



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

**CONCEPTO PÚBLICO DE AGRESIVIDAD DEL PACIENTE PSICÓTICO EN
UNA MUESTRA POBLACIONAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

DR. LEONARDO DE BENITO AVENDAÑO

Asesores:

Tutor teórico: **DR. RICARDO ARTURO SARACCO ÁLVAREZ**

Tutor metodológico: **DRA. ANA FRESAN ORELLANA**

México, D. F. MAYO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	3
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	7
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>9</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN	19
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
HIPÓTESIS	20
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>21</u>
TIPO DE ESTUDIO	21
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	22
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	22
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	25
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	27
<u>RESULTADOS</u>	<u>28</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>34</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>39</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>40</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>45</u>
I. CUESTIONARIO DE CONCEPTO PÚBLICO DE AGRESIVIDAD	45
II. CARTA DE APROVACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL CPA	46
III. CARTA DE APROVACIÓN DEL COMITE DE ÉTICA	47

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer con el presente escrito a todos los que contribuyeron con este trabajo de tesis, en primer lugar quiero agradecer a la Dra. Ana Fresán, por su gran apoyo, sin el cual seguramente no se habría podido realizar nada de este trabajo, ya que fue ella la que se mostró interesada en realizar un estudio de percepción social, cuando pocos investigadores muestran ese interés hoy en día. Agradezco también su gran ayuda en la parte de metodológica y de resultados, su apoyo en la recabación de la muestra, su supervisión constante y todas sus sugerencias, pero más importante, la gran paciencia a lo largo de la realización de este trabajo. También quiero agradecer al Dr. Ricardo Saracco con quien me acerqué en primer lugar proponiendo un tema de tesis que involucrara a la sociedad mexicana y su percepción de la enfermedad, y me ayudó a aterrizar el tema, así como también su apoyo en el marco teórico, los antecedentes y por supuesto, en la recabación de la muestra.

Quiero también agradecer a todos los que colaboraron con la aplicación y recolección de datos, incluyendo a mi abuela Kinny, por su gran entusiasmo en la recabación y contribución en el total de la muestra. También quiero agradecer a mis padres, a los cuales les debo todo, y que me brindaron un gran apoyo y cariño en todo momento de esta carrera cargada de estigma y a quienes dedico esta tesis. Le agradezco además a mis abuelos Guagua y Pacorro, por sus consejos, orientación y cuidados que han tenido hacia mí a lo largo de mi vida.

Y finalmente pero no menos importante, quiero agradecer a todos mis maestros del instituto, de quienes aprendí en los últimos 3 años sobre la profesión a la que dedicaré el resto de mi vida y sin los cuales, esta tesis, y sobre todo, esta carrera, solo hubiera permanecido como un sueño.

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Intensidad del comportamiento agresivo percibido (pág. 29).

Tabla 1. Intervención seleccionada para el manejo de síntomas (pág. 30).

Tabla 2. Percepción de agresión, peligrosidad y enfermedad mental entre hombres y mujeres. (pág. 31).

Tabla 3. Percepción de agresión, peligrosidad y enfermedad mental por grupos de edad. (pág. 32).

Tabla 4. Asociación de la agresión, peligrosidad y enfermedad mental. (pág. 33).

RESUMEN

Introducción: El estigma es una actitud hacia los pacientes que padecen una enfermedad mental y que puede resultar en prácticas discriminatorias que perpetúan inequidades sociales. El siguiente estudio se fundamenta en observar la prevalencia del rol cultural sobre la estigmatización que discrimina al paciente con una enfermedad mental como violento.

Objetivos: Determinar el concepto público, la prevalencia y el tipo de agresión del paciente psicótico en una muestra de la población de la ciudad de México, y compararlo entre hombres y mujeres y por grupos de edad.

Hipótesis: El paciente psicótico será considerado una persona agresiva en la muestra, en un porcentaje elevado, será mayor en términos de agresividad verbal y heterodirigida, será similar entre hombres y mujeres y será mayor en personas de 40 años o más.

Tipo de estudio: Comparativo, Transversal, Abierto, Observacional y Prospectivo.

Metodología: Se incluyeron dentro de los criterios de inclusión: Población de ambos sexos, mayores de 18 años. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran: Ser menor de edad, dificultad para comunicarse y cooperar, que se encuentre relacionado o que reciba servicios de salud mental para evitar sesgos. Llenaron el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA), el cual fue validado en un estudio previo con un alfa de Cronbach de 0.72. La CPA es confidencial, y valora el sexo y profesión, la edad y escolaridad. Dentro de las variables ordinales valora agresividad, psicosis y relación entre peligrosidad y salud mental. El reclutamiento de sujetos se realizó de forma abierta en centros culturales, recreativos y universidades de la ciudad de México hasta alcanzar un total de 800 muestras. La comparación por género y grupos de edad se realizaron utilizando pruebas de chi cuadrada y t de Student para muestras independientes en dos grupos de análisis. ANOVA simple con corrección de Bonferroni para tres o más grupos. Se fijó una significancia estadística con $p \leq 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 800 personas, el 57.8% fueron mujeres y el 42.3% hombres, con una edad promedio de 38.6 ± 14.3 años y una escolaridad de 12.6 ± 3.4 años, el 56.05% tenían un empleo remunerado. El 57.1% de la población consideran al paciente

descrito en el CPA como agresivo, 43.4% verbal, 35.8% autodirigido, 38.6% heterodirigido a objetos, y 38.3% heterodirigido a personas. El 87.2% reconoce que el paciente descrito en el CPA tiene una enfermedad mental, predominando en sujetos entre los 18 y 25 años. Los sujetos menores de 36 años tienen una mayor percepción de agresividad, no hay una relación entre la agresión y la percepción de enfermedad mental, sin embargo, peligrosidad mostró una asociación significativa con enfermedad mental y agresividad.

Discusión: Los resultados obtenidos con la CPA, revelan una alta prevalencia de la población identifican al paciente ejemplo como una persona que padece una enfermedad mental. La intervención que la mayoría de las personas propone es hasta en el 51%, no farmacológica, por lo que a pesar de la facilidad para reconocer la enfermedad mental, hay un menor reconocimiento para el tratamiento psiquiátrico. En cuanto a la percepción de agresividad, los sujetos encuestados consideran que la mayor agresión es verbal hacia otras personas, principalmente en los grupos de entre 18 y 35 años a diferencia de lo que planteaba la hipótesis (>45 años). En la comparación por género, las mujeres mostraron mayor sensibilización hacia intervención temprana.

Conclusiones: El estigma presente en la sociedad mexicana hacia el paciente psicótico es generalmente de personas peligrosas e impredecibles, el tipo de agresividad más frecuentemente percibido es el verbal y el físico dirigido a objetos y hacia sí mismo. Las mujeres demostraron ser las que buscan atención especializada, y los sujetos menores de 36 años son los que distinguen con mayor facilidad la enfermedad mental. El tratamiento sugerido por la mayoría de los sujetos es el de hablar con el paciente.

ABSTRACT.

Background: Stigma is an attitude towards patients with mental illness and can result in discriminatory practices that perpetuate social inequities. The following study is based on observing the prevailing cultural role of the stigma that discriminates patients with mental illness as violent.

Objectives: To determine the public perception, the prevalence and type of psychotic patient's aggression in a sample of the population of Mexico City and to compare gender and age groups.

Hypothesis: The psychotic patient is considered an aggressive person in the sample; a high percentage will be higher in terms of verbal and physical violence, similar between men and women, and higher in people 40 years or more.

Type of study: Comparative, Cross, Open, observational and prospective.

Methods: We included in the inclusion criteria: population of both sexes, and aged 18, within the exclusion criteria are: Being a minor, difficulty communicating and cooperating, that is related to or receive services in mental health to avoid bias. Questionnaire filled concept Aggressiveness Public (CPA), which was validated in a previous study with a Cronbach alpha of 0.72. The CPA is confidential, and values the sex and profession, age and schooling. In ordinal variables assessed aggression, psychosis, and relationship between dangerousness and mental health. The subject recruitment was conducted openly in recreational centers and universities in Mexico City to a total of 800 samples.

Results: The comparison by gender and age groups were performed using chi-square tests and t-test for independent samples in two groups of tests. Simple ANOVA with Bonferroni correction for three or more groups. Statistical significance was set at $p < 0.05$. We included 800 individuals, 57.8% were female and 42.3% men, mean age 38.6 ± 14.3 years and schooling, from 12.6 ± 3.4 years, 56.05% were in paid employment. 57.1% of the population believes the patient described in the CPA as aggressive, 43.4% verbal, 35.8% self, 38.6% toward objects, and 38.3% toward people. The 87.2% admitted that the patient described in the CPA has a mental illness, predominantly in subjects between 18

and 25. Individuals under 36 years have a greater perception of aggression, there are no relationship between aggression and the perception of mental illness, however, showed a significant association of dangerousness with mental illness and aggression.

Discussion: The results obtained with the CPA, reveal a high prevalence of the population sample identified the patient as a person with a mental illness. The intervention that most people propose is up 51%, non-pharmacological, so despite the ease of recognizing mental illness, there is less recognition for psychiatric treatment. As for the perception of aggression, subjects that most respondents considered verbal aggression toward others, mainly in groups of between 18 and 35 years in contrast to that hypothesized (> 45 years). In the comparison between gender, women showed greater awareness of early intervention.

Conclusions: The stigma present in Mexican society toward the psychotic patient is usually depicted as dangerous and unpredictable people; the types of aggression most often perceived are verbal and physical directed toward objects and himself. Women proved to be those that seek specialized care more often, and subjects under 36 years are the ones who distinguishing mental illness more easily. The treatment suggested the most by the subjects is verbal.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia

¿Qué es el estigma?, el entender el concepto del estigma es necesario para poder desarrollar un entendimiento de diversas experiencias de exclusión social. La palabra estigma viene del griego *stigma* cuyo significado es mancha. En Sociología un estigma se refiere a una condición, rasgo, atributo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa por lo que se les ve culturalmente inaceptables o inferiores. Aunque los griegos no parecen haber tenido un marcado estigma hacia las enfermedades mentales, si creían que el padecer de una era sinónimo de vergüenza y falta de carácter, creencia aun encontrada en muchas sociedades contemporáneas.

Con esta definición y enfocándola hacia la salud mental, se puede concluir que el estigma es una actitud perjudicial atribuida hacia los pacientes que padecen una enfermedad mental y que puede resultar en prácticas discriminatorias o puede ser usada para reflejar un estrecho proceso social con elementos cognitivos, de estructura, de actitud y de conducta que interaccionan para perpetuar inequidades sociales, trato discriminatorio y desventajas para aquellos que padecen una enfermedad mental. (Allardyce 2005, Stuart 2007).

Aunque los trastornos mentales son un problema de salud común, con considerables consecuencias socioeconómicas, físicas y emocionales, se cree que hasta un 70% de los individuos con una enfermedad mental no buscan atención. (Farrer 2008, Swami 2010).

Varios investigadores además, consideran que hay una gran falta de literatura referente a salud mental en el público general. Es por eso frecuente que haya discrepancias entre las posibles etiologías de los trastornos mentales, y la población tenga preferencia por aquellas de origen psicosocial más que las biológicas, así como aunado una pobre opinión de los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos, dando preferencia a terapias alternativas e

intervenciones de autoayuda. (Jorm, Korten 2000, Jorm, Angermeyer 2000, Jorm 1997, Link, Phelan 1999).

Además, el público en general presenta gran dificultad para entender los síntomas de la esquizofrenia y de otras patologías mentales, esto es muy importante ya que la identificación correcta de los trastornos está asociada a mejor búsqueda de atención oportuna, además de que a mayor ignorancia, mayor el estigma. (Angermeyer, Matschinger 1999, Thornicroft, Brohan 2008). Cuando se le preguntó a Londineses, sobre si conocían las causas de la esquizofrenia, la respuestas que dieron fueron estresares sociales, y conflictos familiares, así como presiones sociales o económicas, y hasta un 94% de los Australianos en un estudio del 2000 mostró que la causa de la esquizofrenia era el estrés y problemas en la infancia. (Read, Haslam 2006).

Corrigan y Watson describen dos componentes del estigma: el público, que se refiere a la reacción de la sociedad en general ante la enfermedad mental; y el autoestigma, que es el prejuicio que tienen los propios pacientes con una enfermedad mental hacia ellos mismos. Estos mismos autores también proponen que para entender el estigma es necesario diferenciar 3 conceptos: el de estereotipo, definido como estructura conocida de la sociedad generalmente negativo predetermina una actitud; prejuicio, definido como respuesta cognitiva y afectiva que se desarrolla en una persona endorsados en estereotipos negativos; y discriminación, que se define como él comportamiento en reacción al prejuicio. (Corrigan 1998)

De acuerdo a Thornicroft, el estigma consiste de 3 problemas relativos:

- a) El problema con el conocimiento (Ignorancia): un 55% de las personas en Inglaterra cree que una persona que no es capaz de hacerse responsable de sus actos es por lo tanto, un enfermo mental, y un 63% de las personas piensan que menos del 10% de la población experimentara una enfermedad mental en algún momento de sus vidas.

- b) El problema de la actitud (Prejuicio): Tanto el miedo, la ansiedad y la evitación son sentimientos que comparten tanto las personas sin enfermedad mental y los propios pacientes mentales con el “auto-estigma”.
- c) El problema del comportamiento (Discriminación): Thornicroft refiere importantes problemas para el paciente mental por la sociedad, donde se le juzga su competencia en el cuidado de menores, matrimonio, trabajo y vida social en general. En este apartado afortunadamente, ya hay leyes que protegen y aseguran igualdad para personas discapacitadas. (Thornicroft G, Brohan E 2008)

Desafortunadamente nuestro conocimiento de “qué es” exactamente el estigma y “cómo se desarrolla” no se equipara a nuestro conocimiento del “porqué” se desarrolla, sin embargo los modelos actuales lo sugieren como una percepción de amenaza tangible o simbólica. (Stangor G 2000)

Dos de los grandes retos que favorecen y perpetúan el estigma hacia la enfermedad mental en muchas sociedades son: el primero considera que el paciente con una enfermedad mental esta bajo el completo control sobre su padecimiento y que el paciente ante la persistencia del mismo, es irresponsable u holgazán. La segunda es la de considerar al paciente mental como impredecible y peligroso, lo que lo ubica como una amenaza a la seguridad social. Mientras que el primer reto se basa en la falta de entendimiento sobre el tipo de incapacidad que genera la enfermedad mental, no muy distinto al de otro tipo de enfermedades, el segundo reto se basa en propaganda sensacionalista o errores en los medios de comunicación. (Stuart H, Arboleda-Florez J, 2001, ambas bibliografías).

Una fuente obvia de estigmatización radica en el “*etiquetar*” los diagnósticos psiquiátricos, y aunque los diagnósticos son útiles para clasificar la información sobre la enfermedad del paciente y facilitar la comunicación entre el personal médico, se vuelve dañino cuando es usado por no-profesionales, quienes no están familiarizados con la definición original del término. (Sartorius N 2002/ Pickenhagen A, Sartorius N 2002)

En un estudio realizado en 5 naciones europeas encontraron que hubo mucho mayor rechazo hacia pacientes psicóticos y deprimidos en Hungría, Bulgaria y España, quienes agregaron en sus respuestas que un paciente con esquizofrenia no debería tener un empleo (43%), mientras que en Alemania e Islandia demostraron los niveles más bajos. Esta diferencia es atribuida a los niveles socioeconómicos de los países, el cual es inversamente proporcional, es decir, a menor nivel socioeconómico, mayor estigma. (Arboleda-Flórez J. Sartorius N. 2008).

La mayoría de las creencias y actitudes de una población son generadas y determinadas por un patrón cultural dentro del grupo social al cual se pertenece, que se trasmite a sus miembros a través de por lo menos 3 importantes factores que son las familias, las escuelas y los medios de comunicación masivos, como la televisión, la radio y el internet.

Particularmente en el área de salud mental, el público en general está expuesto a una serie de mitos, estereotipos y creencias tradicionalistas ya que son pocos los miembros de este grupo los que han tenido una exposición personal relevante. Una creencia que ha prevalecido en la sociedad, es la de ver a la enfermedad mental y al psiquiatra con temor y ridículo. (García Silberman 1998)

En un estudio descriptivo elaborado por Diane Rose. y colegas en el 2007, se encontró que los adjetivos más utilizados para describir a un paciente mental por los jóvenes fueron “locos, psicóticos, impredecibles y raros”, resaltando así la importancia que el rol cultural juega en la sociedad actual en torno a las creencias sobre las personas con una enfermedad mental. (Rose, Thornicroft et al. 2007)

Gran parte del sufrimiento que experimentan los pacientes con una enfermedad mental proviene de la gravedad de la sintomatología y del rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar. Se puede concluir que el estigma a la enfermedad mental proviene del desconocimiento y la desinformación, haciendo parecer a la enfermedad mental como una gran carga de sobrellevar, y un ejemplo claro es el concepto del paciente esquizofrénico, donde se le describe como violento, impredecible e incapaz de trabajar y

tener una vida social, además del concepto público de “*encerrar al loco*” en lugar de ayudarlo.

Ahora definiendo la conducta violenta esta se describe como una reacción emocional debido a eventos que generan enojo, o como una conducta cuyo propósito este dirigido a infligir daño a personas u objetos y que dicho acto se encuentre fuera del contexto establecido y socialmente aceptado.(Vallejo 1992; Vitiello and Stoff 1997).

El siguiente estudio se fundamenta en observar la prevalecía del rol cultural sobre la estigmatización que discrimina al paciente con una enfermedad mental como violento dentro de nuestra población, tal como se ha hecho en estudios similares en otros países, en donde se ha logrado combatir más asertivamente el estigma por medio de la información y la sensibilización a la detección temprana de la enfermedad mental.

Antecedentes

1.- Concepto de Agresión

El concepto de agresión utilizado principalmente en psicología se refiere a un tipo de comportamiento enfocado en causar daño. La agresión generalmente se clasifica en física, verbal o mental, pero han existido otros tipos de clasificaciones por ejemplo, Moyer las clasifico en los siguientes 7 tipos (Moyer 1968):

- a) Agresión Predatoria: Ataque de un depredador a una presa.
- b) Agresión inter masculina: Agresión de competencia entre machos de la misma especie por dominio, estatus y sexo.
- c) Agresión inducida por miedo: Llámese a la agresión asociada con los intentos para huir de la amenaza.
- d) Agresión Irritable: Es la agresión inducida por frustración y dirigida a un objetivo disponible.
- e) Agresión Maternal: Agresión de una hembra para proteger a sus crías de una amenaza, también puede existir como Agresión Paternal.
- f) Agresión Instrumentada: Es la agresión dirigida para obtener alguna meta, considerada como una respuesta aprendida ante ciertas situaciones.

La tendencia científica actual clasifica la agresividad en dos amplias categorías: “Hostil, Afectiva o Agresividad Retatoria” y en “Instrumental, Predatoria y Orientada a Metas”. (Vitello, Behar et al. 1990; Berkowitz 1993; McElliskem 2004)

2.- La agresión en la psiquiatría.

Se ha estudiado exhaustivamente el cerebro para tratar de explicar la agresión. Aparentemente las áreas encargadas de esta conducta incluyen el hipotálamo, la amígdala,

la corteza prefrontal, la corteza del cíngulo, hipocampo, núcleo septal, y la materia gris periacueductal en los mamíferos.

La amígdala es quizá la más relacionada con la agresión ya que estudios en hámsteres donde se estimula dicha estructura aumenta la conducta agresiva en estos roedores, mientras que lesiones en un homólogo evolutivo en lagartos, reduce la competitividad y la agresión.(Kruk, Poel et al. 1983; Ferris, Melloni et al. 1997).

Se han encontrado diversas hormonas y neurotransmisores relacionados con el comportamiento agresivo; siendo la testosterona el más frecuentemente mencionado, y se ha encontrado en estudios de atletas que sus niveles de testosterona se incrementan levemente previo a las competencias, así como niveles elevados de esta hormona en mujeres que han cometido crímenes violentos.(Mazur and Booth 1998)

Los Glucocorticoides también han mostrado un papel importante en la regulación del comportamiento agresivo, en roedores, la administración de corticosterona promueve el comportamiento agresivo y la supresión aguda la minimiza (notando que en este mismo estudio la disminución crónica de la corticosterona aumentó la agresividad). (Soma, Scotti et al. 2008)

3.- La agresión en el paciente con psicosis.

De forma general se ha demostrado que los diagnósticos del Eje I incrementan la presencia de comportamientos violentos en una proporción de 5:1 en comparación con las personas sin este tipo de diagnósticos. Llama notablemente la atención que la presencia de abuso de alcohol o drogas incrementa los índices de violencia de 10 a 15 veces más que cuando no se presenta ningún diagnóstico de Eje I, mientras que los trastornos afectivos con manía y la esquizofrenia mostraron índices de violencia de 5 a 6 veces mayores en comparación con los sujetos sanos. (Swanson, Holzer et al. 1990)

La asociación existente entre las enfermedades mentales y la violencia no se limita a las culturas occidentales. Diversas investigaciones han sido realizadas en países con diferentes culturas, servicios de salud y sistemas legales. Debido a estas diferencias es de esperar que la proporción de conductas violentas entre las personas con enfermedades mentales varíe entre países. Esta diversidad cultural, conllevó a la realización de un estudio por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo principal fue el establecer la asociación entre la violencia y la esquizofrenia en diversas culturas. En este estudio se incluyeron 1017 pacientes con esquizofrenia que acudieron por primera vez a un servicio especializado de atención debido a la presencia de síntomas psicóticos. Del total de la muestra, se observó que el 20.6% habían delinquirido en algún momento durante su padecimiento, siendo esta cifra tres veces más elevada en países en vías de desarrollo (Colombia, India, Nigeria; 31.5%) que en aquellos países desarrollados (Dinamarca, Irlanda, Japón, Reino Unido, Estados Unidos; 10.5%). (Volavka, Laska et al. 1997)

4.- El estigma en el paciente psiquiátrico.

El estigma que viene unido con la enfermedad mental es el mayor obstáculo para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Este estigma contribuye a una menor prioridad a los servicios de salud por parte de los gobiernos, dificultad para conseguir un mejor personal y atención, aislamiento del paciente psiquiátrico y su familia, así como pobres ofertas de trabajo. (Kadri N, Sartorius N 2005/ Sartorius N 1997/ Sartorius N, Shulze H 2005).

En estudios más recientes como el publicado por Mehta y Kassam en el 2009, realizado por un periodo de tiempo de 9 años en Inglaterra y Escocia, revelaron que el prejuicio y la discriminación del público hacía la enfermedad mental es común, sin embargo, a pesar de la gran cantidad de campañas anti-estigma, también a habido una intensificación de los medios por relacionar enfermedad mental y violencia, y donde llegó a tal extremo que se aumento la detención legal de pacientes y la introducción de tratamientos comunitarios, y donde el público consideraba “justo” debido a la asociación entre violencia y enfermedad mental, a pesar de que dichas asociaciones son frecuentemente e injustamente exageradas

en los medios de comunicación, y que esto fue particularmente notorio en los periodos entre el 2000 y el 2003. (Mehta N, Kassam A, 2009)

5.- La agresión como estigma del paciente con psicosis.

Incluso hoy en día una larga proporción de pacientes con trastornos mentales continúan sin recibir tratamiento, debido a la tendencia social de etiquetar y estereotipar al paciente psiquiátrico formando una barrera principalmente para las personas jóvenes que buscan atención en la salud mental.

Rose D. y colegas en el 2007 realizaron una encuesta a 400 jóvenes con una edad promedio de 14 años en Inglaterra con la intención de encontrar términos populares derogatorios utilizados contra las personas que presentaban una enfermedad mental, concluyendo que se puede reducir el problema de la falta de búsqueda de atención de los servicios enfocándonos en el estigma y reduciendo así las emociones negativas percibidas hacia el paciente mental. (Rose, Thornicroft et al. 2007)

En un estudio realizado a 3000 estadounidenses donde se les describieron síntomas característicos de diversas patologías psiquiátricas demostraron que en la Esquizofrenia paranoide 75% pudo identificarla como enfermedad mental mientras que en Esquizofrenia simple el 34%, trastorno de ansiedad generalizada 29%, alcoholismo 18%, trastornos externalizados del niño 14% y fobia específica 7% .(Star 1955)

En los Estados Unidos se han puesto a valorar la actitud hacia la búsqueda de los servicios de salud mental y la creencia sobre la efectividad de los mismos y se encontró que de 1956 a 1996 no había ningún cambio significativo en la percepción social del paciente mental hasta después de los eventos de agresividad en adolescentes que conllevó a los asesinatos en las escuelas secundarias en dicho año, donde se empezó a distribuir de forma más rápida y por mayor diversidad de medios entre los que destacan el Internet, campañas de salud mental y monitoreo constante en las sobre percepción y actitud ante la enfermedad mental, principalmente en escuelas.(Mojtabai 2007)

Mojtabai encontró en su último estudio que del 2003 al 2007 a habido un modesto cambio de actitud hacia la salud mental, pero que esta cambio estaba principalmente marcado en la generaciones más jóvenes, y causado por un aumento en la percepción del estrés psicológico en el público general, por lo que concluyó que esto significa un incremento en la demanda de los servicios de salud mental en los próximos años.(Mojtabai 2007)

Por otro lado los estudios del estigma en la población latina americana son muy escasos, y generalmente son abarcados como variables dentro de los diversos estudios realizados en otros países.(Magaña, Ramírez et al. 2007)

Quizás uno de los estudios más acercado a nuestra población sea el realizado por el Dr. Magaña y colaboradores para detectar el estigma y estrés en los cuidadores de pacientes con esquizofrenia en la población latina de Wiscosin, California y Texas, donde se encontró mayor prevalencia de síntomas psiquiátricos tanto en pacientes como en cuidadores asociado a un nivel socioeconómico bajo. (Magaña, Ramírez et al. 2007)

Otro estudio aproximado se trataría del realizado por la Dra. García Silverman (1998), donde hace hincapié en la necesidad de llevar la atención psiquiátrica de los hospitales a la comunidad y que para eso era necesario entender las concepciones estructuradas de la sociedad mexicana para poder realizar adecuados programas enfocados en la salud mental y para eso es necesario a su vez, crear mejores instrumentos de medición enfocado en nuestra sociedad y cultura para validar apropiadamente la prevalencia de las enfermedades mentales y poder actuar principalmente sobre su prevención y no en su hospitalización.(Garcia-Silberman. 1998; Garcia-Silberman. 1998).

Justificación

Aunque la salud mental cada vez es más aceptada en la sociedad, los diversos estigmas acerca del enfermo mental limitan de forma importante su tratamiento y su llegada a los servicios especializados de atención, por lo que se han realizado diversos estudios para valorar el rol que juega el estigma de peligrosidad sobre esta limitante.

El concepto de peligrosidad ha sido frecuentemente relacionado a pacientes con enfermedades mentales; este concepto conlleva a la estigmatización y repercusiones en su tratamiento, por lo que el concepto público de peligrosidad y estigma serán usados como sinónimos en el estudio. (Perry, Pescosolido et al. 2007; Pescosolido, Fettes et al. 2007)

Los estudios recientes son en su mayoría británicos o estadounidenses y no se tiene claro este concepto de estigma en países latinoamericanos como el nuestro a pesar de que se ha demostrada la importancia de su papel para el tratamiento en los países anglosajones, para así poder actuar sobre este estigma, promocionando la detección y tratamiento oportuno de los pacientes con esquizofrenia, y poderles brindar una mejor calidad de vida. (Magaña, Ramírez et al. 2007)

Objetivos

Objetivo General

Determinar el concepto público de agresión del paciente psicótico en una muestra poblacional en la Ciudad de México.

Objetivos Específicos

1. Determinar la prevalencia de sujetos que consideran agresivo al paciente psicótico.

2. Describir si el concepto público de agresión del paciente psicótico es mayor en términos de agresión verbal, agresión autodirigida, agresión hacia objetos o agresión heterodirigida.
3. Comparar el concepto de agresión del paciente psicótico entre hombres y mujeres
4. Comparar el concepto de agresión del pacientes psicótico por grupos de edad

Hipótesis

Hipótesis General

El paciente psicótico será considerado como una persona agresiva en una muestra poblacional de la Ciudad de México.

Hipótesis Específicas

H1.- Se encontrará un porcentaje elevado de personas que consideran que el paciente psicótico es agresivo.

H2.- El concepto público de agresión del paciente psicótico será mayor en términos de agresión verbal y agresión heterodirigida.

H3.- El concepto de agresión del paciente psicótico será similar entre hombres y mujeres.

H4.- El concepto de agresión del paciente psicótico será mayor en personas mayores de 40 años

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

De acuerdo con los criterios establecidos por Feinstein, los ejes básicos para la arquitectura de una investigación están basados en ideas que tratan de definir el propósito de una investigación, el tipo de agentes usados en el estudio, la distribución de dichos agentes, el número de estados temporales y los componentes de un grupo de datos.

Siguiendo este concepto el estudio realizado es principalmente de tipo **comparativo y transversal**, pero también de tipo **abierto, observacional y prospectivo**. Según Feinstein, los estudios de tipo comparativo se dividen en 2; evaluación de la relación causa efecto o la calidad de los procesos. En aquellos de causa efecto se hacen comparaciones específicas para llegar a alguna conclusión u obtener ideas sobre el impacto de una gente en particular. Este es el caso de los estudios de prevención, terapia, etiología y patogénesis de enfermedad, es por eso que este tipo de estudio es también conocido como « estudio de impacto ». Los estudios de procesos son aquellos donde la comparación se hace sobre la calidad del producto o del desarrollo de un procedimiento en particular. El procedimiento no es revisado por ningún impacto de causa y efecto. Se trata a la vez de un estudio transversal que como su nombre lo indica mide exclusivamente un punto dentro del tiempo de la persona, es decir, una sola condición temporal, sin importar los datos obtenidos en cada persona o grupo, de esa manera podemos ver de manera transversal la presencia o ausencia, por ejemplo, de un síntoma en una población dentro de una clínica a diferentes tiempos. (Feinstein 1985)

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron un total de 800 sujetos de la Cd. de México mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio. El reclutamiento de la muestra fue abierta, tipo censo por disponibilidad y se realizó en centros de educativos, laborales, en áreas de espera y centros recreativos. A todos los sujetos se les informó de los objetivos del estudio y se

solicitó su consentimiento verbal.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

1. Ambos sexos.
2. Mayores de 18 años.
3. Consentimiento verbal para participar en el estudio.
4. Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

1. Menores de 18 años.
2. Dificultad para comunicarse y cooperar.
3. Qué se encuentre relacionado con los servicios de salud mental (ya sea que la reciba o ejerza).

Variables y escalas de medición

Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio:

Variables ordinales:

- 1.- Agresividad (Link, Phelan et al. 1999)

Definición Conceptual: El término agresividad hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expansiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. La palabra agresividad procede del latín, en el cual es sinónimo de acometividad. Implica provocación y ataque. Como adjetivo, y en sentido vulgar, hace referencia a quien es “propenso a faltar al respeto, a ofender o a provocar a los demás. Se presenta como una mezcla secuenciada de movimientos con diferentes patrones, orientados

a conseguir distintos propósitos. La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos.

Definición Operacional : El concepto de agresividad será evaluado mediante las primeras 5 preguntas del Cuestionario de Concepto Público de Agresividad, en donde se evalúa la presencia y severidad de la agresión verbal, la agresión autodirigida, la agresión hacia objetos, la agresión heterodirigida y la forma en la que la agresión disminuye. Estas preguntas se evalúan en una escala tipo Likert en donde el « 0 » es indicativo de la ausencia de agresión y el « 4 » hace referencia a la agresión extrema. El apartado de intervención cuenta con hasta 11 puntos de severidad.

2.- Psicosis (Vallejo 1992)

Definición conceptual: La psicosis es definida como un estado mental en el cual el sujeto ha perdido el contacto con la realidad, cuyos síntomas principales son: presencia de alucinaciones auditivas y visuales, así como, de pensamientos e ideas delirantes llegando incluso a presentar un lenguaje y pensamiento desorganizado así como exhibir comportamientos extraños o inusuales y a consecuencia de esto presentar una gran dificultad para la interacción social. El paciente que padece este conjunto de signos y síntomas es llamado a su vez psicótico. Este síndrome es compartido por diversas patologías destacando principalmente esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, el delirium, el trastorno psicótico breve, el trastorno psicótico de causa orgánica y el inducido por sustancias.

Definición operacional: La escala aplicada pone claramente de ejemplo a un paciente cursando con un cuadro psicótico lo que indirectamente nos permitirá evaluar lo que la población entiende por psicótico, esto principalmente con la pregunta 6 de la escala.

3.- Peligrosidad (Link, Phelan et al. 1999; Pescosolido, Fettes et al. 2007)

Definición conceptual: Puede ser definida como la condición en la cual alguien presenta el riesgo potencial de infringir violencia hacia los demás, y en algunos países, destacando los E.U.A. es considerado negligencia no informar a las autoridades y a la posible víctima sobre este riesgo cuando está presente, así como el internamiento involuntario cuando el riesgo es claro. El término de peligrosidad ha estado fuertemente asociado con el de

psicótico cuando este exhibe una conducta delirante, y es considerada por la población prácticamente como sinónimo de enfermedad mental, aunque hay que aclarar, que con la mayor distribución de la información a través de los medios de comunicación ha disminuido.

Definición operacional: La escala está diseñada para valorar la magnitud con la que la idea de peligrosidad se asocia con la del paciente mental, y se valora principalmente con la preguntas 8 de la escala.

Variables categóricas:

4.- Sexo

Definición conceptual: Se refiere al género del sujeto ya sea masculino o femenino.

Definición operacional: En la escala se define como masculino o femenino.

5.- Profesión

Definición conceptual: Definido como el tipo de trabajo que realiza el entrevistado.

Definición operacional: Dentro del estudio la profesión es medida en 4 puntos, Desempleado, Hogar, Estudiante, Empleo, Subempleo y Profesionista.

Variables dimensionales:

6.- Edad

Definición conceptual: Dígase del tiempo medido en años que ha vivido el entrevistado.

Definición operacional: Esta es anotada en la escala por el entrevistado.

7.- Escolaridad

Definición conceptual: Es el grado máximo de estudios que el encuestado ha alcanzado siendo Primaria (6 años), Secundaria (3 años), Preparatoria o Bachillerato (3 años), Licenciatura (5 años), y Maestría (2 años).

Definición operacional: La escala valora el grado máximo de estudios del encuestado en número de años, utilizando de referencia lo mencionado anteriormente.

Métodos de recolección de datos

Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA)

El cuestionario CPA es un instrumento auto aplicable diseñado “*ad hoc*” para la realización del presente estudio; se compone de 3 áreas conformadas por diversos reactivos en donde se registra y concentra la información necesaria para la valoración del concepto público de agresividad del paciente psicótico (Anexo 1).

La primera sección "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del sujeto que contesta el cuestionario, en donde se incluye en donde se incluye la edad del sujeto al momento del llenado del cuestionario, el género, la escolaridad del sujeto completada en años y su ocupación en la actualidad. Para mantener la confidencialidad de la información recabada, no se incluye el nombre del entrevistado.

En la segunda sección se presenta una viñeta clínica en donde se describe un paciente con síntomas psicóticos activos. A partir de la información de esta viñeta, se le solicita al entrevistado que conteste 5 preguntas en relación al probable comportamiento agresivo que pudiera tener el paciente. Estas preguntas fueron adaptadas de la Escala de Agresión Explícita (EAE) (Páez, Licon et al. 2002; Fresán, Apiquian et al. 2004) y valoran la presencia y severidad de la agresión verbal, la agresión autodirigida, la agresión hacia objetos y la agresión heterodirigida. La última pregunta de esta sección evalúa la forma en la que el paciente disminuye su agresión.

Para completar el cuestionario, se incluyeron 3 preguntas adicionales las cuales están dirigidas a evaluar en una escala tipo de Likert (totalmente en desacuerdo – totalmente de acuerdo), si el entrevistado considera que la persona descrita en la viñeta clínica padece alguna enfermedad mental, el nivel de acuerdo en relación a la inimputabilidad de la persona de la viñeta en caso de cometer algún delito y si el entrevistado considera que la persona descrita en la viñeta es peligrosa para la sociedad. Cabe mencionar que la escala

cuenta con validez de contenido ya que surgió de un instrumento validado en pacientes psiquiátricos incluyendo pacientes con esquizofrenia.(Páez, Licon et al. 2002; Fresán, Apiquian et al. 2004; Pek, Mythily et al. 2006; King, Dinos et al. 2007)

En relación a la confiabilidad y validez del CPA, un análisis preliminar con 69 sujetos mostró que el instrumento posee una adecuada consistencia interna al obtener un alpha de Cronbach de 0.72. De la misma forma, se realizó un análisis de componentes principales de los reactivos del instrumento utilizando como criterio de extracción valores Eigen superiores de 1 y en donde los reactivos cuya comunalidad fuera mayor de 0.40 fueron incluidos en la extracción de factores. Así, el análisis factorial mostró dos componentes principales, el primero conformado por los reactivos de agresión verbal, agresión autodirigida, agresión hacia objetos, agresión heterodirigida, forma de disminución de la agresión y nivel de peligrosidad; y el segundo, formado por los reactivos relacionados con la presencia de enfermedad mental y el nivel de inimputabilidad del paciente. El primer factor explicó el 42.2% de la varianza y el segundo factor el 15.6%. (Fresan A, Robles-Garcia R, et al 2009).

Procedimiento

El reclutamiento de sujetos se realizó de forma abierta en instalaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México y principalmente en centros culturales y recreativos de la Ciudad de México hasta un total de 800.

Inicialmente se les explicó el objetivo del estudio, mencionando que el propósito de la investigación es conocer la opinión pública sobre la agresión y la peligrosidad de las personas con algunas características particulares. No se empleó el término psicosis o enfermedad mental para evitar influenciar a los sujetos en sus respuestas.

Una vez que aceptaron verbalmente participar en la investigación, se les entregó el cuestionario para que fuera contestado.

Plan de análisis de los resultados

La descripción de las características demográficas, las características de la agresión y el estigma de peligrosidad de la muestra se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas.

De forma secundaria se realizaron comparaciones por género y por grupos de edad para lo cual se utilizaron como pruebas de hipótesis la chi cuadrada (χ^2) y la t de Student para muestras independientes para cuando existan dos grupos de análisis, y el ANOVA simple con corrección de Bonferroni para cuando existan tres o más grupos de análisis.

El nivel de significancia estadística se fijó en una $p \leq 0.05$, se utilizó el paquete estadístico para el análisis SPSS versión 17.

Implicaciones Éticas del Estudio

La presente investigación se considera una investigación sin riesgo ya que se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y recolección de datos por el cuestionario realizado para este trabajo. En ninguno de estos se identificó a los sujetos ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta sino la concepción del cuestionado sobre el padecimiento mental y la agresión.

La presente tesis de especialidad forma parte del estudio intitulado “Concepto público de agresividad del paciente psicótico en una muestra poblacional de la Ciudad de México” en el cual participaron la Dra. Ana Fresán, como investigador responsable, el Dr. Leonardo de Benito, el Dr. Raúl Escamilla, el Dr. Ricardo Saracco y la Dra. María García-Anaya como co-investigadores. Esta tesis fue aprobada por el Comité de Ética y el Comité de Investigación del INPRFM (Anexo 2).

RESULTADOS

a) Características de la muestra

Se incluyeron un total de 800 personas de la población general de la Ciudad de México que contestaron el CPA. De éstos, el 57.8% (n=462) fueron mujeres y el 42.3% (n=338) hombres, con una edad promedio de 38.6 ± 14.3 años (rango 18-85 años) y una escolaridad de 12.6 ± 3.4 años (rango 0-22 años), equivalente al bachillerato.

El 56.0% (n=448) se los sujetos tenían un empleo remunerado al momento del estudio, seguido por el 22.9% (n=183) que se dedicaban a actividades del hogar, el 15.3% (n=122) eran estudiantes y el 5.9% (n=47) restante, se encontraban desempleados.

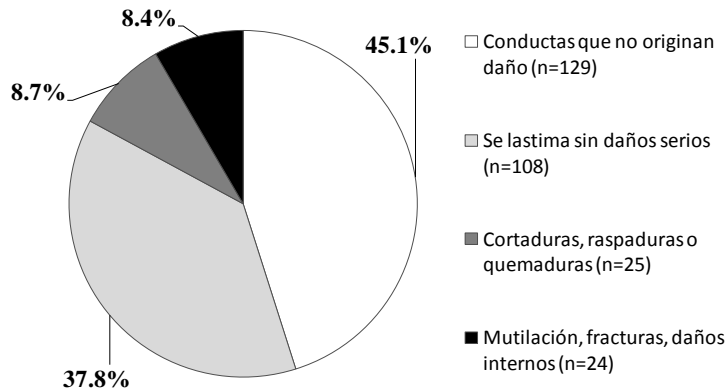
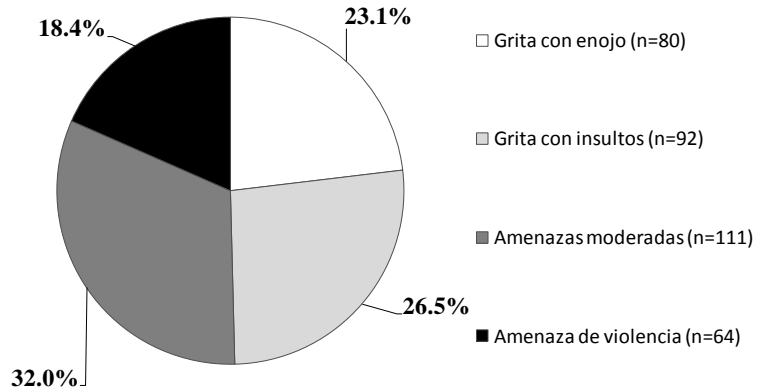
b) Percepción de agresión y peligrosidad

El 57.1% (n=457) de los sujetos entrevistados consideraron que el paciente descrito en la viñeta mostraba un comportamiento agresivo de forma general. En cuanto a las características específicas del tipo de agresión, el 43.4% (n=347) consideraron la presencia de agresión verbal, el 35.8% (n=286) comportamientos agresivos autodirigidos, el 38.6% (n=309) agresiones hacia objetos y el 38.3% (n=306) agresiones hacia otras personas.

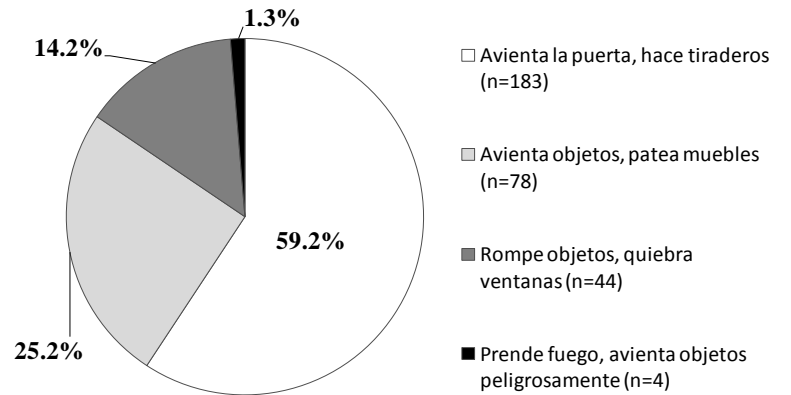
En la Figura 1 se muestran los niveles de intensidad particulares de cada subtipo de comportamiento agresivo evaluado. De forma general, se observa que la percepción del comportamiento agresivo autodirigido, hacia objetos y hacia personas son de intensidad leve a moderado, siendo un menor número de sujetos los que consideran la presencia de conductas violentas de gravedad mayor, mientras que en términos de la agresión verbal, un mayor porcentaje de sujetos perciben agresiones de mayor intensidad.

Figura 1. Intensidad del comportamiento agresivo percibido

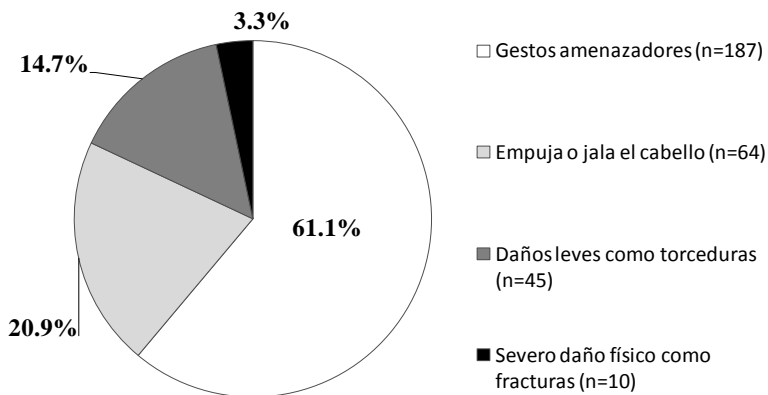
Agresión Verbal



Agresión Autodirigida



Agresión hacia Objetos



Agresión hacia Personas

El reactivo de nivel de peligrosidad del paciente para la sociedad fue dicotomizado para determinar el porcentaje de sujetos en acuerdo (de acuerdo y totalmente de acuerdo) y en desacuerdo (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) con este concepto. De esta forma, el 45.5% (n=364) consideraron peligroso para la sociedad al paciente descrito en la viñeta.

c) Enfermedad mental e intervención

Al igual que el reactivo de peligrosidad, el reactivo de enfermedad mental fue dicotomizado. Se observó que la mayoría de los sujetos del estudio, consideraron que el paciente descrito en la viñeta padece una enfermedad mental (n=702, 87.2%).

Sin embargo, en cuanto a la intervención, fueron pocos los sujetos que consideraron el uso de medicamentos (37.1%) y hospitalización (7.1%) para el manejo de los síntomas descritos en la viñeta del CPA (Tabla 1).

Tabla 1. Intervención seleccionada para el manejo de síntomas

Intervención	n	%
Platicando con el sujeto (una o varias personas)	410	51.3
Uso de medicamentos u hospitalización	297	37.1
Manejo en hospital general debido a lesiones propias u a otros	57	7.1
Restricciones corporales o físicas	36	4.5

d) Percepción de la agresión, peligrosidad y enfermedad mental entre hombres y mujeres

En la Tabla 2 se muestra la comparación de la percepción de agresión, peligrosidad, enfermedad mental e intervención entre hombres y mujeres. No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la percepción general de agresión. No obstante, un mayor número mujeres consideraron que el uso de medicamentos u hospitalización sería la intervención más adecuada para el manejo de los síntomas.

Tabla 2. Percepción de agresión, peligrosidad y enfermedad mental entre hombres y mujeres.

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Estadística
Percepción general de agresión			
No	151 (44.7)	192 (41.6)	$\chi^2=0.7$, 1 gl, p=0.37
Si	187 (40.9)	270 (58.4)	
Agresión verbal			
No	195 (57.7)	258 (55.8)	$\chi^2=0.2$, 1 gl, p=0.60
Si	143 (42.3)	204 (44.2)	
Agresión autodirigida			
No	224 (66.3)	290 (62.8)	$\chi^2=1.0$, 1 gl, p=0.30
Si	114 (33.7)	172 (37.2)	
Agresión a objetos			
No	206 (60.9)	285 (61.7)	$\chi^2=0.04$, 1 gl, p=0.83
Si	132 (39.1)	177 (38.3)	
Agresión a personas			
No	205 (60.7)	289 (62.6)	$\chi^2=1.0$, 1 gl, p=0.30
Si	133 (39.3)	173 (37.4)	
Percepción de Peligrosidad			
No	182 (53.8)	254 (55.0)	$\chi^2=0.1$, 1 gl, p=0.75
Si	156 (46.2)	208 (45.0)	
Percepción de enfermedad mental			
No	46 (13.6)	52 (11.3)	$\chi^2=1.0$, 1 gl, p=0.31
Si	292 (86.4)	410 (88.7)	
Intervención			
Platicando con el paciente	205 (60.7)	205 (44.4)	$\chi^2=24.8$, 3 gl, p<0.001
Medicamentos/hospitalización	97 (28.7)	200 (43.3)	
Restricción corporal/física	18 (5.3)	18 (3.9)	
Manejo hospital debido a lesiones	18 (5.3)	39 (8.4)	

e) Percepción de la agresión, peligrosidad y enfermedad mental por grupos de edad

Se observó una mayor percepción de agresividad en los sujetos menores de 36 años así como un porcentaje más elevado de identificación de enfermedad mental en los sujetos entre los 18 y los 25 años (Tabla 3)

Tabla 3. Percepción de agresión, peligrosidad y enfermedad mental por grupos de edad.

Grupos de Edad	18-25 n (%)	26-35 n (%)	36-45 n (%)	>45 n (%)	Estadística
Percepción general de agresión					
No	65 (34.4)	67 (35.4)	80 (50.6)	131 (49.6)	$\chi^2=18.5$, 3 gl, $p<0.001$
Si	124 (65.6)	122 (64.6)	78 (49.4)	133 (50.4)	
Agresión verbal					
No	113 (59.8)	87 (46.0)	104 (65.8)	149 (56.4)	$\chi^2=14.8$, 3 gl, $p=0.002$
Si	76 (40.2)	102 (54.0)	54 (34.2)	115 (43.6)	
Agresión autodirigida					
No	107 (56.6)	110 (58.2)	111 (70.3)	186 (70.5)	$\chi^2=14.7$, 3 gl, $p=0.002$
Si	82 (43.4)	79 (41.8)	47 (29.7)	78 (29.5)	
Agresión a objetos					
No	99 (52.4)	101 (53.4)	105 (66.5)	186 (70.5)	$\chi^2=22.3$, 3 gl, $p<0.001$
Si	90 (47.6)	88 (46.6)	53 (33.5)	78 (29.5)	
Agresión a personas					
No	100 (52.9)	98 (51.9)	109 (69.0)	187 (70.8)	$\chi^2=26.8$, 3 gl, $p<0.001$
Si	89 (47.1)	91 (48.1)	49 (31.0)	77 (29.2)	
Percepción de Peligrosidad					
No	90 (47.6)	106 (56.1)	91 (57.6)	149 (56.4)	$\chi^2=4.8$, 3 gl, $p=0.18$
Si	99 (52.4)	83 (43.9)	67 (42.4)	115 (43.6)	
Percepción de enfermedad mental					
No	16 (8.5)	22 (11.6)	16 (10.1)	44 (16.7)	$\chi^2=8.0$, 3 gl, $p=0.04$
Si	173 (91.5)	167 (88.4)	142 (89.9)	220 (83.3)	
Intervención					
Platicando con el paciente	90 (47.6)	95 (50.3)	78 (49.4)	147 (55.7)	$\chi^2=15.8$, 9 gl, $p=0.06$
Medicamentos/hospitalización	77 (40.8)	75 (39.7)	63 (39.9)	82 (31.0)	
Restricción corporal/física	12 (6.3)	9 (4.7)	8 (5.0)	7 (2.7)	
Manejo hospital debido a lesiones	10 (5.3)	10 (5.3)	9 (5.7)	9 (10.6)	

f) Asociación de la percepción de la agresión, la peligrosidad y la enfermedad mental

En la Tabla 4 se muestran las asociaciones entre la agresión, la peligrosidad y la enfermedad mental. No se observó una relación entre la agresión y la percepción de enfermedad mental. No obstante, la percepción de peligrosidad mostró una asociación significativa con la percepción de agresión y enfermedad mental.

Tabla 4. Asociación de la agresión, peligrosidad y enfermedad mental

	<u>AGRESIÓN</u>	<u>PELIGROSIDAD</u>
<u>AGRESIÓN</u>	—	--
<u>PELIGROSIDAD</u>	0.34 (<0.001)	--
<u>ENFERMEDAD MENTAL</u>	0.34 (0.08)	0.26 (<0.001)

r (p)

DISCUSIÓN

El hablar de agresión, de violencia y de estigma, es hablar de una gran cantidad de temas complejos que han llevado a múltiples discusiones en la psicología, psiquiatría, y sociología. El estigma en los pacientes psiquiátricos está descrito de forma prevalente en diversos estudios internacionales, y entre los estigmas que los pacientes psicóticos presentan con más frecuencia, es el de agresividad. (Link 1999, Sartorius N 1997, Sartorius N 2002, Volavka J, Laska E 1997). Dicha prevalencia no está más que hipotetizada en nuestro país, basándonos principalmente en estudios realizados en otros países como España y Estados Unidos, por lo que se realizó y validó una escala que fuera capaz de medir el “estigma de agresividad hacia el paciente psicótico” en la población y poder determinar la prevalencia de sujetos que consideran agresivo al paciente psicótico. (Fresán A, Robles-García R 2009)

a) DISCUSIÓN DE LOS HALLAZGOS:

Los resultados descritos revelan que una alta prevalencia dentro de los encuestados identifican al paciente como una persona que padece una enfermedad mental, lo cual claramente muestra que el alcance de la educación hacia la identificación de las enfermedades mentales es adecuada aunque aún insuficiente (recordemos que aproximadamente 13 de cada 100 personas en la encuesta, no se percataron de que el paciente tuviera una enfermedad mental). Es notable que a pesar de la aparente facilidad de la población para identificar la patología, la intervención que la mayoría propone sea (hasta en un 51%) hablar con el sujeto para que reduzca los síntomas descritos en la viñeta.

Stuart y Arboleda, sugieren que la población considera a la enfermedad mental como responsabilidad del paciente, y a su falta de respuesta o cronicidad, como prueba de la poca voluntad para el cambio, quizá con el fin de obtener ganancias secundarias generando enojo y por consiguiente, prejuicio y estigma; los resultados de este estudio muestran que la población mexicana si es capaz de reconocer la enfermedad mental pero con un menor reconocimiento en la necesidad de tratamiento psiquiátrico para el manejo

de los síntomas, lo que podría sugerir que aunque las personas conocen y utilizan el concepto de “enfermedad mental”, aún desconocen las intervenciones adecuadas para las mismas. Varios estudios han señalado que la población prefiere el tratamiento psicosocial que el farmacológico para manejar la esquizofrenia, estos mismos resultados se observan en este estudio. (ten Have M 2010, Riedel-Heller S 2005, Jorm AF 1997).

Otra explicación posible a esto, sugieren Stuart y Arboleda, es la falta de información en nuestros medios de comunicación sobre las enfermedades mentales y sus tratamientos actuales, donde, efectivamente, la gente ignora habitualmente el tratamiento médico; o bien acuden con charlatanes, ya que el campo de la salud mental ha sido invadido por personas no profesionales donde se confunden los problemas de los enfermos psiquiátricos con los de grupos marginados de la sociedad. (Stuart H, Arboleda-Florez J, 2001, ambas bibliografías).

En cuanto a la percepción de agresión, los sujetos encuestados consideran que el mayor tipo de agresión es el verbal y en menor porcentaje, la agresión física hacia otras personas. Esto sugiere que en nuestra población, las personas visualizan al enfermo como un sujeto que lanza insultos y amenazas, pero no agrede físicamente contra otras personas, lo que descarta una de nuestras hipótesis donde se planteaba la percepción de agresión heterodirigida como igual o más prevalente que la verbal; esto es respaldado por estudios que han reportado que el comportamiento agresivo en los pacientes psicóticos es solo ligeramente más elevado que el de la población general, y solamente esta se presenta cuando existe evidencia de síntomas positivos acompañados de un episodio depresivo o ansioso. (Hodgins, et al 2007)

Al comparar la muestra entre hombres y mujeres, las mujeres están más sensibilizadas para el manejo y tratamiento oportuno farmacológico y hospitalario, lo que difirió de nuestra hipótesis, donde se planteaba igualdad en las creencias, tanto en la percepción como en la intervención, esto podría deberse quizá a que las mujeres parecen presentar mayor sensibilización hacia la búsqueda de ayuda especializada, como se sugiere en el reciente estudio de ten Have y de Graaf, realizado en países Europeos, para conocer las

actitudes de la población hacia la salud mental, se encontró que las mujeres en España e Italia con un ingreso promedio y una edad menor de 65 años muestran una actitud hacia la salud mental más positiva, ya que parecen sentirse mucho más cómodas y sin vergüenza de hablar de sus problemas con un profesional, comparado con los hombres de esos mismos países. (ten Have M, de Graaf R 2010).

Al comparar el concepto de agresión entre grupos de edades, nuestra hipótesis planteaba que sería mayor en personas de más de 45 años, pero en nuestro estudio encontramos que no fue significativo, en lugar de esto, encontramos que los jóvenes, es decir, los grupos de edad entre los 18 y 35 años, son los que percibían mayor agresión, similar a otros estudios realizados en Europa en los mismos grupos de edad. (ten Have M, de Graaf R 2010).

Con base a lo anteriormente mencionado y los datos obtenidos en otros países se puede observar que el estigma de agresión verbal está presente en los grupos de población joven, con mayor sensibilización de las mujeres hacia la intervención temprana, por tanto sería importante el establecimiento de programas orientados a los grupos vulnerables previamente estudiados. Estos programas deben incluir la promoción de la participación y contribuciones hechos por las personas que padecen una enfermedad mental, marcar y entender las diferencias que pueden generar estigma (como enfocándonos en los medios de comunicación), abogar por cambios legislativos que reduzcan la discriminación, y marcar la parte biogenética que influye en las enfermedades mentales psicóticas. (Read J, Haslam N, 2006)

b) FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Dentro de las limitaciones claras de este estudio, es que no puede generalizarse a toda la población mexicana, ya que el CPA, fue aplicado solamente en la ciudad de México, y aunque la cantidad de la muestra es significativa, no determina la manera de pensar en otros estados de la república, donde existe un limitado acceso a los servicios de salud. Solo se puede especular utilizando como base en este estudio, que el resultado en otras comunidades más alejadas de la urbanización será similar.

Otra limitación se encuentra también en los propios de los estudios transversales, ya que solamente estamos viendo la percepción del estigma en el último año dentro de la ciudad de México.

Dentro de sus fortalezas, está la validación previa de la escala la cual está aceptada para su publicación en la revista “Actas Españolas de Psiquiatría”, cuya carta de aceptación se agregó a los anexos y fue presentado en modalidad de póster en el XXI Congreso Nacional de Psiquiatría. Otra de las fortalezas de este estudio, y quizás el más importante es el tamaño de la muestra, ya que tiene una mayor significancia estadística.

c) IMPLICACIONES:

Las implicaciones que deja este estudio es que nos permite por un lado, saber directamente sobre el estigma de agresividad en el paciente psicótico, pero de manera indirecta nos permite percatarnos sobre la conciencia de la sociedad mexicana sobre las enfermedades mentales y su tratamiento.

Un alto porcentaje de la población mostró que la creencia de que los tratamientos psicológicos y sociales bastan para la recuperación de un paciente psicótico, lo cual puede incrementar el tiempo para llevar un manejo adecuado y un agravamiento de los síntomas, por lo que es importante seguir estrategias que promuevan la aplicación de los tratamientos apropiados y hacer llegar esta información a la población, como se está realizando en otros países, donde se enfoca en enseñar a personal de sociología, psicología y medicina, el tratamiento más apropiado basado en la evidencia. (Hegerl U, Althaus D 2003)

Una propuesta para un estudio futuro sería utilizar esta misma escala en miembros de personal de salud en áreas no especializadas en salud mental, ya que nos podría determinar

si se está llevando a cabo una adecuada educación en esta área, donde se debe orientar a la población con el fin de brindar a una atención más oportuna en un primer nivel.

Por supuesto podría llevarse esta encuesta en un futuro a nivel Nacional, con el fin de obtener una percepción del estigma en toda la República. Otra propuesta futura sería el llevar este estudio de forma longitudinal, con diversas cohortes cada 5 o 10 años, para evaluar si se está realizando una adecuada función psicoeducativa.

CONCLUSIONES

- 1) El estigma de agresividad en el paciente psicótico está presente en la sociedad mexicana, los cuales perciben a los pacientes como peligrosos e impredecibles, sin control alguno de sus acciones.
- 2) Ocho de cada 10 personas fueron capaces de identificar la enfermedad mental.
- 3) Cuando se realiza en comparativo, no existe una diferencia significativa de entre hombres y mujeres, sin embargo las mujeres tienden a buscar mayor atención especializada.
- 4) La mayor parte de la muestra plantea el utilizar medios no farmacológicos para la intervención de los pacientes psicóticos.
- 5) Nuestro estudio revela que aunque las personas jóvenes (entre los 18 y los 36 años), son más capaces de identificar a una persona con enfermedad mental, son los que presentan un mayor estigma de agresión en comparación con los mayores de 45 años.
- 6) Este estudio sugiere fomentar campañas anti-discriminatorias, a favor de las enfermedades mentales, en especial hacia la esquizofrenia sugerir tratamientos oportunos y adecuados como el uso de psicofármacos, hospitalización y menos como un error de carácter o falta de voluntad.

Referencias

1. Allardyce, J. and J. Boydell (2006). "The Wider Social Environment and Schizophrenia." Schizophr Bull **32**(4): 592-598.
2. Angermeyer MC., Matschinger H., et al. (1999) "Whom to ask for help in case of mental disorder? Preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **34**: 202-210.
3. Arboleda-Flórez J., Sartorius N. (2008). "Cross-cultural aspects of the stigma of mental illness", Understanding the stigma of mental illness. The Autrim, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England. John Wiley & Sons, Ltd. Pp 19-36.
4. Berkowitz, L. (1993). Aggression: Its causes, consequences and control. New York, New York, McGraw-Hill.
5. Corrigan P., Watson A., Miller F., et al. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. Community Ment Health J (43):439-458.
6. Crocker, J., Major B., Steele C. (1998). Social Stigma. The handbook of social psychology. New York, New York, McGraw-Hill. (2): 504-553
7. Farrer L., Leach L., et al. (2008). "Age differences in mental health literacy" BMC Public Health **8**:125-133.
8. Feinstein, A. (1985). Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research.
9. Ferris, C. F., Melloni R. H., et al. (1997). "Vasopressin/Serotonin Interactions in the Anterior Hypothalamus Control Aggressive Behavior in Golden Hamsters." J Neurosci **17**(11): 4331-4340.
10. Fresán, A., Apiquian R., et al. (2004). "Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión." Actas Esp Psiquiatr **32**(2): 71-75.

11. Fresán A., Robles- García R., et al (2009). "Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia". *Aceptado para su publicación en Actas Esp de Psiquiatr.*
12. Garcia-Silberman., S. (1998). "Attitudes toward illness and psychiatry: Preliminary results." Salud Mental **21**(4): 40-50.
13. Hegerl U., Althaus D., et al. (2003). "Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign." Pharmacopsychiatry **36**:288-291.
14. Garcia-Silberman., S. (1998). "The social representation of mental health and illness among Mexican students." Salud Mental **21**(5): 7-19.
15. Hodgins S., Alderton J., et al. (2007). "Aggressive behavior, victimization, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalization." Br J Psychiatry **191**, 343-350.
16. Jorm AF., (2000). "Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders." Br J Psychiatry **177**: 396-401.
17. Jorm AF., Angermeyer MC., et al (2000). "Public Knowledge and attitude to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services" in: **Andrews G, Henderson S, Unmet need in psychiatry: problems, resources, responses.** Ed. Cambridge University Press, Cambridge, pp 399-413.
18. Jorm AF., Korten AE., et al. (1997). "Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments of mental disorders." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **32**: 468-473.
19. Kadri N., Sartorius N. (2005). "The global fight against the stigma in squizophrenia." PLoS Med **2**(7):136.
20. King, M., S. Dinos, et al. (2007). "The Stigma Scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness." Br J Psychiatry. **190**: 248-254.
21. Kruk M, Poel A, et al. (1983). "Discriminant Analysis of the Localization of Aggression-Inducing Electrode Placements in the Hypothalamus of Male Rats." Brain Res **260**(1): 61-79.

22. Link B., Phelan J., et al. (1999). "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social distance." Am J Public Health **89**(9): 1328-1333.

23. Magaña S., Ramírez J., et al. (2007). "Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults with Schizophrenia: The roles of Burden and Stigma." Psychiatr Serv **58**(3): 378-384.

24. Mazur A. and Booth A. (1998). "Testosterone and dominance in men." Behav Brain Sci **21**(3): 353-363.

25. McElliskem, J. (2004). Aggression & Violent Behavior: Affective and Predatory Violence: A Bimodal Classification System of Human Aggression and Violence., Elsevier, Kidlington, ROYAUME-UNI.

26. Mehta N, Kassam A, et al. (2009). "Public Attitudes Towards People with Mental Illness in England and Scotland, 1994-2003." Br J Psychiatry **194**: 278-284.

27. Mojtabai, R. (2007). "Americans' Attitudes Towards Mental Health Treatment Seeking: 1990-2003." Psychiatr Serv **58**(5): 642-651.

28. Moyer, K. (1968). Communications in Behavioral Biology: Kinds of Aggression and their physiological basis.

29. Páez, F., E. Licon, et al. (2002). "Estudio de Validez y Confiabilidad de la Escala de Agresividad Explícita en Pacientes Psiquiátricos." Salud Mental **25**(6): 21-26.

30. Pek, E., S. Mythily, et al. (2006). "Clinical and Social Correlates of Duration of Untreated Psychosis in First-episode Psychosis Patients." Ann Acad Med Singapore **35**: 24-26.

31. Perry B, Pescosolido B, et al. (2007). "Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults." Psychiatr Serv **58**(5): 632-634.

32. Pescosolido B, Fettes D, et al. (2007). "Perceived Dangerousness of Children with mental health problems and support for coerced treatment." Psychiatr Serv **58**(5): 619-625.

33. Pickenhagen A., Sartorius N. (2002). "Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it" Geneve: World Psychiatric Association.
34. Pinel E (1999). "Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes". Journal of Personality and Social Psychology **76**, 114-128.
35. Read J., Haslam N., et al. (2006). "Prejuice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach". Acta Psychiatr Scand **114**, 303-318.
36. Riedel-Heller S., Matshinger H., et al. (2005). "Mental Disorders-who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public". Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **40**: 167-174.
37. Rose D., Thornicroft G., et al. (2007). "250 labels used to stigmatize people with mental illness." BMC Health Serv Res **7**: 97-104.
38. Sartorius N., (1997). "Fighting squizophrenia and its stigma: A new world psychiatric association educational program" Br J Psychiatry **170**: 297.
39. Sartorius N., (2002). "Iatrogenic stigma of mental illness" BMJ **324**: 1470-1471.
40. Sartorius N., Shulze H. (2005). "Reducing the stigma of mental illness. A Report from a global programme of world psychiatric association. Cambridge (United Kingdom): Cambridge University Press. In press.
41. Soma, K. K., M. A. Scotti, et al. (2008). "Novel Mechanisms for neuroendocrine regulation of aggression." Front in Neuroendocrinol **29**(4): 476-489.
42. Star, S. (1955). The public's ideas about mental illness. Annual Meeting of the National Association for Mental Health. Indianapolis.
43. Stangor, G., Crandall CS. (2000). Threat and the social construction of stigma. The social psychology of stigma. New York, Guilford Press; 62-87.
44. Stuart, H. (2007). "Employment equity and mental disability." Curr Opin Psychiatry **20**(5): 486-490.

45. Stuart, H., Arboledas-Flórez J. (2001). "Community attitudes toward people with schizophrenia." *Can J Psychiatry* **46**:245-252.
46. Stuart H, Arboledas-Flórez J. (2001). "A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness." *Psychiatr Serv* **52**:654-659.
47. Swami V., Persaud R, et al. (2010). "The recognition of mental health disorders and its association with psychiatric scepticism, knowledge of psychiatry, and the Big Five personality factors: an investigation using the overclaiming technique." *Soc Psychiat Epidemiol*. Published online Feb 2010.
48. Swanson J, Holzer C, et al. (1990). "Violence and Psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys." *Hosp Community Psychiatry* **41**(7): 761-770.
49. Thornicroft G, Brohan E, et al. (2008). "Reducing Stigma and Discrimination: Candidate interventions." *International Journal of Mental Health Systems* **2**:3 1-7.
50. Vallejo R. (1992). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. México DF, Editorial México.
51. Vitello B, Behar D, et al. (1990). "Subtyping Aggression in Children and Adolescents." *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* **2**(2): 189-192.
52. Vitiello, B. and Stoff D. (1997). "Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* **36**(3): 307-315.
53. Volavka J, Laska E, et al. (1997). "History of violent behavior and schizophrenia in different cultures." *Br J Psychiatry*. **171**: 9-14.
54. Williams C. (2008). "Insight, Stigma, and Postdiagnosis Identities in Schizophrenia." *Psychiatry* **71**(3):246-256.

ANEXO I

Concepto Público de Agresividad

Sexo: Masculino (<input type="checkbox"/>)	Edad: _____ años	Escolaridad: _____
Femenino (<input type="checkbox"/>)	Ocupación: _____	

Instrucciones: A continuación se le presenta la descripción de una persona. A partir de esta descripción, por favor responda cada una de las preguntas que se le presentan, marcando con una “X”, la respuesta que mejor se acerque a su opinión en relación al posible comportamiento agresivo que pueda tener esta persona. Por favor conteste todas las preguntas aún en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. **NO DEJE PREGUNTAS SIN CONTESTAR.** Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es **CONFIDENCIAL.**

Juan es un hombre de 25 años de edad. Hasta hace un año, su vida estaba bien, pero las cosas empezaron a cambiar. Él pensaba que la gente a su alrededor estaba hablando mal de él. Juan estaba convencido de que la gente lo espiaba y de que podían escuchar lo que él pensaba. Eventualmente, Juan no pudo trabajar debido a estos pensamientos y se la pasaba encerrado en su cuarto la mayor parte del día. Juan escuchaba voces aún cuando no había nadie cerca de él. Estas voces le decían lo que tenía que hacer y lo que tenía que pensar. Él ha estado viviendo así por seis meses.

1.- ¿Cómo se comporta Juan verbalmente?

- () No es agresivo verbalmente
- () Hace mucho ruido, grita con enojo.
- () Grita con insultos personales leves, por ejemplo: “Eres un estúpido”.
- () Maldice repetidamente, usa un lenguaje antisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a el mismo.
- () Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el mismo (“Te voy a matar”) o pide ayuda para controlarse.

3.- ¿Cómo se comporta Juan con los objetos?

- () No es agresivo con los objetos
- () Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos.
- () Avienta objetos, pateo muebles sin romperlos, pinta las paredes
- () Rompe objetos, quiebra ventanas.
- () Prende fuego, avienta objetos peligrosamente.

5.- ¿Cómo se puede tranquilizar Juan?

- | | |
|--|--|
| (<input type="checkbox"/>) Solo, sin ayuda de alguien | (<input type="checkbox"/>) Darle medicamentos orales |
| (<input type="checkbox"/>) Platicando con él | (<input type="checkbox"/>) Inyectarlo |
| (<input type="checkbox"/>) Vigilarlo | (<input type="checkbox"/>) Aislarlo en su cuarto |
| (<input type="checkbox"/>) Varias personas platicando con él | (<input type="checkbox"/>) Encerrarlo en un hospital |

2.- ¿Cómo se comporta Juan consigo mismo?

- () No se arremete a sí mismo
- () Se pica o se araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o con solamente un mínimo de daño).
- () Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se avienta al suelo o contra objetos (se lastima sin daños serios).
- () Se hace cortaduras o raspaduras o quemaduras.
- () Se mutila el mismo, se causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes.

4.- ¿Cómo se comporta Juan con otras personas?

- () No es agresivo con otras personas
- () Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jaloneos a la ropa.
- () Golpea, pateo, empuja o jala el cabello (sin ningún daño a los demás).
- () Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración (raspaduras, hematomas, torceduras)
- () Ataca a los demás causando severo daño físico (huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos)

- () Amarrarlo
- () Juan requiere ser atendido en un hospital por las lesiones que se hizo
- () El daño que hizo requiere atención médica para otras personas

Marque con una “X” la opción de respuesta que más se acerque a su opinión.

	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
6 Considero que Juan tiene una enfermedad mental	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
7 Si Juan cometiera un delito, lo considero una persona inimputable (no es culpable del delito debido a sus facultades mentales)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
8 Considero que Juan es una persona peligrosa para la sociedad	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
9 Considero que Juan es impredecible en su comportamiento	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)

ANEXO II

-----Mensaje original-----

De: Elena Padrosa [mailto:epadrosa@ArsXXI.com]

Enviado el: Miércoles, 20 de Mayo de 2009 09:24 a.m.

Para: fresan@imp.edu.mx

Asunto: Artículo: Actas Españolas de Psiquiatría_1368

REFERENCIA: 1368

TÍTULO: Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia

Estimada Dra. Ana Fresán,

Me complace comunicarle que su artículo, arriba mencionado, ha sido valorado por el Comité de Redacción y por evaluadores externos, aceptando su publicación en Actas Españolas de Psiquiatría.

Aprovechamos la ocasión para agradecerle su valiosa contribución a la revista.

La editorial le enviará, en su momento, las pruebas de imprenta para su oportuna comprobación.

Le saluda afectuosamente,

José Luis Carrasco
Actas Españolas de Psiquiatría
Paseo de Gracia 84, 1ª pl.
08008 Barcelona
raep@arsxxi.com

Elena Padrosa
Coordinadora Editorial
Grupo Ars XXI de Comunicación
Muntaner 262, àtic 2a
08021 Barcelona
Tel.: 932 721 750
Fax: 934 881 193
epadrosa@ArsXXI.com
www.ArsXXI.com



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



SALUD

México D. F. a 1 de agosto de 2008

Dra. Ana Fresán Orellana
Investigadora Principal
P r e s e n t e

Estimado Dra. Fresán,

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado:
“Concepto público de agresividad del paciente psicótico en una muestra poblacional de la Ciudad de México” ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente

M. en Psic. Marcela Tiburcio Sainz
Vocal del Comité de Ética en Investigación.

c.c.p. Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Secretario Técnico del Comité de la Investigación Científica