

Comportamiento agresivo en pacientes esquizofrénicos Aggressive behaviour in schizophrenic patients

Blanco Blanco J. J.¹; Taboada Díaz, O.²; Docasar Bertolo L.³

¹Unidad de Salud Mental 3. Complejo H. Universitario de Santiago de Compostela;

²Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza (A Coruña);

³Hospital Comarcal de Monforte de Lemos (Lugo)

Resumen:

Objetivo: El objetivo de este trabajo de investigación se centra en analizar las conductas agresivas en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, así como de evaluar la posible existencia de diversos factores que puedan influir en la aparición de las mismas.

Método: La muestra está constituida por 51 pacientes esquizofrénicos (criterios DSM IV y CIE 10) reclutados de forma aleatoria en el dispositivo extrahospitalario de referencia. El período de seguimiento fue de un año desde el instante en que fueron incluidos. Se aplicó un protocolo diseñado para el estudio donde se incluían las variables sociodemográficas, subtipo diagnóstico, años de evolución, consumo de tóxicos, ingresos hospitalarios, apoyo social, tratamiento administrado y cumplimiento del mismo, así como las específicas de conductas/comportamientos agresivos.

Resultados: Entre los principales resultados podemos manifestar que un 21.6% han presentado algún tipo de comportamiento agresivo durante el seguimiento anual, encontrándose éste relacionado con la presencia de sintomatología positiva y dirigido hacia el entorno más cercano. Serán los varones (90%), el subtipo paranoide (72.5%), la mala cumplimentación del tratamiento oral (55%) y el consumo de cocaína y alcohol (54,5%) los factores que más incidirán en el desarrollo de tales conductas.

Palabras clave:

Esquizofrenia, agresividad, violencia.

Abstract:

Objective: The objective of this work of investigation is analyze the aggressive conducts in the patients diagnosed of schizophrenia, as well as of evaluating the possible existence of diverse factors that they could influence in the appearance of the same

Method: The sample is constituted by 51 schizophrenic (DSM IV and CIE 10) recruited of aleatory form in outcome service. The period of pursuit was from a year from the instant in which they were included. A protocol designed for the study was applied where the sociodemographic variables, subtypes of diagnosis, years of evolution, use or abuse of substances, hospitals admissions, social support, treatment and compliance of the same, as well as the specific aggressive behavior.

Results: We between the main results could manifest that a 21.6% they have presented any type of aggressive behavior during the annual outcome, being this related with the presence of positives symptoms and directed toward the nearest environment. They will be the males (90%), the paranoid subtype (72.5%), the non-compliance of oral treatment (55%) and the consumption of cocaine and alcohol (54.5%) the most important factors in the development of such conducts.

Key words:

Schizophrenia, aggressiveness, violence

Introducción

Existe cierta dificultad a la hora de consensuar valores sobre comportamientos agresivos en pacientes psiquiátricos. Por un lado por la definición más o menos amplia de lo que entendemos por agresividad y por otra parte por la escasez de la información obtenida a través del paciente. La Asociación Psiquiátrica Americana (1) en su manual DSM IV contempla la agresión estrictamente como una conducta intencionadamente dirigida a provocar un daño físico a otros. Es frecuente que trasciendan todas aquellas conductas de «elevada intensidad» que han ocasionado daños físicos propios o a terceras personas (automutilaciones, suicidio, lesiones, homicidios, asesinatos etc...) pero que queden en el anonimato, si no se dispone de información adicional, comportamientos destructivos o lesivos que no han traído consigo importantes consecuencias o no han derivado en problemas legales. Por todo ello nos hemos planteado el estudio en población esquizofrénica de esas conductas, que quizá de forma inmediata no ocasionan efectos irreparables, pero que a la larga pueden condicionar repercusiones de notable importancia tanto en el paciente como en su medio más cercano. De ahí que en nuestro trabajo procediésemos a ampliar el abanico de comportamientos agresivos, incluyendo en ellos también la agresividad no estrictamente física. Arechederra Aranzadi (2) propone una clasificación de los actos violentos en los pacientes psicóticos. Por un lado se encuentra la violencia directa que correlacionaría con la presencia de sintomatología productiva, especialmente alteraciones del contenido del pensamiento (ideaciones delirantes) y de la esfera sensorio-perceptiva. La violencia indirecta vendría condicionada por los signos/síntomas defectuales, generalmente provocados por el deterioro evolutivo del paciente psicótico. Finalmente se encuentra la violencia coincidente, en la cual existiría una predisposición a cometer actos violentos y un desarrollo posterior de síntomas psicóticos.

Además de los factores inherentes a la patología esquizofrénica, aquellos relacionados con la medicación, el apoyo social disponible, la comorbilidad con el abuso de sustancias y la calidad en la alianza terapéutica, pueden afectar a la cumplimentación del régimen terapéutico, y por tanto al pronóstico y evolución de la misma (3).

Material y método

La muestra cumple las características de aleatoriedad y representatividad de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (siguiendo para ello los criterios de la DSM IV) que han sido atendidos en el dispositivo extrahospitalario de referencia durante el año 2000. Con el fin de objetivar la presencia de conductas auto/heteroagresivas se llevó a cabo el seguimiento durante el año posterior.

Las variables analizadas en un protocolo diseñado para la ocasión, incluye los datos sociodemográficos, diagnóstico según DSM IV e ICD 10 (4), años de evolución, consumo de tóxicos (incluyendo alcohol), sintomatología predominante, ingresos hospitalarios, apoyo social, tratamiento administrado y cumplimentación del mismo (para lo cual se ha obtenido también información de familiares convivientes).

Con todo ello la muestra ha estado constituida por 51 pacientes esquizofrénicos, con una edad media de 44,35 (ds 5,3), donde el 88,2% eran varones y el estado civil predominante era la soltería con un 84,3%.

Desde el punto de vista estadístico se ha realizado en primer lugar un análisis de las frecuencias de los distintos ítems, para con posterioridad proceder al cruce estadístico de las diferentes variables, utilizando como referencia el Chi-Cuadrado de Pearson.

Como paquete estadístico de soporte se ha utilizado el SPSS/PC versión 10.

Resultados

Entre los principales resultados descriptivos podemos reseñar que el diagnóstico prevalente

es el de esquizofrenia paranoide con un 66,6% de la muestra, frente al 15,6% de hebefrenia y valores inferiores al 8% para los subtipos indiferenciado y simple.

En cuanto a las características evolutivas, se puede objetivar la cronicidad de la muestra en el hecho de que el 74,5% de ellos mostraba una evolución superior a los 10 años, frente al 4,8% de menos de un año ($p < 0.001$).

Por otro lado, el 27,1% de la muestra reconocía haber consumido algún tóxico durante el período de seguimiento. Dentro del perfil de consumidor (varón con diagnóstico de esquizofrenia paranoide de años de evolución), eran el cánnabis con un 50,8% y el alcohol con un 43,5% las sustancias más consumidas, con un patrón de consumo más regular para el primero (10-12 veces al mes) y más puntual para el alcohol (4-6/mes).

La variable ingresos hospitalarios, mostró que el 74% de ellos habían ingresado, previamente al estudio, al menos en una ocasión, y que el 11,7% requirió ingreso durante el período de seguimiento, siendo el incumplimiento terapéutico y el consumo de tóxicos los precipitantes fundamentales del mismo, ocasionando como sintomatología «princeps» en la decisión del ingreso la «inquietud y agresividad».

El apoyo social era evaluado por el propio paciente, fundamentalmente en la percepción subjetiva de encontrar cubiertas sus necesidades afectivas. El 19,6% percibía el mismo como escaso/deficiente, frente al 70,2% como satisfactorio.

La distribución muestral de la variable terapéutica venía constituida por un 45,8% con tratamiento combinado oral y depot, 41,9% sólo oral y 12,5% únicamente depot. El grado general de cumplimentación era del 86,2% de la muestra, con valores del 98% para los adscritos al plan depot. En el caso de los pacientes con pauta de psicofármacos por vía oral, se procedía a confrontar los datos aportados por ellos mismos, con los del familiar más allegado, y en muchos casos responsables de la supervisión de la administración.

Una vez analizadas las principales variables del estudio, procedemos al objetivo esencial del mismo, que no es otro que verificar y pormenorizar las características ligadas al comportamiento agresivo del paciente esquizofrénico.

El 21,5% de la muestra ha presentado algún tipo de comportamiento agresivo durante el año de seguimiento. Los actos violentos se encuentran relacionados con la presencia de sintomatología positiva ($p < 0.01$) en el 74,5% de los casos, frente al 17,5% con síntomas negativos y/o defectuales y 8% sin relación con la patología psicótica.

Hemos procedido al desdoblamiento (fundamentalmente con fines teóricos) del tipo de conducta agresiva en heteroagresividad verbal, física y hacia enseres u objetos inanimados, así como autoagresividad. El 87,6% proyecta dicha agresividad de forma verbal ($p < 0,001$) bajo insultos y amenazas, el 23,4% va dirigida hacia objetos (fundamentalmente enseres domésticos, cristales etc...), el 17,5% conductas de agresión física y 7,6% autoagresividad (infligiéndose autolesiones o conductas ya de tipo autolítico-1,85%).

Como se puede observar los valores superan el 100%, lo cual era esperable por el hecho de que varios pacientes presentaron simultáneamente diversos tipos de conductas violentas. La agresividad verbal y física fue a su vez filtrada en cuanto a la dirección de la misma. Va a ser la familia el destino prioritario en el 69,6%, seguido de los vecinos en el 10,2%.

Los diferentes cruces estadísticos nos han permitido objetivar el perfil del paciente esquizofrénico con conductas agresivas. El 90% de ellos son varones, y el 72,5% padecen esquizofrenia subtipo paranoide. El 90,5% presentan una evolución superior a los cinco años ($p < 0.05$), existiendo en la actualidad un consumo activo de tóxicos en el 54,5% de ellos, con un patrón diferente al de la muestra genérica, y es que en estos casos son la cocaína (esnifada con patrón de fin de semana) y el alcohol (consumo regular no excesivo incrementado los fines de semana con embriagueces frecuentes) los directamente implicados.

El 83% han requerido al menos un ingreso en Unidad de Agudos durante el año de seguimiento, siendo la causa principal del mismo las alteraciones conductuales y la agresividad generada en el medio familiar, lo cual ha derivado en la solicitud de internamiento por autorización judicial en dos de cada tres pacientes.

Existe asimismo un 55% de esquizofrénicos con conductas agresivas que no han cumplimentado satisfactoriamente el tratamiento, fundamentalmente en los que estaban sometidos solamente a pauta oral ($p < 0.05$),

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre la asociación entre sintomatología positiva (fundamentalmente ideación delirante y alucinaciones) y comportamiento agresivo han sido reseñados en múltiples trabajos de investigación. Con respecto a lo primero, Hafner y Boker (5) en una muestra de pacientes esquizofrénicos muestran que entre los que habían cometido conductas homicidas un 65% presentaba ideación delirante en el instante de cometer el crimen frente al 47% en el que se encontraba ausente tal síntoma. Cutting y Shepherd's -referenciado por Gunn y Taylor (6)- especifican con mayor detalle las características de tal ideación, siendo los factores determinantes la estructuración/organización del mismo, la convicción, el contenido de la trama delusiva (persecutorio) y el efecto que todo ello ocasiona en el paciente (angustia, ansiedad...). Werner y cols. (7) preconizan como mejor predictor de comportamientos de ataque la existencia de alucinaciones, y dentro de éstas las auditivas e imperativas son las que con mayor facilidad actuarían como detonante en el grupo de pacientes violentos (Hafner y Boker), frente a la auditivas y ofensivas en los no violentos.

Cheung P y cols. (8), obtienen diferencias significativas entre los esquizofrénicos agresivos y los que no lo son fundamentalmente en cuanto a la psicopatología y los rasgos de personalidad, observando como principal factor de impacto la

respuesta afectiva negativa frente a las alteraciones senso-perceptivas.

A la hora de subtipificar la variante, subtipo paranoide parece ser el más ligado a la posibilidad de presentar conductas violentas -Tardiff y Sweillan (9), Rofman y cols (10)-. En el último de los mencionados el 16% de los esquizofrénicos paranoides había desarrollado comportamientos o conductas violentas frente a valores inferiores al 5% de los otros subtipos. En nuestro caso casi tres de cada cuatro pacientes agresivos pertenecían a la variante paranoide.

Los síntomas más frecuentes asociados a conductas autolíticas según el estudio de Fenton y cols. (1997) presentaban al inicio del mismo puntuaciones significativamente inferiores en lo referente a la sintomatología negativa, siendo el subtipo paranoide el de mayor incidencia de muertes por suicidio (12%), con una incidencia más baja del subtipo deficitario (1,5%). La escasa prevalencia de comportamientos autolíticos en la muestra no nos permite confrontar dichos resultados.

El entorno más cercano al paciente será el blanco del comportamiento, algo recogido ya por Cabaleiro Goás (11), hasta el punto de observar que en numerosas ocasiones es la agresión familiar -sobre todo contra el progenitor del sexo opuesto- el primer síntoma de la anormalidad del enfermo.

Existen asimismo otras dos variables analizadas que presentan un elevado peso específico como factores de riesgo. Por un lado el uso y abuso de sustancias en los pacientes psicóticos, que incrementan la probabilidad de presentar desórdenes comportamentales -Lindqvist y Allebeck (12); Cohen y Klein (13)- actuando por un lado como desencadenante de sintomatología psicótica, y por otro como desinhibidor. Dentro de las mismas el consumo de cocaína y alcohol (54%) parecen ser las más directamente relacionadas. La otra variable reseñada es la mala cumplimentación del tratamiento prescrito (55% de ellos han presentado desórdenes importan-

tes en el primer año), lo cual va en la línea de las aportaciones de Hogarty y cols. (14), o de Hirsch y cols (15), que reflejan que el riesgo de recaída en los esquizofrénicos que interrumpían la medicación de forma voluntaria, o por las condiciones de su estudio (doble ciego controlado con placebo) era de un 80% mayor a los que continuaban con la medicación prescrita.

Principales conclusiones

1. En una muestra de pacientes ambulatorios con el diagnóstico de esquizofrenia se ha observado que uno de cada cinco presenta conductas de estirpe agresivo durante el seguimiento anual.
2. El motivo principal de la misma viene dado por la existencia de sintomatología productiva en el instante de desarrollar tal comportamiento, siendo fundamentalmente la ideación delirante de perjuicio y/o autorreferencial, y en menor medida las alteraciones sensorio-perceptivas la clínica predominante.
3. La heteroagresividad se centra en el medio más cercano, familia y vecinos (no debemos obviar la cercanía y convivencia con los mismos en un medio rural o semiurbano) obedeciendo ello de forma general a un comportamiento impulsivo/reactivo.
4. Es importante evaluar el consumo de tóxicos, la sintomatología afectiva y el apoyo social como posibles factores interrelacionados en el desarrollo de comportamientos violentos.
5. El perfil del paciente psicótico en riesgo de presentar conductas agresivas sería el de un varón, diagnosticado de esquizofrenia paranoide y con sintomatología productiva activa, consumidor de cocaína y/o alcohol y con mala cumplimiento del tratamiento oral prescrito.
6. La sintomatología de estirpe psicótico tratada (y cumplimentada adecuadamente), así como la integración del paciente en la red de salud mental parecen ser la técnica más eficaz como prevención de conductas violentas.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.
2. Arechederra Aranzadi J.J. Aspectos legales y criminológicos en el enfermo esquizofrénico. Esquizofrenia: enfermedad del cerebro y reto social. Saiz Ruiz J. Masson 1999.
3. Fenton WS, McGlasahn TH, Victor BJ, Blyler CR. American Journal of Psychiatry 1997;154(2):199-204.
4. Trastornos Mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (CIE 10). Ed. Meditor, Madrid 1992.
5. Hafner H, Boker W. Crimes of violence by mentally abnormal offenders. (trans H. Marshall) Cambridge University Press (1982).
6. Gunn J, Taylor Pa. Forensic Psychiatry. Clinical, legal & ethical issues. Ed. Butterworth Heinemann 1995.
7. Werner PD, Rose TL, Yesavage JA, Seeman K, Psychiatrists' judgements of dangerousness in patients on an acute care unit. American Journal of Psychiatry 1984; 141:263-266.
8. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Aggressive behaviour in schizophrenia: role of state versus trait personality factor. Psychiatry Research 1997;72:41-50.
9. Tardiff K, Sweilam A, Assault, suicide and mental illness. Archives of General Psychiatry 1980;37:164-169.
10. Rofman E, Askinazi C, Fant E. The prediction of dangerous behaviour in emergency civil commitment. American Journal of Psychiatry 1984; 137:1061-1064.
11. Cabaleiro Goás M. Psicosis Esquizofrénicas. Colección de psiquiatría clásica gallega. Lugo 1998.
12. Lindqvist P and Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. British Journal of Psychiatry, 1990; 157:345-350.
13. Cohen M, Klein DF. Posthospital adjustment of psychiatrically hospitalized drug users. Arch Gen Psychiatry 31:221-227;1974.
14. Hogarty GE et al. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients; relapse analyses of a two year controlled study of fluphenazine hydrochloride. Arch Gen Psychiatry 36: 1283-1294; 1979.
15. Hirsch S, Bowen J, Emami J, Cramer P, Jolley A, Haw C, Dickinson M. British Journal of Psychiatry 1996; 168(1): 49-56.

Correspondencia:

Dr. Javier Blanco Blanco
U.S.M 3, Rúa Ramón Baltar 2
Santiago de Compostela. 15886