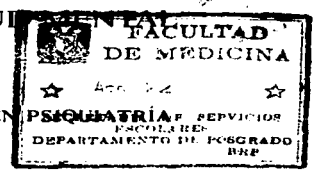


1124/16
24.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL



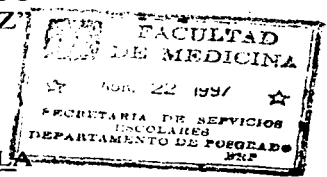
TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN

NOMBRE DE LA TESIS

“ESTUDIO CLÍNICO DE LA AGRESIVIDAD EXPLÍCITA
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Nombre del Alumno:

DR ERNESTO OMAR LICÓN PADILLA



TUTORES

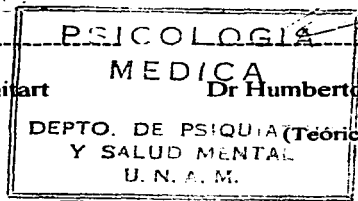
Rogelio Apiquian Guiltart

Humberto Nicolini Sanchez

Dr Rogelio Apiquián Guiltart

Dr Humberto Nicolini Sánchez

(Metodológico)



Alipholes 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACIÓN	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	32

RESUMEN

La agresividad es un comportamiento hostil, destructor y es la manifestación motora del afecto de enojo o de la hostilidad.

Para evaluar la agresividad se diseñó la escala de agresividad explícita (EAE) que abarca 4 diferentes categorías de la agresividad, mide la severidad, cuantifica el número de los episodios y permite el registro del tipo de intervenciones realizadas. Se ha demostrado la utilidad de la EAE para evaluar la agresividad en distintos estudios.

Debido a que en nuestro medio no contamos con escalas de agresividad que nos permitan una adecuada evaluación de esta conducta, se realizó un estudio para determinar la confiabilidad interevaluador de la EAE y analizar la relación de la agresión con algunas variables clínico-demográficas.

Por lo cual en una primera fase se determinó la confiabilidad interevaluador y en la segunda se realizó el estudio clínico de la agresividad mediante un estudio de escrutinio, longitudinal y comparativo. Las evaluaciones clínicas se realizaron con la EAE, PANSS y CGI las cuales se aplicaron semanalmente en pacientes hospitalizados hasta que su egreso. Con la finalidad de obtener la confiabilidad interevaluador estas evaluaciones fueron realizadas por dos evaluadores.

Se estudiaron a un total de 39 pacientes con distintos diagnósticos de acuerdo al CIE-10. El coeficiente de correlación intraclase de la EAE fue de 0.96. La única correlación significativa que se encontró fue una discreta, pero significativa correlación positiva entre el puntaje basal del PANSS positivo con la severidad de la agresividad ($r=9.33$, $p=0.03$). Otra correlación que tuvo una tendencia a la

significancia y que vale la pena mencionar es entre el número de detenciones previas y el puntaje total de agresividad basal ($r=0.29$, $p=0.06$).

En base a los hallazgos encontrados en este estudio podemos concluir que la EAE es un instrumento útil y confiable para la adecuada evaluación de las conductas agresivas que se presentan en pacientes psiquiátricos por lo que podrá ser utilizada en futuras investigaciones encaminadas al estudio del curso de conductas agresivas que nos permitan establecer un adecuado diagnóstico y manejo de este tipo de conductas

INTRODUCCIÓN

Frente a la información diaria de sucesos, como asesinatos masivos en el Líbano; guerra química en Afganistán; guerra territorial entre Croatas y Serbios; asesinatos e intentos de asesinato de líderes mundiales; continua amenaza de aniquilación nuclear; violencia gratuita en zonas urbanas; abuso infantil; terrorismo; violación; la lista de atrocidades humanas sigue y sigue. En los noticiarios, uno se siente tentado de concluir que vivimos en una época en que la violencia humana ha alcanzado un nivel sin precedentes. Pero en un breve repaso de los acontecimientos del pasado, surgen serias dudas sobre esta conclusión. En los 5,600 años de historia registrados, ha habido unas 14,600 guerras, una proporción de 2.6 guerras por año, y se ha estimado que solo 10 de las 185 generaciones que han vivido durante este período han conocido las bendiciones de una paz ininterrumpida. La historia está literalmente formada por casos espeluznantes de tortura masiva, crímenes y genocidios. A la luz de estos hechos, es difícil defender la tesis de que la violencia es hija del siglo XX. Más bien parece ser que cada época ha soportado una porción mayor o menor de violencia (24).

Aunque parece ser un fenómeno universal, toma sus particularidades del contexto social en el que surge. Es probable que por este motivo sea tan difícil abordarla ya que puede involucrar individuos, grupos o naciones enteras, diferentes motivaciones y manifestaciones específicas (6,47).

En la historia moderna se pretende responder si la agresión es innata o aprendida, oscilando hacia un polo u otro. A mediados del siglo XX tiende hacia el polo instintivista, debido a tres influencias principales; la popularidad de la teoría Freudiana, y las impresionantes investigaciones de las estimulación eléctrica y química del cerebro (23).

Actualmente se proponen diferentes teorías que investigan la violencia y que pretenden darle una connotación multidisciplinaria y a la vez más exacta siendo estas la biológica, etológica, sociológica, psicológica social, psicológica, psicoanalítica y la humanística (25).

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

La agresividad es y ha sido uno de los temas de más controversia en la psiquiatría. Tan solo definir el concepto provoca contradicciones y diversos puntos de vista. Esto es lógico si nos referimos a la definición global de un aspecto que es eminentemente personal. La impronta del ser humano; su muy particular forma de ser, sentir y actuar. Por lo que ninguna de las diversas definiciones propuestas ha sido adoptada universalmente (8).

La agresividad es un comportamiento hostil, destructor y es la manifestación motora del afecto de enojo o de la hostilidad. Se afirma que la agresividad es una forma de conducta y no una emoción, necesidad o motivo; sin embargo estas últimas pueden acompañar o no a la conducta agresiva. Tanto la agresión excesiva como la carencia de su afirmación condiciona dificultades, ya que la agresividad es una cualidad fundamental gracias a la cual los seres vivos pueden obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y sobrevivencia (8).

La violencia es un concepto, que se entrecruza y superpone pero también se diferencia de la agresividad. La violencia en un sentido restringido es aplicable a las ciencias sociales como “la fuerza con que a uno de le obliga a hacer lo que no quiere, por medios a los que no se puede resistir”. Litke menciona que implica ejercer la fuerza en contra de otras personas, en su cuerpo (fuerza física) o en su capacidad para tomar decisiones (violencia psicológica) (8).

CLASIFICACIÓN.

La conducta agresiva es un fenómeno heterogéneo por lo que la clasificación se ha basado en tres dicotomías, brindando una diversidad de la agresión humana, bajo un enfoque de la psicología social. De acuerdo a Buss la agresión puede ser física o verbal, activa o pasiva y directa o indirecta (14).

	ACTIVA		PASIVA	
	DIRECTA	INDIRECTA	DIRECTA	INDIRECTA
FÍSICA	Golpear a la víctima	Bromas pesadas y trampas	Obstruir el paso y manifestaciones pasivas.	Negarse a realizar una tarea necesaria.
VERBAL	Insultar a la víctima	Mentiras y comentarios malintencionados	Negarse a hablar	Negar un permiso verbal o escrito

La agresión sobre objetos es llamada “agresión desplazada”, siendo una variación de la agresión física indirecta, ya que si fuera sobre la víctima se consideraría directa (14).

EPIDEMIOLOGÍA

A) Factores demográficos

Se ha observado cierta relación entre la agresión y la edad, existiendo una clara asociación de eventos violentos con una baja edad, hecho que se observa sobretudo en individuos menores de 40 años (55). Se ha asociado la violencia con los trastornos mentales como esquizofrenia, abuso de drogas, siendo ésta predominantemente en jóvenes de 25 años o menos, ya que es mayor la conducta

violenta en los pacientes con abuso de drogas, que en los pacientes adultos a los cuales se les había diagnosticado alguna enfermedad mental (53).

La relación entre el genero y la violencia en los pacientes psiquiátricos es un campo con resultados contradictorios. En varios estudios se reporta que los hombres tienden a ser mas violentos que las mujeres, sin embargo al ser estratificados por edad se encontró que las mujeres de 25 años o menos presentaron mayor frecuencia de agresividad que los hombres, pero entre los 25 y 64 años los hombres presentan un mayor grado de agresividad en comparación con las mujeres (53).

B) Factores socioeconómicos.

La relación entre los factores socioeconómicos y los pacientes con conducta agresiva es incierta. Tardiff y Sweillam encontraron que los pacientes con un bajo nivel de educación fueron más propensos a tener conductas agresivas antes de su admisión al hospital (53).

C) Factores situacionales.

Pearson encontró que los pacientes con un mayor índice de conductas violentas generalmente son hospitalizados o son tratados en contra de su voluntad (45). James y colaboradores reportaron la relación entre una menor permanencia hospitalaria y un mayor número de eventos agresivos, lo que demuestra que estos pacientes necesitan un cuidado continuo (28). Edwards observó que los eventos agresivos se presentan con mayor frecuencia en horarios matutinos (20). Roitman reportó la aparición de un mayor número de conductas agresivas en los meses de junio a diciembre y una disminución en los meses de mayo y noviembre en los pacientes con alteraciones afectivas (49).

Binder y McNeil concluyeron en su estudio que los pacientes con diferentes diagnósticos y variables situacionales varían de acuerdo al entorno que los rodea; reportaron que los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia y manía presentan un mayor riesgo de agresividad al ser dados de alta después de estar hospitalizados y observaron que los pacientes con cuadros de manía presentan un mayor número de conductas agresivas durante su internamiento (9).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y AGRESIVIDAD.

Los formas de presentación más comunes de agresividad en los distintos trastornos psiquiátricos reportados en la literatura son los siguientes:

A) Esquizofrenia paranoide: la conducta agresiva puede ser autodirigida o heterodirigida, siendo ésta última la más común. La agresividad está relacionada a sus ideas delirantes o alucinaciones, hay tendencia a la utilización de armas cortantes con alto riesgo de daño y letalidad (19).

B) Esquizofrenia indiferenciada: la conducta agresiva se relaciona principalmente con el daño a la propiedad (19).

C) Trastorno de control de impulsos y personalidad antisocial: incluye diferentes conductas agresivas; entre ellas contra conocidos o desconocidos, de primer inicio o en repetidas ocasiones y también de naturaleza instrumental (19).

D) Trastorno de explosividad intermitente: la violencia que se presenta es interpersonal principalmente causando daños a la propiedad, siendo ésta una conducta de tipo egodistónico (19).

E) Síndrome orgánico cerebral: la conducta agresiva se presenta con ofuscamiento, desorganización, confusión, destructividad, autoprotección, irritabilidad y pobre tolerancia a la frustración (19).

F) Trastorno bipolar: los eventos agresivos se presentan durante el estado maníaco con un inicio brusco, periodos cortos con alto nivel de agresividad física y verbal con alta frecuencia de eventos pero poca severidad de daño (19).

ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA AGRESIVIDAD.

Incluye cuatro factores principales:

A) Genéticos: Mednick y Handel concluyen que las conductas violentas dependen más del medio ambiente que de factores genéticos (38). Bains asoció el síndrome XYY a la conducta agresiva que era predominantemente prisioneros con este síndrome, con características tales como altura excesiva, a menudo retardo mental y en forma ocasional extrema violencia, más sin embargo no existió diferencia con los demás reos en cuanto a tipo y severidad del crimen (5).

B) Neurológicos: Se ha identificado el sistema límbico como vía de transmisión neural de la conducta agresiva (52).

C) Neurotransmisores: Se han reportado el sistema GABA, Noradrenérgico y el recientemente descubierto sistema serotoninérgico (40).

D) Hormonal: El impacto de las secreciones endocrinas en la conducta agresiva o destructiva se confirmó, mediante la asociación de niveles altos de testosterona en adolescentes con alto grado de conducta agresiva así como la actitud rebelde de adolescentes femeninas con cambios hormonales de LH y FSH (4).

EVALUACIÓN DE LA AGRESIVIDAD

Muchas de las escalas designadas para medición del grado de enojo y violencia, son cuestionarios de autoreporte de sentimientos de enojo, pensamientos violentos, o reacciones a situaciones que producen enojo. Uno de los instrumentos que se han utilizado para la evaluación de la conducta agresiva es el inventario de hostilidad de Buss y Durkeeno , utilizando este instrumento se encontró relación entre los marcadores del inventario y la conducta agresiva (15).

Se ha encontrado una correlación entre los marcadores y algunas escalas de violencia potencial, pero se ha encontrado dificultad sobre todo cuando son autoaplicables, ya que los pacientes con alteración cognitiva por psicosis o por alguna enfermedad orgánica cerebral no pueden realizar estos cuestionarios, además de no recordar o admitir estos eventos de agresividad.

Otros instrumentos que miden de forma indirecta la presencia de la conducta agresiva son la Escala de Observación de pacientes por Enfermería (NOSIE) (27) la cual mide sintamos y conducta en pacientes hospitalizados con enfermedad severa , y la Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve (BPRS) (42) la cual mide síntomas sobre todo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (severidad), para medir los cambios durante el tratamiento con antipsicóticos, ambas escalas incluyen algunos ítems para identificar la conducta agresiva, sin embargo no miden la severidad o distinguen los distintos tipos de conducta agresiva.

Existe una escala de agresividad explícita (EAE) que consta de cuatro categorías, 1) agresividad verbal, 2) agresividad contra objetos, 3) autoagresión y 4) agresión física heterodirigida, y en cada una de estas categorías existen distintos grados de severidad. Además también cuantifica el número de episodios de agresividad de un paciente, clasifica el tipo de intervención (ninguna, contención, sujeción gentil, etc.) que se otorga en respuesta al grado de agresividad y registra el tiempo y duración de estos episodios (55).

Para la validación de la EAE se aplicó en el servicio de psiquiatría pediátrica en el Instituto Psiquiátrico en Nueva York y en el servicio de cuidados intensivos del Centro Psiquiátrico de Middletown, N.Y., fue aplicada por 2 enfermeras en forma independiente y simultánea en cada episodio agresivo así como el tipo de intervención requerida (55). La versión original fue de 4 páginas y después se condensó en una página, esta última versión también fue validada mediante la misma metodología en otro centro psiquiátrico en Creedmoor, Nueva York (55).

La correlación en la primera versión de la escala aplicada en los pacientes de Creedmoor presentó un coeficiente de correlación de 0.87. En la segunda versión aplicada en pacientes de Middletown los coeficientes de correlación fueron de 0.12 para agresión verbal, 0.86 en la de agresión física contra objetos, 1.0 para la agresión física autodirigida y de 0.17 para agresividad física heterodirigida. Siendo los coeficientes de correlación intraclase de validación obtenidos, indicadores de una buena validación mayor de 0.75 para la mayoría de los apartados, por lo que se concluyó que la EAE puede ser utilizada para evaluar tipos específicos de agresividad y la severidad global de la agresión (55).

En conclusión la EAE es fácil, completa y confiable para medir eventos agresivos. Por lo que es posible su aplicación rutinaria en los diferentes servicios de atención psiquiátricos.

McNiel y Binder aplicaron la EAE en un estudio donde se incluyeron 149 pacientes psiquiátricos con el antecedente de ataque físico durante su admisión y en durante su primera semana de hospitalización en una unidad hospitalaria, la escala fue aplicada por enfermeras y médicos por separado pero simultáneamente a cada paciente y en cada evento agresivo se reportó un moderado acuerdo entre

enfermeras y médicos acerca de la evaluación del riesgo de agresividad. El nivel de riesgo de asaltos fue predecible, presentando una estrecha relación entre la estimación clínica del riesgo de violencia en determinados pacientes y la presencia de conductas agresivas posteriores. Resultados que aportan una confiabilidad y validez a corto plazo de la estimación del riesgo de violencia de los pacientes hospitalizados evaluados con la EAE (36).

JUSTIFICACIÓN

Debido a que en nuestro medio no contamos con una escala para evaluar la agresividad; conducta que frecuentemente observamos en los pacientes psiquiátricos se hace necesario el validar y contar con datos de confiabilidad de una escala como la de agresión explícita (EAE) para poder identificar y medir la severidad de este tipo de conductas con la finalidad de establecer mejores estrategias de evaluación y tratamiento.

Por otra parte es importante conocer la posible relación de la conducta violenta con algunas variables demográficas y clínicas de nuestros pacientes. Al contar con este conocimiento se podrán establecer algunos factores predictores de la agresión; conducta que origina gran preocupación entre los diversos profesionales encargados de la atención del paciente psiquiátrico y que muchas veces condiciona que el manejo de estos no sea el adecuado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las preguntas que se plantearon en la presente investigación fueron:

¿Cual es la confiabilidad interevaluador de la escala de agresividad explícita?

¿Cual es la relación entre el número y severidad de los episodios agresivos y las variables clínicas principales (diagnóstico, edad de inicio del trastorno, tiempo de evolución)?

OBJETIVOS

- 1.- Traducir al castellano la escala de agresión explícita.**
- 2.- Determinar la confiabilidad interevaluador de la escala de agresión explícita.**
- 3.- Establecer la asociación entre variables demográficas y los niveles de agresión explícita .**
- 4.- Establecer la relación entre la severidad de los síntomas psiquiátricos y los niveles de episodios de agresión explícita.**

METODOLOGÍA

a) Diseño

Se realizó una investigación en dos fases:

- * Estudio de confiabilidad de la EAE. Estudio de proceso.**
- * Estudio clínico de la agresividad. Escrutinio longitudinal, comparativo.**

b) Universo y muestra

En una muestra tipo censo, se estudiaron a un grupo de pacientes consecutivos que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Fray Bernardino Alvarez por la presencia de conductas agresivas (verbales o físicas) indistintamente de su diagnóstico psiquiátrico y que fueran internados.

c) Criterios de selección:

- A) Pacientes con conductas agresivas de cualquier tipo.
- B) Ambos sexos,
- C) Edad entre 18 a 65 años.
- D) Que sean hospitalizados en el servicio,
- E) Que acepte el paciente y / o sus familiares su participación en el estudio.

d) Variables e Instrumentos

ESCALA DE AGRESIVIDAD EXPLÍCITA (55).

La Escala de Agresividad Explícita, es una escala de síntomas, que mide la severidad de la conducta agresiva, por medio de la observación y descripción de signos y síntomas de los episodios de agresividad de los pacientes en el momento, y es aplicada por médicos, enfermeras y personal capacitado del equipo medico, esta escala consta de cuatro categorías principales 1) Agresividad Verbal, 2) Agresividad contra Objetos, 3) Autoagresión y 4) Agresión física heterodirigida, en cada una de estas categorías existen cuatro grados de severidad para calificar la conducta agresiva, también son medidos los episodios de agresividad del paciente por medio del tiempo de duración y el turno en que se presenta esta conducta, así como el tipo de intervención utilizada por el medico o personal del equipo medico responsable (ninguna, entrevista con el paciente, vigilancia estrecha, contener al paciente, medicación inmediata vía oral, medicación inmediata por inyecciones, sujeción gentil y otras), en respuesta al grado de severidad que presento el paciente.

VARIABLES CLÍNICAS:

- Diagnóstico Psiquiátrico. De acuerdo al CIE 10. Esta variable se recodificó en trastornos mentales orgánicos y psicosis no afectivas con fines de análisis.

- Edad de inicio.

- Tiempo de evolución.

- Tratamiento farmacológico

- Severidad del trastorno. Se utilizaron los siguientes instrumentos:

* PANSS (32) Escala de síntomas positivos, negativos y generales de pacientes esquizofrénicos

* CGI. (24) Escala de impresión global del medico de la severidad de los síntomas de la enfermedad psiquiátrica.

*** VARIABLES DEMOGRÁFICAS**

- Sexo

- Edad

- Escolaridad

- Estado civil

e) Procedimiento

Al ser referidos los posibles candidatos al estudio el investigador responsable revisará que se cumplan los criterios de inclusión antes mencionados e informará el procedimiento para llevar a cabo el estudio a los familiares y cuando sea posible al mismo paciente; al mismo tiempo solicitará mediante consentimiento escrito su participación en el estudio y se excluirá a todo paciente que niegue ser incluido en el proyecto.

Durante la primera entrevista se procederá al registro de todas las variables demográficas del paciente y el tratamiento farmacológico inicial. En esta primera entrevista se procederá a realizar el diagnóstico psiquiátrico de acuerdo a los criterios del CIE-10. También se aplicará la escala de agresividad explícita y los datos necesarios para su llenado se obtendrán mediante un interrogatorio dirigido al paciente, sus familiares o al médico tratante. De igual forma se aplicará la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS) y la escala de impresión clínica global (CGI) con la finalidad de evaluar la severidad de los principales síntomas psiquiátricos.

Las evaluaciones clínicas con la Escala de agresión explícita, PANSS y CGI se aplicarán semanalmente hasta que el paciente sea dado de alta del servicio; con la finalidad de obtener la confiabilidad interevaluador estas evaluaciones serán realizadas por dos evaluadores, con entrenamiento previo en los instrumentos mencionados, en un grupo de 30 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción general de la muestra se utilizaron la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. Las variables categóricas se expresaron mediante frecuencias.

Para la evaluación de la confiabilidad se utilizó el coeficiente interevaluador. Como prueba de comparación de medias se utilizarán pruebas T de student. Como prueba de correlación se utilizó la "r" de Spearman.

El nivel de significancia se fijó en 0.05 y se reportan algunas tendencias entre 0.06 y 0.1.

RESULTADOS

a) Confiabilidad de la escala de agresividad explícita.

En 30 sujetos se exploró la concordancia entre evaluadores y se encontró que el coeficiente de correlación intraclase fue de 0.96. .

b) Descripción general.

Se estudiaron a un total de 39 pacientes de los cuales 25 (64.1%) fueron hombres y 14 (35.9%) mujeres. La edad promedio fue de 33.8 ± 9.1 años con un rango de 20 a 50 años. El 70% de los pacientes reportó estar desempleado. La mayoría de los pacientes no tenían pareja en el momento de la realización del estudio (80%). El promedio de escolaridad fue de 7.4 ± 4.3 años con un rango de 0 a 17 años.

A continuación se desglosan todos los diagnósticos que se incluyeron en este estudio de agresividad:

Tabla #1. Distribución de diagnósticos de acuerdo al CIE 10.

Código	Nombre	Número de Sujetos	%
F 06.2	Trastorno de Ideas Delirantes Esquizofreniforme Orgánico	4	10.3
F 06.3	Trastorno del Humor afectivo orgánico	3	7.7
F 06.8	Trastorno Mental y del Comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.	8	20.5
F 10.5	Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de Alcohol (T. Psicótico).	1	2.6
F 19.5	Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (psicótico)	7	17.9
F 20.0	Esquizofrenia Paranoide	2	5.1
F 20.3	Esquizofrenia Indiferenciada	4	10.3
F 20.4	Depresión Post-Esquizofrénica	1	2.6
F 20.5	Esquizofrenia Residual	1	2.6
F 20.6	Esquizofrenia Simple	1	2.6
F 23.1	Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con síntomas de Esquizofrenia	3	7.7
F 23.3	Trastorno Psicótico Agudo con predominio de ideas delirantes	1	2.6
F 31.0	Trastorno Bipolar (hipomaniaco)	2	5.1
F 31.2	Trastorno Bipolar (Maníaco-Psicótico)	1	2.6

Esta distribución diagnóstica fue reagrupada de la siguiente forma:

Grupo 1: Psicosis no afectivas. En esta categoría se incluyeron los siguientes diagnósticos:

- a) Esquizofrenia Paranoide.
- b) Esquizofrenia indiferenciada.
- c) Depresión Post-Esquizofrénica.
- d) Esquizofrenia Residual.
- e) Esquizofrenia simple.
- f) Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
- g) Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

Grupo 2: Trastornos mentales orgánicos. En esta categoría se incluyeron los siguientes diagnósticos

- a) Trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme orgánico
- b) Trastorno del humor afectivo orgánico.
- c) Trastorno mental y del comportamiento debido a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática.
- d) Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol (psicótico).
- e) Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas (psicótico).

Grupo 3: Trastornos afectivos: En esta categoría se incluyeron los siguientes diagnósticos.

- a) Trastorno Bipolar episodio actual hipomaniaco.
- b) Trastorno Bipolar episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

En la tabla #2 que se muestra a continuación, se ilustra la distribución de diagnósticos después de la recodificación.

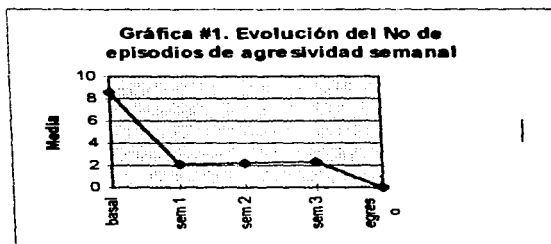
Tabla #2. Distribución de diagnósticos recodificados

	Número de sujetos	%
Grupo 1	13	33.3
Grupo 2	23	59.0
Grupo 3	3	7.7

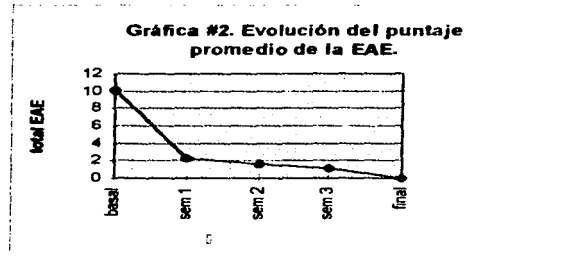
La edad de inicio promedio de los trastornos fue a los 23.7 ± 7.7 años con un tiempo de evolución en meses de 125.9 ± 121.2 .

c) Evolución clínica de la agresividad.

En la gráfica #1 que se muestra a continuación, se ilustra el promedio del número de episodios semanales de agresividad.



En la gráfica #2 se ilustra la evolución del promedio global de la EAE a lo largo de las 4 semanas que duró el estudio.



d) Relaciones entre la agresividad y variables clínicas y demográficas.

No se encontró ninguna diferencia significativa entre el sexo y el estado civil. El contraste entre los dos grupos de diagnósticos recodificados tampoco mostró diferencias significativas entre el número de episodios basales ni en la severidad promedio de la agresividad basal.

La única correlación significativa que se encontró fue una discreta, pero significativa correlación positiva entre el puntaje basal del PANSS positivo con la severidad de la agresividad ($r=9.33$, $p=0.03$). Otra correlación que tuvo una tendencia a la significancia y que vale la pena mencionar es entre el número de detenciones previas y el puntaje total de agresividad basal ($r=0.29$, $p=0.06$).

No se correlacionó significativamente la agresividad con la edad de inicio o la duración de la enfermedad.

DISCUSIÓN :

Hasta donde se tiene conocimiento, es el primer estudio realizado en México y Latinoamérica en el que se traduce y evalúa la confiabilidad de una escala que nos ayude a valorar la conducta agresiva en pacientes psiquiátricos.

La literatura científica dedicada a la agresividad en enfermos mentales, reporta que esta conducta se presenta en todas las instituciones psiquiátricas, ya sea en su forma activa o pasiva (21).

Hay estudios que reportan una alta prevalencia de conductas agresivas en pacientes con trastornos orgánicos, se ha establecido una frecuencia entre el 20% y 23% (16). En un estudio donde se comparó el índice de criminalidad entre pacientes con esquizofrenia y la población general y se observó que la conducta violenta que propició un acto criminal fue 4 veces más frecuente en los esquizofrénicos (34) ; también se ha observado que este tipo de pacientes muestran conductas agresivas previas a su hospitalización (51). La peligrosidad de los pacientes maníacos ha sido cuestionada, ya que se ha observado que la conductas violentas suceden dentro del contexto de agitación e irritabilidad que se presenta durante un episodio de manía, sin embargo los actos violentos en estos pacientes suelen ser raros (33). En general existe el acuerdo que las conductas agresivas asociadas a la presencia de otros diagnósticos psiquiátrico tienen una baja prevalencia. En nuestro estudio aunque no encontramos diferencias significativas entre el número de episodios basales ni en la severidad de a agresividad, si se observó una mayor frecuencia de conductas agresivas en los diagnósticos reportados en la literatura, que son el trastorno orgánico, trastornos psicóticos no afectivos y trastorno bipolar.

En algunos estudios reportados en la literatura se ha encontrado una asociación entre algunos factores sociodemográficos y la agresividad. Sin embargo los resultados suelen ser contradictorios, por ejemplo se menciona que no existe una asociación entre la agresividad y la edad, pero se ha encontrado que los sujetos menores a 40 años presentan con mayor frecuencia este tipo de conductas; varios investigadores concuerdan con que la agresión es muy común entre las personas jóvenes; la razón para que la conducta agresiva se presente en pacientes relativamente jóvenes no ha podido ser aclarada (54). En cuanto a la relación de la agresividad y el sexo también encontramos resultados contradictorios, ya que algunos investigadores reportan que los hombres son mucho más violentos (51), otros consideran que las mujeres tienden a ser más agresivas (21) y algunos mencionan que la conducta agresiva se presenta en la misma proporción entre los dos sexos (30,31). Los resultados reportados entre la asociación de algunas variables socioeconómicas y la agresividad también suelen ser contradictorios y poco claros.

En nuestro estudio no encontramos una correlación significativa entre la agresividad y las distintas variables sociodemográficas evaluadas. Encontramos que tanto los hombres como las mujeres presentaron la misma frecuencia de conductas agresivas, lo que indica que la conducta agresiva se presenta con una frecuencia similar entre los dos sexos, dato reportado por Kay y colaboradores (31). Debido a que no fue un objetivo de este estudio no se buscó la relación de la agresividad entre los diferentes grupos de edad, sin embargo encontramos que nuestra muestra de pacientes estuvo conformada principalmente por jóvenes. Tampoco encontramos una correlación entre el estado civil, la ocupación y la escolaridad con la presencia y severidad de la conducta agresiva; pero cabe mencionar que la mayoría de nuestros pacientes no tenían pareja, tuvieron un bajo nivel de escolaridad y se encontraban desempleados en el momento de la realización del estudio. Estos hallazgos han sido

reportados en la literatura. inclusive se han considerado como factores de riesgo para la presencia de conductas agresivas (39).

Al correlacionar algunas variables clinicas con la agresividad se encontró que la severidad de esta conducta se asoció con la presencia de síntomas positivos evaluados con la PANSS, lo que significa que los pacientes con mayor número de delirios, alucinaciones y alteraciones conductuales presentaron una mayor agresividad. También se encontró que los antecedentes penales, principalmente las detenciones se asociaron a una mayor agresividad en el momento de su ingreso a hospitalización. Estos hallazgos son congruentes con lo previamente reportado en otros estudios donde se menciona que los pacientes con cuadros psiquiátricos severos presentan mayor agresividad sobretodo en el momento de su admisión a una unidad psiquiátrica para su atención (29) y se ha reportado desde hace tiempo que los pacientes psiquiátricos tienden a tener antecedentes criminales con mayor frecuencia en comparación con la población general (46).

En base a los hallazgos encontrados en este estudio podemos concluir que la EAE es un instrumento útil y confiable para la adecuada evaluación de las conductas agresivas que se presentan en pacientes psiquiátricos por lo que podrá ser utilizada en futuras investigaciones encaminadas al estudio del curso de conductas agresivas que nos permitan establecer un adecuado diagnóstico y manejo de este tipo de conductas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Angold A, Pickles, A. SECLUSION ON AN ADOLESCENT UNIT. *Journal Children Psychology, Psichiatry*, 34,6,975-989, 1993
- 2.-Apperson, Mulvey, Lidz. SHORT-TERM CLINICAL PREDICTION OF ASSAULTIVE BEHAVIOR: ARTIFACTS OF RESEARCH METHODS. *American Journal of Psichiatry*, 150:1374-1379. 1993.
- 3.-Apter A. INTERRELATIONSHIPS AMONG ANXIETY, AGGRESSION IMPULSIVITY, AND MOOD: A SEROTONERGICALLY LINKED CLUSTER?. *Psychiatry Research*, 32, 191:199, 1990.
- 4.-Archer J. The Influence of Androgens on Human Aggression. *British Journal of Psychology*, 82,1-28,1991.
- 5.-Bain J, Langevin R, Dickey R, Hucker S, Wright P. HORMONES IN SEXUALLY AGGRESSIVE MEN Y. BASELINE VALUES OF EIGHT HORMONES II. THE ACTH TEST. *Annals of sex research*,1,63-78,1988.
- 6.-Baron RA. HUMAN AGGRESSION. *Plenum Publishing Co. New York*,1977.
- 7.-Bell CC. VIOLENT BEHAVIOR AND MENTAL ILLNESS: PERSPECTIVES ON PAPERS IN THIS ISSUE. *Hospital and Community Psichiatry*, 45,7, 711-713, 1994
- 8.-Bespali de Consens Y. VIOLENCIA FURIA Y MUERTE. *Psiquis*, 4,3, 53-58, 1995.
- 9.-Binder, McNeil, D.E. EFFECTS OF DIAGNOSIS AND CONTEXT ON DANGEROUSNESS. *American Journal of Psychiatry*, 145, 728-732, 1988.
- 10.-Black, Compton, Wetzel, Minchin, Farber, Rastogy-Cruz. ASSAULTS BY PATIENTS ON PSYCHIATRIC RESIDENTS AT THREE TRAINING SITES. *Hospital and Community Psychiatry*,45,7, 706-710, 1994.
- 11.- Blue HC, Griffith EH. SOCIOCULTURAL AND THERAPEUTIC PERSPECTIVES ON VIOLENCE. *The Psychiatric Clinics of North America*,8, 3, 1995.
- 12.-Botsis AJ. PARENTAL LOSS AND FAMILY VIOLENCE AS CORRELATES OF SUICIDE AND VIOLENCE RISK. *Departament of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx, N.Y.*, 25 (2), 1995.

- 13.-Buchanan A, Reed A, Wessley S,arety P,Taylor P,Grubin D, Dunn G. ACTING ON DELUSIONS. II: THE PHENOMENOLOGICAL CORRELATES OF ACTING ON DELUSIONS. *British Journal of Psychiatry* 163, 77-81, 1993.
- 14.-Buss AH. Aggression pays. In JI Singer DE. THE CONTROL OF AGGRESSION AND VIOLENCE: COGNITIVE AND PSYCHOLOGICAL FACTORS.7-18,New York, academic Press, 1971.
- 15.-Buss AH, Durkee A. AN INVENTORY FOR ASSESSING DIFFERENT TYPES OF HOSTILITY. *Journal of Consulting Psychology*,21,343-349,1957.
- 16.-Craig TJ. AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF PROBLEMS ASSOCIATED WITH VIOLENCE AMONG PSYCHIATRIC INPATIENTS. *American Journal of Psychiatry*,145:1568-1571,1982.
- 17.-Crownier, Peric, Stepcic,Ventura. PSYCHIATRIC PATIENTS EXPLANATIONS FOR ASSAULTS. *Psychiatric Services (Brief Reports)*,46, 6, 614-615, 1995
- 18.-Crownier, Stepcic, Peric ,Czobor, TYPOLOGY OF PATIENT-PATIENT ASSAULTS DETECTED BY VIDEOCAMERAS. *Amerian Journal of Psychiatry* 151:11, 1669-1672, 1994.
- 19.-Dunner, D.L. CURRENT PSIQUIATRIC THERAPY, 460-485,1993.
- 20.-Edwards, J.G., Jones, D., Reid, W.H., & Chu, C.C. PHYSICAL ASSAULTS IN A PSYCHIATRIC UNIT OF A GENERAL HOSPITAL. *American Journal of Psychiatric*, 145, 1568-1571, 1988.
- 21.-Fottrell E. A STUDY OF VIOLENT BEHAVIOUR AMONG PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITALS. *British Journal of Psychiatry*: 136,216-221,1980.
- 22.-Glancy GD, Regehr C. THE FORENSIC PSYCHIATRIC ASPECTS OF SCHIZOPHRENIA. *Clinical Forensic Psichatry*,15, 3, 1992.
- 23.-Goldstein JH. LA NATURALEZA DE LA AGRESION HUMANA, Agresión y Crimenes Violentos .Ed. *El Manual Moderno* , 2-18,1978
- 24.-Guy W. Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) *Publication no Rockville: National Institute of Mental Health,1976. 76-338.*

- 25.-Hersen M, Ammerman RT, Sisson LA. HANDBOOK OF AGGRESSIVE AND DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN PSYCHIATRIC PATIENTS. *Plenum Press, New York, 1994.*
- 26.-Hijar Medina MC. VIOLENCIA Y LESIONES. *Salud Mental, 15, 1, 15-23, 1992.*
- 27.-Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ. NURSES' OBSERVATION SCALE FOR INPATIENT EVALUATION: A NEW SCALE FOR MEASURING IMPROVEMENT IN CHRONIC SCHIZOPHRENIA. *Journal of Clinical Psychology 21:65-761, 1965.*
- 28.-James D. V., Fineberg, N.A., Shah, A.K. & Priest, R.G. AN INCREASES IN VIOLENCE ON AN ACUTE PSYCHIATRIC WARD. A STUDY OF ASSOCIATED FACTORS. *British Journal of Psychiatric, 156, 846-852, 1990.*
- 29.-Kalunian DA, Binder RL, McNeil DE. VIOLENCE BY GERIATRIC PATIENTS WHO NEED PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION. *Journal of Clinic Psychiatry, 51, 340-343, 1990.*
- 30.-Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. PROFILES OF AGRESSION AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS. I. NATURE AND PREVALENCE. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 539-546, 1988*
- 31.-Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. PROFILES OF AGRESSION AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS. II. COVARIATES AND PREDICTORS. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176, 547-557, 1988.*
- 32.-Kay SR, Fizbein A, Vital-Herne M, Silva L. POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE-SPANISH ADAPTATION. *J Nerv Ment Dis 178: 510-517, 1990.*
- 33.-Krakowski M, Volavki J, Brizer D. PSYCHOPATHOLOGY AND VIOLENCE: A REVIEW OF LITERATURE. *Comprehensive Psychiatry, 27, 131-148, 1986.*
- 34.- Lindqvist, P, Allebeck P. SCHIZOPHRENIA AND CRIME: A LONGITUDINAL FOLLOW-UP OF 644 SCHIZOPHRENICS IN STOCKHOLM. *British Journal of Psychiatry, 157, 345-350, 1990.*

- 35.-McNiel DE, Binder RE. CORRELATES OF ACCURACY IN THE ASSESSEMENT OF PSYCHIATRIC INPATIENTS RISK OF VIOLENCE *American Journal of Psychiatry*, 152,6, 901-906, 1995.
- 36.-McNiel DE. Binder RL. CLINICAL ASSESSEMENT OF THE RISK OF VIOLENCE AMONG PSYCHIATRIC INPATIENTS. *American Journal of Psychiatry* 148. 1317-1321,1991.
- 37.-McNiel DE, Myers RS, Zeiner HK , Wolfe HL , Hatcher C. THE ROLE OF VIOLENCE IN DECISIONS ABOUT HOSPITALIZATION FROM THE PSYCHIATRIC EMERGENCY ROOM.*American Journal of Psychiatry* 149;2, 207-212, 1992.
- 38.-Mednick SA, Handel ES. CONGENITAL DETERMINANTS OF VIOLENCE. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*,16,101-109,1988.
- 39.-Messner S, Tardiff K. ECONOMIC INEQUALITY AND LEVELS OF HOMICIDE:AN ANALYSIS OF URBAN NEIGHBORHOODS. *Criminology*, 24,297-317, 1986.
- 40.-Miczek KA, DeBold JF,Janey M, Tidey J,Vivant J, Weerts EM. NEUROCHEMISTRY AND PHARMACOTERAPHEUTIC MANAGEMENT OF VIOLENCE.SYMPIOSIUM ON THE UNDERSTANDING AND THE CONTROL OF THE VIOLENCE BEHAVIOUR,*Destin, Fl*, 1990.
- 41.-Miller RJ, Zadolinyj K, Hafner RJ, Phil M . PROFILES AND PREDICTORS OF ASSAULTIVENESS FOR DIFFERENT PSYCHIATRIC WARD POPULATION. *American Journal of Psichiatriy*,150,9,1368-1373, 1993.
- 42.-Overall JE, Goham DR. THE BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE. *Psychol Repo* 10:799-812,1962
- 43.-Palmstierna T, Huitfeldt B,Wistedt B. THE RELATIONCHIP OF CROWING AND AGGRESSIVE BEHAVIOR ON A PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT. *Hospital and Community Psychiatry*,42,12,207-212, 1991.
- 44.-Palmstierna T,Wistedt B. CHANGES IN THE PATTERN OF AGGRESSIVE BEHAVIOR AMONG INPATIENTS WITH CHANGED WARD ORGANIZATION. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 91: 32-35, 1995.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 45.-Pearson, M., Wilmot, E., Padi, M. A STUDY OF VIOLENT BEHAVIOUR AMONG IN-PATIENTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL. *British Journal of Psychiatry*, 149, 232-235, 1986.
- 46.-Rabkin JG. CRIMINAL BEHAVIOUR OF DISCHARGED MENTAL PATIENTS: A CRITICAL REVIEW OF THE RESEARCH. *Psychological Bulletin*, 86,1-27,1979.
- 47.-Ramos Lira L, Saltijeral MT.EL IMPACTO EMOCIONAL EN LAS VICTIMAS DE LA VIOLENCIA. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria*, 73-83,1994.
- 48.-Ratey J. J, Sorgi P. NADOLOL TO TREAT AGGRESSION AND PSYCHIATRIC SYMPTOMATOLOGY INPATIENTS: A DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED STUDY. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53:41 1992.
- 49.-Roitman, G., Orev, E., & Schreiber, G. ANNUAL RHYTHMS OF VIOLENCE IN HOSPITALIZED AFFECTIVE PATIENTS; CORRELATION WITH CHANGES IN THE DURATION OF THE DAILY PHOTOPERIOD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 73-76, 1990.
- 50.-Rosenbaum M. VIOLENCE IN PSYCHIATRIC WARDS; *Role of the Lax Milieu*. *General Hospital Psychiatry* 13, 115-121, 1991.
- 51.-Rossi AM, Jacobs M, Monteleone M, Olsen R, Surber RW, Winkler EL, Wommack A. CHARACTERISTIC OF PSYCHIATRIC PATIENTS WHO ENGAGED IN ASSULTIVE OR OTHER FEAR-INDUCING BEHAVIOUR. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174,154-160,1986.
- 52.-Siegel A, Mirsky F. THE NEUROBIOLOGY OF VIOLENCE AND AGGRESSION. SYMPOSIUM ON THE UNDERSTANDING AND THE CONTROL OF THE VIOLENCE BEHAVIOUR, *Destin, Fl*, 1990.
- 53.-Tardiff K. & Sweillam, A. ASSAULTIVE BEHAVIOR AMONG CHRONIC PATIENTS. *American Journal of Psychiatry*, 139, 212-215, 1982.
- 54.-Tardiff K, Koenigsberg H.W. ASSAULTIVE BEHAVIOR AMONG PSYCHIATRIC OUTPATIENTS. *American Journal of Psychiatry*, 142,960-963, 1985.

55.-Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. THE OVERT AGGRESSION SCALE FOR THE OBJETIVE RATING OF VERBAL AND PHYSICAL AGGRESSION. *American Journal of Psychiatry*, 143,1, 35-39, 1986

ANEXOS

ESTUDIO CLINICO DE LA AGRESIÓN EN HOSPITAL FORMATO DE CONCENTRACIÓN DE DATOS

REGISTRO: _____ EXPEDIENTE: _____

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO: masc () fem () ESCOLARIDAD (en años): _____

OCCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

A) DATOS CLINICOS:

• Diagnóstico Principal (CIE-10):

Nombre	Código
_____	_____

• Diagnósticos accesorios

Nombre	Código
_____	_____
_____	_____
_____	_____

• EDAD DE INICIO: _____

• DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD (meses): _____

• HOSPITALIZACIONES PREVIAS (número): _____

• HISTORIA CRIMINAL

Número

Delito o acusación (vs la integridad, vs la propiedad, vs la salud)

Detenciones (número) _____
Procesos (número) _____
Sentencias (número) _____

B) TRATAMIENTO

Nómbre

Dosis

BASAL:
(el que tiene al llegar)

ADMISIÓN:

PISO:
(1a semana)

PISO:
(Egreso)

C) AGRESIVIDAD HOSPITALARIA

* BASAL

# de episodios (en la última semana)	VERBAL	PROPIA	OBJETOS	OTROS	DURACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PANSS:	positivo: _____	negativo: _____	general: _____		
CGI:	_____				

* 1ª SEMANA

# de episodios (en la última semana)	VERBAL	PROPIA	OBJETOS	OTROS	DURACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INTERVENCIÓN:	_____				
PANS:	positivo: _____	negativo: _____	general: _____		
CGI:	_____				

* 2ª SEMANA

# de episodios (en la última semana)	VERBAL	PROPIA	OBJETOS	OTROS	DURACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INTERVENCIÓN:	_____				
PANS:	positivo: _____	negativo: _____	general: _____		
CGI:	_____				

* 3ª SEMANA

# de episodios (en la última semana)	VERBAL	PROPIA	OBJETOS	OTROS	DURACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INTERVENCIÓN:	_____				
PANS:	positivo: _____	negativo: _____	general: _____		
CGI:	_____				

* EGRESO

# de episodios (en la última semana)	VERBAL	PROPIA	OBJETOS	OTROS	DURACIÓN
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INTERVENCIÓN:	_____				
PANSS:	positivo: _____	negativo: _____	general: _____		
CGI:	_____				

ESTUDIO CLINICO DE LA AGRESIÓN EN HOSPITAL
ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA
PANSS

Nombre del paciente _____
 Evaluador _____
 Evaluación _____ Fecha _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1	Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P2	Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
P3	Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6	Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1	Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2	Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3	Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4	Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N5	Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
N6	Dificultad para la conversación fluida	1	2	3	4	5	6	7
N7	Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

PANSS

3) SUBESCALA PSICOPATOLOGICA GENERAL

G1	Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G2	Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3	Sentimiento de culpabilidad	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresión	1	2	3	4	5	6	7
G7	Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G8	Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G9	Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
G11	Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G12	Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7
G13	Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G14	Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G16	Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA

TOTAL

PERCENTIL

Positiva

Negativa

Psicopatología General
