

Caracterización sociopsicológica en pacientes ingresados por conducta violenta en el Hospital Docente “Joaquín Albarrán”, 2013
Socio-psychological characterization in patients admitted for violent conduct in the Teaching Hospital Joaquin Albarrán, 2013

Dra. Mónica Valdés King,^IDra. Cs. Teresita del Carmen García Pérez,^{II}

I Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Profesora Instructora de la Facultad Salvador Allende. Centro Comunitario de Salud Mental del Cerro. La Habana, Cuba.

II Doctora en ciencias. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Profesora Auxiliar de la Facultad Victoria de Girón. Hospital Docente Joaquín Albarrán. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La violencia constituye un problema de salud que afecta todas las esferas de la vida humana.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes de 25 a 64 años de edad ingresados por conducta violenta en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente “Joaquín Albarrán”.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes. Los encuestados fueron pacientes de 25 a 64 años de edad ingresados por conducta violenta en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Joaquín Albarrán” durante el año 2013. A los pacientes se les aplicó el método clínico, entrevista semiestructurada, encuesta y el test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

Resultados: Se obtuvo que el grupo etario más afectado fue el de 30 a 49 años (72.6%); hubo un predominio del género femenino (54.9%), y la creencia religiosa yoruba (49.0%). Se encontró que de la serie estudiada el 84.3% de los casos pertenecían a familias disfuncionales. Así mismo, el diagnóstico de trastorno de la personalidad fue el más frecuente (58.8%).

Conclusiones: La conducta violenta se presenta con más frecuencia en el grupo etario de 30 a 49 años, fundamentalmente en el sexo femenino. La creencia religiosa más asociada a la violencia es la religión yoruba. Las familias a las que pertenecen los pacientes estudiados son mayoritariamente disfuncionales. Entre los antecedentes de patología psiquiátrica predomina el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Palabras clave: violencia, conducta violenta, religión yoruba, familia disfuncional, trastorno de la personalidad.

ABSTRACT

Introduction: the violence constitutes a problem of health that affects all the spheres of the human life.

Objective: characterizing the patients of 25 to 64 years of age entered by violent conduct in the Service of Psychiatry of the University Hospital “Joaquin Albarran.”

Material and methods: it was carried out a descriptive and prospective study. The sample was constituted by 51 patients. The interviewed were patients of 25 to 64 years of age entered by violent conduct in the Service of Psychiatry of the University Hospital “Joaquin Albarran” during the year 2013. To the patients applied them the clinical method, semi structural interview, survey and the familiar function perception test (FF-SIL).

Results: It was obtained that the group age more affected was that of 30 to 49 years (72.6%); there was a prevalence of the feminine gender (54.9%), belief yoruba religious (49.0%). It was that of the studied series the 84.3% they of the cases belonged to families' dysfunctional. It prevailed the diagnosis of disorder of the personality (58.8%).

Conclusions: the violent conduct comes group ages of 30 to 49 years with more frequency in the group, fundamentally in the feminine sex. The religious belief associated with the violence is the yoruba religion. The families to which the studied patients belong are for the most part

dysfunctional. Between the antecedents of psychiatric pathology prevail the diagnosis of disorder of the personality.

Key Words: violence, violent conduct, yoruba religion, family´s dysfunctional, disorder of the personality.

INTRODUCCIÓN

La violencia se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.¹

La conducta violenta está asociada con una severa morbi-mortalidad, pérdida del equilibrio biopsicosocial y espiritual de quienes la provocan y la vivencian. La misma constituye un motivo de consulta frecuente en la práctica médica cotidiana y su magnitud supone un problema no resuelto para la salud pública mundial.²

La presencia de manifestaciones asociadas al consumo de sustancias tóxicas, el alcoholismo y la drogadicción, constituyen quizás los factores más asociados a la violencia, imbricándose en su génesis elementos biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista neuropsicológico y neurofisiológico han sido identificados los lóbulos frontales y temporales como las áreas afectadas en los sujetos impulsivos y violentos, con un tipo de violencia reactiva que es la más asociada a las manifestaciones de violencia física.^{3,4}

Los profesionales en servicios de salud mental deben interesarse en los temas de violencia ejercida por sus pacientes, porque hace referencia a la eficacia de su actividad terapéutica y sobre todo porque se puede prevenir, y de ese modo reducir el estigma asociado a esta condición, favorecer los esfuerzos de integración social de estas personas; y en definitiva, mejorar su calidad de vida.⁵

Presentamos el siguiente estudio con el objetivo de caracterizar a los pacientes de 25 a 64 años de edad ingresados por conducta violenta, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. "Joaquín Albarrán".

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo representado por los pacientes de 25 a 64 años de edad ingresados por conducta violenta que consintieron participar en la investigación. La muestra quedó constituida por 51 pacientes ingresados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Joaquín Albarrán, en el período comprendido del primero de enero hasta el 31 de diciembre de 2013.

La caracterización sociodemográfica se realizó mediante la entrevista a los pacientes y sus familiares, para la historia social psiquiátrica recogida en las historias clínicas de todos los casos, se registraron sus datos sociodemográficos (edad, sexo, creencias religiosas, funcionamiento familiar) clínicos y diagnósticos según la Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ma Revisión (CIE-10).

Se aplicó una encuesta validada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para la recolección de los datos. El funcionamiento familiar se evaluó con el FF-SIL.

Los datos fueron llevados a una base de datos en el sistema estadístico SPSS, versión 11.5, se confeccionaron tablas para ilustrar los resultados, su análisis y discusión. Prueba de ji cuadrado para determinar si existe relación entre variables e independencia entre grupos.

Procedimientos éticos

Los datos obtenidos resultan de utilidad para la investigación y fueron manejados con estricto

grado de confidencialidad, exponiendo los resultados en la comunidad científica para beneficio del individuo y de la población, con justicia, no daño y beneficencia.

A cada una de las personas evaluadas se le tomó el consentimiento informado verbal y escrito, en los casos correspondientes a los pacientes que no poseían la capacidad mental para decidir su participación, se tomó el consentimiento de un familiar o tutor legalmente autorizado.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la distribución de pacientes según grupos de edades, en la cual se constata que el grupo más afectado fue el de 30 a 49 años, con 72.6 %.

Tabla 1. Distribución porcentual de pacientes según edad

Grupo de Edad	No.	%
25 - 29	5	9.8
30 - 39	16	31.4
40 - 49	21	41.2
50 - 59	8	15.7
60 - 64	1	2.0
Total	51	100.0

Fuente: Historias clínicas

La distribución de pacientes según sexo muestra, que el género femenino exhibe un marcado predominio representado en 54.9 %.

La distribución de pacientes acorde a las diversas creencias religiosas según diagnóstico nosológico se recoge en la Tabla 2, donde se recopiló que la religión yoruba fue la más frecuente, presente en 49.0% de los examinados.

Tabla 2. Distribución de las creencias religiosas según diagnóstico nosológico

Diagnóstico	Religión				Total
	ATEO	CRISTIANO	TESTIGO	YORUBA	
Alcoholismo	1	0	0	3	4
Esquizofrenia Paranoide	3	0	0	1	4
Retraso mental ligero	1	0	0	4	5
Trastorno Posttraumático	0	0	0	1	1
Trastorno Bipolar	0	0	1	1	2
Trastorno de Personalidad	14	3	0	13	30
Psicosis Orgánica	3	0	0	2	5
Total	22	3	1	25	51

Fuente: Historias clínicas

La Tabla 3 refleja la distribución de las familias disfuncionales según diagnóstico nosológico, encontrándose que el 84.3 % de los pacientes estudiados formaban parte de familias disfuncionales.

Tabla 3. Distribución porcentual de pacientes según disfunción familiar

Diagnóstico	Familia disfuncional	
	No.	%
Alcoholismo	4	100
Esquizofrenia paranoide	2	50
Retraso mental ligero	3	60
Trastorno postraumático	0	0
Trastorno bipolar	2	100
Trastorno de personalidad	28	93.3
Psicosis orgánica	4	80
Total	43	84.31

Fuente: Historias clínicas

En la Tabla 4 se exhibe la distribución de pacientes acorde al antecedente patológico personal de trastorno psiquiátrico, donde 36 de los pacientes encuestados presentaron antecedente de patología psiquiátrica, con predominio del diagnóstico de trastorno de la personalidad, representado en 58.8%.

Tabla 4. Comportamiento de los antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos en los pacientes estudiados

Diagnóstico	APPTPSQ		Total
	No	Si	
Alcoholismo	4	0	4
Esquizofrenia Paranoide	0	4	4
Retraso mental ligero	0	5	5
Trastorno Postraumático	1	0	1
Trastorno Bipolar	0	2	2
Trastorno de Personalidad	9	21	30
Psicosis Orgánica	1	4	5
Total	15	36	51

Fuente: Historias clínicas

Nota: APPTPSQ- antecedente patológico personal de trastorno psiquiátrico

DISCUSIÓN

La conducta violenta es un motivo frecuente de consulta e ingreso hospitalario en los Servicios de Psiquiatría. Los resultados de esta investigación difieren con los criterios de Medina⁶ quien resalta en su estudio que el grupo de edades más afectado lo constituye el de 15 a 25 años. Los jóvenes tienen mayor riesgo de estar involucrados en actos violentos como peleas, asaltos y prácticas deportivas.⁷ Gutiérrez,⁸ también muestra en su serie que la tendencia a la violencia en los pacientes admitidos en un Hospital Psiquiátrico de la Amazonía peruana predomina en adolescentes escolares. Así mismo, Sánchez⁹ en Colombia obtiene que la mayoría de los ingresos por conducta violenta se dan en sujetos de 16 a 24 años. Sin embargo, en Cuba se manifiesta en concordancia con la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Joaquín Albarrán teniendo en cuenta los resultados obtenidos por García,⁵ quien plantea que la incidencia de la conducta violenta en pacientes ingresados es superior en mayores de 30

años, debido al incremento de las responsabilidades en las esferas personal, familiar y laboral. Acorde a los datos recopilados en esta serie se discrepa con estudios internacionales en cuanto a género. Casanueva¹⁰ desde su experiencia, reafirma que cerca de la mitad de las conductas violentas se presentan en adolescentes varones, los que se ven envueltos en mayor proporción en agresiones interpersonales. Vera¹¹ afirma en su teoría de la codificación psicogenética pulsional que los varones presentan un patrón de agresividad inconsciente asociada a conductas que van desde la normalidad relativa (NOR), neurosis (NEU) y psicopatías (PSC). Alvarado¹² por su parte encuentra una proporción de 2:1 de ingresados varones por conducta violenta. Su estudio muestra la presencia en este grupo de la agresión potencial (Ag Pot).

Estudios revisados en nuestro medio abordan esta temática. Valdez¹³ expone el predominio de ingresos en mujeres, debido a que estas acuden con significativa frecuencia a los servicios de salud y aceptan más el ingreso hospitalario. González¹⁴ afirma que en sociedades con predominio del patriarcado sexista y evolución machista como la nuestra; se exhibe hacia los actos violentos cometidos por los varones una tolerancia incondicionada, no siendo así cuando la victimaria es una mujer; "está loca" o "se volvió loca", hay que "ingresarla y psiquiatrizarla". Teniendo en cuenta el abanico de creencias religiosas que forman parte del imaginario colectivo cubano,¹⁵ existe un predominio de pacientes con conducta violenta creyentes en la religión yoruba, dato que, de acuerdo con una investigación realizada en nuestro país,¹⁶ resultó tener asociación estadística con la pertenencia a las llamadas "subculturas violentas", en las cuales se exhiben patrones de conducta que llegan a ser socialmente peligrosos por la sumatoria de factores "criminoimpelentes".¹⁷

La perspectiva microsocial de la violencia y salud mental analiza su vínculo estrecho con la familia, aparejado al concepto de violencia doméstica.^{18,19}

Villavicencio²⁰ en España declara que el funcionamiento familiar está estrictamente imbricado con el orden de las relaciones al interior de cada familia.

Vista como una unidad en la cual los roles, jerarquías, disposiciones del poder, así como las características psicológicas de sus miembros; la convierte en una institución potencialmente generadora de conductas violentas.

Sebastián²¹ plantea que la disfuncionalidad familiar constituye un factor de riesgo para la agresión.

Juárez²² obtiene que en 90% de los pacientes ingresados por conducta violenta existen elementos de disfuncionalidad familiar y/o disfuncionalidad de pareja.

En Cuba donde factores como la convivencia multigeneracional, el hacinamiento, el envejecimiento poblacional, las migraciones de las provincias a la capital y desde esta al exterior de la isla; el fenómeno es singular.²³ Por lo que se invisibiliza fácilmente y queda emarcado al interior de cada familia como "algo de lo cual no se habla", "en la casa eso no ocurre".²⁴

Pedrosa²⁵ presenta resultados que concuerdan con los obtenidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Joaquín Albarrán. Afirma aplicando conceptos metafísicos que existe una relación directamente proporcional entre disfunción familiar y violencia.

La relación entre los trastornos psiquiátricos y la violencia es compleja.²⁶ En diversos estudios se ha demostrado que los trastornos de la personalidad (TP) representan un riesgo clínico significativo para las conductas violentas.²⁷

En estudios internacionales, Fernández-Montalvo²⁸ defiende el predominio del diagnóstico de Trastorno de la personalidad y psicopatía en hombres que cometieron actos de violencia grave contra la pareja. En cambio Escobar²⁹, reporta en su investigación que el 19% de los pacientes ingresados presentaban toxicomanías. Se concuerda con éste autor cuando describe una tríada como factores de riesgo para la violencia grave: hombre-antecedente de TP-disfunción familiar.

En nuestro medio, acorde con la experiencia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Joaquín Albarrán se discrepa con Almenares³⁰; quien plantea en su estudio que un significativo porcentaje de agresores (75.6%), no presentaron ningún tipo de antecedente o trastorno psiquiátrico.

A modo de conclusión puede expresarse que la conducta violenta se presenta con más frecuencia entre los 30 y 49 años, fundamentalmente en el sexo femenino. La creencia religiosa asociada a la violencia es la religión yoruba. Las familias a las que pertenecen los pacientes

estudiados son mayoritariamente disfuncionales. Entre los antecedentes de patología psiquiátrica predominan el diagnóstico de trastorno de la personalidad.

ANEXOS

Anexo No. 1

Consentimiento informado:

Con vistas a profundizar en el origen de la conducta violenta, nuestro equipo de investigación le solicita su consentimiento para formularle preguntas específicas, aplicarle una encuesta y test totalmente inocuos, para conocer mejor las características sociodemográficas y el funcionamiento de su familia.

Debe quedar claro que los fines de esta investigación son puramente científicos, que los resultados no expondrán su identidad y que puede Ud. retirar su consentimiento en cualquier punto del estudio.

Con conocimiento de lo antedicho y habiendo evacuado cualquier duda al respecto, otorgo mi consentimiento, a los ___ días del mes de ____ del 20____.

EVALUADO(A)

INVESTIGADOR

Anexo No. 2

Ministerio de Salud Pública
HCQD "J. Albarrán"
Conducta violenta
Encuesta para el paciente

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ (1. femenino y 2. masculino)
2. Raza: _____
3. Escolaridad: _____
4. Ocupación: _____
5. Vínculo laboral: (1:Si ____ 2:No____)
6. Estado conyugal: _____
7. Número de hijos: _____
8. Cantidad de personas en el núcleo familiar: _____
9. Religión: _____
10. Barrio: _____
11. Antecedentes violentos: (1:Si____ 2:No ____)
12. Antecedentes de trastornos psiquiátricos: (1:Sí____ 2:No____)
13. Antecedentes penales: (1:Si____ 2:No____)
14. Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos: (1:Si____ 2:No____)
15. Antecedentes penales familiares: (1:Si: ____ 2:No____)
16. ¿Considera Ud. que ejerce alguna de estas formas de violencia? (1. __ Sí 2. __ No) Ofensas frecuentes: ____ golpes: ____ humillaciones: ____ abuso personal: ____ amenazas: ____ abuso sexual: ____ otra forma de maltrato: ____ ¿cuál? ____
17. ¿Durante el último año cuántas veces ocurrió esta situación?: ____
18. ¿Ejerce Ud. violencia, maltrato o daño sobre algún miembro de la familia? (1: Si ____ 2: ____ No) Madre ____ padre ____ hijos ____ esposo ____ esposa ____ hermanas ____ hermanos ____
19. Otras personas (1. __ Sí 2. __ No)

20. ¿Ejerce Ud. la violencia en: su casa _____ otra casa_____ vía pública _____ centro laboral _____ centro recreativo_____ otro sitio_____ cuál? _____
21. ¿Ejerce Ud. la violencia bajo los efectos de alguna(s) sustancia(s)?: (1. __ Sí 2. __ No) Alcohol _____ drogas _____ medicamentos _____
22. ¿Realiza Ud. alguna provocación previa al acto violento? (1:Si__ 2:No__)
23. ¿Realiza Ud. la preparación del acto violento? (1:Si__ 2:No: __)
24. ¿Recibió atención médica? (1. __ Sí 2. __ No)
25. ¿Recibió atención psicológica? _____ (1. __ Sí 2. __ No)

Anexo No. 3

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

A continuación se presentan un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X (cruz) su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.
2. En mi casa predomina la armonía.
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.
9. Se distribuyen las tareas de forma de que nadie esté sobrecargado.
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.

Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1)** Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. 2a ed. Washington DC, Estados Unidos; 2012.
- 2)** Valdés Jiménez Y, Díaz Tenorio M. Violencia de género en las familias. Encrucijada para el camino. 1a ed. La Habana, Cuba; 2012.
- 3)** Calzada A. Bases neurobiológicas de la agresión y la violencia. Curso Neurociencias. INNN. La Habana, Cuba; 2008.
- 4)** Martinot Luyo C. Neurobiología de la violencia. XV Congreso de Neurología. Lima, Perú; 2010. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
- 5)** García Pérez T. Violencia intrafamiliar. Su caracterización en La Habana. Proyecto de investigación. La Habana, Cuba; 2006.
- 6)** Medina M. La violencia y sus repercusiones en la salud. Rev de Medicina Legal [Internet] 2011 [consultado 19 Oct 2013]; 20(3):. Disponible en: http://www.unge.gq/ftp/biblioteca/digital/maltrato_infantil.
- 7)** Espinoza F. Violencia doméstica en universitarios adolescentes. Rev de Salud Pública [revista en Internet] 2010 [consultado 16 Ene 2013]; 26(5) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- 8)** Gutiérrez C. Tendencia a la violencia en adolescentes escolares. Rev Peruana de Medicina [Internet] 2011 [consultado 16 Feb 2013]; 20(5).Disponible

- en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php>
- 9) Sánchez R. Patrones de la violencia en Bogotá. Rev de Salud Pública [revista en Internet] 2011 [consultado 18 Feb 2013]; 18(2). Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo.php>
- 10) Casanueva E. Violencia y riesgos asociados en adolescentes. Rev Adolescencia y Salud [Internet] 2012 [consultado 20 Feb 2013]; 15(4). Disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar>
- 11) Vera S. Psicopatía y Agresiones. Rev de Medicina [revista en Internet] 2010 [acceso 22 Feb 2013]; 10(4). Disponible en: <http://www.rmedicina.ucsg.edu.ec>
- 12) Alvarado M. Psicopatía y agresión potencial. Rev de Psicología [revista en Internet] 2011 [acceso 22 Feb 2013]; 13(3). Disponible en: <http://www.pepsic.bvsalud.org>
- 13) Valdez J. Violencia intrafamiliar. Enfoque de género. Rev cubana Med Gen Integr [revista en Internet] 2002 [consultado 20 Abr 2013]; 18(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi_0242002.htm.
- 14) González Pagés JC. Estereotípos de violencia masculina. Violencia, hacerla Visible. 1a ed. La Habana, Cuba; 2008.
- 15) Calvo Rodríguez M. Contextos explicativos de la violencia en La Lisa. Proyecto de investigación. La Habana, Cuba; 2010.
- 16) García Pérez T, Rojas López R. La autopsia psicológica como método de estudio de las víctimas de homicidio y asesinato. Encuentro internacional de Técnicas Criminalísticas. (Tecni Crim' 95). Holguín, Cuba; 1995.
- 17) Rodríguez Manzanera L. Criminología. 2^a ed. México DF, México; 1981.
- 18) Alonso I. Violencia y Salud Mental. Rev Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2009 [consultado 26 Feb 2013]; 11(4). Disponible en: <http://www.difusor.org>
- 19) Saavedra A. Violencia y Salud Mental. Rev de Actas Médicas de Perú [revista en Internet] 2008 [consultado 28 Feb 2013]; 11(4). Disponible en: <http://www.sisbib.unmsm.edu.pe>
- 20) Villavicencio P. Violencia doméstica. Rev Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2010 [consultado 28 Feb 2013]; 15(4). Disponible en: <http://www.difusor.org>
- 21) Sebastián J. Violencia y su impacto en la salud física y mental. Rev Española de Neuropsiquiatría [revista en Internet] 2010 [consultado 28 Feb 2013]; 15(4). Disponible en: <http://www.difusor.org>
- 22) Juárez C. Impacto de la violencia en la salud mental. Rev Mexicana de Salud Mental [Internet] 2013 [consultado 2 Mar 2013]; 8(2). Disponible en: <http://www.difusor.org>
- 23) García T. Convención de Neurociencias. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba; 2012.
- 24) López M. Taller por la No Violencia contra la Mujer. CCSM Habana Vieja. La Habana, Cuba; 2010.
- 25) Pedrosa D. Violencia intrafamiliar y enfermedad mental. 1^a ed. Sancti Spíritus: Editorial Oriente; 2004.
- 26) San Martín J. La violencia y sus claves. 1^a ed. España: Ariel; 2008.
- 27) Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. Rev de Actas Españolas de Psiquiatría [revista en Internet] 2010 [consultado 3 Mar 2013]; 17(4). Disponible en: <http://www.actapsiquiatria.es>
- 28) Fernández- Montalvo J. Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. Rev Psicothema [revista en Internet] 2008 [consultado 5 Mar 2013]; 8(2). Disponible en: <http://www.unioviedo.net>
- 29) Escobar F. Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. Rev Colombiana de Psiquiatría [Internet] 2007 [consultado 8 Mar 2013]; 36(1). Disponible en: www.redalyc.org/pdf/806/80636107.pdf
- 30) Almenares M. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Rev cubana Med Gen Integr [Internet] 1999 [consultado 10 Mar 2013]; 15(3). Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_15-3-99/mgi_11399.htm.

Recibido: 03 de mayo de 2015

Aceptado: 25 de noviembre de 2015

Mónica Valdés King. Facultad Salvador Allende. Centro Comunitario de Salud Mental del Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico: monicav@infomed.sld.cu