

## LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA EVALUACION DE SUJETOS VIOLENTOS: UN ESTUDIO GENERADOR DE HIPOTESIS<sup>1\*</sup>

Carlos E. Climent, M.D.<sup>2</sup>

y Frank R. Ervin, M.D.<sup>3</sup>

*“Los datos obtenidos en la historia clínica de un grupo de pacientes que acudieron a la sala de urgencias por quejas de comportamiento violento (N=40), se comparan con los datos de la historia clínica de un grupo control (N=40), formado por familiares de otros pacientes de la sala de urgencias del mismo hospital. La comparación se hace sobre factores neurológicos, psiquiátricos y sociológicos seleccionados. Los resultados muestran: que el trauma craneano severo antes de la edad de 10 años no se asocia a un comportamiento violento en el adulto; que no hay diferencia apreciable con respecto a muchos rasgos neuróticos infantiles; que los sujetos violentos reconocen un número mayor de pensamientos suicidas que los controles y que entre estos dos grupos no hay diferencias en la historia de criminalidad. Con base en estos resultados, se sugieren hipótesis específicas para estudios analíticos posteriores”*

El propósito de este artículo es aplicar trabajos descriptivos previos<sup>1</sup> a factores de la historia clínica relacionados con el comportamiento violento. En este estudio se comparó un grupo de pacientes de la sala de urgencias que tenían problemas de violencia con un grupo control constituido por familiares de otros enfermos de la sala de urgencias. La meta de este trabajo es ofrecer datos comparativos, generar hipótesis y explorar algunas de las dificultades metodológicas en la investigación del comportamiento violento.

En este estudio se han considerado como áreas principales la historia neurológica y la psicopatología infantil. También recibieron atención la historia de criminalidad, los pensamientos e intentos de suicidio, el uso de drogas y alco-

hol y la historia familiar. Varios investigadores<sup>2,3</sup> observaron la asociación del comportamiento violento con desórdenes cerebrales orgánicos y el trabajo de Hellman y Blackman<sup>4</sup> sugirió una relación entre algunos rasgos neuróticos en la infancia y crímenes violentos en el adulto. La correlación positiva entre violencia y suicidio ha sido afirmada por Whittock y Broadhurst y negada por Marten et al<sup>6</sup>. Otros autores han informado que existe relación directa entre haber sido castigado físicamente durante la niñez y la violencia en la vida adulta.

### MÉTODOS

El lugar donde se realizó el trabajo fue el área de cobertura de servicios del Boston City Hospital, que comprende una región privada socialmente.

Se tomaron dos grupos de este marco de referencia, un grupo violento (grupo de estudio) y un grupo no violento (grupo control). Se definió como paciente violento a quien fue llevado o llegó a la Sala de Urgencias con una queja de comportamiento violento, o que tenía una historia actual o pasada de actos violentos severos. Estos actos tenían que ser contra otras personas. Los pensamientos, las verbalizaciones o las fantasías solamente -sin actos de violencia- no merecieron su inclusión en el estudio. Solamente se incluyó el comportamiento violento repetido. No se pidió confirmación por intermedio de testigos. Se definió como individuo no violento (control) a alguien que se encontraba en la Sala de Emergencia acompañando a un familiar o amigo (que

\* Este artículo fue publicado originalmente con el título: “Historical data in the evaluation of violent subjects. A hypothesis generating study” en 1972. Arch. Gen Psychiat., 27: 621-624. El Editor de Archives of General Psychiatry, Doctor Hugh H. Hussey, muy amablemente dió permiso a Carlos Climent para hacer la presente traducción.

1. Esta investigación fue posible gracias a la ayuda económica de la Science Research Associates, Grant Rd 2685 y al Grant MH-17001 del National Institute of Mental Health.
2. El Dr. Climent estuvo vinculado al Boston City Hospital en el momento de este estudio y es actualmente Profesor Auxiliar en el Departamento de Psiquiatría, División de Salud, Universidad del Valle, Cali.
3. El Dr. Ervin fue Director del Stanley Cobb Laboratories for Research in Psychiatry, Massachusetts General Hospital y es actualmente Profesor en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California en Los Angeles, California.

estaba siendo tratado por un problema ortopédico); quien, después de ser interrogado específicamente, no presentaba historia de actos de violencia adulta y que aceptó participar en el estudio.

Se suministró un cuestionario que contenía aspectos médicos, psicológicos y sociológicos a un asistente de investigación que ignoraba la hipótesis u objetivos del trabajo. Para las entrevistas de ambos grupos, el investigador permaneció en la Sala de Urgencias a diferentes horas del día y la noche, esperando ser llamado para entrevistar ya fuera sujetos violentos o controles, dependiendo de cuáles estuvieran disponibles en ese momento. El 30% de las entrevistas, tuvo lugar de 8 am. a 7 pm. y el 70% de 7 pm. a 4 am.

Los criterios empleados para aparear los controles con los sujetos violentos fueron edad, sexo, raza y residencia en el área de Boston. Había muchos más controles potenciales, pero solo se utilizaron aquellos que llenaron las condiciones de apareamiento lo más aproximadamente posible. Si estos criterios se cumplían a satisfacción, el entrevistador procuró obtener la totalidad de datos. Cuando un paciente con una queja de violencia era referido al residente de Psiquiatría de turno, el enfermo era automáticamente referido a nosotros. El médico que enviaba este paciente al grupo de investigación, definía si el caso requería una evaluación más completa y era quien se encargaba del tratamiento.

Varios factores además de los criterios de apareamiento afectaron la selección de los dos grupos. Entre estos estaban la aceptabilidad de los sujetos para participar y la excesiva carga de trabajo de los médicos del Hospital. Pero no hay razón para creer que los casos y los controles hayan sido afectados de manera diferente.

Las limitaciones de una muestra seleccionada en la forma descrita son múltiples y deben tenerse en cuenta. El entrevistador sabía que el estudio era acerca de violencia y que el entrevistado pertenecía al grupo en estudio o al grupo control, pero no tenía información sobre las hipótesis de trabajo o acerca de estudios previos.

El problema de recordar, afecta cualquier estudio basado en entrevistas de pacientes pero afecta a los dos grupos de manera igual.

Otro problema es la posibilidad de una influencia en la selección de los controles. Estos controles quizás representan un grupo mejor organizado socialmente que el resto de la población general, puesto que tienen voluntad para ayudar a otros a obtener tratamiento médico.

## RESULTADOS

En la recolección de sujetos para el grupo violento, se excluyeron 21 casos: 12 debido a falta de cooperación y 9 porque fueron juzgados como poco confiables debido a datos contradictorios en las historias obtenidas.

En el grupo no violento se hicieron 44 exclusiones: 12 debido a falta de cooperación, 7 debido a poca confiabilidad

en los datos y 25 debido a evidencia de actos violentos de consideración (obtenida durante la entrevista). Pruebas claras de violencia o falta de ella eran requisitos básicos para inclusión en el estudio.

La naturaleza y el tamaño de las exclusiones originan el interrogante de qué tan representativos son los grupos bajo estudio. Sin embargo un análisis preliminar de los datos obtenidos a través de las hojas de admisión al servicio de Urgencias demostró diferencias insignificantes entre las exclusiones y la población seleccionada con respecto a edad, sexo y raza.

La edad promedio para el grupo violento fue 32 años y para el grupo no violento 20 años. Otras características demográficas se muestran en el Cuadro 1.

Todos los sujetos vivían en el área de Boston. La gran mayoría pertenecía a las clases sociales 4 y 5 de acuerdo a la definición de Hollingshead y Redlich<sup>7</sup>. Los componentes para medir la clase social son educación y profesión. En el momento del estudio 25 individuos pertenecientes al grupo violento carecían de empleo, mientras que en contraste solo 4 sujetos del grupo control estaban sin empleo. El promedio educacional para ambos grupos fue bachillerato parcial, aunque los no violentos presentaban una ligera ventaja sobre los del grupo violento. Había un número similar de sujetos casados en ambos grupos y se encontró un mayor número de matrimonios separados en el grupo violento.

## CUADRO 1

Características Demográficas de Sujetos Violentos y No Violentos

CARACTERISTICAS	SUJETOS	
	Violentos	No Violentos
SEXO		
Masculino	34	31
Femenino	6	9
RAZA		
Negra	13	13
Blanca	24	27
Mulato	3	0
RELIGION		
Católica	24	18
Protestante	6	10
Otra	10	12
ESTADO CIVIL		
Casado	15	16
Soltero	14	23
Viudo	3	0
Divorciado	3	1
Separado	5	0

Del grupo violento, 14 (35%) eran auto-referidos y sus causas de consulta principales consistían en pérdida del control de los impulsos agresivos; 65% no reconocían la violencia como un problema y fueron referidos por otras personas. En este último porcentaje estaban quienes llegaron por alguna otra causa al Hospital, pero que se tornaron violentos allí y aquellos pacientes que fueron llevados por la policía o por otras personas debido a comportamiento violento. Este grupo incluía también aquellos casos con una queja principal diferente a violencia, pero que tenían una historia de actos violentos descubierta por el entrevistador en el Hospital. Al usar el análisis de chi cuadrado, se encontraron varias diferencias significativas entre las subclasificaciones del grupo violento. El subgrupo no auto-referido (sujetos llevados por otras personas), presentó más alcoholismo ( $P < .05$ ) y dió una historia mayor de brutalidad materna ( $P < .01$ ). Estos resultados sugieren que el individuo violento, que es llevado por otra persona a un Hospital es más desadaptado socialmente que quien llega por su cuenta.

**Datos de la Infancia.** Se incluyeron 14 puntos en el cuestionario sobre rasgos neuróticos infantiles. Estos fueron considerados como ausentes, leves o severos en su ocurrencia. En los dos grupos no se encontraron diferencias significativas con respecto a 11 de dichos puntos: sonambulismo, succión del pulgar, comer uñas, hablar dormido, dificultades para hablar, crueldad con los animales, robo en la infancia, hiperactividad, pesadillas frecuentes, piromanía y enuresis.

De los 14 factores, solamente 3 mostraron diferencias significativas en el grupo violento: terquedad infantil, rabieta y privación emocional. Se consideraron formas leves de terquedad a los episodios ocasionales de corta duración conocidos únicamente por los padres; las formas severas se caracterizaron por quejas frecuentes tanto de extraños como de los mismos padres. Las formas leves de rabieta fueron episodios ocasionales y de corta duración, mientras que las formas severas ocurrieron diariamente y duraron por períodos mayores de una hora. Las formas leves de privación emocional se definieron como negligencia de los padres o rechazo verdadero cuando los padres existían; las formas leves de privación emocional se definieron como negligencia de los padres o rechazo verdadero cuando los padres existían; las formas graves ocurrieron cuando no había padres, o, cuando existiendo, dejaban al niño solo frecuentemente y por largos períodos (p. ej. institucionalización). Los castigos físicos a manos de los padres fueron clasificados en 3 grupos: 1) Ausentes, no se informaron castigos. 2) Justificados y leves, realizados con mano abierta. 3) Severos: cuando los ataques ocurrieron sin una razón justificada (frecuentemente se emplearon los puños o una correa y en muchos casos objetos como bastones, varillas, etc.). Los resultados muestran cómo los sujetos violentos tenían una mayor posibilidad de haber sido golpeados en su infancia que los sujetos no violentos.

El Cuadro 2 muestra los datos de 3 rasgos neuróticos infantiles y los datos de castigos físicos por parte de los padres. Las categorías han sido agrupadas de tal forma que "Ninguno"

o "Leve" se combinan para producir la categoría negativa. "Moderado" y "Severo" se combinan en la categoría positiva. El análisis de chi cuadrado muestra que existen diferencias significativas entre los grupos para estos rasgos.

CUADRO 2

## Historia Infantil en Sujetos Violentos y No Violentos

	SUJETOS		
	Violentos	No Violentos	
TERQUEDAD*	NO	22	31
	SI	18	9
RABIETAS*	NO	24	34
	SI	16	6
DEPRIVACION EMOCIONAL*	NO	18	37
	SI	22	3
CASTIGOS FISICOS POR EL PADRE	NO	24	34
	SI	16	6
CASTIGOS FISICOS POR LA MADRE	NO	31	39
	SI	9	1

\*  $P < .05$ 

**Datos Concernientes a la Familia:** El alcoholismo en el padre fue significativamente más alto en el grupo violento ( $P < .01$ ), el mismo patrón se observa para alcoholismo materno ( $P < .05$ ). Otros hallazgos se señalan en el Cuadro 3.

CUADRO 3

## Características de los Padres de los Sujetos Violentos y No Violentos

	SUJETOS	
	Violentos	No Violentos
PADRE ALCOHOLICO	15	2*
MADRE ALCOHOLICA	8	1**
REGISTRO CRIMINAL MATERNO	4	0
DIVORCIO DE LOS PADRES	9	7
SEGUNDAS NUPCIAS DE LOS PADRES	4	3

\*  $P < .01$ \*\*  $P < .05$ 

**Criminalidad y Armas:** Con el objeto de estudiar la criminalidad de los dos grupos, los crímenes fueron arbitrariamente clasificados como violentos y no violentos. Por definición, los sujetos no violentos no habían cometido crimen violento alguno.

Los crímenes no violentos incluían, entre otros, arresto

por alcoholismo, dar una falsa alarma de fuego, robo de vehículos automotores, y violación de domicilio sin haber sido arrestado. Los crímenes violentos incluyeron asalto con una arma peligrosa, intento de asesinato y otros. No se encontraron diferencias en la frecuencia de estos crímenes entre los dos grupos investigados. Tampoco se encontraron diferencias entre estos dos grupos con respecto a la posesión de armas de fuego. Sin embargo en el grupo de sujetos violentos, un número significativamente mayor tenía y usaba armas blancas ( $P < .02$ ). Sobre el uso de armas de fuego, es interesante anotar que el "hobby" de la caza, fue encontrado más frecuentemente en los individuos pertenecientes al grupo control que en los violentos.

**Datos de la Historia Neurológica:** Cuando se examinaron los antecedentes de trauma craneano por debajo de la edad de 15 años se encontraron cifras altas en ambos grupos sin diferencias significantes entre los dos.

Si se puede juzgar la severidad del trauma por la pérdida del conocimiento (recordar o haber sido informado que el trauma siguió un período de inconciencia), un número significativamente mayor de sujetos violentos informaron trauma craneano con inconciencia. De los 19 sujetos violentos que mencionaron traumas craneanos antes de los 15 años de edad, 9 comunicaron inconciencia con este trauma. En contraste, solamente 3 individuos en el grupo control reportaron inconciencia (Cuadro 4).

CUADRO 4

Características Neurológicas de los Sujetos Violentos y No Violentos

	SUJETOS	
	Violentos	No Violentos
TRAUMA CRANEANO ANTES DE LOS 15 AÑOS	19	12
TRAUMA CRANEANO ANTES DE LOS 15 AÑOS CON INCONCIENCIA	9	3
FRACTURA CRANEANA	3	1
CONVULSIONES** ANTES DE LOS 10 AÑOS	5	0
CONVULSIONES DESPUES DE LOS 10 AÑOS	15	0
CEFALEAS SEVERAS	18	5

\* El sujeto puede tener más de uno de los datos informados.

\*\* Las convulsiones incluyen grand mal, petit mal, epilepsia del lóbulo temporal, convulsiones febriles, convulsiones por causa desconocida.

Cinco de los sujetos violentos informaron convulsiones antes de la edad de 10 años (grand mal, petit mal, epilepsia del lóbulo temporal, convulsiones febriles y convulsiones

por causa desconocida). Por el contrario, ninguno de los miembros del grupo no violento presentó convulsiones antes de la edad de 10 años. Después de los 10 años, 15 de los sujetos violentos sufrieron convulsiones en comparación con ninguno en el grupo control.

Las cefaleas fueron clasificadas como leves, cuando ocurrieron menos de una vez al mes y cedieron con facilidad a los analgésicos comunes. Moderadas, cuando ocurrieron dos o tres veces al mes y no fueron fácilmente controladas por analgésicos. Severas, cuando fueron recurrentes e incapacitantes. Los sujetos violentos sufrieron significativamente más cefaleas que los no violentos.

**Información Psiquiátrica:** Se investigaron aspectos psiquiátricos tales como tendencias suicidas y hospitalizaciones psiquiátricas. Según se muestra en el Cuadro 5, más sujetos violentos fueron hospitalizados por razones psiquiátricas o por haber intentado suicidio. Además, el grupo violento tuvo cifras significativamente mayores de pensamientos suicidas.

CUADRO 5

Características Psiquiátricas en Sujetos Violentos Y No Violentos

	SUJETOS	
	Violentos	No Violentos
HOSPITALIZACIONES	NO 35	40
PSIQUIATRICAS	SI 5	0
PENSAMIENTOS	NO 11	28
SUICIDAS*	SI 29	12
INTENTOS SUICIDAS	NO 30	40
	SI 10	0

\*  $P < .05$

**Uso de Drogas:** Se consideraron 4 grados en el uso de alcohol: 1) Ningún consumo de licor. 2) Consumo leve; los sujetos bebían de manera ocasional, casi siempre solo en reuniones sociales. 3) Uso moderado de alcohol; los sujetos bebían para aliviar la angustia y gastaban una suma considerable de dinero en licor, pero el consumo no interfirió con sus funciones de trabajo o con la familia. 4) Uso severo de alcohol; los sujetos tenían dificultades económicas, de trabajo o familiares, a causa de la bebida.

La frecuencia de consumo de licor en los dos grupos, así como el empleo de otras drogas, aparecen en el Cuadro 6.

CUADRO 6

Uso de Drogas en Sujetos Violentos y No Violentos

	USO	SUJETOS	
		Violentos	No Violentos
ALCOHOL	No	4	3
	Leve	14	15
	Moderado	2	8
	Severo	20	14
MARIHUANA	No	35	33
	Si	5	7
ANFETAMINAS	No	36	37
	Si	4	3
BARBITURICOS	No	35	39
	Si	5	1
L S D	No	39	34
	Si	1	6
OPIACEOS	No	36	39
	Si	4	1

## COMENTARIOS

Los datos no indican que el trauma craneano severo en la infancia, juzgado por pérdida de la conciencia, sea un factor asociado con la violencia en el adulto. Se observó este factor en los individuos menores de 15 años y obviamente en los mayores de 15 años, puesto que un sujeto violento tiene una mayor posibilidad de recibir traumas craneanos. Cuando se utiliza cualquier edad por encima de los 10 años se está incurriendo en el problema de incluir un número de individuos cuyos traumas craneanos son debidos a comportamiento violento. Coles<sup>8</sup> sostiene que es después de la pubertad cuando los niños del "ghetto" tienen libre acceso a la calle aumentándose así las probabilidades de traumas de toda clase, incluyendo al craneano. Para obtener una muestra con menor desviación, se recomienda la edad de 10 años como un límite razonable.

La relación entre trauma craneano y criminalidad ha sido observada por varios autores. Gibbens et al<sup>9</sup> han demostrado que los psicópatas con una historia de traumas craneano tienen un registro criminal peor que los que carecen de ese antecedente. Bach y Rita et al también observaron asociación entre trauma craneano y comportamiento violento.

Aunque parece existir una relación entre trauma craneano en la infancia y comportamiento violento adulto, lo que está aún por clarificar es si ésto es causa o efecto, que tan temprano en la vida de una persona y qué tan severo debe ser, para llegar a ser causal? Las cefaleas severas y las convulsiones antes de la edad de 10 años fueron frecuentes en el grupo violento, lo cual sugiere que el comportamiento violento puede estar asociado a enfermedad orgánica cerebral.

Con respecto a la psicopatología infantil no hubo diferencias en la mayoría de los factores estudiados; se exceptúan

la terquedad severa, las rabiets severas y la deprivación emocional, que se observaron más frecuentemente en el grupo violento.

En cuanto a enuresis, piromanía y crueldad con los animales, consideradas por Hellman y Blackman<sup>4</sup> como predecesoras de crimen, nuestros hallazgos son inconsistentes. Obviamente, estas materias requieren estudios complementarios.

Sobre la asociación entre violencia y suicidio nuestros hallazgos están de acuerdo con una buena cantidad de estudios previos en este campo. Los sujetos violentos sufren con más frecuencia de pensamientos suicidas que los controles. En general esto respalda la hipótesis de que los impulsos agresivos pueden ser expresados externa o internamente aún en la misma persona. La historia criminal no violenta fué semejante en ambos grupos bajo estudio. Los resultados mostraron que aunque los dos grupos diferían en varios aspectos, ambos cometieron un número similar de crímenes no violentos. Parece ser que esta clase de criminalidad ocurre independientemente de la violencia. Estos datos sugieren que el comportamiento criminal, tal como se ha definido, está asociado a factores culturales. Con el objeto de comprobar la hipótesis de que la criminalidad y la violencia son independientes y que existe una diferencia entre criminales violentos y no violentos con respecto a factores biológicos, estudios futuros podrían intentar la utilización solamente de criminales no violentos como controles.

Este estudio sugiere las siguientes ideas, para futuras investigaciones analíticas:

- 1) Existe una asociación positiva entre una historia de daño cerebral (p. ej., trauma craneano severo, convulsiones, cefaleas) y comportamiento violento.
- 2) No hay asociación entre algunos rasgos neuróticos de la infancia y el comportamiento violento del adulto.
- 3) Existe una prevalencia mayor de intentos suicidas entre los individuos violentos que entre los no violentos.
- 4) El comportamiento criminal (tal como se ha definido) se relaciona con factores culturales, mientras que el comportamiento violento está asociado a factores individuales.

## AGRADECIMIENTO

Ann Rollins colaboró en el proceso de datos. Louis Mendelson estuvo a cargo de la recolección de datos y Nathan Sidley M.D., ayudó en los estudios finales de esta investigación. Para todos ellos nuestra gratitud.

## SUMMARY

Dada obtained on a group of emergency room patients with a presenting complaint of violence (No. =40) of other emergency room patients the comparison is made on selected neurological and sociopsychiatric variables. The results show that: severe head injury before the age of 10 is not associated with violent adult behaviour; that there

is no difference discernible as to many neurotic childhood traits; that the violent subjects acknowledge a greater number of suicidal thoughts controls; and that no difference in violent criminal history exists between the groups. Based on these results, specific hypotheses for further analytical studies are suggested.

## REFERENCIAS

1. Bach-y-Rita G. et al.; Episodic dyscontrol: A study of 130 violent patients. *Am. J. Psychiatry* 127: 1473-1478, 1971.
2. Taylor DC: Aggression and epilepsy. *Psychiatr. Res* 13: 229-236, 1969.
3. Williams D.: Neurological factors related to habitual aggression. *Brain*, 92: 503-520, 1969.
4. Hellman D. y Blackman N.: Enuresis, firesetting and cruelty to animals: A triad predictive of adult crime. *Am. J. Psychiatry* 122: 1431-1435, 1966.
5. Whitlock F. y Broadhurst A.: Attempted suicide and the experience of violence. *J. Biosoc. Sci.* 1: 353-368, 1969.
6. Marten S. et al.: Belligerence: Its frequency and correlations in a psychiatric emergency room. Trabajo leído en la reunión anual de la American Psychiatric Association, San Francisco, Mayo 1970.
7. Hollingshead, B. A. y Redlich FC: *Social Class and Mental Illness*. New York, John Wiley a Sons Inc. 1958.
8. Coles R.: Violence in ghetto children. *Children* 14: 101-104, 1967.
9. Gibbens TGN, et al.: A follow-up study in criminal psychopathy. *Br. J. Delinq.* 6: 126-136, 1955.

## FE DE ERRATAS VOLUMEN 4 No. 4

Pag. 101: última línea dice carbanilcolina (CCh)  
corregir a carbamilcolina (CCh)

Pag. 102: Fórmula de comienzo de página:

$$K_i = \frac{(I) \quad (A)}{(A') - (A)}$$

Donde: (I) = Concentración del inhibidor.  
(A) = Concentración del activador que produce una respuesta dada  
(A') = Concentración del activador que produce la misma respuesta en presencia del inhibidor.

Pag. 102: Línea 6 de RESULTADOS  
Dice:: hasta un mínimo. Corregir a:  
hasta un máximo.

La Beneficencia del Valle del Cauca contribuye a la publicación de Acta Médica del Valle en su esfuerzo por mejorar la atención médica de la región.