Evaluación de la agresividad en pacientes con trastorno psicótico atendidos por una Unidad Móvil especializada de Atención a Domicilio

Agnès Sabaté Gómez[1], Leila Alba Palé[2], David Córcoles Martínez[1], Jordi León Caballero[1], Luis Miguel Martín Lópezv, Víctor Pérez Solà[1,3,4]

[1] Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona, Spain. [2] Hospital Benito Menni Sant Boi, Germanes Hospitalaries, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain
[3] IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute), Barcelona, Spain. [4] CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental)

Introducción

La agresividad es un fenómeno complejo. A pesar de la creencia de que los trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo para presentar conductas violentas, la evidencia científica disponible es escasa y está sujeta a sesgos. La mayoría de la investigación llevada a cabo en los últimos años en esta área indica que, aunque la mayoría de personas que padecen un trastorno mental severo (TMS) no presentan comportamientos violentos, la probabilidad de cometer un acto de violencia es mayor en personas con TMS respecto a la población general (1).
Aunque no se han esclarecido las causas del comportamiento violento en estos pacientes, factores de riesgo como la ausencia de *insight*, la gravedad de los síntomas psicóticos, la falta de adherencia al tratamiento, el consumo de sustancias, presentar un primer episodio psicótico o la presencia de rasgos psicopáticos de personalidad han sido relacionados con un mayor riesgo de presentación de conducta violenta en pacientes diagnosticados de un trastorno psicótico (2,3,4).

Objetivos

El objetivo de este estudio es identificar los factores relacionados con la presentación de **agresividad** en pacientes diagnosticados de **trastorno psicótico** atendidos por **una unidad especializada de atención domiciliaria en Barcelona (Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado –EMSE-).**

Material y Métodos

Se realiza un estudio descriptivo transversal retrospectivo, en el cual se evalúan un total de 732 pacientes diagnosticados de trastorno psicótico atendidos por el EMSE.
Para la evaluación de la violencia y agresividad se usa el **componente excitatorio de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC)**. Éste consiste en la suma de 5 sub-ítems de la escala PANSS: excitación, hostilidad, tensión motora, falta de colaboración, y control deficiente de impulsos, cada uno de ellos con una puntuación entre 1 y 7. Dicho valor se usa para evaluar la agitación en pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico, habiéndose relacionado valores medios mayores o iguales a 20 con agitación severa y agresividad.
Se divide la muestra en dos grupos: pacientes agresivos (PANSS-EC $\geq$ 20) y no agresivos, y se comparan características sociodemográficas y clínicas entre ambos grupos, mediante t de Student y chi-cuadrado.
Se administraron las siguientes escalas clínicas: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Impresión Clínica Global (ICG), Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP), Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO-DAS), Escala de Evaluación del Insight (SUMD) y la Escala de los Síndromes Positivos y Negativos (PANSS).
Se evalúa la correlación entre la puntuación del componente excitatorio de la PANSS (PANSS-EC) y la puntuación del resto de las escalas mediante Correlación de Pearson.

Resultados

Un total de **732 pacientes** fueron atendidos por nuestra unidad, presentando agresividad el 38.3% de ellos.
Se observa una correlación positiva entre la PANSS-EC y la escala ICG (r = 0,474), así como con la escala GEP (r = 0,484), la SUMD (r = 0,262) y la WHO-DAS (r = 0,298), todas con una significación de p=0.000. La correlación es negativa y estadísticamente significativa entre la PANSS-EC y la edad (r = -0,084), el número de visitas (r = -0,171) y la escala EEAG (r = -0,440).
Los pacientes agresivos presentan mayor prevalencia de consumo de tóxicos y antecedentes de agresiones previas. El paciente desvinculado de la red de salud mental y con abandono del tratamiento farmacológico presenta con mayor frecuencia conductas agresivas, requiriendo gran parte de ellos de traslado involuntario a un recurso hospitalario (ver Tabla 1).
Se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos con mayor agresividad en pacientes que presentan mayor gravedad clínica global y de la clínica psicótica, y con menor conciencia de enfermedad (Tabla 2).

Tabla 1. Conducta agresiva versus no agresiva en paciente psicóticos en relación a variables sociodemográficas y clínicas*

	Agresividad No (n=452)	Sí (n=280)	p
Sexo (varón, %)	233 (59,6)	158 (40,4)	0,198
Consumo de tóxicos	95 (54)	81 (46)	**0,017**
Vive solo	115 (62,2)	70 (37,8)	0,902
Estudios Primarios	196 (64,7)	107 (35,3)	0,369
Antecedentes psiquiátricos	360 (62,1)	220 (37,9)	0,794
Primer episodio psicótico	62 (63,9)	35 (36,1)	0,503
Ingresos previos en Agudos	54 (58,1)	39 (41,9)	0,518
Intento autolítico previo	21 (70)	9 (30)	0,694
Agresiones previas	27 (33,3)	54 (66,7)	**0,000**
Desvinculado de la red de salud mental	340 (57,5)	251 (42,5)	**0,000**
Adherencia al tratamiento	107 (88,4)	14 (11,6)	**0,000**
Derivación: requiere Hospitalización	195 (46,7)	223 (53,3)	**0,000**
Requiere Contención Mecánica	33 (26)	94 (74)	**0,000**
Intervención policial	97 (38,2)	157 (61,8)	**0,000**

* chi cuadrado, n (%), significación p<0,05

Tabla 2

	Agresividad No (n=452)	Sí (n=280)	p
Edad media	46,39 (17,48)	44,65 (15,96)	0,177
Número de visitas	4,44 (4,34)	3,16 (2,24)	**0,000**
ICG media	4,87 (0,934)	5,51 (0,745)	**0,000**
GEP	13,37 (4,58)	17,56 (4,43)	**0,000**
EEAG inicial	39,14 (14,16)	29,76 (10,52)	**0,000**
SUMD media	11,21 (3,53)	12,49 (3,03)	**0,000**
WHO-DAS	11,72 (4,29)	13,85 (3,75)	**0,000**
PANSS total final	79,76 (20,79)	102,88 (19,73)	**0,000**
PANSS-P final	20,59 (7,18)	31,15 (6,77)	**0,000**
PANSS-N final	20,27 (8,15)	21,53 (7,23)	**0,034**
PANSS-PG final	38,82 (10,26)	50,12 (10,30)	**0,000**

** t de student, media (desviación estándar), significación p< 0,05

Conclusiones

- La **falta de adherencia** al tratamiento y la desvinculación de la red de salud mental son factores de riesgo para la presentación de agresividad en pacientes con trastorno psicótico.
- El **consumo de sustancias** y la **falta de *insight*** eleva considerablemente el riesgo de que los pacientes con psicosis presenten conductas violentas.
- El **antecedente** recogido por historia clínica de haber presentado una **conducta agresiva** con anterioridad se relaciona como factor de riesgo de nuevas conductas agresivas.
- La **severidad clínica** del trastorno psicótico, ya sea reflejada con la presencia de sintomatología positiva y negativa, una peor funcionalidad y nivel de actividad, o una mayor discapacidad, se relaciona con la conducta violenta.
- La necesidad de ingreso hospitalario tras nuestra evaluación y de contención mecánica y farmacológica durante el traslado fueron necesarios en mayor frecuencia en pacientes psicóticos que presentaron agresividad.
- En nuestra muestra, el sexo masculino o padecer un primer episodio psicótico no se relacionaron con la violencia.

*****Un estudio más exhaustivo de los factores de riesgo de la agresividad en pacientes psicóticos podría orientar a mejorar la atención de estos pacientes con el objetivo de detectar precozmente y prevenir la conducta violenta y las medidas restrictivas habitualmente asociadas a ella.**

Bibliografía

1. Grann M, Danesh J, Fazel S. The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. BMC Psychiatry 2008, 8:92.
2. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M (2009) Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med 6(8): e1000120. Epub 2009 Aug 11.
3. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, et al. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. Clin Psychol Rev. 2011 Jul;31(5):711-26. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.002. Epub 2011 Mar 23.
4. Witt K, van Dom R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. PLoS One. 2013;8(2):e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942. Epub 2013 Feb 13.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona