



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental

Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente

*Validez y confiabilidad de la escala de agresión
impulsiva/premeditada (IPAS) en población psiquiátrica
mexicana*

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

Laura Romans Demaria

Asesor teórico: Dr. Héctor Senties Castellá
Asesor metodológico: Dra. Ana Fresán Orellana

México, D.F., Mayo de 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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
Abreviaturas	5
Resumen	6
<hr/>	
ANTECEDENTES	8
<hr/>	
Definiciones	8
Determinantes de la agresividad	10
Datos epidemiológicos, servicios de salud y agresividad	11
Agresividad y trastornos mentales	14
Modelos de agresión e impulsividad	17
Medición de agresividad e impulsividad	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29
<hr/>	
JUSTIFICACIÓN	29
<hr/>	
OBJETIVOS	29
<hr/>	
HIPÓTESIS	30
<hr/>	
METODOLOGÍA	30
<hr/>	
Diseño del estudio	30
Población en estudio; selección y tamaño de la muestra	31
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	31
Variables y escalas de medición	32
Escalas e instrumentos de evaluación	33
Procedimiento	39
Análisis Estadístico	40
IMPLICACIONES ÉTICAS	41
<hr/>	
ORGANIZACIÓN	42
<hr/>	
Recursos humanos y materiales	42
Evaluación de costos	42
Cronograma de actividades	43
RESULTADOS	44
<hr/>	
DISCUSIÓN	51
<hr/>	
CONCLUSIONES	57
<hr/>	
REFERENCIAS	58
<hr/>	
ANEXOS	62
<hr/>	
Consentimiento informado	

*A mi familia,
Sofía, Sebastián y Andrés,
por su apoyo y paciencia*

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que contribuyeron al desarrollo del presente trabajo. En especial a mis tutores, Dra. Ana Fresán Orellana y Dr. Héctor Senties Castellá, por su tiempo, dedicación y apoyo.

A la Dra. Danelia Mendieta Cabrera por sus valiosas sugerencias.

Al Dr. Emmanuel Sarmiento Hernández por su oportuna ayuda.

FIGURAS

Figura 1. Diagnósticos psiquiátricos de la muestra.....	45
---	----

TABLAS

Tabla 1. Características de la agresión e impulsividad en la muestra.....	46
Tabla 2. Cargas factoriales de los reactivos del IPAS-Rotación Equamax	47
Tabla 3. Validez concurrente de la IPAS.....	48
Tabla 4. Características demográficas y clínicas entre grupos.....	50

ABREVIATURAS

AI	Inventario de agresión
AVISA	Años de vida saludable
BAAQ	Cuestionario breve de enojo y agresión
BIS	Escala de impulsividad de Barratt
BPAQ	Cuestionario de agresión de Buss-Perry
BPRS	Escala breve de apreciación psiquiátrica
CAA	Cuestionario de actos agresivos
DE	Desviación estándar
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico IV edición, texto revisado
EAE	Escala de agresividad explícita
EIP	Escala de impulsividad de Plutchik
FDCD	Formato de datos clínico demográficos
II	Inventario de impulsividad
INPRF	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
IPAS	Escala de agresión impulsiva/premeditada
MINI	Entrevista neuropsiquiátrica internacional
NOISE	Escala de observación por Enfermería
PFAV	Actos y sentimientos pasados de violencia
STAXI-2	Inventario de expresión del enojo 2

RESUMEN

Introducción. La agresividad es un fenómeno complejo que comprende una amplia variedad de elementos biológicos, psicológicos y sociales. La conducta agresiva constituye un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. Los estudios epidemiológicos han mostrado un alto índice de conducta agresiva entre las personas que padecen algún trastorno psiquiátrico en comparación con la población general. Entre los diagnósticos psiquiátricos asociados a conducta agresiva se ha destacado a los trastornos psicóticos, los afectivos, los de ansiedad, los asociados al uso de sustancias y los trastornos de conducta o de personalidad, entre otros. La clasificación de la agresividad en *premeditada* e *impulsiva* implica características biológicas, clínicas y terapéuticas diferentes. La certera tipificación de la agresión en el paciente psiquiátrico permite establecer mejores estrategias de intervención. En nuestro medio no contamos con un instrumento autoaplicable para evaluar y distinguir entre estos dos tipos de agresividad.

Objetivos. Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada en población psiquiátrica mexicana.

Metodología. Se trató de un estudio trasversal y de proceso, en el que se incluyeron pacientes psiquiátricos de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, con cualquier diagnóstico de eje I según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Se evaluó la agresividad mediante la Escala de Agresión Explícita (EAE), la Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP) y la Escala de agresividad impulsiva/premeditada. La consistencia interna de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada obtuvo mediante el alpha de Cronbach y se determinó la validez concurrente del instrumento mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se desarrolló un análisis factorial exploratorio, mediante un análisis de componentes principales con rotación equamax para determinar la estructura del instrumento.

Resultados. Los reactivos se agruparon en Factor I (aquellos encaminados a la valoración de la agresión impulsiva) y Factor II (aquellos que evaluaron la agresión

premeditada). Se realizó una correlación con la puntuación total de la EIP y la EAE; se observó una mayor asociación entre el Factor I y la EIP así como entre el Factor II y la EAE. El instrumento mostró una elevada consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0.85. Ambos factores del IPAS mostraron una adecuada consistencia interna, siendo más elevada para el factor de agresión impulsiva ($\alpha=0.85$) que para el factor de agresión premeditada ($\alpha=0.73$).

Conclusiones. La escala de agresividad impulsiva y premeditada es un instrumento válido y confiable para la evaluación de la conducta agresiva en población psiquiátrica mexicana. Este instrumento contribuirá a realizar un tamizaje inicial y a obtener información preliminar acerca del tipo predominante de agresividad. Además, se integrará como una invaluable contribución a las diversas líneas de investigación relacionadas con agresividad y conducta violenta que se desarrollan en nuestro país.

ANTECEDENTES

La conducta agresiva es una manifestación básica en la actividad de los seres vivos. Su presencia en la totalidad del reino animal y los resultados de las investigaciones sobre la misma le dan el carácter de fenómeno multidimensional. Comparada con la agresión animal, que es instintiva y podría responder a la lucha por la supervivencia, la agresión humana parece una conducta aprendida, difícil de explicar en función del beneficio de la especie.

La agresión es el resultado de la ruptura del equilibrio entre los impulsos y el control interno, y representa un problema importante en nuestra sociedad, ya que tiene un impacto negativo en la dinámica de vida del individuo y de su entorno.

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la agresividad debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y, por lo tanto, prevenible. Con el fin de analizar y controlar el fenómeno de la agresividad, es de suma importancia la identificación de sujetos potencialmente violentos y su entorno social como potencial víctima, para poner en marcha programas y estrategias de prevención.

DEFINICIONES

La agresividad en el ser humano es un fenómeno complejo que comprende una variedad de elementos psicológicos y sociales que requiere un abordaje multidisciplinario. De manera general, la agresividad se define como una serie de conductas dirigidas a infligir daño a otras personas, a uno mismo, o a diversos tipos de propiedades.¹

La agresividad engloba una constelación de conductas que van desde rabietas hasta la participación en crímenes violentos; incluye enojo, hostilidad, irritabilidad, amenazas, manifestaciones encaminadas a la ofensa, provocación intensa o

impetuosa e impulsividad. Es decir que la conducta agresiva es un conjunto de actitudes ajenas a lo socialmente establecido y esperado.²

La agresividad se puede clasificar en dos tipos: la agresividad *premeditada* y la agresividad *impulsiva*. La agresividad premeditada (o instrumental) es aquella que se lleva a cabo de manera metódica y deliberada con el objetivo de alcanzar una meta deseada; típicamente el agresor muestra escasa o ninguna activación fisiológica.³ La agresividad impulsiva, en cambio, es una conducta no planeada que deriva del enojo y es una reacción a una provocación percibida; otros términos utilizados para nominar la agresividad impulsiva incluyen la hostilidad, la agresividad reactiva y la agresividad afectiva.⁴

En la agresividad premeditada, el alto grado de conciencia permite al agresor integrar toda la información necesaria para planear la conducta agresiva. Habitualmente el agresor no presenta activación fisiológica y las características de la conducta asociada hacen que sea difícil para la víctima prever el ataque inminente. Los agresores generalmente realizan sus actos violentos para satisfacer sus rasgos narcisistas y sociopáticos de personalidad.

Los individuos que presentan agresividad impulsiva o afectiva son frecuentemente impredecibles. Este tipo de agresores responden a la provocación con violencia inmediata y en ocasiones destructiva. La activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo provee de los medios necesarios para lograr la meta de reducir la amenaza. Es bastante plausible que la inestabilidad conductual observada en los agresores impulsivos se relacione a una disfunción cognitiva, ya que el agresor es abrumado por el estímulo que, aunque sea por un momento, torna la percepción del propio individuo como indefenso. Al no ver otra alternativa, el agresor impulsivo actúa antes de pensar; consecuentemente el agresor impulsivo con frecuencia es detenido y encarcelado por arrebatos violentos.³

El constructo *impulsividad* está formado por un cierto número de rasgos que incluyen la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensarlo y a involucrarse en conductas riesgosas. Desde el punto de vista psicométrico, la definición de impulsividad se construye más bien como un rasgo de la personalidad, y puede definirse como una inclinación súbita a actuar, o bien, a una fuerza súbita inmediatamente aplicada.⁵

Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psiquiátricos entre los que se incluyen el abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de la alimentación, la conducta suicida, la criminalidad y el control de los impulsos.⁵⁻⁸ Estos últimos se caracterizan por la incapacidad para resistir los impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona o para los demás. En la mayor parte de este tipo de trastornos, el individuo experimenta una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y después de cometerlo tiene experiencias placenteras de gratificación o de alivio.⁹

DETERMINANTES DE LA AGRESIÓN

La mayoría de los adultos que cometen actos agresivos suelen hacerlo contra personas que conocen, normalmente miembros de su familia. Este hecho indica que la agresión no es dirigida indiscriminadamente. Una posible excepción a esta norma general es el caso de los jóvenes adolescentes, que con frecuencia manifiestan actitudes agresivas con personas desconocidas o conocidas casualmente.

Por lo general, la probabilidad de que ocurra una conducta agresiva se incrementa cuando la persona está psicológicamente descompensada o cuando se produce el debut brusco de un trastorno mental. La descompensación episódica también puede aparecer como consecuencia de la ingesta de grandes cantidades de alcohol; se ha reportado que más del 50% de los homicidas o de los individuos implicados en conductas intimidantes toman cantidades significativas de alcohol antes de cometer los delitos.¹⁰

En lo que se refiere a la diferencia sexual en la predisposición y la frecuencia de la agresividad, se ha visto que los homicidios, las palizas, los asaltos a mano armada o las violaciones son claramente más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. En estudios realizados a individuos ingresados a instituciones psiquiátricas, la prevalencia de la agresividad masculina y femenina es aproximadamente igual, y el riesgo de presentarla se ve incrementado cuando se asocia el abuso de sustancias.¹¹

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, SERVICIOS DE SALUD Y AGRESIVIDAD

La agresividad y las conductas violentas son un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo. Su incidencia tiene un impacto negativo sobre el individuo y la sociedad. Se ha considerado que cada año aproximadamente el 3.7% de la población comete actos agresivos de diversa índole, y que esta prevalencia puede alcanzar el 24% al incluir actos únicos, no recurrentes, de violencia.¹² Se estima que las muertes por actos violentos alcanzan un aproximado de 1.43 millones al año (excluyendo conflictos armados), la mayoría de las cuales son consecuencia de actos no planeados.¹³

En general, la cantidad de lesiones intencionales atendidas en unidades de salud supera a la cifra notificada a las autoridades. El trabajador de la salud desempeña un papel muy importante en el diagnóstico y tratamiento de de dichas lesiones. Sin embargo, el reconocimiento médico y la notificación legal no se llevan a cabo en la mayoría de las veces, por las implicaciones que representan para el paciente y su familia.

Los resultados arrojados por un estudio realizado en la ciudad de México¹⁴ revelaron que de la demanda por lesiones en servicios de urgencias de los hospitales participantes, 13.6% corresponde a lesiones intencionales, generalmente de gravedad alta; de tal manera que el porcentaje de este tipo de lesionados que requieren hospitalización es mayor al de los que presentan las lesiones accidentales. El sexo masculino es más afectado que el femenino en una

relación 3:1 en 67% de los casos. Principalmente entre los que suceden en el fin de semana, existe el antecedente de ingesta alcohólica. Las tres cuartas partes de los casos que se presentan en el sexo femenino suceden en el hogar, mientras que en el sexo masculino la mayoría ocurren en la vía pública.

Sin embargo, no son sólo los servicios de urgencias los que deben tomarse en cuenta para conocer la magnitud real del problema. Las áreas de psicología, psiquiatría, salud mental y ginecobstetricia son ámbitos importantes en la detección oportuna de individuos que son o pueden ser víctimas de violencia.

Agresividad heterodirigida

En relación con el indicador de años de vida saludable (AVISA), en 1994 se perdieron 791,000 AVISA debido a homicidios, correspondiendo 61% a muertes prematuras y 39% a años vividos con discapacidad.¹⁵

Los diversos tipos de violencia pueden desencadenar un homicidio, que es la materialización última de la agresividad heterodirigida. En 1986, México presentó la mayor tasa de homicidios respecto a otros países del continente americano. La tasa de muerte por esta causa en México pasó de 17.5/100,000 habitantes en 1979 a 19.1/100,000 habitantes en 1992, constituyendo la primera causa de muerte dentro del capítulo de lesiones accidentales e intencionales y la primera en la población en edad productiva.¹⁶ El sexo masculino tuvo un riesgo 10 veces mayor que el femenino y aquellos que presentaron mayor riesgo relativo fueron los de 35 a 49 años y los de 45 a 49, con riesgo relativo de 15.4 (IC 95% 14.9-16.0) y 14.5 (IC 95% 14.0-15.0), respectivamente.

En la población joven del sexo masculino y en edad productiva, el homicidio refleja la existencia de factores de riesgo que van desde el consumo de alcohol y drogas hasta cuestiones de rol social.

Estudios sobre diversas manifestaciones de violencia (robos, violaciones, asaltos e intentos de homicidio) han demostrado que en muchos de estos hechos al menos alguno de los dos protagonistas (víctima o agresor) había ingerido alcohol, en ocasiones presentándose esta característica en ambos, especialmente en los casos donde el agresor era un amigo o conocido.¹⁷

La violencia contra la mujer incluye desde la agresión y la violencia doméstica hasta la violación y el hostigamiento sexual. En las mujeres, el riesgo de morir a manos de su pareja o de un familiar es más elevado que en el hombre, y la mayoría de las muertes femeninas suceden en el hogar.

En un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2002,¹⁸ se evaluaron un total de 598 casos, de los cuales 46.0% se debieron a riñas o agresiones, seguidas de las lesiones provocadas por asalto o robo, las cuales constituyeron 28.6% del total de la muestra. En ambos tipos de violencia, el sexo masculino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$), así como los jóvenes de 15 a 24 años. La vía pública fue el sitio en el que ocurrieron más frecuentemente. La violencia intrafamiliar representó 19.6% del total de la muestra; en este caso, el sexo femenino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$) en las edades comprendidas entre los 25 y los 34 años; la pareja fue el agresor y el hogar fue el sitio en el que ocurrió la mayoría de los casos.

Agresividad autoinfligida

En lo que respecta a la agresividad autoinfligida, existe más información sobre muertes que sobre lesiones no fatales consecuencia de un intento de suicidio, ya que legalmente no es necesario notificarlo, mientras que el suicidio consumado es de notificación obligatoria. Lo anterior explica el hecho de que las fuentes oficiales informen un mayor número de muertes por suicidio que de intentos, lo que difiere de las estimaciones que indican que los intentos son hasta 70 veces más frecuentes que los suicidios consumados.¹⁹

De 1979 a 1993 en México se registraron un total de 23,669 muertes por suicidio. En conjunto, la tendencia de la mortalidad por suicidios es ascendente. Los hombres presentan un riesgo cinco veces mayor que las mujeres. Los grupos de edad con el mayor riesgo relativo son, para el sexo masculino, el de 70 años y más y, para el sexo femenino, el de 20 a 24 años.²⁰

Las diferencias entre sexos se extienden a la selección del medio para producir la muerte. Se ha visto que las mujeres utilizan con mayor frecuencia medios más “suaves” que los hombres, lo que remite nuevamente a cuestiones de género que determinan lo que es socialmente aceptable para unas y otros, y el acceso a dichos medios. El uso de medios menos letales explica la menor frecuencia de muertes por suicidio en las mujeres, aunque la ideación suicida y los intentos son más frecuentes en ellas.

En el estudio realizado por Híjar en 2002 las autolesiones provocadas por intentos de suicidio constituyeron el menor porcentaje de lesiones, con sólo 28 casos de un total de 598, distribuidos de manera similar entre hombres y mujeres; el hogar fue el sitio en el que con mayor frecuencia ocurrieron. El haber sido objeto de violencia intrafamiliar fue la causa de que las mujeres intentaran suicidarse con algún tipo de medicamento, mientras que la mitad de los hombres utilizó instrumentos cortantes y punzantes, y la otra mitad alguna sustancia venenosa. Este fue el tipo de violencia que provocó el mayor número de casos graves ya que 64% de los casos registrados en esta categoría requirieron de hospitalización o fallecieron por envenenamiento con sustancias sólidas o líquidas.¹⁸

AGRESIVIDAD Y TRASTORNOS MENTALES

Desde hace muchos años se ha asociado a la agresividad con los trastornos mentales, inicialmente por la observación de mayores tasas de actos agresivos en poblaciones con alta prevalencia de trastornos mentales. Los actos violentos se pueden desencadenar ante cualquier conjunto de circunstancias que incrementan

los impulsos agresivos en un contexto de escasa capacidad de control. La agresividad se ha relacionado con ciertos factores de riesgo como edad, género, rasgos de personalidad, abuso de sustancias, alucinaciones y delirios persecutorios.²¹

Al evaluar la historia de agresividad se han determinado algunos factores predictivos de nuevos actos violentos; entre estos factores se encuentran intentos de agresión previos, amenazas abiertas y frecuentes, un plan concreto, acceso a instrumentos de violencia, historia de pérdida de control, ira crónica, hostilidad o resentimiento, disfrute al producir o ver cómo se produce daño, falta de compasión, considerarse a sí mismo como una víctima, historia de maltrato o abandono en la infancia, pérdida de padres a una edad temprana, juego con fuego, enuresis, crueldad con animales, conducción temeraria y actos violentos previos.²²

Según han mostrado diversos estudios epidemiológicos, existe un incremento en el índice de conducta agresiva entre los individuos que padecen algún trastorno psiquiátrico en comparación con la población general.²³ Al comparar la prevalencia de conductas agresivas en pacientes psiquiátricos y población general, Modestin y colaboradores²⁴ encontraron un riesgo cuatro veces mayor de cometer algún acto agresivo en los pacientes esquizofrénicos masculinos.

Ha sido demostrado que la relación de comportamientos agresivos entre las personas con diagnóstico del Eje I en comparación con quienes no tienen este tipo de diagnóstico es de 5:1. Es de destacar que la presencia de abuso de alcohol y drogas incrementa notablemente los índices de agresividad de 10 a 15 veces más que cuando no se presenta diagnóstico alguno de Eje I. Los índices de agresividad entre el trastorno bipolar en fase de manía y la esquizofrenia mostraron ser 5 a 6 veces mayores que los de los sujetos sanos.¹²

En un estudio realizado sobre una población de 253 pacientes con esquizofrenia, manía y otros 11 diagnósticos psiquiátricos, se observó que los más agresivos fueron los pacientes con manía y esquizofrenia, siendo los pacientes maniacos incluso más agresivos que los esquizofrénicos al momento de la admisión hospitalaria.²⁵

Otro estudio realizado en Israel a 2,678 adultos jóvenes arrojó un riesgo mayor de presentar conductas violentas y uso de armas en los pacientes con algún tipo de diagnóstico psicótico y trastorno bipolar; en tanto que los sujetos diagnosticados con depresión, trastorno de ansiedad generalizada o fobias, no mostraron un incremento en el riesgo.²³ Los mayores índices de manifestaciones violentas (28.9%) y uso de armas punzocortantes (11.1%) los tuvieron los trastornos psicóticos (dentro de los cuales se incluyó el diagnóstico de esquizofrenia, aunque este no fue reportado de manera independiente) seguido por los pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar con 23.7% y 6.7%, respectivamente. El abuso de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y las características demográficas fueron controlados estadísticamente para obtener los resultados de este estudio.

En otro estudio que investigó la prevalencia de conductas violentas en pacientes admitidos en un hospital psiquiátrico, se compararon las conductas de los pacientes con las de la población general, pareando las características sociodemográficas más importantes. Se encontró que los hombres con esquizofrenia presentaban un riesgo 4 veces mayor de cometer algún acto violento.²⁴

En este estudio se halló una clara interacción entre el abuso de sustancias, el trastorno mental y la aparición de conductas violentas. Los hombres con esquizofrenia sin abuso de sustancias presentaban una probabilidad de 2.4 ($p < 0.001$) de cometer algún acto violento. En comparación, la probabilidad en aquellos con comorbilidad en el abuso de sustancias fue del 18.8 ($p < 0.001$). En

este mismo estudio también se encontró que el 7.2% de los hombres convictos por homicidio habían sido tratados con anterioridad por padecer esquizofrenia. Hallazgos parecidos se han encontrado en otros estudios con cifras del 5% - 11%.²⁶

En forma general, las situaciones y diagnósticos psiquiátricos en los que actúan elementos combinados que tornan al sujeto propenso para presentar conducta agresiva se encuentran los estados tóxicos y orgánicos, las discapacidades del desarrollo, la psicosis, los trastornos de conducta y el estrés psicológico o ambiental insoportable. Entre otros trastornos que se asocian a una conducta agresiva se encuentran el retraso mental, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos cognoscitivos (delirium y demencias), los trastornos asociados al consumo de sustancias, el trastorno explosivo intermitente y los trastornos de personalidad (especialmente paranoide, antisocial, límite y narcisista).²⁷⁻²⁹

Lo que se observa en el nivel clínico puede relacionarse con los hallazgos biológicos en los que se ha encontrado una desregulación entre los circuitos cortical y subcortical. Por ejemplo, se ha identificado una disminución en la inhibición frontal en trastornos como el déficit de atención, el estrés postraumático, la psicosis y los trastornos de personalidad límite y antisocial. Asimismo, se ha encontrado un incremento en la irritabilidad límbica en el déficit de atención, el estrés postraumático y el uso de sustancias psicoactivas.¹³

MODELOS DE AGRESIÓN E IMPULSIVIDAD

A pesar de un siglo de investigación y publicaciones científicas acerca de la agresividad humana, las respuestas definitivas acerca de sus causas y su control permanecen sin alcanzarse. A la conducta agresiva se han asociado factores biológicos (actividad serotoninérgica, testosterona endógena, consumo de alcohol), psicológicos (amenazas percibidas, estados de ánimo, frustración) y

sociales (fluctuaciones económicas, inestabilidad política). Sin embargo, ninguna variable o modelo teórico ha sido capaz de explicar satisfactoriamente la conducta agresiva de manera general, ya que las causas de esta conducta son complejas y multifactoriales.

Modelos fenomenológicos

La fenomenología es la rama de la ciencia que clasifica y describe los fenómenos sin intentar dar una explicación para los mismos. La premisa que subyace al estudio fenomenológico de la conducta agresiva es que tal conducta agresiva no es uniforme; pero a pesar de su disparidad, puede ser agrupada según ciertas características observadas externamente.

Moyer, en 1968, clasificó la conducta agresiva en siete categorías: predatoria, entre machos, maternal, territorial, inducida por miedo, irritable e instrumental (premeditada). Estas categorías tienen análogos tanto en el entorno natural como en el laboratorio; las categorías cruzan líneas filogenéticas y pueden ser reproducidas a lo largo del tiempo.³⁰

Otros investigadores han intentado simplificar la conducta agresiva en dos categorías: la agresión predatoria y la agresión afectiva.^{31,32} Reis sostenía que a excepción de la agresión predatoria, todas las categorías de agresividad antes mencionadas estaban acompañadas de una excitación afectiva y parecían tener muchos correlatos neuroquímicos. Sin embargo, parece haber diferencias fisiológicas y endócrinas entre las categorías de agresión ofensiva (territorial y entre machos), la agresión defensiva (inducida por miedo e irritable) y la agresión maternal, a pesar de que todos estos tipos de agresión implican un alto grado de excitación emocional y de activación simpática.

Los determinantes de la conducta agresiva son multifactoriales. No existe un centro de la agresión, y al parecer tampoco un único neuromodulador o neurotransmisor de la agresión. Al contrario, la matriz biológica parece ser un

conjunto de regiones cerebrales y neurotransmisores que conducen a un resultado común de ataque o conducta alternativa. Esta complejidad puede afectar la investigación, pero al mismo tiempo ofrece muchas oportunidades adicionales más allá de determinar cuál es el mecanismo “central” de la conducta agresiva.

Modelos genéticos

La investigación indica que la agresividad y la impulsividad muestran por lo menos alguna influencia genética. Sin embargo, el rango estimado va de 0 a 94%. La dificultad radica en aspectos como la definición o la medición, además de diferencias de género, la edad y los factores del desarrollo.³³ Ningún estudio concluye que toda la varianza es de origen genético; de hecho, el ambiente parece ser el mayor componente de la varianza en la mayoría de los análisis.

Las mayores limitaciones para la investigación incluyen la multiplicidad de definiciones y la variabilidad en las medidas. Aún existe desacuerdo en relación a la agresión entendida como un constructo unitario o bien como un rasgo multidimensional. Los atributos asociados a la agresividad son traducidos a herramientas de evaluación. Los componentes de la mayor parte de las mediciones incluyen agresividad física y verbal, irritabilidad, enojo, hostilidad y actos violentos. Las mediciones típicas de la agresividad en los estudios genéticos se componen de escalas de auto reporte, como por ejemplo el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee.³⁴ Otras pruebas incluyen listas de adjetivos, pruebas proyectivas y reportes de los padres (que incluyen hostigamiento, crueldad, peleas y rabietas). Dos meta-análisis han arrojado resultados en este sentido. En uno de ellos,³⁵ el análisis de ocho escalas de agresión indicaron una heredabilidad del 42%; en otros estudios se reporta una heredabilidad que puede representar hasta el 50% de la varianza.³⁶

Varios estudios han intentado determinar la etiología de la conducta impulsiva. En el meta-análisis realizado por McCartney,³⁵ los resultados de 31 estudios presentaron medidas de impulsividad. A pesar de que no se determinó un

estimado global de heredabilidad, las correlaciones interclase fueron de 0.58 para gemelos monocigotos y de 0.22 para gemelos dicigóticos.

En 1999 Seroczynski realizó un análisis genético bivariado sobre medidas de impulsividad y varios subtipos de conducta agresiva³⁷ en un intento por determinar el grado en que los factores genéticos y ambientales tienen influencia sobre la impulsividad y cuáles de ellos se comparten con la conducta agresiva. Sus resultados sugieren que la impulsividad y la agresividad física se relacionan menos etiológicamente (tanto genética como ambientalmente) que la impulsividad y otros subtipos de conducta agresiva. Incluso la impulsividad y la irritabilidad mostraron la correlación genética más fuerte (0.59) y la no correlación ambiental más fuerte (0.45).

Los resultados sugieren que cuando la agresividad se mide en su forma “pura” (por ejemplo agresión física), la impulsividad y la agresividad comparten escasa etiología. Sin embargo, cuando la agresión se mide de manera más general, los resultados muestran mayor asociación. Una razón para esta asociación puede ser la naturaleza “impulsiva” de las preguntas que evalúan irritabilidad; dado que la *irritabilidad* se define como una “disposición a reaccionar en forma exagerada a la mínima provocación”, puede que no sea posible obtener una medida pura de este constructo de agresión. Otra explicación es que los diferentes tipos de agresividad tengan distintas etiologías; es necesaria mayor investigación para probar esta hipótesis.

Se debe tener en cuenta que los genes únicamente tienen un efecto probabilístico y que hay mucha variabilidad en el desarrollo de la conducta. Por ejemplo, las conductas agresivas pueden tener raíces en el desarrollo, cada una de las cuales con su propia insignia genética y ambiental; por tanto, existe mucha heterogeneidad genética. Un concepto relacionado, el *pleiotropismo*, sugiere que un único genotipo puede tener diferentes manifestaciones conductuales, es decir, que una predisposición genética hacia la agresión puede ser expresada como

abuso verbal, agresión física directa o irritabilidad. Sin embargo, la genética y la crianza no son independientes la una de la otra. El futuro de la investigación debe enfocarse en la interacción entre ellas. La pregunta ya no es si los genes y el ambiente afectan a la conducta agresiva, sino cómo estas influencias actúan en conjunto para formar esta conducta,³⁸ para lo cual habrá que homogeneizar definiciones y conceptos, así como mejorar los instrumentos de medición.

Modelos biológicos

La diátesis de la conducta agresiva se puede conceptualizar en términos de un desequilibrio entre el control “*a la baja*” brindada por estructuras superiores como la corteza órbita frontal y el cíngulo anterior (involucrados en la calibración de la conducta en situaciones sociales previniendo recompensa y castigo) y el control “*a la alta*”, que está relacionada con estructuras límbicas como la amígdala y la ínsula.

Así, por ejemplo, un estímulo provocador es procesado inicialmente por centros sensoriales como el auditivo o el visual; a este nivel algunos déficits auditivos o visuales o distorsiones (causadas por drogas, alcohol o trastornos metabólicos) pueden provocar que el estímulo sea percibido como provocativo o amenazante. O bien puede ocurrir que en los centros de procesamiento de la información y en la corteza prefrontal, temporal y parietal, la información sea influenciada por limitaciones cognitivas que condicionen un déficit en el procesamiento de la información con propensión a interpretar en forma sobrevalorada o delirante la información recibida. Finalmente, el procesamiento de estos estímulos en relación a experiencias previas registradas en estructuras límbicas puede disparar una conducta agresiva que es imposible de detener por las estructuras que promueven el control.¹³

Las fallas en el circuito cortical se han relacionado a una baja en el funcionamiento de la serotonina o a un aumento de dopamina o norepinefrina. Por su parte, las

fallas en el circuito límbico pueden explicarse por una baja de ácido gaba amino butírico o un aumento en glutamato o acetilcolina.

Modelos del desarrollo

Durante los últimos años se han propuesto varios modelos para el desarrollo de agresividad y otras formas de conducta antisocial. Moffitt³⁹ ha propuesto que las características individuales del niño (fundamentalmente déficits verbales y de las funciones ejecutivas) son las que establecen el escenario para relaciones padre-niño difíciles y un patrón en cascada de dificultades que resultan en un curso persistente de ofensas y delitos a lo largo de la vida. Aunque estas características no son suficientes en sí mismas para desarrollar este patrón persistente a lo largo de la vida, se consideran como factor de riesgo crítico para iniciar el proceso que describe Moffitt. En contraste, Patterson argumenta que ese camino que comienza a edades tempranas es iniciado por prácticas familiares deficientes, particularmente una disciplina inadecuada caracterizada por reforzamiento negativo de la conducta desobediente del niño. Loeber y Stouthamer⁴⁰ hacen hincapié en la importancia de distinguir entre agresividad abierta y encubierta como formas de conducta antisocial, ya que difieren en la historia familiar y las influencias psicológicas y genéticas a las que se asocian.

Además de los factores de riesgo integrados en las teorías mencionadas, existen otros factores de riesgo para el desarrollo de conducta agresiva, entre los cuales se encuentran la pobreza (en cuyo contexto la agresión funge como una conducta adaptativa), la exposición a violencia en los medios (afectando la cognición, el afecto y la excitación del individuo), el rechazo por los pares (a la vez causa y consecuencia de la conducta violenta), la relación con pares agresivos, además de género (masculino para conducta violenta evidente y femenino para agresividad relacional) e impulsividad, inatención e hiperactividad (inhibición de la habilidad para frenar respuestas agresivas). La exposición a estos factores en forma individual o de manera combinada incrementa el riesgo de desarrollar conducta violenta.³⁸

Aproximaciones biopsicosociales

En el abordaje biopsicosocial la agresividad se ha estudiado a través de algunas variables que se combinan con la expresión de la conducta agresiva. Por ejemplo, la violencia doméstica, la agresividad relacionada con alcohol, el curso y desarrollo de la conducta criminal y la correlación entre agresividad y neurotransmisores han sido evaluados desde una perspectiva biopsicosocial.

Los modelos psicosociales de conducta agresiva más recientes son los que se enfocan en el trastorno de personalidad antisocial, especialmente en los factores del desarrollo. En este sentido, Buikhuisen propone que la conducta antisocial resulta de una socialización inapropiada cuando una conducta de evitación adecuada no se adquiere durante el condicionamiento operante. Este déficit puede ser debido a características biológicas, cognitivas y psicológicas del individuo, o a factores ambientales patológicos que dificultan la adquisición de la conducta evitativa.³⁸ La teoría del desarrollo de la personalidad antisocial elaborada por Moffitt hace hincapié en la relación de factores neurobiológicos, psicológicos y ambientales; esta teoría se enfoca en un déficit en el procesamiento de la información que dificulta la adquisición y la expresión de conductas prosociales.³⁹

Sin embargo, estas teorías no fueron desarrolladas en dirección a la conducta agresiva específicamente. Los actos agresivos son frecuentes en individuos antisociales; sin embargo, la agresión y la conducta antisocial representan constructos separados. La personalidad antisocial incluye características adicionales e incluso puede diagnosticarse trastorno antisocial de la personalidad aún si el individuo no ha presentado conductas agresivas. Por tanto, la investigación biopsicosocial ha comenzado a desarrollar modelos específicos para conducta agresiva.

La literatura relacionada con alcoholismo representa un buen ejemplo para las aproximaciones biopsicosociales. Un modelo representativo para la agresión relacionada al consumo de alcohol incorpora influencias del desarrollo (funciones

ejecutivas, abuso parental), psicológicas (ánimo, testigo de violencia con consumo de alcohol), y contextual (escenario, provocación). Este modelo ha generado mayores preguntas de investigación, incluyendo hipótesis que relacionan la intoxicación aguda con alcohol y la agresividad, que puede ser mediada por funciones cognitivas y ejecutivas de la corteza prefrontal, que a su vez afectan la autoregulación de la conducta agresiva. Los individuos con un bajo funcionamiento ejecutivo y cognitivo relacionado con alcohol están más propensos a los efectos promotores de agresividad que provoca el alcohol cuando se comparan con el alto funcionamiento ejecutivo y cognitivo de los controles.⁴⁰

White y Kowlaski proponen un modelo del desarrollo de violencia doméstica en el cual los factores históricos y socioculturales son influencias distales que interaccionan con el perpetrador, la víctima y la situación como factores proximales. Desde esta perspectiva, el estatus biológico, la composición genética, las características psicológicas y las experiencias ambientales tanto del agresor como de la víctima, pueden influenciar la expresión de la agresión.³⁸

Las diferencias de género en la conducta agresiva sugieren que las mujeres expresan el enojo a través de conductas que carecen de la intención de causar daño. En un estudio realizado por Campbell y Muncer se encontró que los hombres superaron a las mujeres en agresión directa y actos explosivos, y las creencias de los hombres acerca del control sobre otras personas puntuaron también más altas entre los sujetos de sexo masculino.⁴¹

A pesar de la amplia investigación biopsicosocial realizada hasta el momento, no se ha desarrollado una teoría integral debido básicamente a que las asociaciones examinadas involucran un número limitado de variables en modelos relativamente simples, y a que muchas veces las variables seleccionadas son fuertemente influenciadas por intereses individuales de investigación.³⁸

MEDICIÓN DE AGRESIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Aunque existe evidencia de la asociación entre trastornos mentales y agresividad, en la actualidad los resultados de diversos estudios son contradictorios, ya que no todos han encontrado la misma asociación entre la conducta agresiva y la presencia de un trastorno mental.^{12,23,24} El origen de este problema puede radicar en la definición de la conducta agresiva y la forma en que ésta es evaluada.

La mayoría de las escalas diseñadas para la evaluación de la agresividad son cuestionarios de autoinformación sobre sentimientos de enojo, pensamientos violentos o reacciones a situaciones que producen cólera. Varios de estos instrumentos se han aplicado en poblaciones no psiquiátricas o poblaciones no violentas, lo que dificulta su uso en el caso de pacientes psiquiátricos. Uno de los instrumentos de autoinformación que se ha utilizado para la evaluación de la conducta agresiva en pacientes psiquiátricos es el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee. En el estudio de validación de este instrumento no se observó una correlación entre las puntuaciones obtenidas con la escala y el comportamiento agresivo observable.³⁴

Una de las dificultades encontradas en los instrumentos de autoinformación es que los pacientes cuyas habilidades cognitivas se encuentran deterioradas, por ejemplo en el trastorno psicótico, no pueden contestar estos cuestionarios de forma confiable, ya que en ocasiones no pueden recordar o admitir la comisión de actos agresivos. Existen otros instrumentos que evalúan de forma objetiva las conductas agresivas, entre éstos, la Escala de Observación por Enfermería (NOSIE)⁴² y la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS). Ambas escalas incluyen reactivos para la identificación de conductas agresivas; sin embargo, no diferencian los distintos tipos de conducta agresiva.

Tomando en cuenta las deficiencias anteriormente mencionadas, Yudofsky y cols diseñaron la Escala de Agresividad Explícita (EAE), instrumento que evalúa tanto los tipos específicos de agresividad como la severidad global de la misma.⁴³ La

escala ha demostrado tener confiabilidad adecuada en población psiquiátrica; sin embargo, necesariamente debe aplicarse en una entrevista clínica.

El Cuestionario de Agresión de Buss-Perry (en inglés BPAQ, *Buss-perry Aggression Questionnaire*) es uno de los instrumentos autoaplicables más frecuentemente utilizados para evaluar la agresividad.⁴⁴ Fue desarrollado en 1992 como una revisión del Inventario de Hostilidad Buss-Durkee y consta de 29 reactivos; el instrumento fue diseñado para medir tendencias de agresividad verbal y física así como hostilidad y enojo. Las respuestas de cada reactivo se contestan en una escala desde 1 (“extremadamente no característico de mí”) hasta 5 (“extremadamente característico de mí”). Tiene cuatro factores: agresión física (9 reactivos), agresión verbal (5 reactivos), enojo (7 reactivos) y hostilidad (9 reactivos); se ha demostrado la validez y la confiabilidad de este instrumento en varios estudios.³⁸

El Inventario de Expresión del Enojo 2 (en inglés STAXI-2, *State Trait Anger Expression Inventory 2*) es un autoreporte multidimensional de enojo y agresión.³⁸ En su versión más reciente cuenta con 57 reactivos que se contestan en una escala de cuatro puntos (desde 1 - nada/casi nunca -, hasta 4 - mucho/casi siempre -), en un total de seis subescalas: estado de enojo, rasgo de enojo, dos subescalas de expresión del enojo y dos de control del enojo. Este instrumento ha demostrado su validez y confiabilidad tanto en población general como en muestras psiquiátricas.

El instrumento titulado Actos y Sentimientos Pasados de Violencia (en inglés PFAV, *Past Feelings and Acts of Violence*) fue desarrollado por Plutchik y colaboradores para evaluar el riesgo de violencia (agresión física); consta de 12 reactivos que evalúan agresión heterodirigida y sentimientos, cuyas respuestas se califican por frecuencia. El instrumento demostró relacionarse significativamente con historia de agresividad o agresividad como motivo de admisión para pacientes hospitalizados, y consistencia interna en pacientes psiquiátricos (alpha de 0.77),

por lo que parece útil como instrumento de tamizaje en el escenario clínico.⁴⁵ Sin embargo, es necesaria mayor claridad en la calificación de cada uno de los reactivos por parte de los autores, y sería adecuado contar con otros estudios de validación, por ejemplo comparando este cuestionario con otros instrumentos.

El Inventario de Agresión (en inglés AI, *Aggression Inventory*) es un instrumento autoaplicable que consta de 28 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos y fue desarrollado para evaluar la diferencia de género en la agresividad. Se realizó un estudio en el que se evaluaron hombres y mujeres encontrándose diferencias de género entre las cuales se observó mayor agresión física y verbal en hombres así como mayor impulsividad e impaciencia que en las mujeres, mientras que estas últimas mostraron mayor propensión a evitar la confrontación.⁴⁶

Existe un cuestionario corto diseñado para realizar una evaluación rápida de pacientes e identificar propensión a la conducta violenta en salas de emergencia y clínicas comunitarias. Se trata del Cuestionario Breve de Enojo y Agresión (en inglés BAAQ, *Brief Anger-Aggression Questionnaire*), que consta de 6 reactivos. El estudio de validación resultó en consistencia interna y validez de constructo adecuados.⁴⁷

La Escala de Impulsividad de Barratt⁴⁸ (en inglés BIS, *Barratt Impulsiveness Scale*) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la impulsividad. Es un instrumento autoaplicable y consta de 34 reactivos y tres subescalas; la primera de ellas es la *impulsividad atencional* (antes denominada *impulsividad cognitiva*) que comprende dos factores de primer orden: atención e inestabilidad cognitiva (asociados con las decisiones tomadas rápidamente); las otras subescalas son la *motora* (que se refiere a la comisión de actos sin antes pensar) y la *falta de planeación* (falta de capacidad para resolver los problemas futuros). La escala ha sido utilizada en población clínica y criminal.

El Inventario de Impulsividad de Eysenck (en inglés II, *Impulsiveness Inventory*) es un cuestionario de 54 reactivos organizados en tres factores: impulsividad, audacia y empatía. La impulsividad se distingue de la audacia ya que se refiere a las acciones realizadas sin la conciencia del riesgo que conllevan. Este instrumento ha demostrado coeficientes de confiabilidad de moderados a altos (0.68-0.87) y consistencia interna (alpha de 0.73).⁴⁹ Zuckerman desarrolló un instrumento denominado Escala de Búsqueda de Sensaciones,⁵⁰ con el que encontró que los sujetos que obtienen calificaciones elevadas parecen no percibir el riesgo que corren en algunas situaciones riesgosas, y disfrutan la excitación generada por ellas.

Para la evaluación y clasificación de la conducta agresiva como premeditada o impulsiva, en la literatura internacional se dispone de dos instrumentos. Uno de ellos es la escala *Expagg*, un cuestionario de 20 reactivos que evalúa la tendencia del individuo a calificar su agresión como expresiva (impulsiva) o instrumental.⁵¹ El otro instrumento es el Cuestionario de Actos Agresivos (CAA), que formula 22 preguntas que evalúan la impulsividad y la planeación de actos agresivos en los que el participante se vio envuelto durante los últimos 6 meses.⁵² Ambas medidas han demostrado confiabilidad; sin embargo, el CAA no ha publicado estimados de validez y el constructo de validez para la escala *Expagg* ha sido cuestionado en literatura posterior por no lograrse la replicación de los resultados.⁵³ Por tanto, no son medidas válidas para evaluar y clasificar la agresividad hasta este momento.

Stanford y colaboradores validaron un nuevo instrumento para evaluar agresividad, titulado Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (en inglés IPAS, *Impulsive/Premeditated Aggression Scale*), diseñada para caracterizar la naturaleza de la conducta agresiva como predominantemente impulsiva o predominantemente premeditada; es un instrumento autoaplicable de 30 reactivos diseñado para evaluar población psiquiátrica, y es motivo de estudio del presente trabajo.⁵⁴

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La escala de agresión impulsiva/premeditada (IPAS) es válida y confiable para evaluar agresividad impulsiva/premeditada en la población psiquiátrica mexicana?

JUSTIFICACIÓN

La certera clasificación de la agresión en el paciente con un padecimiento psiquiátrico permitirá establecer mejores estrategias de intervención, para de esta forma disminuir el número y la intensidad de los episodios agresivos y por ende, sus consecuencias individuales, familiares y sociales.

La escala de agresión impulsiva/premeditada (IPAS) evalúa los distintos tipos de agresividad a través de un cuestionario autoaplicable. Debido a que en nuestro medio no contamos con un instrumento autoaplicable para evaluar y distinguir entre estos dos tipos de agresividad, el objetivo de este estudio es determinar si la escala es confiable y válida para la población psiquiátrica mexicana.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada en población psiquiátrica mexicana.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia y severidad de la agresividad en una muestra de pacientes con trastornos psiquiátricos de la consulta externa del INPRF.
2. Determinar la prevalencia y severidad de impulsividad en la misma muestra.

3. Determinar la prevalencia de agresión premeditada y agresión impulsiva en pacientes psiquiátricos de la consulta externa del INPRF.
4. Comparar las características demográficas y clínicas entre pacientes con agresión premeditada y pacientes con agresión impulsiva.

HIPÓTESIS GENERAL

La Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada mostrará adecuados datos de validez y confiabilidad en población psiquiátrica mexicana.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1.- Los pacientes con trastornos psiquiátricos de la consulta externa del INPRF mostrarán un nivel moderado de agresividad.

H2.- Los pacientes con trastornos psiquiátricos de la consulta externa del INPRF mostrarán un nivel moderado de impulsividad.

H3.- Se observará un mayor número de pacientes con agresión impulsiva en contraste con el número de pacientes con agresión premeditada.

H4.- Los pacientes con agresión premeditada tendrán menor edad al momento del estudio y una menor edad al inicio del padecimiento, que los pacientes con agresión impulsiva; además, mostrarán mayor frecuencia de desempleo y mayor frecuencia de estado civil “sin pareja” que los pacientes con agresión impulsiva.

METODOLOGÍA

1. Diseño del Estudio

Según la clasificación de Feinstein, el presente trabajo es un estudio de proceso, ya que se realizó una comparación relacionada con un producto, la cual no se evaluó para determinar el impacto de una relación causa-efecto (un cambio), sino

el desempeño de un producto en particular, en este caso la Escala de Agresividad Impulsiva/Premeditada (IPAS).

Las observaciones se realizaron en un solo punto en el tiempo, es decir, la evaluación de cada paciente se realizó en una sola ocasión y no se evaluó un cambio a lo largo del tiempo, por lo tanto es un estudio de tipo transversal.⁵⁵

2. Población

El tamaño de la muestra se basó en el número mínimo requerido para demostrar la presencia de conductas agresivas en población psiquiátrica mexicana. Los principales estudios epidemiológicos en el área de la salud mental han mostrado que aproximadamente entre el 25% y el 50% de los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores presentan conductas agresivas en algún momento a lo largo de su padecimiento, por lo que se determinó que el estudio de 150 pacientes sería suficiente para encontrar la presencia del porcentaje estimado de conductas agresivas y poder realizar los análisis de confiabilidad y validez pertinentes con un 80% de poder estadístico y un intervalo de confianza del 95%.

3. Criterios de inclusión, de exclusión y de eliminación

Criterios de Inclusión

- a. Pacientes que acudieron al servicio de la consulta externa del INPRF.
- b. Que tuvieron algún diagnóstico del Eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.
- c. Ambos sexos.
- d. Que fueron mayores de 18 años.
- e. Que firmaron consentimiento informado para participar en el estudio.
- f. Que supieron leer y escribir.

Criterios de Exclusión

- a. Menores de 18 años.

- b. Sujetos que no aceptaron participar en el estudio.
- c. Sujetos que tuvieron dificultad para comunicarse y cooperar.

Criterios de Eliminación

- a. Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.
- b. Pacientes que contestaron en forma incompleta los cuestionarios.

4. Variables

A continuación se presenta una tabla en la que se enlistan las variables contenidas en el estudio, determinando su tipo y el instrumento de evaluación que se aplicó para medir a cada una.

Variable	Tipo de Variable	Escala de medición
Sociodemográficas		
Edad	Dimensional	Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCCD)
Sexo	Categórica	
Escolaridad (en años)	Dimensional	
Estado civil (con o sin pareja)	Categórica	
Nivel sociodemográfico	Ordinal	
Ocupación	Categórica	
Diagnóstico	Categórica	
Edad de inicio	Dimensional	Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCCD)
Tiempo de evolución	Dimensional	
Uso de sustancias	Categórica	
Edad de inicio	Dimensional	Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCCD)
Frecuencia	Ordinal	
Consumo actual	Categórica	

Agresividad		
Agresividad verbal	Ordinales	Escala de Agresión Explícita (EAE)
Agresividad autodirigida		
Agresividad a objetos	Ordinales	Escala de Agresión Explícita (EAE)
Agresividad a personas		
Agresividad impulsiva	Ordinales	Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS)
Agresividad premeditada		
Impulsividad		
Autocontrol	Ordinales	Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP)
Planeación		
Conductas fisiológicas		
Actuación espontánea		

5. Escalas e instrumentos de evaluación

a. Formato de Datos Clínico-Demográficos (FDCCD)

El formato de datos clínico-demográficos se compone de diversos reactivos en donde se registra y concentra la información de las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes evaluados. Para la aplicación de este formato se realizó un interrogatorio dirigido al paciente y al familiar que tuviera un contacto estrecho y mayor conocimiento sobre la evolución de la enfermedad del paciente en estudio.

La sección de "Datos Generales" contiene la ficha de identificación del paciente, en donde se incluye la edad del paciente al momento del estudio, el género, su estado civil, su escolaridad completada en años, su nivel socioeconómico (basado

en los parámetros empleados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente") y su ocupación en la actualidad.

La sección denominada "Diagnóstico y Características del Padecimiento" se compone de algunos datos arrojados de la entrevista diagnóstica M.I.N.I., tales como el diagnóstico psiquiátrico principal, la edad de inicio del padecimiento y su cronicidad. Para completar el FDCD se incluyó la sección de "Antecedentes de Abuso de Sustancias" en el que se adjuntó información obtenida durante la aplicación de la entrevista diagnóstica M.I.N.I.

b. Escala de Agresión Explícita (EAE)

La Escala de Agresión Explícita (EAE) es un instrumento diseñado para evaluar la severidad de las conductas agresivas, por medio de la observación y la descripción de los signos y síntomas presentados durante los episodios de agresión. Esta escala se administra con una entrevista clínica y evalúa tipos específicos de agresión y la severidad global de la agresión.⁴³

La escala consta de 4 áreas principales: 1) agresión verbal, 2) agresión contra objetos, 3) autoagresión y, 4) agresión física heterodirigida. Cada una de estas áreas se califica en cuatro grados de severidad para la conducta agresiva. Además, se cuantifica la duración de los episodios agresivos y el tipo de intervención empleada por el personal médico responsable. La puntuación total de la EAE se obtiene con la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas y la intervención más restrictiva que se empleó en el paciente. La media obtenida de la puntuación total de la EAE en población psiquiátrica fue de 15 puntos y las puntuaciones medias de cada una de las áreas que evalúa la EAE son: a) 2.9 puntos para agresión verbal, b) 2 puntos para agresión contra objetos, c) 1.8 puntos para autoagresión y, d) 1.4 puntos para agresión física heterodirigida.⁴³ Una conducta violenta es definida por una puntuación de dos o más en cada una de las subescalas de la EAE al igual que el tipo de intervención empleado para el control de la agresividad.⁵⁶

La escala ha mostrado una adecuada confiabilidad en población psiquiátrica, presentando una apropiada estimación clínica del riesgo de agresividad en pacientes hospitalizados.⁵⁷

Para su validación en México, se incluyeron pacientes del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” que fueron referidos por la presencia de conductas agresivas indistintamente del diagnóstico psiquiátrico. En este estudio se incluyeron 13 pacientes (34%) con esquizofrenia y 26 pacientes (66%) con trastornos mentales orgánicos. Al explorar la concordancia entre evaluadores se encontró un coeficiente de correlación intraclase de 0.96. Se observó una asociación entre los síntomas positivos y la severidad de la agresión en la evaluación basal del estudio ($r = 0.33$, $p = 0.03$) lo que sugiere la validez de la EAE para determinar la presencia y severidad de conductas agresivas.⁵⁸

Para la determinación de la especificidad y sensibilidad de la EAE se evaluaron 137 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia del servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Por medio de una entrevista diagnóstica, dos investigadores independientes (psiquiatras especializados en el diagnóstico de esquizofrenia) establecieron la presencia y severidad de las conductas violentas en el paciente. De forma paralela, otro investigador independiente y ciego al diagnóstico de presencia o ausencia de conducta agresiva en el paciente, aplicó la Escala de Agresión Explícita a los pacientes. A partir de las definiciones y fórmulas para la obtención de los indicadores de sensibilidad y especificidad,⁵⁹ el 27% ($n=37$) de los sujetos fueron considerados como verdaderos positivos (diagnóstico de agresividad y $EAE \geq 7$ puntos), el 2.2% ($n=3$) como falsos positivos ($EAE > 7$ puntos sin el diagnóstico de agresividad), 6.6% ($n=9$) como falsos negativos (diagnóstico de agresividad y $EAE < 7$ puntos) y 64.2% ($n=88$) como verdaderos negativos (sin el diagnóstico de agresividad y < 7 puntos). A partir de estos resultados, se obtuvo una sensibilidad de 0.80 y una especificidad de 0.97 de la

EAE utilizando un punto de corte de 7 puntos para distinguir a los pacientes esquizofrénicos agresivos de los pacientes esquizofrénicos no agresivos.⁶⁰

Con estos resultados, se puede concluir que la Escala de Agresión Explícita es un instrumento adecuado para la evaluación de la agresión en pacientes psiquiátricos y que puede ser utilizada en diferentes ámbitos de la investigación clínica en estos pacientes.

c. Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP)

La Escala de Impulsividad de Plutchik¹ consta de 15 reactivos que se contestan en una escala de frecuencia de tres puntos, es decir, en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “nunca” (0), “algunas veces” (1), “frecuentemente” (2) y “muy frecuentemente”(3), a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 los cuales se califican de forma inversa. Los reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control de conductas.

En el estudio inicial de validación de la escala se encontró una consistencia interna de 0.73, discriminando adecuadamente la impulsividad existente entre un grupo de estudiantes universitarios y un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados, siendo los últimos más impulsivos que los primeros.¹ La validación de la EIP en nuestro país se realizó con 2 grupos de diferentes universos. El primer grupo estuvo constituido por 121 sujetos del sexo masculino que se encontraban internados en el servicio médico psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur. Por otro lado, se incluyeron 27 pacientes psiquiátricos que habían intentado suicidarse y un grupo control de 17 pacientes que nunca habían intentado suicidarse, de los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en la Ciudad de México. Se midió

la consistencia interna del instrumento mediante el alpha de Cronbach y se obtuvo la estructura factorial del instrumento.⁶¹

El promedio total de la EIP fue de 15.6 puntos, con una consistencia interna de 0.66, comparable a la reportada por Plutchik que fue de 0.73.¹ La versión en español de la EIP demostró tener la capacidad para discriminar entre los enfermos mentales recluidos en un centro penitenciario que habían intentado suicidarse, de aquellos con autoagresiones, encontrándose que estos últimos tenían puntuaciones significativamente más altas.⁶² De la misma forma, se encontró que los pacientes que habían intentado suicidarse eran más impulsivos que los pacientes que no presentaron dicha conducta.⁶³

El análisis factorial del instrumento agrupó los reactivos en 4 subescalas: a) factor de autocontrol, el cual está compuesto por 6 reactivos que evalúan aspectos relacionados con la capacidad del sujeto para esperar o retrasar sus acciones, b) factor de planeación de las acciones en el futuro, que incluye la posibilidad de percatarse de las consecuencias de sus actos y aún así perseverar en las ideas, c) factor de conductas fisiológicas, en el que se agrupó la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales y, d) factor de actuación espontánea, que hace referencia a la conducta irreflexiva y descontrolada.⁶¹ A partir de estos resultados, la versión en español de la Escala de Impulsividad de Plutchik tiene un adecuado comportamiento psicométrico y puede ser empleado en diferentes ámbitos de la investigación clínica.

d. Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS)

Stanford y colaboradores en 2003 validaron un nuevo instrumento para evaluar agresividad, que es la escala de Agresión Impulsiva/Premeditada.⁵⁴ Fue diseñada para caracterizar la naturaleza de la conducta agresiva como predominantemente impulsiva o predominantemente premeditada. Es un instrumento autoaplicable diseñado para evaluar esta conducta en población psiquiátrica. Consta de 30 reactivos que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos. El instrumento

mostró validez y confiabilidad; su análisis demostró la presencia de dos tipos de conducta agresiva en pacientes referidos por este problema. La agresividad en la mayoría de los individuos estudiados se caracterizó como predominantemente impulsiva.

Estudios posteriores han evaluado la validez y confiabilidad de la escala en poblaciones específicas. Kockler y Standford en 2006³ estudiaron una población penitenciaria, comprobando la validez y la consistencia interna de la escala en esa población y encontrando que el 40% de los participantes fueron clasificados con agresividad predominantemente premeditada y 60% con agresividad predominantemente impulsiva.

Mathias y Standford en 2007⁶⁴ realizaron un estudio para extender el uso de la escala a población adolescente con trastorno de conducta. Demostraron consistencia interna y validez de constructo. Destacaron la necesidad de distinguir los tipos de agresividad en premeditada e impulsiva para no tratar a los pacientes adolescentes de manera homogénea sino orientada hacia el tipo de agresividad predominantemente presente.

También en 2007, Conner y colaboradores⁶⁵ demostraron la validez y confiabilidad de la escala en población psiquiátrica con diagnóstico de dependencia de opioides en tratamiento de mantenimiento con metadona. Sin embargo, identificaron una limitante en el estudio por tratarse de individuos sin uso actual de sustancias, en quienes los resultados pudieran diferir de los encontrados por los autores.

En 2008, Stanford y colaboradores⁶⁶ utilizaron la escala IPAS para estudiar una población de varones en proceso legal por ejercer violencia doméstica; encontraron consistencia interna del instrumento para esta población y los sujetos fueron clasificados como predominantemente impulsivos o predominantemente premeditados. En los sujetos predominantemente impulsivos encontraron mayores puntajes para psicopatología, y en aquellos que presentaban agresividad

predominantemente premeditada se encontraron mayores puntajes al calificar personalidad sociopática.

6. Procedimiento

El reclutamiento de pacientes se realizó de forma consecutiva en el servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría, hasta que el número de pacientes deseado fue obtenido. Se estableció el diagnóstico psiquiátrico por medio de una entrevista estructurada (MINI) y se invitó a los pacientes a participar en el estudio.

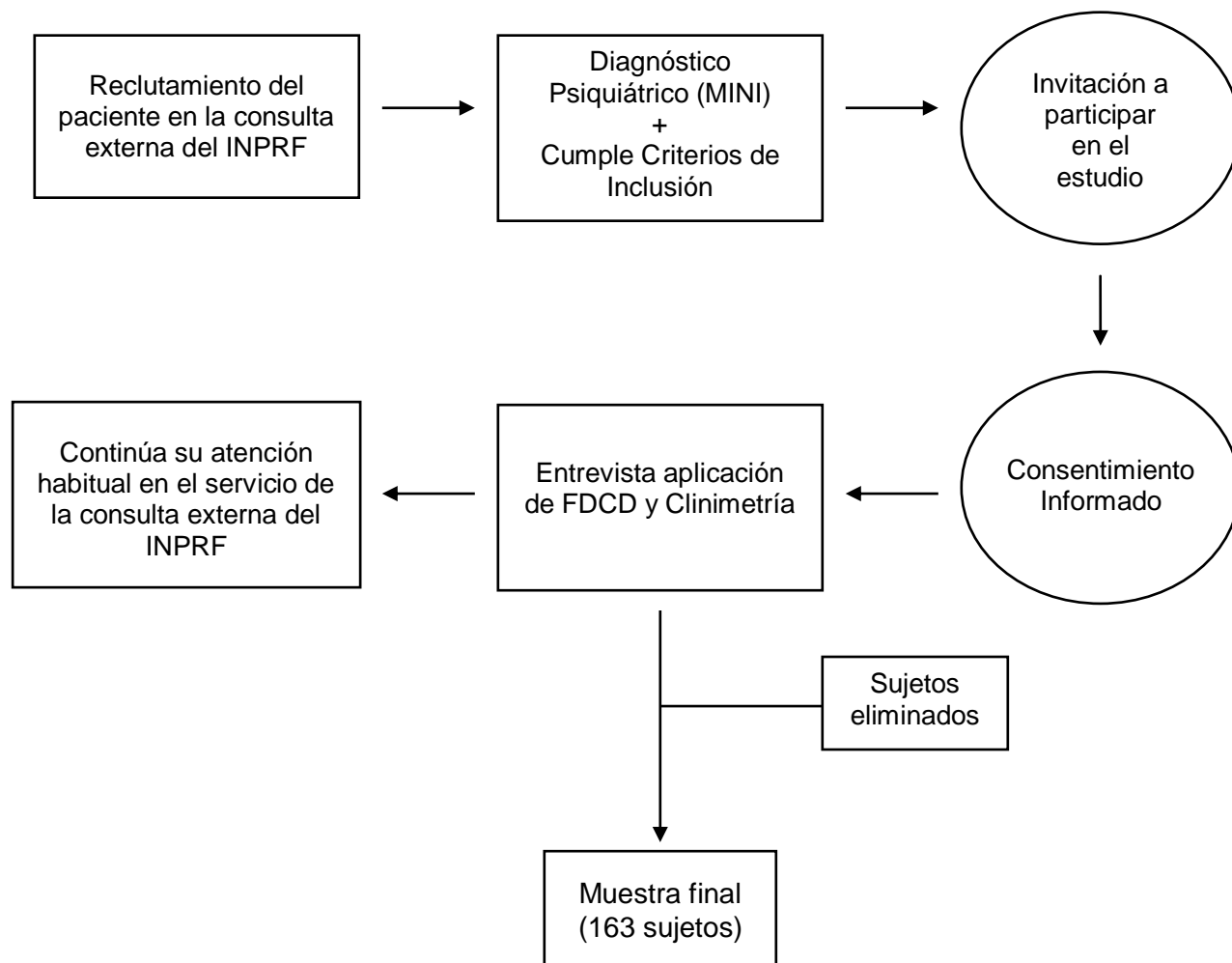
Se les brindó una explicación verbal inicial de los procedimientos a llevarse a cabo para la realización del estudio y a aquellos que aceptaron participar, se les entregó el Consentimiento Informado (Anexo I) en donde se especificaron con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se hizo una revisión personalizada de la carta de consentimiento con los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de la investigación, fueran comprendidos por los participantes.

Una vez que el paciente firmó su consentimiento informado, se completó el Formato de Datos Clínicos Demográficos (FDCD). La recolección de los datos se realizó mediante un interrogatorio directo con el paciente y su(s) familiar(es). Los datos sociodemográficos se utilizaron para fines de análisis estadístico.

Una vez completado el FDCD se realizó una evaluación de la agresión y la impulsividad mediante instrumentos clinimétricos (Escala de Agresión Explícita, Escala de Impulsividad de Plutchik y el IPAS), dos de ellos autoaplicables y uno de ellos aplicado por el clínico (EAE).

Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio y se les indicó que continuarían con su proceso de atención en la

Institución por medio del servicio de Consulta Externa y sin relación con los procedimientos asociados con la presente investigación.



7. Análisis Estadístico

La descripción de las características demográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis en la comparación de los distintos grupos se utilizó la Chi Cuadrada (X^2) para contrastes categóricos y la t de Student para contrastes continuos.

La consistencia interna de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS) se obtuvo mediante el alpha de Cronbach y se determinó la validez concurrente del instrumento mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se desarrolló un análisis factorial exploratorio, mediante un análisis de componentes principales con rotación equamax para determinar la estructura del instrumento. El umbral de los Valores Eigen fueron fijados en una puntuación igual o mayor a 1 como criterio de extracción. La rotación equamax fue seleccionada debido al sentido clínico de que los sujetos pudieran presentar diversas características de forma concurrente. Los reactivos cuya comunalidad fuera mayor a 0.40 fueron incluidos en los factores, mientras que aquellos menores a 0.40 fueron excluidos del análisis. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$.

IMPLICACIONES ÉTICAS

Los pacientes se reclutaron de los servicios de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Se estableció el diagnóstico psiquiátrico por medio de una entrevista estructurada y se invitó a los pacientes a participar en el estudio. Se les brindó una explicación verbal inicial de los procedimientos a llevarse a cabo para la realización del estudio y, a aquellos que aceptaron participar, se les entregó un Consentimiento Informado en donde se especificó con detalle los procedimientos, objetivos y consignas a seguir para el estudio. Se hizo una revisión personalizada de la carta de consentimiento con los pacientes para confirmar que el contenido del mismo, así como los procedimientos de la investigación, fueran comprendidos por los participantes.

Una vez firmada la Carta de Consentimiento por aquellos pacientes que accedieron a participar, se les aplicó la Escala de Agresión Explícita y posteriormente se les entregó la Escala de Impulsividad de Plutchik y el IPAS para que fueran completados y se les pidieron algunos datos sociodemográficos, los cuales se utilizaron para fines de análisis estadístico. Una vez realizados estos procedimientos, los pacientes finalizaron su participación en el estudio, y se les

indicó que continuarían con su proceso de atención en la Institución por medio del servicio de consulta externa y sin relación a los procedimientos asociados con la presente investigación.

Se realizó una evaluación de la agresión mediante instrumentos clinimétricos. Durante las evaluaciones referidas, el paciente podría sentirse incómodo de revelar información personal para lo cual se le garantizó absoluta confidencialidad y anonimato de la información.

La información recabada durante la investigación se almacenó bajo llave en los archivos del investigador responsable. Tan solo los investigadores involucrados en el proyecto tuvieron acceso a esta información. De la misma forma, se asignó un código numérico a cada participante para que su identidad no fuera revelada.

El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría en su reunión celebrada el día 23 del mes de junio del año 2008.

ORGANIZACIÓN

1. Recursos humanos y materiales

Los materiales utilizados fueron material de papelería y de informática, localizados y aportados por el Instituto. El personal que participó fue el médico residente titular del presente estudio y los tutores teórico y metodológico.

2. Evaluación de costos

El presupuesto destinado al desarrollo de este protocolo se estimó en aproximadamente \$500 (seiscientos pesos mexicanos) y se atribuye a material de papelería; este costo fue solventado por la Institución.

3. Cronograma de actividades

Actividad	R2-1	R2-2 a R3-1	R3-2	R4-1
Elaboración del anteproyecto y aprobación por los comités de tesis y ética	XXX			
Captación de pacientes		XXX		
Concentración de datos			XXX	
Análisis de resultados			XXX	
Elaboración de informe final y entrega de tesis			XXX	XXX

- R2-1= Primer semestre R2
- R2-2 = Segundo semestre R2
- R3-1 = Primer semestre R3
- R3-2 = Segundo semestre R3
- R4-1 = Primer semestre R4

RESULTADOS

a) Características demográficas de la muestra

Se incluyeron un total de 163 pacientes, de los cuales el 69.9% (n=114) fueron mujeres y el 30.1% (n=49) fueron hombres, con una edad promedio de 29.2 ± 9.8 años (rango 18-64 años) y una escolaridad de 11.7 ± 3.3 años (rango 2-24 años).

La mayoría de los sujetos se encontraba sin pareja al momento del estudio (n=102, 62.6%). En cuanto a la ocupación, el 31.3% (n=51) tenían un trabajo remunerado, seguido por el 20.9% (n=34) que eran estudiantes, el 20.9% (n=34) que se dedicaban a labores del hogar, y el 27.0% (n=44) que se encontraban desempleados.

b) Características clínicas de la muestra

Al momento de su inclusión en el estudio, el 70.5% (n=115) de los pacientes fueron diagnosticados con algún trastorno afectivo, seguido por el 16.0% (n=26) que tenían algún trastorno psicótico y el 13.5% (n=22) restante, algún trastorno de ansiedad. De los pacientes incluidos en el grupo de trastornos afectivos, el 54.9% (n=50) reportaron el antecedente de intentos suicidas previos, mientras que en los grupos restantes no se reportó este antecedente. En la Gráfica 1 se muestran los principales diagnósticos de los pacientes.

La edad de inicio del padecimiento psiquiátrico en los pacientes fue a los 23.7 ± 8.7 años (rango 10 - 60años) con un tiempo de evolución de 293.0 ± 355.6 semanas (rango 2-2184 semanas), equivalente a 5.6 años de evolución.

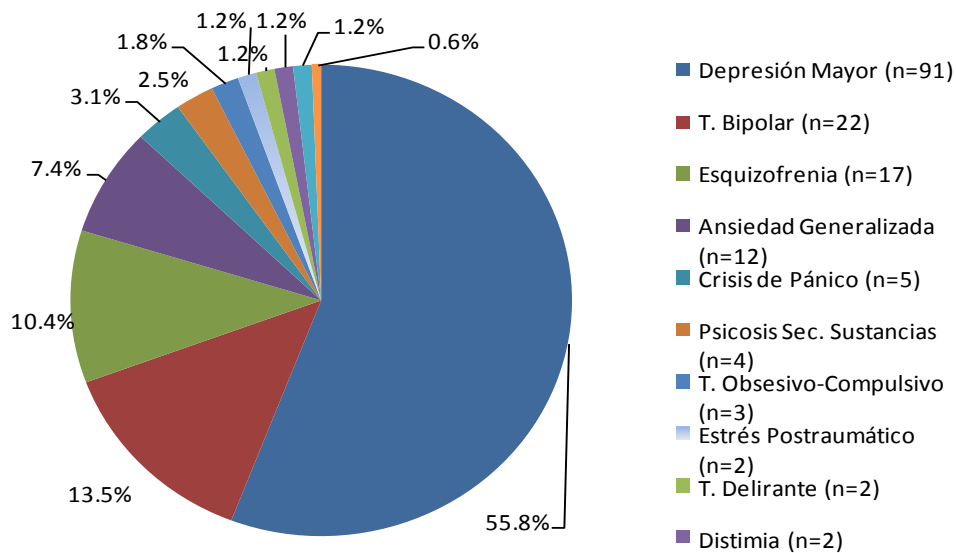


Figura 1. Diagnósticos psiquiátricos de la muestra

c) Nivel de agresión e impulsividad de la muestra

En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones promedio de la muestra en términos de la agresión explícita y la impulsividad. Se observó un nivel de agresión e impulsividad moderado en los pacientes incluidos en el estudio.

Tabla 1. Características de la agresión e impulsividad en la muestra

	Media	D.E.
Escala de Agresión Explícita (EAE)		
Agresión Verbal	2.3	1.1
Agresión Autodirigida	1.2	1.2
Agresión hacia Objetos	1.7	1.1
Agresión a Personas	1.6	1.1
Intervención	2.1	1.9
Total	9.0	4.9
Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP)		
Autocontrol	10.1	3.9
Planeación	5.8	2.3
Conductas Fisiológicas	2.1	1.6
Actuación Espontánea	5.0	2.2
Total	23.2	7.9

d) Validez de constructo y validez concurrente de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS) en población psiquiátrica mexicana.

Para la obtención de la validez de constructo del IPAS se realizó un análisis factorial con los 30 reactivos del instrumento. El análisis de componentes principales se desarrolló con el objetivo de corroborar los dos factores de evaluación propuestos para el IPAS.

Los resultados de la matriz de componentes principales con las cargas factoriales superiores a 0.40 de los reactivos del IPAS se muestran en la Tabla 2. De los 30 reactivos que conforman la escala original, 22 reactivos se adecuaron al modelo de dos factores, explicando el 33.4% de la varianza total. El Factor I, incluye

aquellos reactivos encaminados a la valoración de la agresión impulsiva, mientras que los reactivos del Factor II evalúan la agresión premeditada.

Tabla 2. Cargas factoriales de los reactivos del IPAS – Rotación Equamax

	Reactivos IPAS	Factor I	Factor II
3	Cuando me puse furioso, reaccioné sin pensar	0.70	-
4	Suelo tener remordimientos después de cometer hechos agresivos	0.63	-
6	Siento que mis acciones eran necesarias para obtener lo que quería al momento de cometer el hecho agresivo	0.48	-
7	No recuerdo bien los detalles de los incidentes agresivos	0.48	-
9	Siento que durante el hecho agresivo perdí el dominio de mí mismo	0.68	-
13	Siento que se me fue la mano durante algunos de los incidentes	0.68	-
15	Me puse nervioso/a o trastornado/a antes de cometer los hechos	0.51	-
22	Me sentía confundido durante los actos agresivos	0.66	-
24	Mi conducta fue excesiva y desproporcionada a la provocación	0.64	-
25	Mis arrebatos solían dirigirse a una persona específica	0.50	-
26	Yo considero que los actos agresivos fueron impulsivos	0.76	-
27	El día del incidente estaba de mal humor	0.46	-
1	Yo planeé cuándo y dónde expresar mi enojo	-	0.48
2	Sentí que el arrebato estaba justificado	-	0.43
8	Antes de cometer los actos agresivos comprendí sus consecuencias	-	0.43
12	Yo quería que algunos de los incidentes sucedieran	-	0.60
14	Pienso que la otra persona merecía lo que le pasó durante algunos de los actos agresivos	-	0.67
16	Los hechos agresivos me permitieron tener poder sobre otros o mejorar mi estatus social	-	0.63
19	Durante los hechos me preocupaba por mi seguridad personal	-	0.43
20	Algunos de los actos agresivos los hice por venganza	-	0.49
28	Los actos fueron un “alivio” y me sentí mejor después de cometerlos	-	0.65
29	Me alegro de que hayan ocurrido algunos de los incidentes	-	0.77
Valores Eigen		6.99	3.03
Varianza (%)		23.30	10.13

Para evaluar la validez concurrente de ambos factores del IPAS se realizó una correlación con la puntuación total de la EIP y la EAE. Aún cuando tanto el factor

de agresión impulsiva como el factor de agresión premeditada mostraron asociaciones significativas con ambas escalas, se observó una mayor asociación entre el factor de agresión impulsiva y la EIP así como entre el factor de agresión premeditada y la EAE (Tabla 3).

Tabla 3. Validez concurrente de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS)

	Impulsividad de Plutchik	Agresión Explícita
Agresión Impulsiva IPAS	0.32 (<0.001)	0.21 (0.006)
Agresión Premeditada IPAS	0.27 (<0.001)	0.43 (<0.001)

r (p)

e) Confiabilidad de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS)

Tras la obtención de los factores que conforman el IPAS, se determinó la consistencia interna de ambos factores y la puntuación total del instrumento.

El instrumento mostró una elevada consistencia interna, con un alpha de Cronbach de 0.85. Ambos factores del IPAS mostraron una adecuada consistencia interna, siendo más elevada para el factor de agresión impulsiva ($\alpha=0.85$) que para el factor de agresión premeditada ($\alpha=0.73$).

f) Características demográficas y clínicas entre pacientes de acuerdo al subtipo de agresión

Los pacientes incluidos en el estudio fueron agrupados de acuerdo a la caracterización de su comportamiento agresivo (impulsivo o premeditado). Así, el comportamiento agresivo de un paciente fue caracterizado como predominantemente impulsivo si mostraba un mayor porcentaje de reactivos del factor de Agresión Impulsiva (Factor I) marcados como “se identifica un poco” o “se identifica mucho”.

De la misma forma, un paciente fue clasificado en el grupo de agresión premeditada, si marcaba con estas opciones un mayor porcentaje de los reactivos correspondientes al factor de Agresión Premeditada (Factor II). En el caso de que menos del 50% de los reactivos de ambos factores fueran marcados con estas opciones de respuesta, el paciente se consideraba “no agresivo”.

De acuerdo a estos criterios, el 55.8% (n=91) de los pacientes fueron clasificados en el grupo de “agresión impulsiva”, el 10.4% (n=17) en el grupo de “agresión premeditada” y 33.7% (n=55) en el grupo de “no agresivos”. La comparación de las principales características demográficas y clínicas entre grupos se muestran en la Tabla 4.

Debido a que los objetivos del estudio se avocan a la comparación entre pacientes con agresión impulsiva y aquellos con agresión premeditada, los pacientes no agresivos fueron excluidos de este análisis.

Tabla 4. Características demográficas y clínicas entre grupos

	Agresión Impulsiva		Agresión Premeditada		Estadística
	n	%	n	%	
Género					
Masculino	22	24.2	4	23.5	$\chi^2=0.003$, 1 gl, p=0.95
Femenino	69	75.8	13	76.5	
Estado civil					
Con pareja	46	50.5	3	17.6	$\chi^2=6.25$, 1 gl, p=0.01
Sin pareja	45	49.5	14	82.4	
Ocupación					
Con ocupación remunerada	29	31.9	5	29.4	$\chi^2=0.04$, 1 gl, p=0.84
Sin ocupación remunerada	62	68.1	12	70.5	
Diagnóstico psiquiátrico					
Trastorno Afectivo	71	78.0	14	82.4	$\chi^2=1.40$, 2 gl, p=0.47
Trastorno de Ansiedad	14	15.4	1	5.9	
Trastorno Psicótico	6	6.6	2	11.8	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad	30.4	10.2	24.7	6.7	t=2.20 , 106 gl, p=0.03
Escolaridad	11.7	3.4	11.6	2.8	t=0.15, 106 gl, p=0.87
Edad de Inicio T. Psiquiátrico	24.0	8.9	20.4	4.1	t=2.60 , 106 gl, p=0.01
Tiempo de Evolución (semanas)	347.5	404.5	232.1	230.2	t=1.14, 106 gl, p=0.25

DISCUSIÓN

Los trastornos afectivos ocuparon el primer lugar entre los diagnósticos de esta muestra, seguidos de los trastornos de ansiedad y de los trastornos psicóticos. La estadística nacional muestra que los trastornos psiquiátricos en población general por orden de frecuencia son los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos de los trastornos por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Al analizar los trastornos de manera individual en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México,⁶⁷ las fobias específicas fueron los trastornos más comunes, seguidos de los trastornos de conducta y la dependencia de alcohol, fobia social y trastorno depresivo mayor. Estos datos fueron obtenidos de población no institucionalizada de todas las edades (incluyendo niños y adolescentes), lo cual puede explicar parte de las diferencias establecidas con nuestros resultados. Por otro lado, por tratarse de una Institución de tercer nivel y con criterios de admisión específicos (por ejemplo la severidad de la psicopatología y la necesidad de contar con diagnóstico dual para el caso de pacientes con problemas relacionados a sustancias), la población atendida en el Instituto difiere de la población abierta incluida en el estudio citado y por tanto también la frecuencia de los diferentes diagnósticos atendidos.

De manera general, la severidad de la agresividad global de la muestra fue calificada como moderada, según los datos arrojados por la EAE y como se previó al plantear el estudio. La mayoría de los estudios previos han identificado a los trastornos psicóticos y al trastorno bipolar como aquellos padecimientos de Eje I más asociados a conductas agresivas.^{23, 25} En nuestro estudio el trastorno bipolar quedó incluido dentro de los trastornos afectivos, abarcando los episodios de manía grave con síntomas psicóticos, por lo que en esta muestra los sujetos con trastorno bipolar contribuyeron, si bien de manera parcial, con la prevalencia de agresividad en el grupo de trastornos afectivos; es importante destacar que los estudios antes citados mencionan que la severidad de la agresividad es mayor en sujetos bipolares que en sujetos esquizofrénicos, por lo que el peso que estos representan en el conjunto no es desdeñable.

Por otro lado, este estudio incluyó no solamente a sujetos con antecedente de agresividad heterodirigida, sino que también se incluyó a sujetos que presentaron agresividad autoinfligida, por lo que la prevalencia de agresividad en el grupo de trastornos afectivos también se vio nutrida de los antecedentes de intentos de suicidio y de autolesiones (asociados a depresión y rasgos específicos de personalidad), lo cual también puede haber contribuido a que los trastornos afectivos se situaran en el primer lugar entre los diagnósticos incluidos en esta muestra.

El principal objetivo que se persiguió durante el planteamiento del presente trabajo fue determinar la validez y la confiabilidad de la Escala de Agresión Impulsiva/Premeditada (IPAS) en una muestra de población psiquiátrica mexicana. El propósito de esta búsqueda se orienta a contar con un instrumento autoaplicable que contribuya a diferenciar los tipos de conducta agresiva en la práctica de la clínica psiquiátrica. Los resultados del estudio mostraron una consistencia interna del IPAS elevada, con un alpha de Cronbach de 0.85, que coincide con los resultados de estudios previos^{3,54,64,66}. Los reactivos del instrumento se adecuaron al modelo de dos factores, propuestos para el instrumento por el autor en su versión original en inglés.

En el Factor I se agruparon los reactivos que evalúan la agresión impulsiva, abarcando en los diferentes incisos aquellos aspectos relacionados con el desencadenante, la activación autonómica y la disfunción cognitiva. Mucho se ha descrito sobre la agresión impulsiva en los pacientes psiquiátricos^{1,3,5-8,61} y parece ser que los resultados del presente trabajo corroboran más la presencia de este tipo de agresión, lo que se observa por una mayor explicación de la varianza a partir de este factor. En el Factor II se agruparon los reactivos que evalúan la agresión premeditada, en el que se incluyeron incisos relacionados con la motivación, el objetivo y el autocontrol. Ambos Factores se constituyeron como grupos homogéneos mostrando una adecuada consistencia interna.

A pesar de que la escala, en su versión al español, mostró su adecuación a los factores de agresión impulsiva y agresión premeditada, se observaron algunas diferencias en relación a los reactivos que conforman estas áreas en contraste con el diseño del instrumento original. En el caso del Factor I se incluyeron seis reactivos que no habían sido incluidos en la versión original (“suelo tener remordimientos después de cometer hechos agresivos”, “siento que se me fue la mano durante algunos de los incidentes”, “me puse nervioso o trastornado antes de cometer los hechos”, “me sentía confundido durante los actos agresivos”, “mis arrebatos solían dirigirse a una persona específica” y “el día del incidente estaba de mal humor”); este conjunto de reactivos expresan el componente de activación autonómica que se presenta durante la comisión de actos impulsivos,³⁻⁸ lo que aunque no se hayan incluido en el estudio original, coincide con la intención de la descripción de los reactivos.

En el caso del Factor II se incluyeron dos reactivos que no aparecen en la versión original (“durante los hechos me preocupaba por mi seguridad personal” y “los actos fueron un alivio y me sentí mejor después de cometerlos”) cuya construcción intenta expresar la contraposición a la conducta impulsiva a través del autocontrol y la falta de remordimiento.^{68,69}

Sin embargo, llama la atención que algunos reactivos que formaron parte del análisis del trabajo original, no aparecen en nuestros resultados. En el caso del Factor II, hubo cuatro reactivos que aparecen en el trabajo original pero se incluyen en el presente estudio (“a veces retrasaba el acto agresivo y lo dejaba para después”, “me sentí presionado por otras personas a hacer los actos agresivos”, estaba bajo la influencia de alcohol o de otros narcóticos mientras cometí los actos” y “antes de los incidentes agresivos, cualquier cosa me podía haber hecho perder el control”). En el caso de los dos últimos reactivos impresiona cierta ambigüedad en la intención que llevan implícita, ya que tanto el uso de sustancias como la disposición o tendencia a perder el control ante cualquier estímulo, suelen relacionarse también con conductas impulsivas, por lo que la

inclusión de estos reactivos en alguno de los Factores ameritaría el análisis en un estudio posterior.

Para el caso del Factor I, tratándose de reactivos cuya intención es medir la impulsividad de la conducta (“durante el hecho agresivo me sentía en control de mí mismo” y “pienso que durante los últimos seis meses he sido más agresivo que la mayoría de la gente”), llama la atención que en el primero de ellos (cuya calificación se realiza de forma inversa) evalúa la agresión de manera muy similar al reactivo “siento que durante el hecho agresivo perdí el dominio de mí mismo”, que sí formó parte del Factor I en este trabajo; por lo que aunque ambos reactivos son similares y sería de esperar que los dos formaran parte del mismo Factor, no existe consistencia en este resultado.

Se encontraron dos reactivos que aparecen en Factores contrarios respecto al estudio de validación original del instrumento. El reactivo “siento que mis acciones eran necesarias para obtener lo que quería al momento de cometer el hecho agresivo” formó parte del Factor II en la escala original, mientras que para este estudio éste fue ubicado en el Factor I. Al analizar la dirección de la intencionalidad en este reactivo, resulta claro que lleva implícita la justificación del acto agresivo al tiempo que se aleja de la representación de arrepentimiento; por lo que parece clara la correspondencia de este reactivo al Factor II y no al Factor I como resultó en este estudio. El otro caso es el correspondiente al factor “antes de cometer los actos agresivos comprendí sus consecuencias”, que en el estudio original aparece incluido en el Factor II y en el presente trabajo en el Factor I. Esta diferencia puede deberse a la calificación inversa del reactivo, dado que al ser planteado para evaluar agresividad impulsiva (involucrando los conceptos de disfunción cognitiva y alteraciones en la percepción³) pero de forma “invertida”, puede dar pie a confusión al momento de interpretar la respuesta.

Si bien la evaluación de la validez concurrente de los dos Factores con EIP y EAE mostró una mayor asociación entre el Factor I y la EIP y mayor asociación entre el

Factor II y la EAE, ambos factores se asociaron con ambos instrumentos. Este hallazgo se debe principalmente a que la EAE no está diseñada para discriminar el tipo de agresividad y puede asociarse a ambos grupos, y a que si bien la EIP mide esencialmente impulsividad, también contiene reactivos que consideran la premeditación. Otro factor que puede contribuir con este resultado es que EAE no es un instrumento autoaplicable, a diferencia de EIP e IPAS, por lo cual la calificación de los instrumentos puede variar.

Las cifras de agresividad en esta muestra rebasan las medias reportadas en otros estudios de agresividad en población clínica;^{23,24, 26} sin embargo, los porcentajes por tipo de conducta agresiva mediante la aplicación del IPAS sí coinciden con los estudios previos, en los que se reporta una prevalencia de agresividad impulsiva mayor a la prevalencia de agresividad premeditada.^{3,54,64,66} Este hallazgo puede ser explicado por la asociación que se ha reportado entre la agresividad premeditada y la personalidad antisocial.⁶⁶ Debido a que la prevalencia de personalidad antisocial (0.7 a 3.6%)^{70,71} es menor a la suma de las prevalencias de los trastornos del Eje I asociados a la agresividad impulsiva, resulta razonable que la agresividad premeditada sea menos prevalente que la agresividad impulsiva.

Al comparar las características demográficas y clínicas entre los grupos de agresividad impulsiva y agresividad premeditada no se encontraron diferencias en cuanto a género, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, escolaridad y tiempo de evolución del padecimiento. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en el estado civil, la edad actual de los sujetos al momento del estudio y la edad de inicio del trastorno psiquiátrico.

El grupo de agresividad premeditada se caracterizó por un alto porcentaje de sujetos sin pareja y por tener menor edad al momento del estudio y al momento del diagnóstico del trastorno psiquiátrico. Los estudios que describen las características epidemiológicas de sujetos con trastorno de personalidad

antisocial, reportan una baja prevalencia de matrimonio o unión libre en comparación con otros trastornos del Eje I.^{68,72} La asociación antes mencionada entre la personalidad antisocial y la agresividad premeditada, puede contribuir a la explicación de la baja frecuencia (17.6%) de presencia de pareja en nuestro grupo de agresividad premeditada.

En cuanto a la edad, encontramos que el grupo de agresividad premeditada presentó una edad menor al momento del diagnóstico psiquiátrico así como al momento de su participación en este estudio. Las investigaciones que han tipificado la agresividad como predominantemente impulsiva o premeditada no han encontrado diferencias de edad entre grupos.^{3,65,66} por lo que este hallazgo no es concluyente debido a la falta de reproducibilidad hasta el momento. Sin embargo, la tendencia de la agresividad premeditada a edades más tempranas deberá tomarse en cuenta en estudios posteriores, en los que sería provechoso considerar a los rasgos o trastornos de personalidad (Eje II) como probables factores asociados.

Los trastornos de ansiedad se situaron en el segundo lugar de frecuencia de agresividad, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, hubo más sujetos en el grupo de agresividad impulsiva que en el grupo de agresividad premeditada. Esta tendencia puede ser explicada por la impaciencia e irritabilidad que caracterizan a los trastornos de ansiedad, siendo síntomas que a su vez se relacionan con impulsividad. Además, existe un reporte que asocia los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad; específicamente el trastorno de ansiedad generalizada de severidad moderada o grave fue asociado a los rasgos impulsivos de sujetos con personalidad antisocial.⁶⁹ Aunque este reporte es único hasta el momento, sugiere la necesidad de incluir la evaluación de la personalidad en estudios posteriores ya que, como hemos visto a lo largo de este trabajo, la especificación del Eje II enriquecería el entendimiento y la tipificación de la conducta agresiva.

Entre las dificultades que se presentan durante la aplicación de instrumentos autoaplicables encontramos que aquellos pacientes cuyas habilidades cognoscitivas se encuentran deterioradas, no logran contestar estos cuestionarios de manera confiable; otra limitante es la tergiversación u omisión de información⁴² y finalmente, la privación sensorial visual puede restringir la aplicación del instrumento. Por lo tanto, el uso de instrumentos autoaplicables no es posible en todos los sujetos. Sin embargo, durante la aplicación del IPAS en este estudio se observaron muy pocos participantes con alguno de estos impedimentos, por lo que a pesar de las limitantes propias de este tipo de instrumento, el IPAS será de gran utilidad en el tamizaje y tipificación de conducta agresiva.

CONCLUSIONES

La escala de agresividad impulsiva y premeditada (IPAS) es un instrumento válido y confiable para la evaluación de la conducta agresiva en población psiquiátrica mexicana. Con este instrumento se podrá realizar un tamizaje inicial en pacientes psiquiátricos para obtener información preliminar acerca de la presencia o no de conductas agresivas, así como del tipo predominante de dichas conductas. Además, se integrará como una invaluable contribución a las diversas líneas de investigación relacionadas con agresividad y conducta violenta que se desarrollan en nuestro país.

REFERENCIAS

1. Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress Neuro-Psychopharmacology Biological Psychiatry* 1989; 13:23-34.
2. Vitiello B, Stoff DM. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 1997; 36:307-15.
3. Kockler, Stanford. Characterizing Aggressive Behavior in a Forensic Population. *Am Jour Orthopsychiatry* 2006; 76(1):80-85.
4. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psicol* 2002; 53:27-51.
5. Neuton JR, Freeman CP, Munro U. Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa; impulsivity and independent phenomenon or a marker of severity. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 389-394.
6. Blackburn R, Cold JW. Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *Journal of personality disorders* 1999; 13(1)18-34.
7. McCown W. The effect of impulsivity and empathy on abstinent of poly-substance abusers; a prospective study. *Br J Addiction* 1990; 85:635-637.
8. Tardiff K, Sweillam A. Factors related to increase of assaultive behavior in suicidal patients. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 62:63-68.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 4th edition. American Psychiatric Association Press 1994.
10. Federal Bureau of Investigation. *Uniform Crime Reports*. US Government Office, Washington, 2007.
11. Tariff K, Marzuk PM, Leon AC. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154:88-93.
12. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital Community Psychiatry* 1990; 41(7):761-70.
13. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008; 165(4):429-42.
14. Híjar M, Gapia JR, Lozano R. Violencia y lesiones. *Salud mental* 1992; 15(1):15-23.
15. Lozano R, Híjar M, Torres JL. Violencia, seguridad pública y salud. *Observatorio de la salud. Funsalud* 1997; 83-115.
16. Castañón R, Híjar M, Solórzano L. Accidentes y violencias. *Salud y crisis en México. Primera parte. Siglo XXI; UNAM*, 1990:39-94.
17. Híjar M, López M, Blanco J. Violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública de México* 1997; 39(6):1-8
18. Híjar M, Lozano R, Valdez R. Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México. *Salud mental* 2002; 5(1):35-42.
19. Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1974; 30:737-746.
20. Híjar M, Rascón RA, Blanco J. Muerte por suicidio en México. Caracterización por sexo y estado 1979-1993. *Salud mental* 1996; 19(4): 14-21.
21. Monahan JSH. *Crime and mental illness: an epidemiological approach*. Crime and Justice (4) Tonry NMM (ed.) 1983.
22. Kaplan HI, Sadick BJ. *Sinopsis de psiquiatría*. Octava edición, Ed Panamericana 2001.

23. Stueve ALB. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study in Israel. *Psychiatry Quarterly* 1997; 68:327-342.
24. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1996; 22(1):69-82.
25. Binder R, McNeil D (1988). Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry* 1998; 145:728-732.
26. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin* 1996; 22:83-9.
27. Elliot FA. The neurology of explosive rage. *Practitioner* 1976; 217:51-59.
28. Tardiff K, Sweillam A. Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:164-169.
29. Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 1982; 139:212-215.
30. Moyer K. Kinas of aggression and their pathological basis. *Comm Behav Biol* 1968; 2:65-87.
31. Reis DJ. Brain monoamines in aggression and sleep. *Clin Neurosurg* 1971; 18:471-502.
32. Reis DJ. Central neurotransmitters in aggression. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis* 1974; 52:119-148.
33. Bergeman CS, Seroczynski AD. Genetic and environmental influences on aggression and impulsivity. En: Maes M, Coccaro EF (eds). *Neurobiology and Clinical Views on Agresión and Impulsivity*. New York Wiley; 1998:63-80.
34. Edumnds G, Kendrick DC. *The Measurement of Human Agressiveness*. Ellis Horwood (ed) 1980.
35. McCartney K, Harris MJ, Bernieri F. Growing up and gowing apart: a developmental meta-analysis of twin studies. *Psychol Bull* 1990; 107:226-237.
36. Miles DR, Cary G. Genetic and environmental architecture of human aggression. *J Person Soc Psych* 1997; 72:207-217.
37. Seroczynski AD, Bergemann CS, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* 1999; 86(1):41-57.
38. Coccaro EF. *Aggression Psychiatric assesment and treatment*. Marcel Dekker: The University of Chicago Press; 2003
39. Moffitt TE. Adolescente-limited and life-couse-prsistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100:674-701.
40. Chermack ST, Giancola. The relation between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev* 1997; 17:621-649.
41. Campbell A, Muncer S. Intent to harm or injure? Gender and the expression of anger. *Aggr Behav* 2008; 34:282–293.
42. Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ. Nurses´ Observation Scale for inpatient evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *J Clin Psychol* 1965; 21:65-71.
43. Yudofsky S, Silver J, Jackson et al. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression. *Am J Psychiatry* 1986; 143(1):35-39.
44. Buss A, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992; 63:452-459.
45. Plutchik R, van Praag HM. A self report measure of violence risk. *Compr Psychiatry* 1990; 31:450-456.
46. Gladue BA. Qualitative and quantitative sex differences in self-reported aggressive behavioral characteristics. *Psychol Rep* 1991; 68(2):675-84.

47. Maiuro RD, Vitaliano PP, Cahn TS. A brief measure for the assessment of anger and aggression. *J Interpers Viol* 1987; 2:166-178.
48. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51:768-774.
49. Eysenck S, Pearson P, Easting G et al. Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in adults. *Pers Individ Dif* 1985; 6:613-619.
50. Zuckerman M. Sensation seeking, beyond the optimal level of arousal. Erlbaum (ed) 1975.
51. Campbell A, Muncer S, MCManduc IC et al. Instrumental and expressive representation of aggression: one scale or two? *Aggrss Behav* 1999; 25:435-444.
52. Barratt ES, Stanford MS, Dowdy L et al. Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Res* 1999; 86:163-173.
53. Forrest S, Shevlin M, Eatough V et al. Factor structure of the expagg and revised expagg: failure to replicate using confirmatory factor analysis. *Aggress Behav* 2002; 28:11-20.
54. Stanford MS, Houston RJ, Mathias CW: Characterizing aggressive behavior. *Assessment* 2003; 10:183-190.
55. Feinstein AR. *Clinical Epidemiology*. WB Saunders Company (ed) 1985; 15-18.
56. Arango C, Calcedo A, González S y cols. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospectiv study. *Schizophr bull* 1999; 25(3):493-503.
57. McNiel D, Binder R. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148:1317-21.
58. Páez F, Licon E, Fresán A, y cols. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 2002; 25:21-26.
59. Baldessarini R, Finklestein S, Arana G. The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness. *Arch General Psych* 1983; 40:569-573.
60. Fresán A, Apiquian R, De la Fuente-Sandoval C y cols. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004; 32:71-75.
61. Páez F, Jiménez A, López A y cols. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental* 1996; 19:10-12.
62. López A. Intentos suicidas y autoagresiones en pacientes psiquiátricos de un centro penitenciario. *Relaciones con la impulsividad*, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México 1995.
63. Jiménez A. La impulsividad en el intento suicida, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Nacional Autónoma de México 1995.
64. Mathias, Stanford, Mash et al. Characterizing aggressive behavior with the Impulsive/Premeditated Aggression Scale among adolescents with conduct disorder. *Psychiatry Res* 2007; 151:231-242.
65. Conner K, Houston RJ, Shorts LM. Reliability of the Impulsive-Premeditated Aggression Scale (IPAS) in treated opiate-dependent individuals. *Addictive Behavior* 2007; 32:655-659.
66. Stanford MS, Houston RJ, Baldrige RM. Comparison of impulsive and premeditated perpetrators of intimate partner violence. *Behav Sci Law* 2008; 26:709-722.
67. Medina-Mora ME et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16.
68. Goldstein RB et al. Lack of remorse in antisocial personality disorder: sociodemographic correlates, symptomatic presentation, and comorbidity with axis

- I and axis II disorders in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Compr Psychiatry* 2006; 47:289-297.
69. Swogger MT, Walsh Z, Houston RJ et al. Psychopathy and Axis I psychiatric disorders among criminal offenders: relationships to impulsive and proactive aggression. *Aggress Behav* 2010; 36(1):45-53.
 70. Grant BF et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7):948-958.
 71. Torgersen S, Kringsen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:590-596.
 72. Huang DB, Kamat PP, Wang J. Demographic characteristics and antisocial personality disorder of early and late onset alcoholics identified in a primary care clinic. *Am J Addict* 2006; 15:478-482.

ANEXO

CARTA DE CONSENTIMIENTO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE AGRESIÓN IMPULSIVA/PREMEDITADA (IPAS) EN POBLACIÓN PSIQUIATRICA MEXICANA

Nombre del Paciente: _____

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio

El objetivo es estudiar por medio de entrevistas y escalas a pacientes que han presentado conductas agresivas durante su padecimiento. Nos interesa estudiar el fenómeno de la agresión impulsiva y la agresión premeditada en pacientes que acuden a atención especializada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. La agresión impulsiva hace referencia a cualquier conducta no planeada que ocasiona un daño físico a personas o propiedades, mientras que la agresión premeditada se refiere a las conductas que deliberadamente ocasionan un daño físico a personas o propiedades.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información. Para la evaluación se realizará una entrevista clínica y se le entregarán dos cuestionarios para que los conteste.

Procedimientos del estudio

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por psiquiatras expertos, el cual le realizará preguntas relacionadas a su comportamiento y se le pedirá contestar dos cuestionarios dirigidos a conocer la forma en la que expresa su enojo y su nivel de impulsividad. Durante las entrevistas, usted podría sentirse incómodo de revelar información personal por lo cual se le garantiza absoluta confidencialidad y anonimato de la información. En el caso de que a partir de las entrevistas se identifique que usted puede ser una persona agresiva, se le notificará a su médico tratante para que éste vea las mejores opciones para su tratamiento sin que esto afecte su atención en la Institución.

Consignas a Seguir

- 1.- Se le pedirá su cooperación para realizar las entrevistas.
- 2.- Si usted cambia de domicilio o teléfono, avise al 56552811 ext 204. Estos datos servirán para poder asegurar que las evaluaciones se cumplan.
- 3.- No se le cobrará ningún recargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.**
- 4.- Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su atención y tratamiento en esta Institución.

Ventajas Posibles

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza de la conducta agresiva y su relación con los padecimientos psiquiátricos.
- 2.- Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
- 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de la conducta agresiva.

Carta de Consentimiento

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código a los expedientes, por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con los responsables del proyecto, Dra. Ana Fresán (ext 204), la Dra. Laura Romans (ext.545) o el Dr. Héctor Sentíes (ext 348) durante horas regulares de trabajo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

• Contacto

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al teléfono 5655-2811 con la Dra. Ana Fresán (ext 204), la Dra. Laura Romans (ext 545) o el Dr. Héctor Sentíes (ext 348).

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Testigo

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador