



Capítulo 65/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

Trabajamos para su tranquilidad...

Agresividad y violencia

Adrienne T. Gerken, MD

Anne F. Gross, MD

Kathy M. Sanders, MD

PUNTOS CLAVE

Contexto

- La etiología de la violencia es multifactorial: posee componentes biológicos, ambientales y psicosociales.
- El mejor factor predictivo de violencia en un paciente es que ya haya cometido antes algún acto violento.

Historia

- En la evaluación psiquiátrica inicial de todos los pacientes se debe incluir una valoración tanto de los pensamientos actuales de naturaleza homicida o agresiva como de los pensamientos y conductas violentos del pasado.
- Para valorar los factores de riesgo se debe recabar una historia minuciosa de consumo de drogas y otras sustancias, problemas con la ley, elementos generadores de tensión psicosocial, exposición a la violencia, impulsividad y acceso a armas de fuego.

Retos para la investigación y la clínica

- En la evaluación de un paciente muy agresivo, el profesional sanitario debe establecer como máxima prioridad la seguridad del paciente y el personal clínico al tiempo que inicia una indagación sobre la causa o causas subyacentes de esa conducta.
- El tratamiento de la conducta agresiva de un paciente violento debe comenzar con la aplicación de los métodos lo menos restrictivos que sea posible sin descuidar la seguridad del paciente y de quienes lo atienden.

Apuntes prácticos

- En la evaluación de la causa de una conducta agresiva en un paciente, antes de considerar un trastorno psiquiátrico, han de descartarse problemas médicos y consumo de drogas y otras sustancias.
- La elección de la medicación se dirigirá al trastorno subyacente, si se conoce.

Perspectiva general

La agresividad y la violencia son conductas complejas que tienen lugar dentro y fuera del entorno médico. Este capítulo se centra en el diagnóstico diferencial de actos agresivos en lo que concierne al contexto médico y psiquiátrico; el análisis exhaustivo de la agresividad y la violencia en la sociedad y su amplio impacto económico y sociocultural desbordan el ámbito de este texto.³² Aunque la violencia en el lugar de trabajo tiene una incidencia importante en el entorno médico y hospitalario, no se recogerá en este capítulo,³⁴ centrado principalmente en analizar el complejo contexto biopsicosocial de los pacientes que muestran una conducta agresiva.

En este capítulo se expone un enfoque sistemático de la valoración y el tratamiento de pacientes con conductas agresivas y violentas. La atención de personas violentas o impulsivas plantea un importante desafío para los psiquiatras, que deben evaluar la agresividad de forma rápida y precisar su causa a la vez que inician el tratamiento. En el entorno médico, la conducta agresiva puede asociarse con *delirium* (síndrome confusional), demencia y otros problemas médicos; por ello, antes de concluir que la conducta es consecuencia de una enfermedad psiquiátrica deben descartarse las causas médicas.³ El

psiquiatra ha de contar con un marco de referencia para valorar de la forma adecuada el riesgo de violencia, y poseer las aptitudes y conocimientos necesarios para manejarlo.⁴

Epidemiología y factores de riesgo

Existe cierta controversia acerca de si las personas con enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de violencia que la población general. Los datos actuales indican que quienes padecen trastornos mentales cometen actos violentos en una proporción que duplica a la de las personas sin un diagnóstico psiquiátrico.²¹ El Bureau of Justice Statistics ha publicado que, en 2005, había en los centros penitenciarios estadounidenses más de 1,2 millones de personas con problemas de salud mental; en torno a tres cuartas partes de los reclusos presentaban trastornos concomitantes de consumo de drogas y otras sustancias.²² En Suecia, aproximadamente el 5,2% del riesgo de delitos violentos atribuible a la población se debe a personas con enfermedades mentales graves; en EE. UU. se han encontrado tasas similares.²³ Los elevados índices de conducta violenta suscitan una especial preocupación en los profesionales sanitarios: se ha estimado que el 20% de las visitas a los servicios de urgencias psiquiátricas corresponde a pacientes con esquizofrenia en estado de gran agitación, y que más del 70% de los pacientes con demencia que viven en residencias muestran también signos de acusado desasosiego.²⁴ Sin embargo, debe destacarse que la gran mayoría de las personas con enfermedad mental no cometen delitos violentos. El estudio MacArthur sobre conductas violentas en la población con trastornos mentales concluyó que tales conductas son más comunes en este grupo que en la población general solo si en el problema interviene el consumo de drogas y otras sustancias o si los pacientes no están bien medicados; otros estudios han determinado que el consumo de drogas es un factor de riesgo independiente de las muestras de violencia.^{15,16} Los estudios revelan asimismo que hasta el 25% de las personas con diagnósticos de enfermedad mental se autolesionan; este porcentaje supone más de 11 veces los valores observados en el público en general, y es de por sí un factor de riesgo de la propagación de la conducta agresiva.²⁵ Por tanto, aun reconociendo que un diagnóstico psiquiátrico se asocia a un riesgo mayor, a menudo se suman otros factores (demografía, historia personal, diagnósticos médicos y factores estresantes psicosociales) para determinar la probabilidad de que una persona cometa un acto violento (fig. 65-1).

FIGURA 65-1 Factores de riesgo de la conducta violenta.

Fisiopatología

Las acciones de violencia y agresiones tienen unos determinantes biológicos, ambientales y psicológicos.^{8,18} Aun cuando en el cerebro humano nunca se ha identificado un «centro de la agresividad», los estudios con animales han señalado varias regiones del encéfalo que podrían estar implicadas en el control jerárquico de las conductas agresivas. Algunas de estas regiones son excitadoras; otras son inhibitoras.²² Los núcleos anterior, lateral, ventromedial y dorsomedial del hipotálamo se han descrito a menudo como zonas cruciales en la agresividad animal y se piensa que tienen una función en el control de la violencia en los seres humanos. El sistema límbico (que comprende la amígdala, el hipocampo, el tabique, la circunvolución cingulada y el fórnix) contiene el control regulador de las conductas agresivas en los seres humanos y los animales. La corteza prefrontal modula la entrada del sistema límbico y el hipotálamo; puede desempeñar un papel en el contexto social y los aspectos de enjuiciamiento de la agresividad.^{23,24} En los trastornos psiquiátricos asociados con la conducta agresiva, como los de la personalidad antisocial y de la personalidad límite, se han identificado circuitos corticolímbicos.²⁵

En los estudios de neuroimagen se han descubierto anomalías en las zonas prefrontales de las personas que muestran una conducta violenta. Con la aplicación de técnicas de resonancia magnética (RM), en estas personas se han observado reducciones en el volumen de materia gris prefrontal. Por su parte, el volumen de la corteza orbitofrontal se ha relacionado con la agresividad en pacientes psiquiátricos.²⁶ Las técnicas de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) han permitido apreciar que los pacientes psiquiátricos adolescentes y adultos que vivieron recientemente un episodio de agresividad mostraban

una disminución significativa en la actividad prefrontal en comparación con los pacientes de control. Múltiples análisis de tomografía por emisión de positrones (TEP) han ilustrado en los pacientes violentos una disminución del flujo sanguíneo y el metabolismo prefrontal/frontal.²² Estos hallazgos están avalados por la evidencia clínica que revela que las lesiones adquiridas en la corteza prefrontal y el lóbulo frontal, así como las lesiones en estas zonas, elevan el riesgo de conductas impulsivas y de pérdida de control ejecutivo de la reactividad emocional. En varios análisis de SPECT y TEP de pacientes violentos se han encontrado también alteraciones en el lóbulo temporal y en las estructuras subcorticales del lóbulo temporal medial.²³

Se ha determinado la existencia de una correlación entre una baja función central de la serotonina (5-HT) y la agresividad impulsiva. Los pacientes violentos parecen tener una baja tasa de reposición de 5-HT, medida según su principal metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), en el líquido cefalorraquídeo. La acetilcolina en el sistema límbico estimula la agresividad en los animales; se ha citado también que los pesticidas colinérgicos provocan violencia en los seres humanos. Según se cree, el ácido γ -aminobutírico (GABA) posee efectos inhibidores de la agresividad en seres humanos y animales. La noradrenalina puede potenciar algunas clases de agresividad en animales y tal vez desempeñe un papel en la impulsividad y la violencia episódica humana. La dopamina favorece la conducta agresiva en los modelos animales, si bien este efecto es menos claro en los humanos, debido a sus efectos psicomiméticos.^{24,25} A menudo se mencionan las influencias hormonales de los andrógenos como un importante factor de la conducta agresiva.²⁶ Algunos autores atribuyen el umbral menor de violencia de las mujeres a los valores más bajos de estrógenos y progesterona durante el ciclo menstrual. Las bajas concentraciones de colesterol en los pacientes con trastornos de la personalidad se han asociado con una conducta agresiva e impulsiva^{27,28} ([tabla 65-1](#)).

Tabla 65-1
Cambios neuroquímicos asociados con un aumento de la agresividad

Sustancia neuroquímica	Cambio en el plasma
Serotonina	Disminución
Acetilcolina	Aumento
Ácido γ -aminobutírico (GABA)	Disminución
Noradrenalina	Aumento
Dopamina	Aumento

Sustancia neuroquímica	Cambio en el plasma
Testosterona	Aumento
Colesterol	Disminución

En el estudio de los aspectos genéticos de la conducta agresiva todavía no se ha encontrado ninguna relación entre el riesgo mayor de agresividad y una anomalía cromosómica específica; sin embargo, se ha comprobado que la conducta agresiva tiene un alto componente hereditario y en las personas genéticamente vulnerables puede enmascarse por los factores de estrés ambiental.³ En un estudio con gemelos, un metaanálisis que examinó la etiología de la conducta agresiva reveló que al menos el 50% del problema podría atribuirse a la genética.³ La relación entre el síndrome que afecta al cromosoma XYY y la impulsividad es cuestionable y no resulta concluyente. En ratones inactivados genéticamente que carecen del gen de la monoaminoxidasa (MAO)⁴ (que codifica la enzima responsable del catabolismo de la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, y posteriormente produce concentraciones séricas elevadas de estas tres sustancias neuroquímicas) se comprobó una mayor agresividad en estudios genéticos. En una familia neerlandesa portadora de una mutación ligada al cromosoma X en este gen, los miembros afectados tenían grados elevados de agresividad. También existen correlaciones en seres humanos para los estudios con ratones inactivados genéticamente que analizaron mutaciones génicas de la catecol-O-metiltransferasa (COMT) (una enzima responsable asimismo del catabolismo de las catecolaminas) responsables de un aumento de la agresividad.³ En un estudio centrado en el gen transportador de la serotonina (que regula la duración de la señalización de esta sustancia) se encontró que un polimorfismo en el promotor producía valores bajos de serotonina y una conducta más agresiva en los niños.³ Los polimorfismos de la triptófano hidroxilasa podrían también estar relacionados con la agresividad impulsiva.³

Características clínicas y diagnóstico

Las etiologías de la conducta agresiva y violenta son amplias; sin embargo, si pueden identificarse, es muy importante hacerlo, ya que el tratamiento, en centros de atención de enfermos en fase aguda o de larga duración, se basa en esta información. Es fundamental que el evaluador determine si el problema se debe a una enfermedad mental importante, es consecuencia de un trastorno de la personalidad o procede de una dolencia médica, ya que según el origen variará el grado de estado agudo y de conducta violenta, así como el abordaje terapéutico para cada tipo de problema. Cuando se inicia la valoración de un paciente violento resulta útil obtener un diagnóstico diferencial ([tabla 65-2](#)).

Tabla 65-2

Diagnóstico diferencial de psicosis y agitación

Categoría general	Causa/diagnóstico
Trastornos neurocognitivos	Afasis

Categoría general	Causa/diagnóstico
	Catatonía
	<i>Delirium</i>
	Demencia
	Síndrome del lóbulo frontal
	Alucinosis orgánica
	Trastorno delirante orgánico
	Trastorno del estado de ánimo orgánico (manía secundaria)
	Trastornos convulsivos
Drogas y otras sustancias	Consumo de drogas y otras sustancias (p. ej., cocaína, opiáceos)
	Esteroides

Categoría general	Causa/diagnóstico
	Isoniacida
	Clorhidrato de procarbacin
	Antibióticos
	Anticolinérgicos
Abstinencia de drogas y otras sustancias	Alcohol e hipnótico-sedantes (barbitúricos y benzodiacepinas)
	Clonidina
	Opiáceos
Trastornos psicóticos	Esquizofrenia
	Trastorno delirante
	Espectro de esquizofrenia inespecífica y otros trastornos psicóticos

Categoría general	Causa/diagnóstico
	Psicosis reactiva breve
	Trastorno esquizoafectivo
Trastornos del estado de ánimo	Trastorno bipolar
	Depresión mayor con rasgos psicóticos/agitados
	Catatonía
Ansiedad/miedo	Trastornos de ansiedad
	Reacción aguda al estrés
Trastornos del neurodesarrollo	Trastorno del espectro autista
	Discapacidad intelectual
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Categoría general	Causa/diagnóstico
Trastornos de desregulación disruptiva, del control de los impulsos y del comportamiento	Cleptomanía
	Piromanía
	Trastorno del comportamiento
	Trastorno explosivo intermitente
Trastornos de la personalidad	Antisocial
	Límite
	Paranoide
	Esquizotípica
Molestias	Dolor
	Hipoxia

Categoría general	Causa/diagnóstico
	Acatisia

Causas médicas

En primer lugar, antes de considerar los trastornos psiquiátricos primarios debe analizarse si, como base de la conducta agresiva, existe un problema médico o de consumo/dependencia de drogas y otras sustancias. En el [cuadro 65-1](#) se indican las causas médicas de los trastornos mentales.⁴⁴

Cuadro 65-1 Causas médicas de los trastornos mentales

Trastornos mentales causados por un problema médico general

- *Delirium*, demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos del sueño

Trastorno catatónico provocado por un problema médico general

Cambio de personalidad (p. ej., con labilidad, desinhibición, agresividad, apatía o paranoia) provocado por un problema médico general

Consideraciones específicas

Los trastornos del sistema nervioso central (como infección por el VIH y otras infecciones intracraneales, tumores, trastornos neurodegenerativos [como enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson y esclerosis múltiple] y enfermedad cerebrovascular)

Agresividad de origen convulsivo, que puede producirse durante el período ictal (manifiesta como una conducta estereotipada no intencionada), postictal (normalmente, debido a confusión) e interictal

Lesión por traumatismo craneoencefálico

Trastornos sistémicos (como anomalías de los electrolitos, hipoxia, uremia, anomalías metabólicas [p. ej., secundarias a enfermedad de Cushing], infecciones, trastornos autoinmunitarios [p. ej., LES, porfiria] y toxinas)

Trastornos relacionados con el consumo de drogas y otras sustancias (p. ej., asociados con alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, nicotina, opioides, PCP, hipnótico-sedantes, ansiolíticos)

- Dependencia de drogas y otras sustancias
- Intoxicación por drogas y otras sustancias
- Abstinencia de drogas y otras sustancias
- Trastornos mentales inducidos por drogas y otras sustancias

LES, lupus eritematoso sistémico; PCP, fenciclidina; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.

Causas psiquiátricas

En su mayor parte, los trastornos mentales importantes pueden manifestarse con síntomas de violencia durante el curso de la enfermedad. Como categorías de dolencias responsables de actitud violenta cabe citar los estados psicóticos y los trastornos afectivos, del control de los impulsos, relacionados con traumatismos y de la personalidad.

Trastornos psicóticos

El predominio de la conducta violenta en pacientes de esquizofrenia y otros problemas psicóticos es similar al observado en personas con trastorno bipolar y depresión mayor; sin embargo, debe observarse que la prevalencia es aproximadamente cinco veces mayor que en ausencia de enfermedad mental importante. Las personas paranoides que tienen delirios de persecución pueden interpretar que quienes las rodean les suponen una amenaza, y así reaccionan de forma violenta. Las alucinaciones elevan sustancialmente el riesgo de violencia autoinfligida y contra otras personas. El pensamiento y la conducta desorganizados también incrementan el riesgo de actos violentos.

Trastornos afectivos

Las carencias afectivas profundas se han relacionado asimismo con conductas violentas. La depresión unipolar se ha asociado a menudo con ataques de ira (casi la mitad de las veces).⁴⁴ La depresión con rasgos psicóticos también puede elevar el riesgo de violencia. Los pacientes con trastorno bipolar (ya estén en fase maníaca, hipomaníaca o mixta) se tipifican con frecuencia como impulsivos, irritables, omnipotentes o paranoides; todas estas actitudes pueden manifestarse con distintos grados de violencia.

Trastornos de desregulación disruptiva, del control de los impulsos y del comportamiento

Los trastornos del control de los impulsos, como la cleptomanía, la piromanía, el juego patológico, la tricotilomanía, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno del control de los impulsos no especificado,^{44,45} se asocian con actitudes violentas. Las personas con estos trastornos muestran de forma característica un apremio compulsivo para realizar una acción lesiva para ellos mismos o para otros; una vez cometido el acto, pueden experimentar, o no, alivio, placer o gratificación (v. [capítulo 23](#)). Las que padecen un trastorno explosivo intermitente experimentan episodios de extrema agresividad que pueden derivar en actos violentos desproporcionados con respecto al motivo que los originó.^{44,45} La categoría de los trastornos de desregulación disruptiva, del control de los impulsos y del comportamiento no especificados no cumple los criterios mencionados anteriormente del control de los impulsos y comprende la automutilación repetitiva, la conducta sexual compulsiva y el apremio obsesivo de pellizcarse la cara. Las personas que se mutilan de forma repetida a menudo tienen antecedentes de malos tratos físicos o de abuso sexual (o de ambos).⁴⁶

Trastorno de estrés postraumático

Las personas expuestas a un trauma psicológico muestran en ocasiones signos y síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (como hipervigilancia y síntomas disociativos) que pudieran ponerlas en riesgo de adoptar una conducta agresiva. Las tasas de agresividad y violencia aumentan en los veteranos de guerra con una enfermedad mental grave, en los traumatismos craneoencefálicos, en las personas sin hogar o con consumo de drogas y otras sustancias y TEPT, que actúan como factores de riesgo de acciones violentas.⁴⁷ De forma similar, las víctimas de ataques terroristas también pueden desarrollar un mayor riesgo de conducta agresiva.^{48,49}

Trastornos del desarrollo y de la personalidad

El trastorno de la personalidad que se ha vinculado de forma más común con la violencia y la conducta agresiva es el trastorno de la personalidad antisocial; los afectados suelen compartir el diagnóstico con los de consumo de drogas y otras sustancias y presentan una mayor probabilidad de conducta impulsiva y

agresiva. Los pacientes con trastorno de la personalidad límite a menudo se atacan a sí mismos, frecuentemente causándose mutilaciones. Si las personas con un trastorno de la personalidad paranoide perciben una amenaza, podrían actuar con violencia contra ella. Los trastornos del desarrollo, junto con otras causas (como traumatismo craneoencefálico) de bajo control de los impulsos, conducen también a actitudes violentas.^{35,36}

Factores psicosociales

La cantidad de estrés psicosocial que experimenta una persona está directamente relacionada con la probabilidad de que, si es proclive a la violencia, actúe de una forma impulsiva y agresiva. Por ejemplo, la falta de un hogar y haber sido víctima de violencia son factores independientes de correlación con el riesgo de violencia en personas con una enfermedad mental grave.³⁵ Es fundamental que el evaluador pregunte al paciente sobre los factores activos de estrés, para entender su contexto ocupacional, educativo, de alojamiento, económico, legal y social.

Valoración en la atención de enfermos agudos

Para garantizar la seguridad del paciente y de quienes lo rodean, el evaluador debe actuar con rapidez y obtener un diagnóstico preciso y un tratamiento inmediato.³⁵ En las situaciones de mayor urgencia, los elementos básicos de evaluación de las conductas agresivas e impulsivas son: 1) la seguridad; 2) el diagnóstico, y 3) el tratamiento: (fig. 65-2). La seguridad es la primera prioridad en la valoración del paciente violento; por tanto, el profesional sanitario debe determinar ante todo el grado de urgencia que requiere la situación.³⁵ Dado que en el diagnóstico diferencial se incluyen las dolencias médicas, el consumo de drogas y otras sustancias y la psicopatología, si fuera posible, es importante comprobar las constantes vitales del paciente y su historia médica, así como realizar una exploración visual del mismo.³⁵ A menudo, la evaluación por el médico de pacientes con deterioro cognitivo secundario a una enfermedad médica o al consumo de drogas y otras sustancias que se muestran agresivos y violentos no es segura para el facultativo. Según el grado de la violencia y la agresividad, podría tener que procederse a medicar al paciente y aplicarle sujeciones físicas para realizar una exploración segura. De forma semejante, un paciente con un trastorno psicótico que se comporta agresivamente contra el personal u otros pacientes debería recibir medicación para mantenerlo tranquilo; si no fuera suficiente, habría que considerar la posibilidad de aislarlo o de emplear sujeciones físicas.^{35,37}

FIGURA 65-2 Elementos básicos de la valoración de un paciente violento basados en el estado agudo.

Si se piensa que un paciente con una tensión en aumento se va a comportar violentamente, debería pensarse en aplicar una o varias técnicas (tranquilizarle con palabras, modificar el entorno, ofrecer medicación oral).³⁵ No obstante, es fundamental determinar si el paciente presenta alergias farmacológicas o problemas médicos o físicos que contraindiquen un determinado medicamento. Para establecer un diagnóstico diferencial básico es preciso proceder a una exploración rudimentaria que se centre en las constantes vitales, los signos de un traumatismo craneoencefálico, la presencia de drogas y otras sustancias y posibles laceraciones.³⁵ Si el paciente se calma, podrá iniciarse de forma segura una entrevista más formal; si aumenta la amenaza que supone el paciente, se procederá a aislarlo, a tranquilizarlo farmacológicamente o a imponerle sujeciones físicas. Cuando el profesional sanitario piense que puede darse una situación violenta, pero en la evaluación inicial se siente seguro, iniciará dicha evaluación con un plan de emergencia apropiado y pedirá la presencia de otros miembros del personal preparados para intervenir en caso necesario.³⁵

Entrevista

Antes de que el examinador pueda entrevistar al paciente potencialmente violento debe garantizarse un entorno seguro. Todos los materiales peligrosos se retirarán del alcance del paciente y de la sala. Antes y durante la entrevista se vigilarán aquellos objetos que pudieran utilizarse como armas (p. ej., lápices, agujas, teléfonos). La sala debe permitir una escapatoria y estar visible para otros miembros del personal o del equipo de seguridad. Lo ideal es que en dicha sala haya un botón para llamada de urgencias y que no pueda cerrarse con cerrojo desde dentro. El médico vigilará la conducta del paciente y estará atento ante los signos de un peligro inminente. Entre las actitudes que pueden llevar a una escalada de violencia se encuentran: 1) las amenazas verbales o no verbales; 2) los movimientos rápidos, con agitación, paseo compulsivo, golpes en los muebles o portazos, y 3) la invasión del espacio personal y los signos de tensión muscular, como crispas la mandíbula. En tal caso, las intervenciones del examinador intentarán redirigir al paciente para que recupere el control. Si el examinador fracasa en el intento de calmar la agitación del paciente y de mejorar su autocontrol, tal vez sea preciso tranquilizarle farmacológicamente o sujetarle hasta que se calme, garantizando la seguridad de todos los presentes.

Anamnesis

La historia médica debe obtenerse en las fases iniciales del proceso de la entrevista para determinar y tratar cualquier causa médica potencialmente mortal que explique la agitación o la conducta agresiva del paciente. Para descartar de forma rápida causas potencialmente mortales del *delirium* puede utilizarse la regla nemotécnica WWHHHHIMPS (cuadro 65-2); otros datos pertinentes de la historia médica son un traumatismo craneoencefálico previo y trastornos neurológicos o convulsivos (p. ej., convulsiones febriles en la infancia). Es importante obtener los antecedentes psiquiátricos, incluida la no observancia de la medicación, hospitalizaciones antiguas y recientes por motivos psiquiátricos y antecedentes de consumo de alcohol, drogas y otras sustancias, ya que estos factores pueden incrementar el riesgo de agresividad en el paciente y orientar el tratamiento. Por otra parte, el médico puede reunir información sobre recientes factores de estrés psicosociales, incluidos los económicos y los relativos a alojamiento, ayuda primaria, violencia doméstica y demandas judiciales. Es fundamental obtener información sobre episodios previos de violencia del paciente (incluidos ideas y conductas violentas u homicidas previas, objetivos concretos de estos actos violentos, antecedentes familiares de violencia, historia de incendios premeditados y/o daños a animales y acceso a armas). A menudo resultan útiles otros datos colaterales, como información sobre la familia, la historia médica, los atestados policiales y pruebas neuropsiquiátricas previas, al objeto de valorar el riesgo de violencia.

Cuadro 65-2 WWHHHHIMPS, regla nemotécnica de causas de *delirium* potencialmente mortales

Abstinencia (*withdrawal*) (p. ej., de benzodiazepinas o barbitúricos)
Encefalopatía de Wernicke
Hipoxia e hipoperfusión del encéfalo
Crisis hipertensiva
Hipoglucemia
Hipertermia/hipotermia
Hemorragia/masa o infección intracraneal
Meningitis/encefalitis o anomalías metabólicas
Intoxicación (*poisoning*)
Convulsiones (*seizures*)

Adaptado de Wise MG: Delirium. In Yudofsky SC, Hales RE, editors. *Textbook of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, Washington, DC, 2002, American Psychiatric Publishing.

La valoración de la violencia es una de las tareas más difíciles para la profesión médica y psiquiátrica. El mejor indicador de violencia futura siguen siendo los antecedentes de violencia. Por tanto, la indagación sobre actos violentos previos del paciente forma parte integral de la entrevista. Dada la naturaleza de estos

pacientes, no siempre es posible obtener un relato preciso. Lo mejor es formular preguntas indirectas para descubrir conductas violentas ([cuadro 65-3](#)).

Cuadro 65-3 Preguntas recomendadas acerca de la conducta violenta

Determine las especificidades de violencia en el pasado

- ¿A qué edad empezó a cometer actos violentos?
- ¿Con qué frecuencia se produjeron dichas acciones?
- ¿Cuál fue la más reciente?
- ¿Qué gravedad tuvieron las acciones?
- ¿Existe un patrón recurrente de escalada en la violencia en el pasado?
- ¿Existieron factores precipitantes de las acciones?
- ¿Alguno de estos actos violentos dio origen a una demanda o a pena de prisión?
- ¿Hay antecedentes de imprudencia, tendencias suicidas, detenciones o impulsividad?
- ¿El paciente tiene antecedentes familiares de violencia, malos tratos o participación en bandas callejeras?

Formule preguntas de cribado

- ¿Alguna vez piensa en hacer daño a otras personas?
- ¿Ha infligido alguna vez una herida grave a otra persona? (Hable sobre el hecho más violento cometido)

Pregunte sobre evaluaciones y tratamientos anteriores relacionados con una conducta violenta, incluidos episodios médicos, pruebas de diagnóstico y registros antiguos

Reúna información del mayor número posible de fuentes complementarias, por ejemplo, de los familiares, las víctimas, sentencias judiciales, registros médicos y antiguos responsables de tratamientos

Exploración del paciente violento

El examen del estado mental del paciente potencialmente violento comienza con una exploración estándar. Sin embargo, como se ha insistido antes, debe prestarse mucha atención a la seguridad. Si en algún momento durante esta exploración el examinador se siente inseguro, interrumpirá la entrevista hasta que sea posible aplicar medidas que garanticen la seguridad. La valoración inicial debe centrarse en los elementos del estado mental (p. ej., sensorio, trastornos del pensamiento, estado de ánimo y afecto, cognición, agitación, delirios, alucinaciones y evidencias de intoxicación por drogas o alcohol). Las alteraciones en el estado mental o los síntomas relacionados pueden potenciar la probabilidad de una acción agresiva y alertarán al médico acerca de dolencias médicas que requieren trabajo adicional o un tratamiento inmediato. Por ejemplo, un deterioro en el juicio o la impulsividad son posibles fuentes de violencia. La desesperanza de una persona deprimida, combinada con pensamientos psicóticos, puede llevarle al suicidio o al asesinato. Los pacientes con trastornos del pensamiento, psicosis con rasgos paranoides o alucinaciones en las que reciben órdenes pueden comportarse de modos peligrosos y difíciles de predecir. Al igual que en la evaluación de pensamientos suicidas, las posibles ideas violentas hacia los demás deben evaluarse de acuerdo con un objetivo, un plan específico, la letalidad del plan y la posibilidad de que este pueda llevarse a cabo. Así pues, la determinación del riesgo de violencia relativo ayuda a desarrollar un plan de disposición (p. ej., derivación a tratamiento hospitalario en vez de ambulatorio). Para prever conductas con posible escalada de violencia resulta útil documentar el caso con instrumentos normalizados como la Overt Agitation Severity Scale (OASS) y determinar cuándo intervenir.³³ Por otra parte, el empleo de escalas de valoración de riesgos puede redundar en una reducción de la agresividad y de la necesidad de aislamiento y sujeciones físicas en las unidades psiquiátricas.³⁴ Para establecer el riesgo de violencia se han desarrollado múltiples instrumentos estructurados, que se han utilizado en distintos centros y que sirven para predecir los episodios violentos;³⁵ sin embargo, el futuro uso sistemático de estos instrumentos dependerá de su grado de provecho para la toma de decisiones y la optimización de los resultados. En las investigaciones no se han obtenido evidencias relativas a varios aspectos fundamentales, como la precisión de las herramientas de valoración del riesgo en la predicción a largo plazo de conductas violentas.³⁶

La exploración física está dirigida a encontrar las causas médicas de la violencia y se orienta a partir de los hallazgos de la anamnesis. Dado que la violencia es más probable en un paciente con un trastorno

cerebral estructural o metabólico o con intoxicación aguda, es preciso centrarse en los elementos de la exploración que sirvan para identificar estos diagnósticos, incluida la exploración neurológica. A partir de los hallazgos físicos y de los antecedentes médicos del paciente se realizarán las pruebas diagnósticas pertinentes. Estas pruebas, que no son obligatorias, comprenden: 1) un análisis químico rutinario, hemogramas y pruebas toxicológicas en suero y orina; 2) un estudio médico de demencia; 3) pruebas de neuroimagen, electroencefalograma (EEG) y otras pruebas radiológicas, según lo indicado, y 4) pruebas neuropsicológicas y cognitivas.

Tratamiento en la atención de enfermos agudos

No existen medicamentos que aborden específicamente la conducta agresiva;³³ para orientar el tratamiento, el psiquiatra debe aplicar principios generales. El facultativo intentará optimizar el tratamiento de la enfermedad médica o psiquiátrica subyacente, si existiera; si fallara este enfoque, sería preferible aplicar los tratamientos más benignos de forma provisional y sistemática. Es preciso definir bien los síntomas específicos y vigilarlos tras iniciar las intervenciones específicas. La eficacia se definirá mediante parámetros observables y medibles. La lista de síntomas de la escala OASS tiene utilidad para documentar los avances en el tratamiento de la agitación y las conductas agresivas. En la atención de enfermos agudos, el objetivo terapéutico del paciente violento debe ser reducir el riesgo de daños al personal y al paciente y facilitar el proceso diagnóstico. Los tratamientos de primera línea deben consistir en medicamentos administrados por vía intramuscular (i.m.) y que tengan un inicio rápido y un perfil favorable de efectos secundarios. Una vez calmado el paciente y realizada una valoración más minuciosa, el psiquiatra puede decidir entre un abordaje ambulatorio o el ingreso en el hospital (voluntario o no). La documentación del riesgo de violencia inminente en el paciente constituye una parte fundamental de la evaluación y ayudará a determinar el grado de cuidados exigido para el tratamiento y para la reducción de los riesgos al mínimo.

Las benzodiazepinas son fármacos de primera línea rápidos, seguros y fáciles de administrar en casos de agitación moderada o intensa y en aquellos en los que exista una escalada de descontrol conductual. El empleo de benzodiazepinas no se aplica en la reacción paradójica observada en pacientes con trastornos del carácter, en personas con traumatismos craneoencefálicos o discapacidad intelectual o en los ancianos. Cuando estos medicamentos se administran en forma i.m. u oral, son sedantes eficaces en los centros de atención aguda. Los antipsicóticos, en especial los fármacos de alta potencia, suelen ser eficaces para mitigar la agitación y la violencia en pacientes psicóticos y no psicóticos. El haloperidol, un neuroléptico típico de alta potencia, se utiliza a menudo en este cuadro debido a su favorable perfil de efectos secundarios y a su seguridad cardiopulmonar global. A menudo, en la atención de enfermos agudos se recurre a una combinación de fármacos para lograr una eficacia sinérgica y un inicio de acción más rápido y hacer posibles dosis inferiores, con la disminución consiguiente en los efectos secundarios. En los últimos años, los antipsicóticos atípicos (p. ej., clozapina, olanzapina, ciprasidona, risperidona) han sido objeto de un uso más frecuente en la atención de enfermos agudos.^{33,34} Existen tres de estos antipsicóticos disponibles en formas que pueden utilizarse en situaciones de urgencia: la olanzapina (vía intravenosa y desintegración oral), la ciprasidona (i.m.) y la risperidona (desintegración oral).³⁵ En general, los neurolépticos atípicos se toleran mejor que los fármacos convencionales; se asocian a menores síntomas extrapiramidales y a mejor observancia del paciente a largo plazo³⁷⁻³⁹ (tabla 65-3).

Tabla 65-3

Farmacoterapia para el tratamiento de enfermos agudos con conducta violenta

Clase de medicación	Medicación y dosis	Efectos secundarios/consideraciones
Benzodiacepina	Alprazolam p.o. Dosis inicial, 0,5 mg	Pueden observarse reacciones paradójicas en pacientes con trastorno de carácter y empeoramiento de los síntomas en los ancianos
	Diacepam p.o., i.m., i.v. Dosis inicial, 5 mg	Efecto calmante/sedante con inicio rápido; no obstante, valore con cuidado el uso en ancianos por la larga semivida del fármaco
	Loracepam p.o., s.l., i.m., i.v. Dosis inicial, 1 mg	Sin metabolitos activos; por tanto, el riesgo de acumulación del fármaco es bajo Se metaboliza solo por glucuronidación; por tanto, puede utilizarse en la mayoría de los pacientes con deterioro de la función hepática Fármaco de elección en esta clase por su semivida moderadamente larga
Antipsicóticos típicos	Haloperidol p.o., i.m., i.v. Dosis inicial, 5-10 mg	Neuroléptico de alta potencia con perfil favorable de efectos secundarios y seguridad cardiopulmonar La forma i.v. tiene menos probabilidad de provocar SEP Se necesita ECG de control para valorar <i>torsades de pointes</i> o prolongación del QTc
	Perfenacina p.o. Dosis inicial, 4-8 mg	El riesgo de SNM aumenta en pacientes con problemas de hidratación, con sujeciones físicas y que están en habitaciones poco aireadas cuando reciben dosis altas de antipsicóticos. Se recomienda control frecuente de las constantes vitales y pruebas de rigidez muscular
	Clorpromacina p.o., p.r., i.m. Dosis inicial, 50-100 mg	Esta medicación es muy sedante y las inyecciones pueden provocar dolor Posible causa de hipotensión
Antipsicóticos atípicos	Risperidona p.o., comprimido de desintegración oral Dosis inicial, 1-3 mg	No existe en forma i.m. Ofrece efecto calmante con tratamiento de la enfermedad subyacente Hipotensión ortostática con taquicardia refleja Aumento del riesgo de accidente cerebrovascular en los ancianos con TCV
	Olanzapina p.o., comprimido de desintegración oral, i.m. Dosis inicial, 5-10 mg	Útil en pacientes con reacción deficiente al haloperidol Fármaco calmante con tratamiento del trastorno subyacente Se evitará la combinación i.m. con loracepam Aumento del riesgo de accidente cerebrovascular en ancianos con TCV
	Ciprasidona p.o., i.m. Dosis inicial, 10-20 mg	Uso con precaución en pacientes con prolongación del QT preexistente Fármaco menos sedante; por tanto, buena elección si se desea tranquilizar sin sedación

Clase de medicación	Medicación y dosis	Efectos secundarios/consideraciones
Combinaciones	Haloperidol, 5 mg; loracepam, 2 mg; difenhidramina, 50 mg (o sustituya difenhidramina por benzotropina, 1 mg)	Se usa muy frecuentemente en la atención de enfermos agudos Los hombres jóvenes y atléticos tienen mayor riesgo de distonía Si tras la administración aumenta la agitación, debe valorarse una acatisia
	Perfenacina, 8 mg; loracepam, 2 mg; difenhidramina, 50 mg (o sustituya difenhidramina por benzotropina, 1 mg)	Se considerará si el paciente ha experimentado reacciones adversas al haloperidol

Adaptado de Allen M, Currier G, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies, *J Psychiatr Pract* 11:1–112, 2005.

ECG, electrocardiograma; i.m., intramuscular; i.v., intravenoso; p.o., *per os* (por la boca, oralmente); p.r., por el recto; SEP, síntomas extrapiramidales; s.l., sublingual; SNM, síndrome neuroléptico maligno; TCV, trastorno cardiovascular.

Prácticamente cualquier neuroléptico puede reducir la agresividad, aunque debe analizarse su potencia, el historial de respuesta, el perfil de efectos secundarios del medicamento y los antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente. En la atención de enfermos agudos tal vez no se conozca el diagnóstico. Al realizar un diagnóstico provisional, el tratamiento médico habrá de adecuarse a la etiología de base= (tabla 65-4). También se han de adoptar precauciones especiales cuando se trabaja con niños pequeños, ancianos y personas con discapacidad intelectual o retraso del desarrollo. Las benzodiacepinas y los antipsicóticos se evitarán, en la medida de lo posible, en pacientes muy jóvenes o de edad avanzada. Si se necesita medicación para manejar una conducta agresiva y violenta, el tratamiento de elección en niños consiste en loracepam o risperidona, mientras que en ancianos se recomiendan risperidona, olanzapina y haloperidol. La risperidona puede ser la medicación de primera línea en el tratamiento de personas con agitación aquejadas de retrasos en el desarrollo.Ⓢ

Tabla 65-4

Medicamentos recomendados por vía oral y parenteral para diagnósticos sospechados

Diagnóstico de trabajo	Medicación oral de primera línea	Medicación parenteral de primera línea
Desconocido	Benzodiacepina	Benzodiacepina ± haloperidol
Etiología médica	Evítela debido a posible alteración del trabajo médico	Haloperidol

Diagnóstico de trabajo	Medicación oral de primera línea	Medicación parenteral de primera línea
Intoxicación por estimulantes	Benzodiacepina	Benzodiacepina
Intoxicación por alcohol	Evítela salvo casos de agitación grave; benzodiacepina	Benzodiacepina
Esquizofrenia	Olanzapina, risperidona \pm benzodiacepina, haloperidol + benzodiacepina	Olanzapina, ciperasidona \pm benzodiacepina, haloperidol + benzodiacepina
Manía	Olanzapina, risperidona \pm benzodiacepina, valproato semisódico + antipsicótico, haloperidol + benzodiacepina	Olanzapina, haloperidol + benzodiacepina
Depresión psicótica		Olanzapina
Trastorno de la personalidad		Benzodiacepina

Adaptado de Allen M, Currier G, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies, *J Psychiatr Pract* 11:1–112, 2005.

Estrategias para el abordaje a largo plazo

El abordaje a largo plazo del paciente violento plantea un desafío complejo para el psiquiatra. En primer lugar, es preciso explorar a fondo el tratamiento apropiado para cualquier trastorno psiquiátrico subyacente, mediante psicoterapia y farmacoterapia. La elección de los fármacos utilizados estará dirigida a tratar el diagnóstico primario. En poblaciones específicas se han utilizado con buenos resultados medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), el litio, los anticonvulsivos, las benzodiacepinas, los psicoestimulantes y los bloqueantes adrenérgicos. Aunque algunos estudios revelan que los neurolépticos atípicos son más eficaces que los típicos para el tratamiento de la conducta agresiva,²⁰⁻²² otros han mostrado que la perfenacina puede tener, al menos, el mismo grado de eficacia para mitigar la violencia en los pacientes con esquizofrenia.²³ Se recomienda una valoración regular de la presencia del síndrome metabólico asociado con los neurolépticos atípicos en pacientes a los que se han prescrito estos medicamentos ([tabla 65-5](#)).

Tabla 65-5

Farmacoterapia para el abordaje a largo plazo de la conducta violenta

Clase de medicación	Población de pacientes	Consideraciones
ISRS	Depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, demencia y discapacidad intelectual	Uso con precaución en trastorno bipolar afectivo
Litio	Discapacidad intelectual, trastorno del comportamiento, trastorno de la personalidad antisocial, presidiarios, trastorno bipolar	Debe realizarse exploración médica antes y durante el tratamiento: es decir, medida de valores de TSH y función renal
Anticonvulsivos (p. ej., carbamacepina, ácido valproico)	Esquizofrenia con o sin anomalías en EEG, trastornos de la personalidad, del comportamiento, convulsivos o bipolares	Uso de dosis similares que en la enfermedad bipolar Con esta clase existen múltiples interacciones farmacológicas Deben vigilarse los valores de carbamacepina una vez al mes durante los primeros 3 meses y después una vez cada 3 meses Los valores de ácido valproico deben vigilarse cada semana durante 1-2 meses y después cada 2 semanas durante 1 año Vigile el HC y la PFH
Gabapentina	Pacientes con ansiedad y afectación del carácter subyacentes	No hay interacciones con otros anticonvulsivos
Benzodiazepinas	Deben tener un componente subyacente de ansiedad	En esta población se utilizarán con cuidado por la posibilidad de adicción, dependencia y reacciones de abstinencia La buspirona, una no benzodiazepina, puede tener menos potencial adictivo
Antipsicóticos atípicos	Esquizofrenia/psicosis, manía	Las formas <i>depot</i> de acción prolongada pueden mejorar el cumplimiento Se ha demostrado que la risperidona y la clozapina reducen la conducta violenta con independencia de su efecto antipsicótico
β -bloqueantes	Enfermedad cerebral orgánica como TCE, trastornos neurodegenerativos y discapacidad intelectual; a menudo los pacientes resistentes a otros medicamentos	El propranolol puede aumentarse gradualmente a 1 g/día; el nadolol, a 40-120 mg/día, y el metoprolol, a 200-300 mg/día El propranolol está contraindicado en pacientes con asma, EPOC y DMID Estos fármacos se usarán con precaución en pacientes con hipertensión subyacente

Clase de medicación	Población de pacientes	Consideraciones
Psicoestimulantes	TDA/TDAH en niños y adultos	Peligro de adicción y consumo abusivo

DMID, diabetes mellitus insulino dependiente; EEG, electroencefalograma; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HC, hemograma completo; ISRS, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; PFH, prueba de función hepática; TCE, traumatismo craneoencefálico; TDA, trastorno por déficit de atención; TDAH, trastorno por déficit de atención con hiperactividad; TSH, tiotropina.

Los abordajes psicoterapéuticos (p. ej., técnicas conductuales, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo y familiar) constituyen otros enfoques de manejo de la agresividad y la violencia.²³ En el tratamiento hospitalario y ambulatorio permanente de pacientes agresivos e impulsivos se ha recurrido a técnicas conductuales (p. ej., fijación de límites, refuerzo contingente, distracción y redirección, relajación, biorretroalimentación), con resultados dispares. Para mejorarlos, en la implicación y el tratamiento continuado de personas con una conducta agresiva se recomienda un enfoque de terapia informada.²⁴ La combinación de medicación y terapias informadas constituye el mejor enfoque del tratamiento crónico de la agresividad y la violencia.

Controversias actuales y consideraciones futuras

A medida que se amplían nuestros conocimientos científicos sobre el componente biológico de la conducta agresiva (con más información obtenida de estudios genéticos y de neuroimagen), el modo en que los profesionales sanitarios y la sociedad en general abordan la epidemia de violencia sin duda experimentará cambios importantes.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Beck JC. Legal and ethical duties of the clinician treating a patient who is liable to be impulsively violent. *Behav Sci Law*. 1998;16:375–389.
2. Blue HC, Griffith EE. Sociocultural and therapeutic perspectives on violence. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18:571–587.
3. Fleming P, Harvery HD. Strategy development in dealing with violence against employees in the workplace. *J R Soc Health*. 2002;122:226–232.
4. Viitasara E, Menckel E. Developing a framework for identifying individual and organizational risk factors for the prevention of violence in the health-care sector. *Work*. 2002;19:117–123.
5. Trzepacz PT, Meagher DJ, Wise MG. Neuropsychiatric aspects of delirium. In: Yudofsky SC, Hales RE, eds. *Textbook of neuropsychiatric and clinical psychiatry*. ed 4. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
6. Sanders KM. Approach to the violent patient. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The MGH guide to primary care psychiatry*. ed 2. New York: McGraw- Hill; 2004.
7. Monahan J. Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence. *Am Psychol*. 1992;47:511–521.
8. Renfrew JW. *Aggression and its causes: a biopsychosocial approach*. New York: Oxford University Press; 1997.
9. Crouner ML. *Understanding and treating violent psychiatric patients*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
10. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence, an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman HJ, eds. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
11. Friedman RA. Violence and mental illness—how strong is the link? *N Engl J Med*. 2006;355:2064–2066.
12. James DJ, Glaze LE. *Bureau of Justice Statistics Special Report: Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. NCK: US Department of Justice; 2006: 213600.

13. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1397–1403.
14. Marder ST. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl. 10):13–21.
15. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. Violence by people discharged from the acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhood. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:393–401.
16. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health*. 2002;92:1523–1531.
17. Teplin LA, McClelland GM, Abram KA. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(8):911–921.
18. Kavoussi R, Armstead P, Coccaro E. The neurobiology of impulsive aggression. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(2):395–403.
19. Garza-Trevino ES. Neurobiological factors in aggressive behavior. *Hosp Comm Psychiatry*. 1994;45(7):690–699.
20. Volavka J. *Neurobiology of violence*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
21. Stein DJ, Hollander E, Liebowitz MR. Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*. 1993;5:9–17.
22. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23:11–25.
23. Best M, Williams JM, Coccaro EF. Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci*. 2002;99:8448–8453.
24. van der Kooij MA, Fantin M, Kraev I, et al. Impaired hippocampal neuroligin-2 function by chronic stress or synthetic peptide treatment is linked to social deficits and increased aggression. *Neuropsychopharmacology*. 2013;39(5):1148–1158.
25. Coccaro EF, Sripada CS, Yanowitch RN. Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior. *Biol Psychiatry*. 2011;69(12):1153–1159.
26. Gansler DA, McLaughlin NC, Iguchi L, et al. A multivariate approach to aggression and the orbitofrontal cortex in psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 2009;171(3):145–154.
27. Brower MC, Price BH. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;71:720–726.
28. Bufkin J, Luttrell VR. Neuroimaging studies of aggressive behavior, current findings and implications for criminology and criminal justice. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6:176–191.
29. Miczek KA, Fish EW, DeBold JF, et al. Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid system. *Psychopharmacology (Berl)*. 2002;163:434–458.
30. Coccaro EF. Impulsive aggression and central serotonergic system function in humans: an example of a dimensional brain-behavior relationship. *Int Clin Psychopharmacol*. 1992;7:3–12.
31. Schmahl CG, McGlashan TH, Bremner JD. Neurobiological correlates of borderline personality disorder. *Psychopharmacol Bull*. 2002;36:69–87.
32. Batrinos ML. Testosterone and aggressive behavior in men. *Int J Endocrinol Metab*. 2012;10(3):563–568.
33. Buydens-Branchey L, Branchey M, Hudson J, et al. Low HDL cholesterol, aggression and altered central serotonergic activity. *Psychiatry Res*. 2000;93:93–102.
34. New AS, Sevin EM, Mitropoulou V, et al. Serum cholesterol and impulsivity in personality disorders. *Psychiatry Res*. 1999;85:145–150.
35. Anholt RR, Mackay TF. Genetics of aggression. *Ann Rev Genetics*. 2012;46:145–164.
36. Miles D, Carey G. Genetics. environmental architecture of human aggression. *J Pers Soc Psychol*. 1999;72:207–217.
37. Lewis DO. Adult antisocial behavior, criminality, and violence. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. ed 8. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
38. Beitchman J, Baldassarra L, Mik H, et al. Serotonin transporter polymorphisms and persistent, pervasive childhood aggression. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1103–1105.
39. Zaboli G, Gizatullin R, Nilsonne A, et al. Tryptophan hydroxylase-1 gene variants associate with a group of suicidal borderline women. *Neuropsychopharmacol*. 2006;31(9):1982–1990.
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 4, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
41. Fava M, Buolo RD, Wright EC, et al. Fenfluramine challenge in unipolar depression with and without anger attacks. *Psychiatry Res*. 2000;94:9–18.

42. DeCaria CM, Hollander E, Grossman R, et al. Diagnosis, neurobiology, and treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(Suppl. 8):80–84.
43. Greenberg HR. Impulse-control disorders not elsewhere classified. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. ed 8. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
44. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Berman ME, et al. Intermittent explosive disorder—revised: development, reliability, and validity of research criteria. *Comp Psychiatry*. 1998;39:368–376.
45. McElroy SL, Soutullo CA, Beckman DA, et al. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:203–210.
46. Hollander E, Stein DJ. *Clinical manual of impulse-control disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2006.
47. Elbogen EB, Beckham JC, Butterfield MI, et al. Assessing risk of violent behavior among veterans with severe mental illness. *J Trauma Stress*. 2008;21(1):113–117.
48. Pferrerbaum B, North CS, Flynn BW, et al. The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Rev*. 2001;29:271–280.
49. Smith FA, Sanders KM. The patient following closed head injury. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The MGH guide to primary care psychiatry*. ed 2. New York: McGraw-Hill; 2004.
50. Stein DJ, Hollander E, Cohen L, et al. Neuropsychiatric impairment in impulsive personality disorders. *Psychiatry Res*. 1993;48:257–266.
51. Hollander E. Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl. 15):38–44.
52. Goodman M, New A. Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2000;2:56–61.
53. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophr Bull*. 2004;30:3–20.
54. Lande RG. The dangerous patient. *J Fam Pract*. 1989;29:74–78.
55. Anderson T, Bell C, Powell T. Assessing psychiatric patients for violence. *Community Ment Health J*. 2004;40:379–399.
56. Allen M, Currier G, Carpenter D. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:1–112.
57. Tardiff K. Violence. In: Hales RE, Yudofsky SC, eds. *Textbook of clinical psychiatry*. ed 4. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.
58. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, et al. The Overt Agitation Severity Scale (OASS) for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*. 1997;9:541–548.
59. Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry*. 2011;199:473–478.
60. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, et al. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193:44–50.
61. Buchanan A, Binder R, Norko M, et al. Psychiatric violence risk assessment. *Am J Psychiatry*. 2012;169:3.
62. Buchanan A, Binder R, Norko M, et al. Resource document on psychiatric violence risk assessment. *Am J Psychiatry*. 2012;169:3: (data supplement).
63. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20:427–451.
64. Spivak B, Mester R, Wittenberg N, et al. Reduction of aggressiveness and impulsiveness during clozapine treatment in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients. *Clin Neuropharmacol*. 1997;20:442–446.
65. Schwartz TL, Masand PS. The role of atypical antipsychotics in the treatment of delirium. *Psychosomatics*. 2002;43:171–174.
66. Caine E. Clinical perspectives on atypical antipsychotics for treatment of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(Suppl. 1):22–31.
67. Keck PE, McElroy SL, Arnold LM. Ziprasidone: a new atypical antipsychotic. *Expert Opin Pharmacother*. 2001;2:1033–1042.
68. Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:933–941.
69. Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR, et al. Intramuscular ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001;155:128–134.

70. McGavin JK, Goa KL. Aripiprazole. *CNS Drugs*. 2002;16:779–786.
71. Kelleher JP, Centorrino F, Albert MJ, et al. Advances in atypical antipsychotics for the treatment of schizophrenia: new formulations and new agents. *CNS Drugs*. 2002;16:249–261.
72. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, et al. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2008;193(1):37–43.
73. Alpert JE, Spellman MK. Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20:453–472.
74. National Center for Trauma-Informed Care (NCTIC). Available from <http://www.samhsa.gov/nctic/default.asp>.

SNC PHARMA