

Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia

A. Fresán, R. Apiquian, C. de la Fuente-Sandoval, M. García-Anaya y H. Nicolini

Subdirección de Investigaciones Clínicas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México

Sensitivity and specificity of the Overt Aggression Scale in schizophrenic patients

Resumen

Introducción. La investigación enfocada a la evaluación de la conducta violenta en esquizofrenia se ha visto limitada por la carencia de instrumentos de medición adaptados a la población psiquiátrica mexicana. El objetivo del presente estudio fue 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).

Método. Se incluyeron 137 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Se realizó una evaluación clínica con la PANSS y la EAE. El diagnóstico de conducta violenta se obtuvo por medio de la subescala de excitabilidad de la PANSS y el consenso clínico de dos psiquiatras.

Resultados. 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.

Discusión. La evaluación objetiva de la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia puede contribuir al desarrollo de líneas de investigación. El contar con este instrumento específico y objetivo para la evaluación de la conducta violenta permitirá crear mejores estrategias para la detección e intervención de la conducta violenta en esquizofrenia.

Palabras clave: Conducta violenta. Esquizofrenia. Sensibilidad. Escala de Agresión Explícita.

Summary

Introduction. Research focused on the assessment of violent behavior in schizophrenic patients has been hindered by the lack of clinical instruments adapted to the Mexican psychiatric population. This study aimed to obtain sensitivity and specificity data as well as the most adequate cutoff point of the Overt Aggression Scale (OAS).

Method. 137 schizophrenic patients were included. A clinical evaluation was performed with the PANSS subscale of excitability and the OAS. Diagnosis of violent behavior was obtained with the PANSS and clinical consensus of two psychiatrists.

Results. 66.4% of the sample was considered as non-violent patients. A cutoff point of 7 points in the OAS showed sensitivity of 0.80 and specificity of 0.97, with adequate positive and negative predictive power.

Discussion. The objective assessment of violent behavior in schizophrenic patients can contribute to the development of new lines of research. Adaptation of the OAS for the assessment of violent behavior will encourage the development of better strategies for the detection and intervention of violent behavior in schizophrenia.

Key words: Violent behavior. Schizophrenia. Sensitivity. Specificity. Overt Aggression Scale.

INTRODUCCIÓN

La conducta violenta surge como una reacción emocional desencadenada por estímulos que generan cólera¹ o como una conducta dirigida deliberadamente a infligir daño físico a personas o propiedades².

Los resultados de diversos estudios clínicos en el área de la psiquiatría han señalado que la esquizofrenia es uno de los principales diagnósticos asociados con vio-

lencia, considerando la esquizofrenia como una de las causas por las que surge la conducta violenta^{3,9}. Se ha reportado que la prevalencia de la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia varía de un 40 a un 50 %^{4,5,10}.

Sin embargo, existen resultados contradictorios a esta postura, los cuales indican que la asociación existente entre la esquizofrenia y la violencia se encuentra limitada a diversos factores de riesgo que poseen estos individuos¹¹⁻¹⁷.

Estos resultados sugieren que no existe una clara asociación entre la conducta violenta y el diagnóstico de esquizofrenia^{5,8,18} y que estas diferencias pueden radicar en la definición de la conducta violenta y la forma en que es evaluada.

La investigación enfocada a la agresión y la violencia se ha visto limitada por la carencia de instrumentos de medición adaptados a población psiquiátrica mexicana. La adaptación de instrumentos de evaluación es necesi-

Correspondencia:

Ana Fresán
Subdirección de Investigaciones Clínicas
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Calz. México-Xochimilco No 101. Tlalpan
14370 México, D.F. México
Correo electrónico: fresan@imp.edu.mx

ria cuando la población a estudiar difiere de la población original de estudio en términos de cultura y lenguaje^{19,20}. El procedimiento para la adaptación de estos instrumentos debe ser riguroso y no sólo es necesario obtener la traducción del instrumento al idioma de la población a estudiar²¹.

Algunos instrumentos empleados en la evaluación de la conducta violenta, además de no contar con su adaptación a población psiquiátrica mexicana, presentan diversas dificultades de medición al ser utilizados en pacientes con esquizofrenia. En el caso de los instrumentos de autoinforme, los pacientes con esquizofrenia, en ocasiones, no pueden contestar estos cuestionarios de forma confiable, ya que pueden no recordar la comisión de actos violentos y los instrumentos que evalúan la conducta violenta a partir de una entrevista clínica no discriminan los distintos tipos de conducta violenta²².

Uno de los instrumentos que elimina estas deficiencias de medición es la Escala de Agresión Explícita (EAE)²³, la cual se administra por medio de una entrevista clínica e incorpora los distintos tipos de agresión, su severidad y los tipos de intervención para su control, permitiendo registrar y cuantificar la agresión de forma objetiva. La EAE ha sido adaptada para su uso en población psiquiátrica mexicana y ha mostrado una confiabilidad y validez adecuada en esta población²².

Sin embargo, la evaluación objetiva de la conducta violenta requiere de una distinción precisa de aquellos pacientes que sean violentos de aquellos que no sean violentos, por lo que el objetivo del presente estudio fue la obtención de los datos de sensibilidad y especificidad y el establecimiento del punto de corte más adecuado de la EAE.

MÉTODO

Sujetos

Se incluyeron 137 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV²⁴ que acudieron de forma consecutiva a los servicios de Consulta Externa y Hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

La muestra consistió en 86 hombres (62,8%) y 51 mujeres (37,2%), con una edad promedio de $29,3 \pm 8,1$ años (16-53 años). Se incluyeron pacientes con los siguientes diagnósticos: esquizofrenia paranoide ($n = 119$, 86,8%), esquizofrenia indiferenciada ($n = 11$, 8,0%) y esquizofrenia desorganizada ($n = 7$, 5,2%). El 81,8% ($n = 112$) de los pacientes fueron evaluados en los servicios de consulta externa y el 18,2% ($n = 25$) restante se encontraban hospitalizados.

Instrumentos

El diagnóstico inicial se efectuó con la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID)²⁵. Se registraron los datos sociodemográficos de cada paciente con un formato diseñado previamente. La

recolección de la información se hizo por medio de un interrogatorio directo al paciente y sus familiares. Los síntomas psicóticos se evaluaron con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia (PANSS)²⁶.

Para la evaluación de la agresión se utilizó la Escala de Agresión Explícita (EAE), la cual está diseñada para evaluar la severidad de las conductas agresivas por medio de la observación y la descripción de los episodios de agresión de los pacientes. La escala consta de cuatro áreas principales: *a*) agresión verbal; *b*) agresión contra objetos; *c*) autoagresión, y *d*) agresión física heterodirigida. En cada una de estas áreas existen cuatro grados de severidad para calificar la conducta agresiva. La agresión verbal abarca conductas que van desde gritar con enojo hasta hacer claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el propio sujeto; la agresión contra objetos incluye acciones como azotar la puerta hasta arrojar objetos; el área de autoagresión abarca conductas que van desde jalar el cabello sin ningún daño físico hasta automutilaciones y cortadas profundas causadas por el propio sujeto, y la agresión física heterodirigida incluye el hacer gestos amenazadores hacia otros hasta ataques directos a otras personas que originan severo daño físico. Además se cuantifica la duración de los episodios agresivos, el momento del día (mañana o tarde) en el que se presenta la conducta y el tipo de intervención empleada por el personal médico responsable. Las intervenciones empleadas van desde «ninguna», en donde el paciente se tranquiliza por sí mismo, hasta el uso de limitaciones físicas o en donde los daños originados por el paciente requieren de tratamiento médico para otras personas. La puntuación total de la EAE se obtiene con la suma de las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas y la intervención más restrictiva que se empleó en el paciente^{22,23}. La EAE ha mostrado una adecuada confiabilidad, validez y estabilidad temporal en población psiquiátrica mexicana²².

Procedimiento

A cada uno de los pacientes se les pidió su consentimiento informado para participar en el estudio. En el caso de los pacientes que se encontraban agitados y en donde el consentimiento era difícil de obtener se pidió el consentimiento informado a los familiares del paciente. Una vez aprobada su participación en el estudio se procedió a la realización de la evaluación del estudio.

El diagnóstico de conducta violenta fue obtenido por medio de la evaluación de los síntomas de agresividad de la subescala de excitabilidad (reactivos de excitación, hostilidad, falta de cooperación y deficiente control de los impulsos de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia [PANSS]). Esta subescala es tomada de acuerdo al análisis factorial de la escala que la agrupa en cinco factores²⁷⁻²⁹ y el consenso clínico de dos psiquiatras experimentados en los trastornos psicóticos. La EAE fue aplicada por un evaluador independiente previamente entrenado y ciego al diagnóstico de violencia establecido por los psiquiatras.

Análisis estadístico

La descripción general de las características sociodemográficas y clínicas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar ($\pm$) para las variables continuas. Se realizó la correlación de Pearson para la puntuación total de la EAE y la subescala de excitabilidad de la PANSS.

Se obtuvieron los datos de sensibilidad y especificidad de la EAE a partir de un punto de corte de 5 hasta un punto de corte de 10 puntos. Se realizaron curvas ROC para establecer los efectos de la sensibilidad y especificidad sobre el poder predictivo y negativo del instrumento. Para esto se utilizó la prevalencia de la conducta violenta en esquizofrenia informada en estudios epidemiológicos.

RESULTADOS

Características clínicas

Las puntuaciones generales de la PANSS fueron: *a*) subescala positiva, $20,9 \pm 8,1$ (8-42 puntos); *b*) subescala negativa, $19,3 \pm 7,2$ (7-38 puntos); *c*) subescala cognitiva, $17,1 \pm 6,3$ (7-36 puntos); *d*) subescala de excitabilidad, $7,2 \pm 3,6$ (4-24 puntos), y *e*) subescala de ansiedad/depresión, $8,1 \pm 3,1$ (4-18 puntos), con una PANSS total de $72,6 \pm 22,7$ (32-139 puntos).

Las puntuaciones generales de la EAE se distribuyeron de la siguiente forma: *a*) agresión verbal, $1,34 \pm 1,29$ (0-4 puntos); *b*) autoagresión, $0,25 \pm 0,69$ (0-3 puntos); *c*) agresión contra objetos, $0,88 \pm 1,10$ (0-4 puntos); *d*) agresión física heterodirigida, $0,64 \pm 1,07$ (0-4 puntos), y *e*) intervención empleada, $1,41 \pm 1,67$ (0-9 puntos). La puntuación global de la escala fue de $4,51 \pm 4,59$ (0-17 puntos). La EAE mostró una alta correlación ($r = 0,45$; $p = 0,000$) con la subescala de excitabilidad de la PANSS.

Distribución de casos de acuerdo al diagnóstico de violencia y los resultados de la EAE

De acuerdo al diagnóstico de violencia el 66,4% de la muestra fue considerado como pacientes no violentos, mientras que el 33,6% fue considerado como violento. La **tabla 1** muestra la distribución de los sujetos de acuerdo a los puntos de corte con una puntuación de la EAE del 5 al 10 y el diagnóstico de violencia establecido por entrevista clínica.

Indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos

En la **tabla 2** se muestran los indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos de la Escala de Agresión Explícita con los puntos de corte del 5 al 10. A partir de estos indicadores se puede apreciar que el punto de corte de 7 puntos es el que presen-

TABLA 1. Distribución de casos de acuerdo al diagnóstico de violencia y los resultados de la EAE

Punto de corte	Verdaderos positivos n (%)	Falsos positivos n (%)	Falsos negativos n (%)	Verdaderos negativos n (%)
Punto 5	39 (28,5)	14 (10,2)	7 (5,1)	77 (56,2)
Punto 6	37 (27,0)	6 (4,4)	9 (6,6)	85 (62,0)
Punto 7	37 (27,0)	3 (2,2)	9 (6,6)	88 (64,2)
Punto 8	30 (21,9)	3 (2,2)	16 (11,7)	88 (64,2)
Punto 9	27 (19,7)	0	19 (13,9)	91 (66,4)
Punto 10	27 (19,7)	0	19 (13,9)	91 (66,4)

ta los datos más adecuados de sensibilidad y especificidad, así como un comportamiento estable en relación a los indicadores restantes.

Efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo de la EAE

En la **figura 1** se muestran los efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo positivo y negativo de la EAE considerando una prevalencia de la conducta violenta en la esquizofrenia del 50%.

DISCUSIÓN

La evaluación objetiva de la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia puede contribuir al desarrollo de líneas de investigación clínica en esta área. La distinción de los pacientes violentos de los no violentos no sólo debe encontrarse basada en la observación clínica o en instrumentos que no evalúan de forma específica este fenómeno. El contar con un instrumento con adecuadas características clinimétricas y una adecuada sensibilidad y especificidad es de gran utilidad para la distinción de aquellos pacientes que son violentos de los que no lo son.

TABLA 2. Indicadores de sensibilidad, especificidad, tasas de casos y valores predictivos

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	TFP	TFN	TCE	VPP	VPN
Punto 5	0,85	0,85	0,15	0,15	0,15	0,74	0,92
Punto 6	0,80	0,93	0,07	0,20	0,11	0,86	0,90
Punto 7	0,80	0,97	0,03	0,20	0,09	0,93	0,91
Punto 8	0,65	0,97	0,03	0,35	0,14	0,91	0,85
Punto 9	0,59	1	0	0,41	0,14	1	0,83
Punto 10	0,59	1	0	0,41	0,14	1	0,83

TFP: tasa de falsos positivos; TFN: tasa de falsos negativos; TCE: tasa de clasificación errónea; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

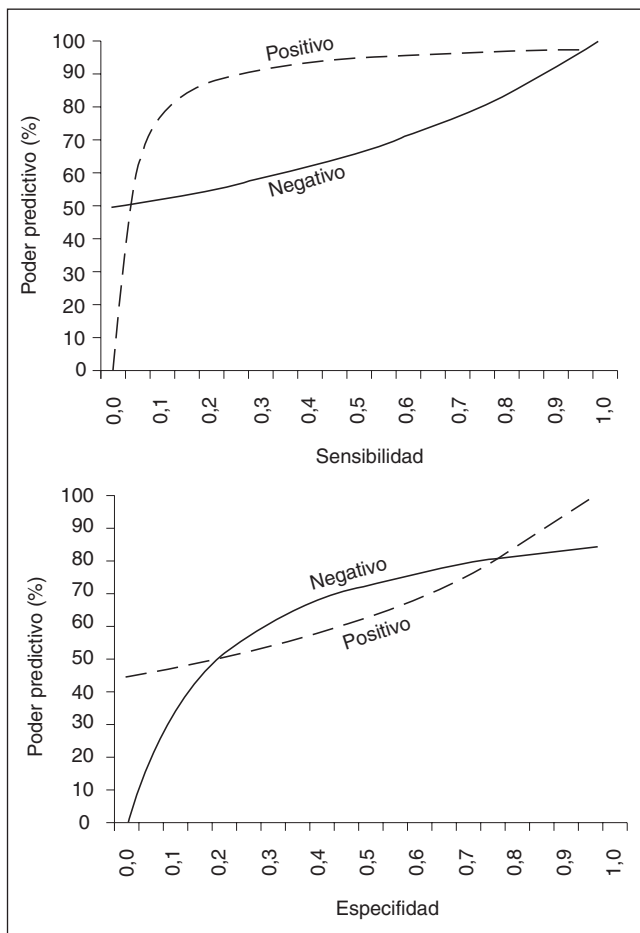


Figura 1. Efectos de la sensibilidad y especificidad en el poder predictivo de la EAE.

La adaptación de un instrumento que evalúe la conducta violenta es necesaria debido a que la agresión o la violencia no tienen un fundamento exclusivamente biológico¹⁸ y dependen en gran medida de los patrones socioculturales de la población específica a estudiar¹⁹.

Diversos estudios que emplearon la Escala de Agresión Explícita para determinar si un paciente era o no violento utilizaban criterios arbitrarios o la puntuación promedio de la muestra evaluada para hacer esta distinción^{30,31}, lo cual brindaba resultados contradictorios y que dificultan la generalización de la presencia y severidad de la conducta violenta en los trastornos psiquiátricos.

Aún cuando la escala cuenta con datos de confiabilidad y validez adecuada en población psiquiátrica mexicana²², no se contaba con los datos específicos para poder distinguir de forma objetiva a los pacientes violentos de los no violentos.

En el presente estudio un punto de corte de 7 puntos en la EAE mostró adecuados valores de sensibilidad (0,80) y especificidad (0,97), lo que indica que a partir de esta puntuación es posible hacer una categorización de la presencia o ausencia de la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia. Asimismo, y tomando los da-

tos de prevalencia de la conducta violenta de diversos estudios epidemiológicos^{4,5,10}, se observó que la Escala de Agresión Explícita tiene un adecuado poder predictivo positivo y negativo para su utilización en otras poblaciones de pacientes con esquizofrenia.

El concepto de violencia es un aspecto central del estereotipo que se ha formado de los individuos que padecen de esquizofrenia. El estigma de peligrosidad en estos pacientes va en incremento³² y es un rasgo que deteriora la vida de las personas con esquizofrenia³³⁻³⁷. Debido a la importancia y el impacto que tiene la manifestación de conductas violentas en aquellos sujetos que padecen esquizofrenia, es necesaria la realización de estudios específicos de este fenómeno para determinar si la violencia es inherente al cuadro sindrómico de la esquizofrenia o si es secundaria a la presencia de diversos factores de riesgo, tales como la vulnerabilidad genética, la personalidad y el abuso de sustancias¹⁸.

Los resultados del presente estudio muestran que la Escala de Agresión Explícita tiene un adecuado comportamiento clinimétrico para su utilización en pacientes con esquizofrenia en nuestro país. Contar con este instrumento específico y objetivo para la evaluación de la presencia y severidad de la conducta violenta en la esquizofrenia permitirá en un futuro crear mejores estrategias de detección e intervención, reduciendo el riesgo de su presentación y, por ende, reducir el estigma asociado este padecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo R. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 3.^a ed. México: Salvat, 1992.
2. Vitiello B, Stoff D. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(3):307-15.
3. Karson C, Bigelow L. Violent behavior in schizophrenic inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1987;175(3):161-4.
4. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;155:384-90.
5. Swanson J, Holzer C 3rd, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761-70.
6. Coid J. Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources and appropriate legislation. *Br Med J* 1996;312:965-6.
7. Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22(1):69-82.
8. Stueve A, Link B. Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study in Israel. *Psychiatr Q* 1997;68:327-42.
9. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997;154(6):840-5.
10. Gibbons J, Horn S, Powell J, Gibbons J. Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *Br J Psychiatry* 1984;144:70-7.
11. Wessely S, Taylor P. Madness and crime: criminology or psychiatry? *Crim Behav Ment Health* 1991;1:193-228.

12. Wessely S, Buchanan A, Reed A, Cutting J, Everitt B, Garety P, et al. Acting on delusions. I: Prevalence. *Br J Psychiatry* 1993;163:69-76.
13. Nestor P, Haycock J, Doiron S, Kelly J, Kelly D. Lethal violence and psychosis: a clinical profile. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995;23(3):331-41.
14. Wessely S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997(Suppl. 32):8-11.
15. Angermeyer M. Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000;102(407):63-7.
16. Martín J, Noval D, Morinigo A, García de la Concha J. Factores predictores de agresividad en esquizofrénicos hospitalizados. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(3):151-5.
17. Monahan J, Steadman H, Appelbaum P, Robbins P, Mulvey E, Silver E, et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000;176:312-9.
18. Fresán A, Tejero J, Apiquian R, Lóyzaga C, García-Anaya M, Nicolini H. Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia. *Salud Mental* 2002; 25(5):72-8.
19. Bravo M, Woodbury-Fariña M, Canino G, Rubio-Stipec M. The Spanish translation and cultural adaptation of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) in Puerto Rico. *Cult Med Psychiatry* 1993;17:329-44.
20. Geisinger K. Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychol Assess* 1994;6:304-12.
21. Sperber JC. G-W: Cross-cultural translation. *Methodology and validation. J Cross Cult Psychol* 1994;25:501-24.
22. Páez F, Licón E, Fresán A, Apiquian R, García-Anaya M, Robles-García R, et al. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 2002;25(6):21-6.
23. Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
25. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID)*, clinician version. Washington: American Psychiatric Press, 1996.
26. Apiquian R, Ulloa RE, Páez F, Nicolini H. The Mexican first-episode psychotic study: clinical characteristics and premorbid adjustment. *Schizophr Res* 2002;53:161-3.
27. Peralta V, Cuesta MP. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994;53:31-40.
28. Lançon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(5):369-76.
29. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res* 2001; 49:269-85.
30. McNiel D, Binder R. Clinical assessment of the risk of violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1991; 148(10):1317-21.
31. Arango C, Calcedo Barba A, González S, Calcedo Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25(3):493-503.
32. Phelan J, Link B, Stueve A, Pescosolido B. Have public conceptions of mental health changed over the past half century? Does it matter?, in 124th Annual Meeting of the American Public Health Association. New York City, 1996.
33. Angermeyer M, Link B, Majcher-Angermeyer A. Stigma perceived by patients attending modern treatment settings. Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. *J Nerv Ment Dis* 1987;175(1):4-11.
34. Link B, Cullen F, Struening E, Shrout P, Dorenwend B. A modified labeling theory approach in the area of the mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989; 54:400-23.
35. Link B, Struening E, Rahav M, Phelan J, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177-90.
36. Rosenfield S. Labeling mental illness: the effects of services versus stigma. *Am Sociol Rev* 1997;62:660-72.
37. Markowits F. The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 1998;39:335-47.