros tiempos de la toma de conciencia de que el alcoholismo no era una conducta antisocial, sino un problema de salud.

Otro de los estereotipos que no se cumple en estos pacientes es el planteamiento de que la conducta violenta es propia de medios marginales, con bajos ingresos y bajo nivel cultural y ocupacional,¹¹ como vemos en la tabla, predominaron los trabajadores, en especial los cuentapropistas, que tienen mejores ingresos, en este caso, el factor que en nuestro criterio jugaba un papel fundamental era el tiempo de permanencia en el hogar, pues se trataba de actividades por cuenta propia desarrolladas en el propio domicilio de agresores y víctimas.

Tabla 3: Distribución de Violencia Física según relación agresor- víctima

Tipo de Violencia Física

	Arañazos	Bofetadas	Empujones	Golpes	Halones	Patadas	Pellizcos	Puñetazos de pelo	
Esposo	2	2	8	2	-	-	1		15
Conviviente	-	1	4	2	1	-	-		8
no familiar									
Hermano	-	-	4	2	-	-	-		6
Hijo	3	4	11	2	-	-	-		20
Madre	-	1	4	2	1	-	-		8
Nieto	-	2	3	-	-	1	-		6
Padrastro	-	-	3	-	-	1	2		6
Padre	-	2	9	2	-	-	1		14
Pareja consensual	10	8	48	16	-	3	5		92
Total	15	20	94	28	2	5	9		175

Fuente: Guía de entrevista

El análisis de los resultados aporta un elemento interesante, no son los esposos los que más golpean, empujan o halan los cabellos de sus esposas, la relación de los agresores atendidos con sus víctimas era en primer lugar de parejas consensuales, siendo los puñetazos y los empujones las manifestaciones de

violencia físicas mas frecuentes, seguido de la relación padre- hijo o madre- hijo, especialmente los hijos varones, apreciándose una deficiente demarcación de los roles dentro de una marcada disfunción familiar, en la cual los hijos maltratadores fueron antes niños maltratados y presenciaron el maltrato de sus madres a manos fundamentalmente de parejas consensuales de las mismas que no eran sus padres y cuya autoridad nunca fue reconocida y se trató de imponer muchas veces por la fuerza, incluido el uso de la violencia física no sólo por su madre contra ellos sino por parte de estas parejas con la anuencia de su madre. Los padres maltratadores tenían como disparador del maltrato fundamentalmente asuntos de economía familiar y diferencias de criterios generacionales donde los mayores tratan de imponer su manera de ver asuntos contemporáneos a gritos y a empujones, siendo en la mayor parte de los casos los hijos adolescentes. En un estudio similar (2002)¹¹ hubo correlación con estos resultados.

Es necesario aclarar la posibilidad de respuestas múltiples, pues el mismo sujeto puede maltratar a su pareja y a sus hijos o a sus padres

La dinámica victimal en el síndrome de la mujer maltratada fue descrita por Leonore Walter¹² como un ciclo, con tres etapas, dadas por: acumulación de tensiones, explosión del incidente agresivo y vuelta a una amorosa calma, el maltratador utiliza la violencia como la forma cotidiana de relacionarse con su pareja. En la primera etapa del ciclo la mujer deja que el futuro agresor sepa que ella acepta los abusos en su contra como legítimos, ya sean éstos físicos o psicológicos, de hecho, los justifica. Es común que en esta etapa la mujer niegue los acontecimientos que está viviendo e incluso el terror de la inevitable segunda etapa. No busca ayuda porque piensa que puede controlar la situación y evitar la agresión; esta actitud de pasiva aceptación sirve de reforzamiento al agresor sobre su derecho a "disciplinar" a su mujer a su manera. El sabe que su actitud es inapropiada y aún si no lo reconoce se torna muy opresivo y brutal frente a ella, ya que percibe que puede llegar a tal grado el enojo de su mujer que se atreva a abandonarlo, busca mantenerla cautiva.

Entre más haya avanzado la escalada de tensión en esta primera etapa, más difícil se hace `para la mujer aplicar técnicas para prevenir la etapa de la agresión. El varón empieza a incrementar su espíritu posesivo, su actitud sofocante y hasta brutal, se vuelven más frecuentes las humillaciones psicológicas; las peleas son más frecuentes y más largas, la mujer se torna incapaz de restaurar el equilibrio, está indefensa ante la agresión y es psicológicamente torturada, manejada y oprimida. El espera una respuesta de enojo y al no haberla siente que posee su consentimiento para agredirla.

En la segunda etapa el comportamiento del agresor queda fuera de control, los acontecimientos se precipitan por motivos injustificados, la rabia del agresor lo ciega, ella sabe que después de esta etapa viene una calma amorosa, así que incluso inconscientemente busca provocarlo, para que todo pase de la manera

más rápida posible. Como en la etapa siguiente él se torna increíblemente complaciente, en ocasiones ella busca la agresión cercana a una fecha importante para ella, para que él la colme de regalos y pasar una velada agradable, se van conformando así tendencias masoquistas, que pueden establecerse definitivamente como parte de su personalidad. El objetivo de la segunda fase es imponer dominio, en una relación de poder amo- esclavo, íncubo- súculo. En la tercera etapa el agresor se da cuenta de que ha llegado muy lejos y trata de enmendar su falta frente a la víctima. Es una etapa de absoluta calma, él le entrega obsequios, le promete que jamás volverá a ocurrir; su conducta es descrita como la conducta típica de un niño pequeño que llora después de una travesura implorando que le perdonen.

Tabla 4: Distribución según Tipo de Violencia Psicológica y Sexo del paciente.

	Sexo						N 110	
	Femenino		Masculino					
	N 65		N 45		#	%		
Amenaza de maltrato	-	-	10	22,2	10	9		
Criticas ante extraños	25	38,4	15	33,3	40	36,3		
Culpar por problema	20	30,7	13	28,8	33	30		
Hostigamiento verbal	32	49,2	2	4,4	34	30,9		
Humillaciones	12	18,4	17	37,7	29	26,3		
insultos	15	23	12	26,6	17	15,4		
Chantaje económico	3	4,6	9	20	12	10		
Celos injustificados	23	36,3	14	31	37	33,6		

Fuente: Guía de entrevista

Dentro de las manifestaciones de violencia psicológica se recoge que son las críticas ante extraños las que predominan, seguidas del hostigamiento verbal, los celos injustificados, la culpabilización y las humillaciones. El contenido del hostigamiento verbal está dado fundamentalmente por preocupaciones en torno a las finanzas domésticas, muy en relación con el tradicional rol de proveedor asignado al varón en nuestra cultura. Llama la atención el evidente predominio de las mujeres como autoras de abusos psicológicos, pues este es un tema del que poco se habla, inmersos en un discurso feminista que santifica a la mujer y le atribuye a ultranza el rol de víctima, en la misma medida que sataniza al hombre y lo ubica inexorablemente en el rol de victimario. Es conveniente aclarar que nuestro estudio no se propuso analizar la violencia de pareja, sino los comportamientos abusivos tanto físicos como emocionales, independientemente

de quien fuera la víctima, nuestro análisis se centró en el agresor. Las personas que sufren este tipo de maltrato psicológico se mantienen inmersas en esta relación que daña su autoestima, porque no identifican el daño que sufren, muchas de ellas somatizan la ansiedad que esta situación les genera en manifestaciones tales como: cefaleas que se vuelven intratables, trastornos gastrointestinales, contracturas musculares, sensaciones imprecisas de opresión torácica, de disnea, manifestaciones dermatológicas variadas, alopecia areata, etc. Lo más grave de este tipo de maltrato es que se invisibiliza hasta para los profesionales de la salud, no se reporta en ningún sistema estadístico, no aparece en las hojas de cargo de ninguno de los múltiples especialistas en Medicina Interna, Gastroenterología, Neurología, Ortopedia, Cardiología, Reumatología, Dermatología y otros tantos que eternizan a estos pacientes indicándole cualquier cantidad de estudios complementarios que van a resultar negativos, porque el daño no está en el cuerpo, sino en el alma.

Las humillaciones, las críticas en presencia de extraños, la culpabilización y el hostigamiento verbal contra las personas mayores de 60 años adquieren peculiaridades dignas de comentario, pues aparecen en cerca del 50 % de los casos, con la pérdida de capacidades mentales, de memoria, de control motor y emocional, tan comunes en esta edad¹³⁻¹⁵ y nuevamente estos pacientes vuelven a transitar por un sinnúmero de especialistas, porque lo que más daño les está haciendo no es la disminución de estas capacidades, sino las críticas de los jóvenes de la casa, las burlas, las humillaciones, la sensación de exclusión de la dinámica familiar que lacera profundamente su autoestima.

Tabla 5: Distribución del Maltrato asociado al alcohol-Maltratador Físico

	Consumidor de alcohol		
	No	Si	
Femenino	60	92	5
Masculino	20	44	25
Total	80	72	30
			56
			28

Fuente: Guía de entrevista

Tabla 5 A: Distribución del Maltrato asociado al alcohol-Maltratador Psicológico

Consumidor de alcohol

	Consumidor de alcohol			
	No	Si		
	No.	%	No.	%

Femenino	65	100	-	
Masculino	35	31	10	22
Total	100	90	10	10

Fuente: Guía de entrevista

Quisimos independizar el análisis del consumo de alcohol asociado a las manifestaciones de violencia física y psicológica, puesto que en toda la literatura especializada se recoge a esta sustancia tóxica como factor generador de violencia, ya que facilita la liberación subcortical con la consiguiente aparición de conductas instintivas.¹⁶ En nuestro estudio esto se cumple en especial para los agresores masculinos y para las agresiones físicas, el 56 % ocurrieron después de haber bebido el agresor y el 22 % de las agresiones psicológicas acontecieron previo consumo de alcohol por parte de los maltratadores. Sobre la base de estos resultados se refuerza la importancia de las acciones preventivas planteadas por el Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de las Toxicomanías, dada su relevancia como factor impelente de violencia intrafamiliar, aunque es conveniente aclarar que los agresores estudiados no eran alcohólicos, eran bebedores sociales que bajo influencia alcohólica desencadenaban comportamientos violentos, fundamentalmente físicos, en buena medida por la existencia en ellos de un sustratum orgánico cerebral.

Tabla 6: Caracterización psicopatológica de los pacientes con comportamiento violento que acudieron a consulta especializada.

	Sexo					
	Femenino		Masculino		#	%
	#	%	#	%		
Trastorno orgánico de la personalidad	24	36,9	25	55,5	49	44.5
Trastorno de personalidad histérico	30	27.3	4	3.6	34	30.9
Alcoholismo	1	0.9	10	9.1	11	10
Drogadicción	2	1.8	2	1.8	4	3.6
Retraso mental ligero	7	6.4	3	2.7	10	9.1
Trastorno de personalidad antisocial	1	0.9	1	0.9	2	1.8
Total	65	60	45	40	110	100

Fuente: Historia Clínica

Con respecto a las cifras encontradas en la caracterización psicopatológica de los agresores que asistieron a consulta especializada hubo un predominio, en ambos sexos, de los trastornos orgánicos de la personalidad (Tabla 6).

La personalidad, juega un papel fundamental en la dinámica de la acción violenta víctima/ victimario. Ya que esta corresponde al modo único, determinado, indivisible y orgánico como cada persona condensa sus logros a nivel psíquico, corporal y espiritual en una unidad única que lo hace diferente a todos los demás (Hengstenberg 1949). Citado por Arnold.1975). Desde la perspectiva de la nosología psiquiátrica la afección más prevalente en las personas que han sufrido una lesión cerebral son los cambios en la personalidad.¹⁷⁻¹⁹ En otros estudios se apreciaron resultados similares al nuestro donde los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impacientes e impulsivos.^{20,21}

Conclusiones

- Entre las manifestaciones de maltrato físico predominan los golpes y empujones en el ámbito de la cocina, siendo las parejas consensuales quienes predominantemente ejecutan dichas agresiones.
- Dentro del maltrato psicológico predominan las críticas en presencia de extraños, el hostigamiento verbal, los celos injustificados, la culpabilización y las humillaciones, siendo la economía familiar y la elaboración de los alimentos los principales temas de discusión que abocan a este tipo de abusos.
- El consumo de alcohol por parte de los maltratadores constituye el principal factor asociado a las manifestaciones de violencia, fundamentalmente las físicas.
- Entre los agresores que acudieron a consulta especializada predominaron, en ambos sexos, los trastornos orgánicos de personalidad, confirmándose el diagnóstico en el 100 % de los casos clínicamente evaluados como tales.

Violent Behavior Description on Patients at Joaquin Albarrán Hospital.

SUMMARY

A transversal cut and analytical descriptive study was carried out with the aid to characterized patients more than 16 years that needed attention in the psychiatric service of the General- Clinical Hospital “Joaquin Albarrán” due to violent

behavior at home, during the period from January 1st to July 31st, 201. The universe of study was formed by the population older than 16 that needed psychiatric attention during the proposed period. It was studied the total sample of 115 patients and they were applied an interview for the search of intra family violence (10) previous informed consent and were found 5 persons that did not want to cooperate. Among the physical abuse predominated the bumps and pushing in the kitchen between the consensual couples that used to do such aggressions. On the psychological mistreatment predominated criticism at the presence of strangers and among these mistreatments are outstanding verbal harassment, unjustified jealous, guilt and humiliation. The main themes that led to these acts are family economy and the elaboration of food. The offender's consumption of alcohol is the principal factor associated to the violence manifestations mainly the physical ones. On the offenders(masculine and feminine) that assisted to the medical appointments, the diagnostic of the 100% of these cases clinically assessed confirmed the predomination of personality organic disorders on both sexes, masculine and feminine

Key words: violence, organic disorders of personality, offenders, guilt.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arés P. Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio.-- La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
2. Castellanos, Cabrera, Roxanne: Psicología Selección de Textos. Editorial Ciencias Medicas.2006.Pág. 91-97.
3. Calviño, Manuel: La Tercera no es la vencida. Agosto. 2003.
4. Gutiérrez Baró, E: Las Edades de la Senectud. Editorial Científico-técnica, la Habana, 2008.
5. Domínguez G. L. Psicología del desarrollo: [adolescencia](#) y [juventud](#). [Selección](#) de lecturas.--La Habana: Centro Félix Varela; 2005.
6. Espín, Andrade, Ana. M: Construcción de un instrumento para medir las relaciones familiares del anciano. Tesis de terminación de la maestría de Psicología de la Salud. C. Habana, 1996.
7. Espín, Andrade, Ana, M: Familia y Vejez. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, 2006.
8. Envejecer en [Latinoamérica](#) en una sociedad globalizada. Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX - Red Latinoamericana de Gerontología. Marzo 2003.
9. Espín Andrade AM. Familia y Vejez. Rev Avances Médicos [Cuba](#) 2002; 9(32): 20-22.
10. Flores, Cabanes, Lida: Necesidad de educación en el adulto mayor.2005

11. Febles Elejalde M. Una nueva etapa de desarrollo: la adultez. (Conferencia Asignatura Desarrollo IV). Artículo inédito.-- Santa Clara: Universidad Central; 2004.
12. Hernández Pérez, Esperanza de la C; Nepomuceno Padilla, Nancy: Adulto mayor, hijos y nietos: una relación necesaria .2005
13. Iglesias Duran OL. Lo Psicológico en el envejecimiento. En: Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud.-- Ciudad Habana: Ciencias Médicas; 2001.
14. López, Blanca, Mary: La familia y el Anciano ,2004.
15. Lemos Lago ER, Borroto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. En: Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. V-I.-- La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
16. Maestría de Longevidad Satisfactoria. Libro V Salud Familiar y Desarrollo Socio Cultural. 2002.
17. Morales Ruiz L. "La depresión y sus connotaciones con la ansiedad". (Tesis Maestría Psicología Médica). Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 2000.
18. Manolo Gómez Juanola,1 Abanis López Zamora,2 Mayra Moya Rodríguez2 y Omayda Rosa Hernández Jiménez3. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(1-2).
19. Normas y Procedimientos en Casas de Abuelos. Dirección Nacional de Adulto Mayor y Asistencia Social. Ciudad de La Habana, 2006.
20. Orosa Fraíz T. La Tercera edad y la Familia. Una Mirada desde el Adulto Mayor.--- La Habana: Centro Félix Varela; 2003.
21. Palacios J, Marchesi A, Coll C. Desarrollo psicológico y educación. Madrid: Alianza editorial; 2000.
22. Rodríguez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa.--Santiago de Cuba: PROGRAF; 2002.
23. Tamara B. Domínguez González, 1 Ana Margarita Espín Andrade2 y Héctor Bayorre .Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):418.
24. Villavicencio de Núñez. (2001). Psicología y Salud. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana.
25. Zaldívar, Pérez ,Dionisio F: Ocio y recreación en el adulto mayor .2004.

Especialista en Psiquiatría. Consulta Especializada en Violencia Intrafamiliar. Hospital Clínico Quirúrgico “Joaquín Albarrán”.

2.- Especialista en Neurofisiología Clínica. Consulta Especializada en Neuropsiquiatría. Hospital Psiquiátrico de La Habana.

3.-Especialista en Medicina Interna. Vicedirector Clínico Quirúrgico. Hospital Psiquiátrico de La Habana.