

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“Evaluación de la agresividad y su asociación con la impulsividad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco”

Tesis que para obtener el diploma de la Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Diana Guadalupe Gonzalez Lerma

Directores:

Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero

Dra. Valentina Rivas Acuña

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2019



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



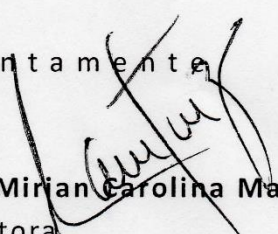
Of. No. 0191/DACS/JAEP
06 de febrero de 2019

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Diana Guadalupe González Lerma
Especialidad en Psiquiatría
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Abraham Balan Torre, Dr. Jackson Eugene Andro, Dra. Edith Martinez Martínez, Dra. Selene Saucedo Osti y el Dr. José Emmanuel Osorio Rosales, impresión de la tesis titulada: **"Evaluación de la agresividad y su asociación con la impulsividad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendido en hospital regional de alta especialidad en salud mental de Villahermosa, Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Psiquiatría, donde fungen como Directores de Tesis el Dr. Luis Adrian Sacramento Rivero y la Dra. Valentina Rivas Acuña.

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora



C.c.p.- Dr. Luis Adrian Sacramento Rivero.- Director de Tesis
C.c.p.- Dra. Valentina Rivas Acuña.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Abraham Balan Torre.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Jackson eugene Andro.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Edith Martinez martinez .- Sinodal
C.c.p.- Dra. Selene Saucedo Osti.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. José Emmanuel Osorio Rosales - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MO'MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **09:30** horas del día **05** del mes de **febrero** de **2019** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

"Evaluación de la agresividad y su asociación con la impulsividad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en hospital regional de alta especialidad en salud mental de Villahermosa, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

González Lerma Diana Guadalupe
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

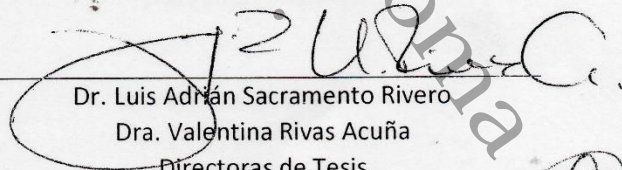
1	5	1	E	1	3	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Psiquiatría


Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

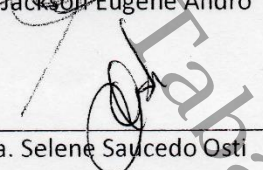
COMITÉ SINODAL

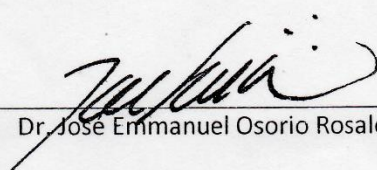

Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero
Dra. Valentina Rivas Acuña
Directoras de Tesis


Dr. Abraham Balan Torre


Dr. Jackson Eugene Andro


Dra. Edith Martínez Martínez


Dra. Selene Saucedo Osti

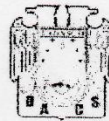

Dr. José Emmanuel Osorio Rosales

C.e.p.- Archivo
DC*MCML/MO*MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 01 del mes de febrero del año 2019, la que suscribe, Diana Guadalupe Gonzalez Lerma, alumna del programa de la Especialidad en Psiquiatría, con número de matrícula 151E13003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Evaluación de la agresividad y su asociación con la impulsividad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en hospital regional de alta especialidad en salud mental de Villahermosa, tabasco", bajo la Dirección del Dr. Luis Adrián Sacramento Rivero y Dra. Valentina Rivas Acuña, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: lorena_develasco@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Diana Guadalupe Gonzalez Lerma

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



DEDICATORIAS

A mi madre, por tanto amor y paciencia, nada de esto habría sucedido si no fueras la persona que eres.

A Sofía, el mejor regalo que me dio Tabasco, que mientras permaneció conmigo en esta ciudad, se encargó de llenarme de amor y darle alegría a mis días.

A mi familia y amigos que con un mensaje, una llamada o cualquier detalle de cariño, me hicieron sentirlos cerca estos 4 años.

A los pacientes y sus familiares que pusieron su salud en mis manos, dándome la confianza de ejercer mis conocimientos y habilidades en beneficio de ellos.



AGRADECIMIENTOS

En la primera persona que pienso cuando se trata de agradecer algún éxito definitivamente es en mi madre, por su amor y apoyo incondicional, por creer siempre en mí e impulsarme a darlo todo. Por darme valores para desempeñar mi profesión de la manera más ética y justa posible. Por ser madre y padre, por ser mi cómplice en este viaje llamado vida.

A las instalaciones del hospital regional de alta especialidad de salud mental por permitirme formarme como psiquiatra, a los pacientes por su confianza y cariño, en especial a Mercedes “Palomera Yabur” quien se va tatuada en mi corazón.

A todas las personas que siempre me apoyaron y levantaron en momentos difíciles. A los amigos que solide y ahora son parte de mi vida.

A mis compañeros residentes por ser mucho más que eso, son maestros, amigos, consejeros y cómplices de este recorrido, sin ustedes el camino habría sido aún más difícil.

Agradeciendo también a todas las personas que se tomaron la molestia de ayudarme en la elaboración de este proyecto. En especial a la doctora Valentina Rivas Acosta, por su dedicación, apoyo y motivación para consolidar esta obra.



ÍNDICE

DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE	III
LISTA DE TABLAS	V
ABREVIATURAS	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
MARCO TEÓRICO.....	1
Introducción.....	1
Características clínicas.....	2
Criterios diagnósticos para esquizofrenia según el DSM-5:	2
Factores asociados	4
Pronóstico	6
Tratamiento	7
Agresividad e impulsividad en pacientes con esquizofrenia.....	9
Manejo de agitación psicomotriz	12
ARTÍCULOS RELACIONADOS	13
JUSTIFICACIÓN	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
OBJETIVOS	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos.....	21
HIPÓTESIS	22
Hipótesis de investigación (Hi)	22
Hipótesis nula (Ho).....	22
MATERIAL Y MÉTODOS	23
Tipo de estudio.....	23
Universo de estudio.....	23
Muestra	23
Criterios de inclusión:	24
Criterios de exclusión:	24



VARIABLES	24
Operacionalización de las Variables	25
Instrumentos de medición	28
Formato de datos sociodemográficos	31
Análisis estadístico	31
RESULTADOS	33
Características Sociodemográficas de los Participantes	33
Características Clínicas de los Participantes	34
Confiabilidad Interna de los Instrumentos	34
Distribución de las Variables	34
Datos Descriptivos de las Variables de Estudio	35
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	43
SUGERENCIAS	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49



LISTA DE TABLAS

Tabla 1	<i>Características sociodemográficas</i>	Pag. 33
Tabla 2	<i>Confiabilidad interna de los instrumentos</i>	Pag. 34
Tabla 3	<i>Estadísticas descriptivas y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para normalidad de variables principales</i>	Pag. 35
Tabla 4	<i>Tipos de agresividad y severidad manifestada por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en HRAESM</i>	Pag. 36
Tabla 5	<i>Distribución de frecuencias de la intensidad de la impulsividad manifestada por pacientes con esquizofrenia de HRAESM</i>	Pag. 37
Tabla 6	<i>Distribución de frecuencias del control de las conductas impulsivas por dimensiones</i>	Pag. 37
Tabla 7	<i>Distribución de frecuencias de las principales conductas impulsivas por dimensiones</i>	Pag. 38
Tabla 8	Matriz de correlación de Spearman de la Agresividad e Impulsividad y sus dimensiones	Pag. 39



ABREVIATURAS

WHO: World Health Organization / **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

DSM V: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.

HRAESM: Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental.

EAE: Escala de agresividad explícita.

EIP: Escala de impulsividad de Plutchik.

APA: American Psychiatric Association.

APG: Antipsicótico de primera generación o típico.

ASG: Antipsicótico de segunda generación o atípico.

RAE: Real academia de la lengua española

VO: Vía oral

IM: Intramuscular.

EV: Endovenoso.



RESUMEN

Introducción. La esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo, dentro de sus alteraciones principales están alteraciones conductuales y del contenido del pensamiento, generalmente influenciado por delirios o alucinaciones, según estudios y revisiones, no es causa directa de conductas agresivas. El objetivo de la investigación fue evaluar la agresividad y su asociación con la impulsividad manifestada por los pacientes con esquizofrenia, atendidos en HRAESM.

Método. Se incluyeron 62 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Se realizó evaluación mediante entrevista clínica estructurada y con la EAE y la de IP.

Resultados. Se observó presencia de agresividad principalmente los tipos verbal de severidad moderada (33.9%) y contra objetos, de severidad grave (30.6%); así como una alta tasa de impulsividad (87.1%) de predominio sobre control de impulsos (55.6%). Encontrándose una fuerte asociación entre impulsividad y agresividad.

Discusión. Al comparar nuestros resultados, con estudios previos, encontramos que nuestra población si presenta conductas agresivas de moderadas a graves, asociadas a una alta impulsividad, esto puede deberse al abordaje farmacológico y psicoterapéutico que reciben estos pacientes en el HRAESM. No hay un programa estructurado de atención. Por lo que sería conveniente desarrollar uno enfocado al manejo de la impulsividad, con adecuada canalización de la misma, lo que a su vez funcionaria como prevención de conductas agresivas, aportando rehabilitación y reinserción social de estos usuarios, en búsqueda de disminuir el abandono y rechazo familiar, que deja como consecuencia internamientos prolongados.



ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is a heterogeneous clinical syndrome, which within its main alterations are behavioral and thought content alterations, influenced by delusions or hallucinations, but according to studies and reviews the pathology is not a direct cause of aggressive behaviors. The objective of these investigation was to evaluate the aggressiveness and its association with the impulsiveness manifested by patients with schizophrenia, treated in the HRAESM.

Method. We included 62 patients with the diagnosis of schizophrenia. Evaluation was made through a structured clinical interview and with the EAE and IP.

Results. The presence of aggressiveness was observed, mainly the verbal types of moderate severity (33.9%) and against objects of major severity (30.6%); as well as a high impulsivity rate (87.1%) of predominance over impulse control (55.6%). Being a strong association between impulsivity and manifestation of aggressive behaviors.

Discussion. When comparing our results, with previous studies, we found that our population if it presents aggressive behaviors of moderate to severe, associated with a high impulsivity, this may be due to the pharmacological and psychotherapeutic approach that these patients receive in the HRAESM. There is no structured program in our unit, which may be one of the main causes of the aggressiveness and impulsivity presented. So it would be convenient to develop one focused on the management of impulsivity, with proper channeling of it, which in turn would function as prevention of aggressive behavior, providing rehabilitation and social reintegration of these users, in a quest to reduce abandonment and rejection family, which results in prolonged hospitalizations.



MARCO TEÓRICO

Introducción

A la esquizofrenia se le considera un síndrome clínico heterogéneo, que se define por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos, más un marcado deterioro del funcionamiento laboral, escolar o social (APA, 2013).

El trastorno afecta entre 21 y 26 millones de personas alrededor del mundo (OMS, 2018) con una prevalencia a lo largo de la vida que se ha definido como 1%. En datos publicados por el DSM-5, se considera que la prevalencia a lo largo de la vida va del 0.3 a 0.7%. La incidencia es mayor en varones aproximadamente 12 millones versus 9 millones para mujeres; con un pico de edad de inicio entre los 10 a los 25 años en los hombres y de los 25 años a 35 años para mujeres, siendo notorio un segundo pico para estas últimas, después de los 40 años, el cual corresponde del 3 al 10% de todas las mujeres con esquizofrenia (de la Peña, 2017).

Según el reporte del servicio de epidemiología y estadística del Hospital regional de alta especialidad en salud mental en el periodo comprendido de enero - septiembre 2018 se atendieron en consulta externa a 950 pacientes, 160 casos en urgencias y 37 fueron hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia.



Características clínicas

Durante la segunda mitad del siglo XX, uno de los avances en la salud mental fue reconocer que la psicosis (síndrome clínico nuclear en la esquizofrenia) puede tener muchos síntomas, como: ideas delirantes, alucinaciones y lenguaje o conducta desorganizada, que suelen ser evidentes y representan a menudo un cambio dramático del comportamiento normal del individuo. Desde las primeras descripciones de E. Kraepelin sobre esquizofrenia, señaló una tendencia al deterioro y la cronicidad en los pacientes, debido a ello le llamó “dementia precoz” (de la Peña, 2017).

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia el DSM-5 usa cuatro clases de datos para distinguir los distintos tipos de psicosis: tipo de síntoma psicótico, evolución de la enfermedad, complicaciones de la enfermedad y criterios de inclusión (APA, 2013)

Criterios diagnósticos para esquizofrenia según el DSM-5:

A.- Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.



5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B.- Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C.- Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D.- Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.



E.- El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) (APA, 2013).

Factores asociados

La esquizofrenia es una enfermedad multifactorial; se acepta la teoría de diátesis-estrés, la cual consiste en que existen factores de riesgo genético o una predisposición genética, pero esta vulnerabilidad a padecer la enfermedad no se expresa o libera, hasta que se dan interacciones con otros factores ambientales o psicosociales.

- **Factores genéticos:** La esquizofrenia tiene un alto componente genético, el factor de riesgo más importante para desarrollar la misma es la existencia de familiares afectados; a más cercano el parentesco, mayor el riesgo. El riesgo en la población general es alrededor del 1%, este riesgo crece conforme sea más cercano el parentesco con un familiar afectado; los que más riesgo tienen son los gemelos monocigóticos con un 46%; en estudios de gemelos idénticos la concordancia no es del 100% lo que representa la presencia de otros factores. Se han realizado intentos para identificar los genes candidatos, entre los encontrados están los de neurregulina 1 (NRG1);



proteína de unión a distrobrevina, o disbindina (DTNBP1); catecol-O-metiltransferasa (COMT); alterado en esquizofrenia 1 (DISC1); activador de D-aminoácido oxidasa (DAOA); receptor de glutamato metabotrópico 3 (GRM3); y factor neurotrófico derivado de encéfalo (BDNF). La mayoría de estos genes se identificaron por seguimiento de estudios de ligamento y genes candidatos mediante mapeo fino, guiados por hipótesis acerca de su participación en neurodesarrollo o neurotransmisión. (Black y Andreasen, 2015)

- **Factores de riesgo ambiental:** Dentro de estos factores se encuentran las complicaciones obstétricas prenatales y perinatales que induzcan hipoxia neonatal o sufrimiento del producto. Se han descrito lesiones congénitas, nutrición materna deficiente, abuso de drogas por parte de la madre. Además, la estación de nacimiento a fines del invierno y principio de la primavera, la edad paterna avanzada, migración y urbanidad (de la Peña, 2017).
- **Factores neuropatológicos:** Las anomalías presentes en la enfermedad, como la dilatación ventricular, aumento de las cisturas y atrofia del vermis cerebeloso se describen como hallazgos consistentes en los pacientes. La reducción del tamaño del lóbulo frontal aparece desde el primer episodio de la enfermedad y se agrava al paso del tiempo, principalmente en los primeros cinco años tras el debut de la enfermedad. También, se ha descrito una reducción del tálamo y del volumen total del encéfalo, con mayor prevalencia de anomalías del tabique pellucidum cavum, reducciones en el



lóbulo temporal, disminución del volumen de la materia gris frontal y media (de la Peña, 2017).

La hipótesis de la dopamina sigue con vigencia para explicar la presencia de grupos sintomáticos. En ella, se describe la hiperactividad dopaminérgica en regiones mesolímbicas (síntomas positivos), alternando con una hipoactividad dopaminérgica en la corteza (síntomas negativos). Ante el efecto de los antipsicóticos, se sugiere que los receptores de dopamina, principalmente D2, podrían ser responsables de estas anomalías. Esta teoría sigue siendo la más aceptada, pero recientemente se ha involucrado a la serotonina en la fisiopatología, sin que el rol siga claro. El glutamato es estudiado como posible factor agregado, ya que se ha descrito una hipofunción del receptor NMDA en estos sujetos, alterando el sistema GABAérgico, el cual se vuelve insuficiente para regular el aumento de la transmisión dopaminérgica (de la Peña, 2017).

Pronóstico

El curso de la esquizofrenia es crónico, por lo que existen factores pronósticos para la enfermedad, dentro de los cuales tenemos los de mal pronóstico como son sexo masculino, inicio temprano de la enfermedad, historia familiar de esquizofrenia, alteración en el funcionamiento premórbido, predominio de síntomas negativos, tiempo que tardan los pacientes en recibir atención médica, tiempo en el que presentan respuesta a manejo farmacológico, múltiples recaídas. Por otra parte tenemos factores considerados de buen pronóstico como son buen funcionamiento psicosocial y ocupacional premórbido, ausencia de síntomas negativos,



consciencia de enfermedad, favorable respuesta a psicofármacos y el apego a los mismos (de la Peña, 2017).

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento del paciente con esquizofrenia es mejorar la calidad de vida, buscando la reintegración familiar, laboral y social. El tratamiento farmacológico es la piedra angular del manejo, principalmente por antipsicóticos de primera y segunda generación. Sin embargo, existen intervenciones psicosociales y la hospitalización que se reserva para casos agudos (de la Peña, 2017).

- **Intervenciones farmacológicas:** antipsicóticos de primera generación o típicos (APG) y antipsicóticos de segunda generación o atípicos (ASG). Los APG son un grupo farmacológicamente amplio, la característica esencial de estos fármacos es su capacidad para bloquear el receptor D2 de dopamina, ese bloqueo es fundamentalmente irreversible. Son efectivos para los síntomas positivos y con pobre efecto sobre síntomas negativos y cognoscitivos (Stahl, 2013).

Los fármacos más comunes en México son el haloperidol, la perfenazina, levomepromazina, trifluoperazina, clorpromazina, sulpiride, zuclopentixol y flupentixol. Todos con riesgo de producir efectos secundarios importantes, como parkinsonismo medicamentoso, acatisia, distonia de torsión y discinesia tardía, tal vez el efecto más grave (de la Peña, 2017).

Los antipsicóticos de segunda generación (ASG) o antipsicóticos atípicos, son un grupo de medicamentos farmacológicamente diversos. El término atípico, surge del bajo perfil de efectos extrapiramidales y del amplio



espectro de acciones, lo cual los hace “atípicamente” diferentes a los de primera generación. La característica principal de los ASG reside en que su afinidad por el receptor de serotonina 5HT2 excede su afinidad por los receptores D2 de dopamina. La actividad 5HT2 es una de las bases para el bajo perfil de efectos extrapiramidales de ese grupo de fármacos. Debido a su perfil farmacológico los ASG como clase, cuentan con las siguientes características: reducen síntomas positivos y tienen efecto variable sobre síntomas negativos, producen menos hiperprolactinemia que los APG, su eficacia antipsicótica se encuentra por debajo de los efectos extrapiramidales, mejoran síntomas depresivos y producen menos efectos neurocognitivos negativos. Están aprobados para su uso en esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en adultos y adolescentes (de la Peña, 2017; Sadock, Sadock, y Ruíz, 2014).

- **Intervenciones adicionales:** se ha mostrado una mejor evolución en pacientes que reciben tratamiento farmacológico junto con intervenciones psicosociales; de los cuales se ha propuesto enfoques diversos como: hospital de día y casa de medio camino en el cual el paciente puede obtener atención continua de manera ambulatoria. Entrenamiento en habilidades sociales en el cual, por medio modelaje, juegos de roles y reforzamiento social se recibe entrenamiento para establecer y mantener relaciones interpersonales cotidianas. Terapia familiar la cual ha demostrado que mejora el funcionamiento social y disminuye el riesgo de recaída buscando disminuir la alta emoción expresada. Rehabilitación cognoscitiva enfocada a mejorar fallas en la atención que condicionan problemas de memoria



reciente que suelen ser una de las principales quejas de los familiares.

Rehabilitación vocacional, buscando maximizar dentro de las posibilidades de cada paciente la capacidad laboral (Black y Andreasen, 2015; de la Peña, 2017).

En la clínica de esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” existe un programa de rehabilitación en esquizofrenia, diseñado con Valencia-Collazos, Saldivar-Hernandez, y Rivera-Guevar (1994), en el cual los pacientes han demostrado efectividad con respecto a la adquisición de habilidades psicosociales. Los programas existentes marcan un periodo de tiempo indefinido, siendo posible evaluar la respuesta dentro del primero año de iniciado, así como la frecuencia con que asistan los pacientes a las sesiones programadas según lo señalado por el terapeuta o la institución (de la Peña, 2017).

Agresividad e impulsividad en pacientes con esquizofrenia

Las conductas agresivas producidas por los pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en Unidades de Salud Mental, suelen generar grandes repercusiones clínicas y legales. Desde hace décadas las investigaciones se han centrado en tratar de determinar cuál es el tipo de paciente más susceptible de comportarse de forma agresiva y se puede afirmar que, según la mayoría de los estudios revisados, existen dos poblaciones de riesgo: los pacientes con síntomas psicóticos activos y los que presentan consumo de sustancias tóxicas (Quílez-Jover y Icart-Isern, 2015).



La palabra agresividad según la RAE hace referencia a un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse con intensidad variable, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expresiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. La palabra agresividad procede del latín, en el cual es sinónimo de acometividad, implica provocación y ataque (Quílez-Jover, 2016).

La agresividad en el ser humano es un fenómeno complejo que se define como una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas, a uno mismo, o a diverso tipo de propiedades. La agresividad incluye amenazas, manifestaciones encaminadas a la ofensa, provocación intensa o impetuosa, es decir, actitudes ajenas a lo socialmente establecido y esperado (Páez *et al.*, 2002).

La agresividad viene predeterminada desde nuestro nacimiento como una respuesta adaptativa, una herramienta de supervivencia para responder ante amenazas externas. Pero cuando la interpretación del entorno es defectuosa todo puede ser percibido como una amenaza y se puede reaccionar de manera desproporcionada. Los pacientes con esquizofrenia sufren frecuentemente una estigmatización social respecto a su posible comportamiento agresivo. Las revisiones y estudios epidemiológicos sobre la materia demuestran que la enfermedad mental, y en concreto la esquizofrenia, no es causa directa de agresividad. En general, las personas con esquizofrenia no son más agresivas que el resto de la población cuando están con un adecuado tratamiento psicofarmacológico, lo cierto es que un importante porcentaje de ellos no reciben un tratamiento adecuado, abandonan la medicación, la toman de forma irregular y/o consumen drogas psicoactivas que generan recaídas, siendo varias las razones



explicativas de tales fenómenos. La mayoría de las conductas agresivas manifestadas por personas con esquizofrenia se relacionan con la presencia de síntomas psicóticos positivos, es decir, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas amenazantes o imperativas y otros fenómenos psicóticos (Esbec y Echeburúa, 2016).

Si contextualizamos el comportamiento violento, identificamos factores de riesgo y utilizamos otras medidas epidemiológicas adecuadas para valorar la contribución causal del diagnóstico, la contribución a la violencia global de las personas con esquizofrenia es inferior al 5 % del total (Quílez-Jover, 2016).

El problema puede radicar en la definición de la conducta agresiva y la forma en que ésta es evaluada. Una de las dificultades encontradas es que la mayoría son instrumentos de autoinformación, lo cual hace que pacientes cuyas habilidades cognoscitivas se encuentran deterioradas, no puedan contestar estos cuestionarios de forma confiable ya que, en ocasiones, no pueden recordar o admitir la comisión de actos agresivos (Páez *et al.*, 2002).

Por otro lado, tenemos la impulsividad, la cual ha sido descrita según las alteraciones psicopatológicas identificadas en el ser humano. La palabra impulsividad proviene del latín *impulsus* que significa “golpear o empujar”. Este término es adaptado por los mecanicistas franceses haciendo alusión a comportamientos primitivos que escapan al control voluntario. Barkley (1997) define a la impulsividad como la característica que permite retrasar e interrumpir respuestas para alcanzar los objetivos. La incapacidad de inhibición conductual



está descrita según la neuropsicología dentro de las funciones ejecutivas, las cuales son habilidades cognitivas implicadas en la iniciación, la inhibición, la planificación y la regulación de los comportamientos que son necesarios para establecer objetivos a largo plazo. Estas funciones que se localizan principalmente en la corteza prefrontal y ayudan al control o ajuste del comportamiento del ser humano cuando las demandas ambientales así lo exigen. Se ha asociado a tres factores principales: el actuar sin una implicación directa de las funciones del lóbulo frontal, un aumento en la velocidad de la respuesta emitida y una obtención inmediata de gratificación (Sánchez-Sarmiento, Giraldo-Huertas, y Quiroz-Padilla, 2013).

Manejo de agitación psicomotriz.

Los fármacos usualmente empleados en el manejo de la agitación psicomotora son antipsicóticos y benzodiazepinas. Puede considerarse la vía oral (VO) en quienes, a pesar de la agitación, colaboren y acepten la medicación. En tal caso, puede administrarse risperidona 2-4 mg, a la cual podría añadirse clonazepam 2-4 mg o diazepam 10-20 mg VO. También podría utilizarse olanzapina 5-10 mg (existe una presentación bucodispersable, que es preferible) o quetiapina 100-200 mg VO. A los pacientes agitados que requieran sedación inmediata debe administrárseles un antipsicótico intramuscular (IM), al cual puede añadirse una benzodiazepina; se ha demostrado que dicha combinación logra una más rápida y mejor sedación que cada medicamento por separado, y puede reducir los efectos adversos al requerir menos dosis de cada uno. La combinación más utilizada en nuestro medio es haloperidol 5 mg IM más diazepam 10-20 mg endovenoso (EV) (aplicado en forma



muy lenta), no recomendándose exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección (9); en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg IM 30-60 minutos después. Otra alternativa la constituyen los antipsicóticos de segunda generación: ziprasidona (10-20 mg IM) y olanzapina (5-10 mg IM; no debe combinarse con una benzodiazepina por el riesgo de hipotensión y depresión respiratoria), ambos con un perfil muy bajo de efectos extrapiramidales, aunque sus elevados costos los hacen poco accesibles (Stucchi-Portocarrero *et al.*, 2014).

ARTÍCULOS RELACIONADOS

- Fresán, Apiquian, De la Fuente-Sandoval, García-Anaya, y Nicolini (2004) realizaron un estudio con objetivo de la obtención de los datos de sensibilidad y especificidad y el establecimiento del punto de corte más adecuado de la Escala de Agresión Explícita (EAE), en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Incluyeron 137 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. El 66,4 % de la muestra fue considerado como pacientes no violentos. Un punto de corte de 7 puntos en la EAE mostró una sensibilidad del 0,80 y una especificidad de 0,97, con un adecuado poder predictivo positivo y negativo. Mostrando una adecuada confiabilidad, validez y estabilidad temporal en población psiquiátrica mexicana.
- Páez *et al.* (2002) desarrollaron un estudio con el objetivo de traducir al castellano la EAE, determinar su confiabilidad y validez predictiva. En total incluyeron a 39 pacientes del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que fueron referidos por presentar conductas



agresivas. Obteniendo que la Escala de Agresividad Explícita es un instrumento con adecuada validez concurrente para determinar la presencia y severidad de conductas agresivas.

- Esbec y Echeburúa (2016) realizaron una revisión sistemática, sobre Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. En la cual concluyen que la violencia cometida por las personas con esta condición representa solo un pequeño porcentaje de los delitos violentos en general. Los pacientes con esquizofrenia controlada pueden llevar una vida relativamente normalizada y solo son responsables de una pequeña parte de los delitos violentos. Lo cierto es que muchos pacientes con esquizofrenia pueden convertirse más fácilmente en víctimas que en agresores. Sin embargo, la esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo añadidos, indiscutiblemente predispone a la violencia.
- Fresán *et al.* (2005) realizaron un estudio con 106 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, de la ciudad de México, con el objetivo de investigar la relación de las variables sociodemográficas y clínicas del padecimiento con la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia. Registraron las principales características demográficas y clínicas de cada uno de los pacientes y utilizaron la EAE. A partir del punto de corte de la EAE el 49,1 % de los pacientes fueron clasificados como violentos y el 50,9 % como no violentos. Los pacientes violentos fueron más jóvenes, desempleados, sin pareja, con



un mayor número de hospitalizaciones previas y presentaron el antecedente de un mayor abuso de alcohol.

- Martín Jurado y Carrasco Ortiz (2011) realizaron un estudio a 30 pacientes, utilizaron dos diseños retrospectivo y prospectivo, con comparaciones transversales y longitudinales. Aplicaron las escalas HCR-20 y EAE, así como tres instrumentos con formato de entrevistas individuales semi-estructuradas. El objetivo fue identificar en población psiquiátrica ambulatoria con antecedentes de agresión los indicadores principales, tanto sociodemográficos como clínicos e históricos, que se asocian a la aparición de comportamientos violentos. Como resultados el 83.3% de la muestra tenía tratamiento farmacológico, y en casi la mitad de los casos no había una adecuada adherencia terapéutica. El 66.7% de los pacientes del estudio refería no haber consumido alcohol o sustancias en el último mes, más del 80% reconocía tener antecedentes de consumo a lo largo de su vida. Más del 70% de los pacientes había manifestado episodios agresivos recientes. Además, el 60% de los casos tenía antecedentes personales de problemas legales, y el 53.3% historia de alguna amenaza o intento autolítico. En el 60% de los casos, había antecedentes familiares de violencia y/o de enfermedad mental.
- Belli y Ural (2012) realizaron una revisión de la asociación entre la Esquizofrenia y la Conducta Homicida o Violenta, Prevención y Tratamiento del Comportamiento Violento en Estos Pacientes. Hicieron revisión de la literatura psiquiátrica, así como análisis y selección de artículos en bancos de datos internacionales, abarcando de 1970 y 2010. Los resultados



sugieren que ciertos factores como algunas características sociodemográficas, edad juvenil, alcoholismo, abuso de sustancias, no cumplimiento con el tratamiento, correspondencia con los rasgos de desorden de personalidad antisocial y el subtipo paranoico, historia de ideación e intentos suicidas, así como antecedentes de hospitalizaciones frecuentes aumentan la potencialidad de los episodios violentos.

- Dumais *et al.* (2012) realizaron un estudio con 139 pacientes, cuyo objetivo era explorar el papel de los trastornos de consumo de sustancias y la impulsividad en individuos con esquizofrenia que presentan un mayor riesgo de violencia grave. Un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias. La impulsividad fue la principal dimensión que diferencio a los individuos, siendo en pacientes con trastorno esquizofrénico, predisponente a presentar actos de violencia grave.



JUSTIFICACIÓN

La evaluación objetiva de los tipos y severidad de la agresividad, así como la impulsividad y la asociación entre ambas, en pacientes con esquizofrenia puede contribuir al desarrollo de nuevas intervenciones clínicas y aportar datos de relevancia tanto para el personal de la institución, familiares y cualquier persona que acceda a la información, pudiendo realizar intervenciones enfocadas a la prevención de las mismas. A su vez demostrar que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, en su mayoría no representan un peligro para la sociedad ni para sí mismos, así como que la impulsividad y agresividad que presentan se asocian a factores específicos y no a consecuencia de la enfermedad como único factor de riesgo.

Los resultados de diversos estudios clínicos han señalado que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con agresividad y pobre control de impulsos. Se ha reportado que la prevalencia de la conducta agresiva en pacientes con esquizofrenia varía de un 40 a un 50 %. Sin embargo, existen resultados contradictorios a esta postura, los cuales indican que la asociación existente entre la esquizofrenia y agresividad se encuentra limitada a diversos factores de riesgo que poseen estos individuos. Estos resultados sugieren que no existe una clara asociación entre la agresividad y el diagnóstico de esquizofrenia, pero si con la impulsividad que manejan estos pacientes (Fresán *et al.*, 2004). Siendo esto contradictorio a las creencias históricas acerca de dicho padecimiento. Contribuyendo a estudios previos que evidencian la pobre asociación entre esquizofrenia y agresividad.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación enfocada a la agresión e impulsividad se ha visto limitada por la carencia de instrumentos de medición adaptados a población psiquiátrica mexicana.

El problema puede radicar en la definición de la conducta agresiva y la forma en que ésta es evaluada, y a su vez asociado de manera directa con pobre control de impulsos. Una de las dificultades encontradas es que la mayoría son instrumentos de auto información, lo cual hace que pacientes cuyas habilidades cognitivas se encuentran deterioradas, no puedan contestar estos cuestionarios de forma confiable. (Páez *et al.*, 2002)

En el Hospital regional de alta especialidad en salud mental el en el periodo comprendido de enero - septiembre 2018 se atendieron en urgencias 160 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 37 fueron hospitalizados, por representar un peligro para su integridad y la de terceros, secundario a sus conductas impulsivas y agresividad manifestada, siendo esta una de las primeras diez causas de hospitalización más frecuentes en este unidad médica. Durante el tiempo de hospitalización de estos pacientes se observó que los familiares responsables asistían con poca frecuencia a visitarlos, y los abandonan en la unidad a pesar de encontrarse los síntomas agudos en remisión. Estas actitudes de abandono son propiciadas por el temor de los familiares a ser agredidos en casa por el paciente con este diagnóstico.



Hasta el momento no se cuenta con estadística sobre los tipos de agresividad que mayormente presentan, así como el tipo de conductas impulsivas, limitándonos en el manejo conductual al paciente y el proceso de psicoeducación a los familiares enfocados a cada paciente en particular.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los tipos y severidad de la agresividad y su asociación con el nivel de impulsividad que presentan los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



OBJETIVOS

Objetivo general

- Evaluar la agresividad y su asociación con la impulsividad manifestada por los pacientes con esquizofrenia, atendidos en Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia, atendidos en Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco.
- Describir los tipos y severidad de la agresividad que presentan los pacientes con esquizofrenia, atendidos en Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco.
- Determinar la intensidad de las conductas impulsivas más frecuentemente presentadas por los pacientes con esquizofrenia, atendidos en Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Villahermosa, Tabasco.



HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación (Hi)

La impulsividad manifestada en los pacientes con esquizofrenia es independiente a la presencia de agresividad manifiesta.

Hipótesis nula (Ho)

La impulsividad manifestada en los pacientes con esquizofrenia no es independiente a la presencia de agresividad manifiesta.



MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Diseño descriptivo, correlacional.

Universo de estudio

La población del estudio fueron los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, según los criterios del DMS-5, que reciben atención en el Hospital regional de alta especialidad de salud mental, Villahermosa, Tabasco.

Muestra

El muestreo, fue no probabilístico, por conveniencia, ya que se tomó a todos los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, que asistieron solicitando algún tipo de servicio al Hospital regional de alta especialidad de salud mental, Villahermosa, Tabasco, durante el mes de octubre de 2018, que se encontraran en condiciones de responder las escalas, así como que aceptaran colaborar, obteniendo información por medio entrevista clínica estructurada, por interrogatorio directo al pacientes y a sus acompañantes.

La muestra estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en la unidad. Se incluyeron un total de 62 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.



Criterios de inclusión:

- 1) Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cumplan los criterios diagnósticos del DSM 5.
- 2) Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acepten responder las escalas.
- 3) Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentren estables, evaluados mediante entrevista clínica estructurada.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes que cuenten con diagnóstico de esquizofrenia, pero nunca hayan cumplido criterios del DSM-5
- 2) Pacientes que no acepten responder las escalas
- 3) Pacientes en episodio psicótico actual.

Variables:

- *Sociodemográficas:* Sexo, edad, tiempo de evolución, estado civil, hospitalizaciones, residencia.
- *Impulsividad de Plutchik:* autocontrol, planeación de las acciones en el futuro, conductas fisiológicas, actuación espontánea, impulsividad.
- *Agresividad explícita:* agresividad verbal, autoagresividad, agresividad física contra objetos, agresividad física heterodirigida.



Operacionalización de las Variables.

Variables sociodemográficas y clínicas evaluadas.

Variable	Clasificación	Escala	Definición
<i>Edad actual</i>	Independiente	Numérica discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el muestreo.
<i>Sexo</i>	Independiente	Nominal	Condición biológica definida por los órganos sexuales del individuo.
<i>Edad de inicio del padecimiento</i>	Independiente	Numérica discreta	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el diagnóstico de esquizofrenia.
<i>Estado civil</i>	Independiente	Nominal	Estado civil actual del paciente.
<i>Convivencia</i>	Independiente	Nominal	Parentesco de las personas que comparten hogar con el paciente.
<i>Número total de hospitalizaciones</i>	Independiente	Numérica discreta	Número de veces que el paciente ha sido hospitalizado debido a la esquizofrenia.



Variables evaluadas a partir de la Escala de Impulsividad de Plutchik.

Variable	Clasificación	Escala	Definición
<i>Autocontrol</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Impulsividad de Plutchik que evalúa la capacidad para esperar o retrasar acciones.
<i>Planeación</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Impulsividad de Plutchik que evalúa la capacidad de anticipar las consecuencias de los actos y perseverar en las ideas.
<i>Conductas fisiológicas</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Impulsividad de Plutchik que evalúa la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales.
<i>Actuación espontánea</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Impulsividad de Plutchik que evalúa la conducta irreflexiva y descontrolada.
<i>Impulsividad</i>	Dependiente	Nominal	Resultado final de la Escala de Impulsividad de Plutchik, evaluando si un paciente tiene impulsividad alta o baja.



Variables evaluadas a partir de la Escala de Agresividad Explícita.

Variable	Clasificación	Escala	Definición
<i>Agresividad verbal</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Agresividad Explícita que evalúa la agresividad del lenguaje.
<i>Agresividad física autodirigida</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Agresividad Explícita que evalúa el daño físico provocado a sí mismo.
<i>Agresividad física contra objetos</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Agresividad Explícita que evalúa el uso de objetos en la conducta agresiva.
<i>Agresividad física heterodirigida</i>	Dependiente	Numérica discreta	Puntuación parcial de la Escala de Agresividad Explícita que evalúa el daño físico provocado a otras personas.



Instrumentos de medición:

Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP): Fue desarrollada por Plutchik y Van Praag en 1989, buscando estudiar los correlatos neurobiológicos de los trastornos mentales sobre todo en el paciente suicida. Fue validada al idioma español y en México en el año 1996 utilizando dos grupos; uno conformado por 123 sujetos del sexo masculino que estaban internados en el servicio médico psiquiátrico del Reclusorio Preventivo Sur cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de los intentos suicidas y de las autoagresiones. 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 de la secretaria de salud. La escala de impulsividad de Plutchik consiste en 15 reactivos contestando en una escala de frecuencia de tres puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”, a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican de forma inversa. El promedio del total de la escala de impulsividad de Plutchik es de 0 a 45 puntos, tomando más de 20 puntos como positivo para impulsividad. La consistencia interna global del instrumento, medida mediante el alfa de Cronbach, fue de 0.61, que al calcular el alfa máxima borrando reactivos particulares sube a



0.66 si se excluye del análisis el reactivo 6 de la escala. La versión en castellano de la escala de Impulsividad demostró tener una consistencia interna aceptable (0-66) y comparable a la reportada por Plutchik que fue de 0.73. El análisis factorial del instrumento agrupó los reactivos den 4 subescalas y de acuerdo a su contenido se propone que se clasifique de la siguiente manera: a) Factor de autocontrol: compuesto por 6 reactivos que miden los aspectos relacionados con la capacidad que tiene el sujeto para esperar o retrasar sus acciones (reactivos 1,5,6,12,13,14). B) Factor de planeación de las acciones en el futuro. Incluye la posibilidad de darse cuenta de las consecuencias de sus actos y aun así perseverar en las ideas (reactivos 4,11,15). C) Factor de conductas fisiológicas. En este factor se agrupo la impulsividad en las conductas alimentarias y sexuales (reactivos 3,7,9). D) Factor de actuación espontanea. Se refiere a la conducta irreflexiva y descontrolada (reactivos 2,8,10). En conclusión, se considera que la Escala de Impulsividad de Plutchik se comporta en forma aceptable desde la perspectiva psicométrica y puede ser utilizada en diferentes ámbitos de la investigación de la salud mental. Las subescalas propuestas con base en la estructura factorial pueden arrojar información adicional sobre el comportamiento del sujeto impulsivo (Páez *et al.*, 1996).

Escala de agresión explícita (EAE): Fue diseñada por Yudofsky y cols en 1986, con un instrumento que se aplica a una entrevista clínica y que evalúa tanto los tipos específicos de agresividad como la severidad global de la misma. La escala ha demostrado tener confiabilidad adecuada en población psiquiátrica, ya que permite una estimación clínica del riesgo de conductas agresivas en pacientes



hospitalizados. La escala de agresividad explícita incorpora los distintos tipos de agresividad, su severidad y los tipos de intervención para su control, permitiendo registrar y cuantificar la agresividad de forma objetiva. La escala en el 2002 fue traducida al castellano y validada a población mexicana en una población de pacientes psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que habían sido referidos por la presencia de conductas agresivas. La muestra consistió en 25 hombres y 14 mujeres. Para la evaluación de la agresividad se utilizó la Escala de Agresividad Explícita diseñada para evaluar la severidad de las conductas agresivas por medio de la observación y descripción de los episodios de agresividad de los pacientes. Esta consta de 4 áreas principales: 1) agresividad verbal, 2) agresividad contra objetos, 3) auto agresividad y 4) agresividad física heterodirigida. En cada una de estas áreas existen cuatro grados de severidad para calificar la conducta agresiva. La agresividad verbal abarca conductas que van desde gritar con enojo hasta hacer claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el propio sujeto; la agresividad contra objetos incluye acciones que van desde azotar la puerta hasta arrojar objetos; el área de auto agresividad abarca conductas que van desde jalarse el cabello sin causarse ningún daño físico, hasta auto mutilarse y producirse cortadas profundas; y la agresividad física heterodirigida incluye desde gestos amenazadores a otros hasta ataques directos que causan daño físico grave. La puntuación total de la escala de agresión explícita se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas. La evaluación objetiva de la agresividad en pacientes psiquiátricos es de gran utilidad para distinguir a los pacientes agresivos crónicos de aquellos que presentan episodios agresivos tras la aparición o exacerbación de la sintomatología psicótica. La



versión en castellano de la escala de agresividad explícita de Yudofsky demostró ser un instrumento confiable y con adecuada validez para la evaluación de diversos comportamientos agresivos en un periodo específico de tiempo o de forma longitudinal (Páez *et al.*, 2002). La EAE ha mostrado una adecuada confiabilidad, validez y estabilidad temporal en población psiquiátrica mexicana (Fresán *et al.*, 2004).

Formato de datos sociodemográficos.

Los indicadores demográficos son el reflejo de las características de una población. Entre ellos se encuentra la edad al momento del estudio, el sexo del paciente, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, número de hospitalizaciones y con quien vive actualmente.

Análisis estadístico.

Las variables numéricas fueron expresadas como media y desviación estándar, mientras que las frecuencias relativas de las variables nominales fueron expresadas como porcentajes. Asimismo, se expresan como porcentajes y frecuencias relativas las respuestas específicas de la Escala de Agresividad Explícita y la Escala de Impulsividad de Plutchik. Se realizó la alpha de Cronbach para obtener los coeficientes de confiabilidad interna de las escalas mencionadas anteriormente. Por otra parte, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de las variables numéricas. Finalmente, se obtuvo el



coeficiente de correlación de Spearman comparando las puntuaciones parciales de ambas escalas y la impulsividad. El nivel de significancia empleado fue de $p \leq 0.05$ para todos los análisis. Las pruebas estadísticas fueron realizadas empleando SPSS versión 20 para Windows.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESULTADOS

En este capítulo se muestran las características sociodemográficas y clínicas que describen a los participantes del estudio, los coeficientes de confiabilidad de cada instrumento, prueba de normalidad, así como la estadística descriptiva de las variables principales del estudio. Se presenta además la matriz de correlación para la verificación de hipótesis.

Características Sociodemográficas de los Participantes

La muestra estuvo conformada por 62 sujetos con un promedio de 40.56 años ($DE = 12.94$; 17-69). 72.6% pertenece al sexo masculino, 90.3% son solteros, solo 22.6% viven con ambos padres (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Característica	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	45	72.6
Femenino	17	27.4
Estado Civil		
Soltero	56	90.3
Casado	6	9.7
¿Con quién vive?		
Esposa(o)	6	9.7
Padre	4	6.5
Madre	13	21.3
Ambos Padres	14	22.6
Hermanos	14	22.6
Hijos	4	6.5
Hospital	1	1.6
Solo	3	4.8
Tíos	3	4.8

Nota: *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 62



Características Clínicas de los Participantes

En cuanto al número de internamientos, 32.3% refirió no tener ningún internamiento y el 25.8% más de dos internamientos.

Confiabilidad Interna de los Instrumentos

Los coeficientes de confiabilidad (Alpha de Cronbach) de los instrumentos se reportan en la Tabla 2. Los índices obtenidos se consideran aceptables. Estos resultados son congruentes con los reportados en estudios previos y consistentes con los obtenidos en este estudio.

Tabla 2. Confiabilidad interna de los instrumentos.

Instrumento	Reactivos	Coficiente
Escala de Impulsividad de Plutchik (EIP)	1-15	.84
Escala de Agresión Explícita	1-4	.79

Nota: EIP = Escala de Impulsividad de Plutchik, $n = 62$

Distribución de las Variables

En la Tabla 3 se muestran las estadísticas descriptivas de las variables continuas del estudio, así como el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad en la distribución de la población estudiada.



Tabla 3. *Estadísticas descriptivas y resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov para normalidad de variables principales.*

Variable	\bar{X}	DE	Mdn	Valor Mínimo	Valor Máximo	Valor de p
Edad	40.56	12.94	39.0	17	69	.483
A Verbal	2.98	1.20	3.0	1	5	.051
A F Autodirigida	2.10	1.36	1.0	1	5	.000
A F contra objetos	2.82	1.23	3.0	1	5	.013
A F Heterodirigida	1.85	1.06	1.0	1	5	.000
Impulsividad Total	28.85	7.31	29.50	12	40	.326
Autocontrol	12.40	3.24	13.00	6	18	.086
Planeación	6.14	1.73	6.00	2	9	.009
Cond Fisiológicas	4.30	1.60	5.00	0	7	.014
Actos espontáneos	6.00	2.09	6.00	1	9	.062

Nota: X = Media; DE = Desviación Estándar; Mdn = Mediana; n = 62; A. verbal = agresividad verbal; AF agresión física.

Datos Descriptivos de las Variables de Estudio

Las distribuciones de frecuencias de las variables principales medidas a través de los instrumentos de lápiz y papel se presentan a continuación. En la Tabla 4 se presentan los resultados de los tipos de agresividad y la severidad de cada una de las conductas manifestadas por los sujetos de estudio. Se observa que en la agresividad verbal las conductas más frecuentemente observadas (33.9%) tienen que ver con los insultos personales, las cuales corresponden a una moderada



severidad. Sin embargo, también se presentan Juramentos, lenguaje malsonante, amenazas (19.4%) o requiere de ayuda (12.9%) conductas que indican una severidad grave o muy grave.

Tabla 4. *Tipos de agresividad y severidad manifestada por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos en HRAESM*

Severidad/Agresividad	f	%
Verbal		
L Habla en voz muy alta, grita con enfado	13	21.0
M Insultos personales sin gran importancia	21	33.9
Juramentos continuos, lenguaje malsonante, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	12	19.4
G Claras amenazas de violencia o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	8	12.9
MG		
Física contra uno mismo		
L Se rasga o punza la piel, se golpea, tira del pelo	4	6.5
M Golpea objetos con la cabeza o puños	12	19.4
G Pequeños cortes, hematomas, quemaduras	8	12.9
MG Automutilaciones, cortes profundos, lesiones internas	4	6.5
Física contra objetos		
L Da portazos, desparrama la ropa, desordena todo	8	12.9
M Arroja objetos contra el suelo	18	29.0
G Rompe objetos, ventanas, cristales	19	30.6
MG Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	3	4.8
Física contra otras personas		
L Realiza gestos amenazantes	14	22.6
M Golpea, da patadas, empuja	10	16.1
G Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados	5	8.1
MG Ataca a otras personas causando daños físicos graves	1	1.6

Nota: L = leve, M = moderado, G = grave, MG = muy grave



Respecto a la impulsividad, 87.1% ($n = 54$) muestra una impulsividad con intensidad alta (Tabla 5).

Tabla 5. *Distribución de frecuencias de la intensidad de la impulsividad manifestada por pacientes con esquizofrenia de HRAESM*

Intensidad de impulsividad	<i>f</i>	%
Baja	8	12.9
Alta	54	87.1

f= frecuencia; 87.1% del total de la población estudiada mostro alta impulsividad.

Tabla 6 *Distribución de frecuencias del control de las conductas impulsivas por dimensiones*

Dimensión	<i>f</i>	%
Autocontrol		
Bueno	39	62.9
Pobre	23	37.1
Planeación		
Buena	38	61.3
Pobre	24	38.7
Conductas Fisiológicas		
Buen control	43	69.4
Pobre control	19	30.6
Actuaciones Espontáneas		
Buen control	43	69.4
Pobre control	19	30.6

Nota: *f*. frecuencia.

A pesar de que en la tabla 5 tenemos que el 87.1 % tuvo alta impulsividad, al distribuirlo por frecuencias hay porcentajes que indican un buen control de impulsos.



Tabla 7. *Distribución de frecuencias de las principales conductas impulsivas por dimensiones*

Dimensión/conducta	f	%
Autocontrol		
Dificultad para controlar emociones	35	56.5
Se distrae fácilmente	30	48.4
Pierde la paciencia	22	35.5
Planeación		
No planea con anticipación	29	46.8
No termina lo que empieza	24	38.7
Conductas Fisiológicas		
Gasta dinero impulsivamente	24	38.7
Actuaciones Espontáneas		
Dice lo primero que le viene a la cabeza	29	46.8
Es impulsivo	25	40.3

Nota: f= frecuencia.

En la Tabla 8 se presenta la matriz de correlación de Spearman de la Agresividad e Impulsividad y sus dimensiones, en donde se observa que la agresividad verbal se relaciona significativamente entre sus propias dimensiones y existe relación positiva significativa con la impulsividad $rs= .614, p = .000$; con el autocontrol $rs= .533, p = .000$; la planeación $rs= .428, p = .001$; conductas fisiológicas $rs= .481, p = .000$ y con las actividades espontáneas $rs= .571, p = .000$; lo que indica que a mayor agresividad verbal mayor serán las expresiones de pobre control de los impulsos. Por otro lado, también se observan relaciones positivas y significativas entre la agresión física contra objetos y la impulsividad general $rs= .487, p = .000$ y sus dimensiones: autocontrol $rs= .426, p = .001$; planeación $rs= .442, p = .000$; conductas fisiológicas (como comer, relaciones sexuales) $rs= .430, p = .000$ y las actividades espontáneas $rs= .358, p = .004$, lo que indica que particularmente la



agresividad física contra objetos se relaciona con la impulsividad en general y con sus dimensiones.

Tabla 8. Matriz de correlación de Spearman de la Agresividad e Impulsividad y sus dimensiones

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Agresión verbal	1.000								
2. AFA	.420**	1.000							
3. AFCO	.528**	.517**	1.000						
4. AFH	-.461**	.510**	.542**	1.000					
5. Impulsividad	.614**	.246	.487**	.470**	1.000				
6. Autocontrol	.533**	.188	.426**	.340**	.876**	1.000			
7. Planeación	.428**	.143	.442**	.369**	.789**	.584**	1.000		
8. C Fisiológica	.481**	.262*	.430**	.507**	.710**	.426**	.538**	1.000	
9. Act Esp.	.571**	.237	.358**	.334**	.884**	.680**	.632**	.614**	1.000

Nota: ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$; AFA= Agresión Física Autodirigida, AFCO= Agresión Física Contra Objetos, AFH= Agresión Física Heterodirigida, Conductas Fisiológicas, Act Esp = actuación espontánea.



DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue evaluar la agresividad y su asociación con la impulsividad manifestada por los pacientes con esquizofrenia, atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en Villahermosa, Tabasco. Se sabe que existen pocos estudios en relación al tema de agresividad e impulsividad en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y hasta el momento de la revisión para este estudio no se encontró uno que asocie la impulsividad con la presencia, tipos y severidad de conductas agresivas por estos pacientes. A pesar de que Esbec y Echeburúa (2016) afirman que muchos pacientes con esquizofrenia pueden convertirse más fácilmente en víctimas que en agresores; lo que generó la hipótesis acerca de que la impulsividad manifestada en los pacientes con esquizofrenia es independiente a la presencia de agresividad manifiesta.

Para iniciar esta sección, se presenta en primer lugar los indicadores sociodemográficos. Entre ellos se encuentra la edad al momento del estudio, el sexo del paciente, estado civil, tiempo de evolución de la enfermedad, número de hospitalizaciones y con quien vive actualmente. Posteriormente los resultados obtenidos en cuanto a agresividad e impulsividad.

En relación a las variables sociodemográficas, este estudio revela que la mayoría de los pacientes son del género masculino, con edad media de 40 años, solteros y viven con ambos padres o hermanos, en cuanto al número de internamientos, más de la mitad mostró uno o más internamientos.

Fresán et al. (2005) encontró en su estudio que los pacientes con esquizofrenia con conductas agresivas fueron más jóvenes, desempleados, sin pareja, con un mayor



número de hospitalizaciones previas y presentaron el antecedente de un mayor abuso de alcohol; lo cual se apoya por Martín Jurado y Carrasco Ortiz (2011) encontrando que los pacientes con esquizofrenia, agresivos, tenían consumo de sustancias, antecedentes personales de violencia, agresión y violencia intrafamiliar; siendo también apoyado con los resultados de Belli y Ural (2012).

Teniendo como limitaciones que no se indago sobre consumo de sustancias, historia familiar de violencia, ni tratamiento farmacológico actual.

En el presente estudio las muestras de agresividad más frecuentes fueron de tipo verbal, como emitir insultos personales sin gran importancia, siendo de severidad moderada; y agresividad física contra objetos, como romper ventanas, cristales, catalogado como severidad grave. A su vez se encontró tasa alta de impulsividad; lo cual al distribuirlo por frecuencias hay porcentajes que indican un buen control de impulsos y separado por dimensiones la que presentó mayor puntaje fue autocontrol, en específico dificultad para controlar emociones.

Al comparar nuestros resultados, con los de los estudios previos mencionados, encontramos que nuestra población si presenta conductas agresivas de moderadas a graves, asociadas a una alta impulsividad, esto puede deberse al abordaje farmacológico y psicoterapéutico que reciben estos pacientes en el HRAESM, que como se sugiere en guías el tratamiento farmacológico es la piedra angular del manejo, principalmente por antipsicóticos de primera y segunda generación. Sin embargo, existen intervenciones psicosociales y la hospitalización que se reserva para casos agudos. Según Olvera y Donald W. se ha mostrado una mejor evolución en pacientes que reciben tratamiento farmacológico junto con intervenciones psicosociales; de los cuales se ha propuesto enfoques diversos



como: hospital de día y casa de medio camino en el cual el paciente puede obtener atención continua de manera ambulatoria, entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar la cual ha demostrado que mejora el funcionamiento social y disminuye el riesgo de recaída buscando disminuir la alta emoción expresada, rehabilitación cognoscitiva enfocada a mejorar fallas en la atención que condicionan problemas de memoria reciente que suelen ser una de las principales quejas de los familiares, rehabilitación vocacional, buscando maximizar dentro de las posibilidades de cada paciente la capacidad laboral (Donald W. Black, 2014) (Olvera, 2017). Las medidas terapéuticas antes mencionadas no se llevan a cabo como parte de un programa estructurado en nuestra unidad, pudiendo ser una de las principales causas de la agresividad e impulsividad presentadas.

Por todo esto es preciso rechazar nuestra hipótesis de investigación y aceptar la hipótesis nula, la cual afirma que la impulsividad manifestada en los pacientes con esquizofrenia no es independiente a la presencia de agresividad manifiesta.



CONCLUSIONES

Al evaluar la agresividad y su asociación con la impulsividad manifestada por los pacientes con esquizofrenia, atendidos en HRAESM encontramos que en gran porcentaje de ellos hay una fuerte asociación entre la impulsividad y las conductas agresivas, así mismo el tipo de agresión asociado al tipo de impulsividad y su severidad.

La mayoría de los pacientes estudiados fueron del sexo masculino, con un promedio de edad de 40 años, solteros, con menos de dos internamientos.

Los tipos de agresividad mayormente presentados fueron verbal, principalmente insultos personales sin gran importancia, catalogado como moderada intensidad. Y también agresividad física contra objetos como romper objetos, ventanas, cristales, siendo de intensidad grave; esto quiere decir que dentro de nuestra población estudiada si hay evidencia de agresividad pero generalmente sin causar daño físico a terceras personas, que es una de las condiciones más temidas.

Los pacientes estudiados evidenciaron una tasa alta de impulsividad, de las que destaca el control de impulsos, principalmente para controlar sus emociones. Esto concuerda con que una de las agresiones mayormente presentadas sea verbal, puesto que, al no tener control de sus emociones, las expresan de manera libre, pero generalmente influenciados por sus delirios, de lo cual buscan defenderse o protegerse, siendo motivo de las agresiones.

Concluyendo que la población estudiada presenta actos impulsivos y conductas agresivas, con una fuerte asociación entre sí.



SUGERENCIAS

Habría que realizar más estudios, para complementar el actual, incluyendo más variables, que se consideran relevantes según estudios mencionados como consumo de sustancias, tratamiento farmacológico actual, antecedente de agresión familiar, rasgos de personalidad, entre otros.

Desarrollar un programa en el HRAESM enfocado al manejo de la impulsividad, con adecuada canalización de la misma, lo que a su vez funcionaría como prevención de conductas agresivas, aportando rehabilitación y reinserción social de estos usuarios, en búsqueda de disminuir el abandono y rechazo familiar, que deja como consecuencia internamientos prolongados.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, USA: Springer-Verlag.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65
- Belli, H., y Ural, C. (2012). The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviour: the prevention and treatment of violent behaviour in these patients. *West Indian Medical Journal*, 61(5), 538-543. doi:10.7727/wimj.2011.028
- Black, D. W., y Andreasen, N. C. (2015). *Texto Introductorio de Psiquiatría* (1ra ed.). Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno.
- de la Peña, F. (2017). *Compendio de Guías Clínicas en Psiquiatría: Adultos* (1ra ed.). Ciudad de México, México: APM Ediciones y Convenciones en Psiquiatría.
- Dumais, A., Potvin, S., Joyal, C., Allaire, J.-F., Stip, E., Lesage, A., ... Côté, G. (2012). Esquizofrenia y violencia grave: un análisis del perfil clínico que incorpora la impulsividad y los trastornos de consumo de sustancias. *Psiquiatría Biológica*, 19(3), 65-68. doi:10.1016/j.psiq.2012.06.003
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70-79. doi:10.1016/j.apj.2015.12.001



- Fresán, A., Apiquian, R., De la Fuente-Sandoval, C., García-Anaya, M., y Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(2), 71-75. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13409/sensibilidad_y_especificidad.pdf
- Fresán, A., De la Fuente-Sandoval, C., Juárez, F., Lozaga, C., Meyenberg, N., García-Anaya, M., ... Apiquian, R. (2005). Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(3), 188-193. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13434/caracteristicas_sociodemograficas_asociadas.pdf
- Martín Jurado, A., y Carrasco Ortiz, M. Á. (2011). Riesgo de violencia y trastorno mental. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21(1), 69-81. doi:10.5093/jr2011v21a7
- OMS. (2018, 04/09). Esquizofrenia. *Notas descriptivas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ariza, J. P. R., Soto, H. O., y Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19(Supl 3), 10-12. Recuperado de http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/628
- Páez, F., Licon, E., Fresán, A., Apiquian, R., Herrera-Estrella, M., García-Anaya, M., ... Pinto, T. (2002). Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 25(6), 21-26.



Recuperado

de

http://www.revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/925

Quílez-Jover, J. (2016). *Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico*. (Tesis doctoral), Universidad de Barcelona, Barcelona, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/102191>

Quílez-Jover, J., y Icart-Isern, M. T. (2015). Influencia de los factores individuales de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia en la presencia de violencia laboral en unidades de salud mental. *Metas de Enfermería*, 18(5), 6-11. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/120295>

Sadock, B. J., Sadock, V. A., y Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (11th ed.). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer.

Sánchez-Sarmiento, P., Giraldo-Huertas, J. J., y Quiroz-Padilla, M. F. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 241-251. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/2367>

Stahl, S. M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (4th ed.). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreña, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F., ... Núñez-Moscoso, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la



conducta agresiva. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 19-30.

doi:10.20453/rnp.v77i1.1160

Valencia-Collazos, M., Saldivar-Hernandez, G., y Rivera-Guevar, E. (1994).

Dieciocho meses de seguimiento en pacientes con esquizofrenia. *Salud pública de México*, 36(6), 662-669. Recuperado de

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5804>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ANEXOS

1. Escala de agresividad explícita (EAE)

Agresión verbal	Nº de veces
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «¿Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
Agresión física contra uno mismo	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos rotos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos rotos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
Agresión física contra objetos	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	
Agresión física contra otras personas	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	



2. Escala de impulsividad de Plutchik

Instrucciones: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cosas impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Planea cosas con anticipación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Es usted impulsivo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Termina las cosas que empieza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se distrae fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>