

Niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos de un hospital de tercer nivel

Dra. Fernanda Nallely Martínez-Tenorio,*
Dr. Marcos Hernández-Daza,** Mtro. Sex. Marcos Chávez-Dueñas***

* Médica Psiquiatra, egresada del Curso de Especialización y Residencia en Psiquiatría, Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Hospital Central Militar. Maestra en Psiquiatría Forense y Candidata a Doctorado en Psiquiatría por la Universidad Complutense, Madrid, España.

** Médico Psiquiatra y Psicoanalista, Jefe del Curso de la Especialidad y Residencia en Psiquiatría General, EMGS-HCM.

*** Maestro en Sexología, Asesor metodológico, adscrito al Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar.

RESUMEN

Introducción. La agresividad es un comportamiento hostil y destructor que expresa a nivel motor el afecto de enojo u hostilidad. A pesar de su relevancia ha sido poco estudiada a nivel clínico.

Objetivo. Determinar los niveles de agresividad e impulsividad en pacientes psiquiátricos hospitalizados, aplicando instrumentos clínicos.

Método. Estudio descriptivo, observacional y transversal, efectuado en 225 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar, indistintamente de su diagnóstico psiquiátrico, en un periodo de seis meses. Se aplicó la escala de agresión manifiesta y la escala de impulsividad de Plutchik y se exploró la correlación con otras variables demográficas y clínicas.

Resultados. El nivel de agresividad fue leve en 67.6%, moderada en 19.6% y alta en 12.9%. El nivel de impulsividad fue bajo en 37.8% y alto en 62.2%. El nivel de agresividad es más alto en hombres ($\chi^2 = 1.943$; 2 gl; $p > 0.05$), nivel socioeconómico alto ($\chi^2 = 10.312$; 4 gl; $p < 0.05$), y en pacientes con trastornos de control de impulsos, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias y trastornos debidos a enfermedades médicas ($\chi^2 = 57.114$; 20 gl; $p < 0.05$). La impulsividad se encontró elevada en pacientes del sexo femenino ($\chi^2 = 7.058$; 1 gl; $p < 0.05$), estudiantes ($\chi^2 = 14.828$; 6 gl; $p < 0.05$), consumo de alcohol ($\chi^2 = 7.805$; 2 gl; $p < 0.05$) y de tabaco ($\chi^2 = 17.046$; 2 gl; $p < 0.05$).

Conclusiones. El nivel de agresividad encontrado es leve y el nivel de impulsividad es alto en la muestra estudiada. Ambos constructos son complejos y se correlacionan con distintas variables. Es necesario reproducir el presente estudio para confirmar los hallazgos.

Palabras clave: Agresividad, impulsividad, pacientes psiquiátricos, clímetría.

Aggression and impulsivity levels in psychiatric patients from a third level attention hospital

ABSTRACT

Background. Aggression is a hostil and destructive conduct which express at the motor level the anger and hostility affection. In spite of its relevance has been few studied at the clinical level.

Objective. To determine aggression and impulsivity levels, thorough clinimetric instruments application in psychiatric hospitalized patients.

Method. A descriptive, observational and transversal study was undergone in 225 patients at the Military Central Hospital in a six month period, applying the Plutchick's Impulsivity scale, the Overt Aggression Scale and exploring correlations with some other clinic and demographic variables as well.

Results. Aggression showed a low-level in 67.6%, moderate level in 19.6% and high level in 12.9%. Impulsivity level was low in 37.8% and high in 62.2%. Aggression level was higher in men ($\chi^2 = 1.943$; 2 gl; $p > 0.05$), high socioeconomic status ($\chi^2 = 10.312$; 4 gl; $p < 0.05$), and in patients with impulsive control disorder, anxiety disorder, schizophrenia, and substance abuse disorders ($\chi^2 = 57.114$; 20 gl; $p < 0.05$). Impulsivity was elevated in women ($\chi^2 = 7.058$; 1 gl; $p < 0.05$), students ($\chi^2 = 14.828$; 6 gl; $p < 0.05$), alcohol ($\chi^2 = 7.805$; 2 gl; $p < 0.05$) and tobacco use ($\chi^2 = 17.046$; 2 gl; $p < 0.05$).

Conclusions. Aggression level is low and impulsivity level is high in the studied sample. Both constructs are complex and show varies correlations with different variables. It is necessary to replicate the present study in other poblational samples in order to replicate and confirm the features.

Key words: Aggression, impulsivity, psychiatric patients, clinimetry.

INTRODUCCIÓN

La agresividad es y ha sido uno de los temas más controvertidos en Psiquiatría. Tan sólo definir el concepto provoca contradicciones y promueve diversos puntos de vista. Esto es lógico si nos referimos a la definición global de un aspecto que es eminentemente personal: La impronta del ser humano, su muy particular forma de ser, sentir y actuar. Por lo cual ninguna de las diversas definiciones propuestas ha sido adoptada universalmente.¹⁻³

La agresividad es un comportamiento hostil, destructor y es la manifestación motora del afecto de enojo o de la hostilidad. Se afirma que la agresividad es una forma de conducta y no una emoción, necesidad o motivo; sin embargo, estas últimas pueden acompañar o no a la conducta agresiva. Tanto la agresión excesiva como la carencia de la misma llevan dificultades, ya que la agresividad es una cualidad fundamental gracias a la cual los seres vivos pueden obtener la satisfacción de sus necesidades vitales y de sobrevivencia.²

Por su parte, la impulsividad es una reacción espontánea y sin reflexión donde no se advierten las consecuencias. Además posee otros indicadores estrechamente relacionados como un bajo control de los impulsos y poca tolerancia a la frustración.

La agresividad, la violencia y la agresión son conductas que abarcan todo el espectro de trastornos mentales, por lo cual han sido abordadas principalmente por la medicina forense, con base en la neurofisiología y la neurobioquímica, tanto en animales como en humanos. Por su parte, la psiquiatría ha relegado estas conductas principalmente por considerarlas el objeto de estudio de la criminología, aunque la asociación entre agresión, agresividad, violencia y enfermedad mental es sugerida en muchos escritos a través de la historia.³

La violencia de los pacientes psiquiátricos se ha convertido en una preocupación pública por estar relacionada con los delitos cometidos por estos enfermos. En realidad, los pacientes psiquiátricos son responsables de sólo un pequeño porcentaje de homicidios o de otros actos violentos que ocurren en la sociedad. Aunque los pacientes psiquiátricos no son autores de muchos homicidios ni de la violencia social, es evidente que existe una relación entre padecer algún trastorno mental y un aumento en el riesgo de la violencia,³ correlación que se convierte en una de las principales causas de internamientos psiquiátricos.⁴⁻⁶

Debido a que la conducta agresiva es un fenómeno heterogéneo, su clasificación se ha basado en tres dicotomías, brindando una diversidad de la agresión humana, bajo un enfoque de la psicología social. De acuerdo con Buss la agresión puede ser física o verbal, activa o pasiva y directa o indirecta.

La impulsividad se refiere a patrones complejos de conducta no intencional, actos o motivaciones inconscientes, donde difícilmente el esquizofrénico muestra un motivo racional de sus acciones.³ Es considerada un rasgo de la personalidad asociado a diversos trastornos mentales y caracterizado por la incapacidad de contener los impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto y, consecuentemente, de tener experiencias placenteras de gratificación o de alivio. De la investigación generada por varios autores se puede decir que el supuesto constructo denominado impulsividad está formado por un cierto número de rasgos que incluyen la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensar y la tendencia a involucrarse en conductas de riesgo.⁷

Con base en lo descrito y considerando que la agresividad sigue siendo uno de los principales problemas que se presentan en el tratamiento de pacientes psiquiátricos, se formularon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los niveles y/o la prevalencia de agresividad e impulsividad en pacientes hospitalizados en la sección de Psiquiatría del Hospital Central Militar? ¿Existe asociación entre las variables demográficas y clínicas y los niveles de agresividad e impulsividad en dichos pacientes?

MÉTODO

Se efectuó un estudio descriptivo, observacional y transversal a un grupo de pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar, indistintamente de su diagnóstico psiquiátrico, durante un período de seis meses, captándose un total de 225 pacientes. Se seleccionó a pacientes hospitalizados de ambos sexos, con edad entre 15 y 80 años, que aceptaron participar en el estudio directamente o a través del consentimiento de sus familiares. Se excluyó a pacientes menores de 15 años y mayores de 80 años y aquellos que por sí mismos o por decisión de sus familiares no aceptaron participar en el estudio, lo cual se documentó mediante consentimiento validamente informado.

Instrumentos clínicos

Escala de Agresividad Manifiesta (EAM)

Es un instrumento clínicos que explora la agresividad verbal, agresividad contra objetos, autoagresión y agresión física hetero-dirigida. En cada una de estas categorías existen distintos grados de severidad. Además cuantifica el número de episodios de agresividad del paciente, clasifica el tipo de intervención (ninguna, contención, sujeción gentil, etc.), otorgada en respuesta al grado de agresividad y registra el tiempo y duración de los episodios. El

nivel global de confiabilidad reportado es de 0.86 a 0.87, con valores mínimos de 0.75 para la mayoría de los apartados.⁸⁻¹⁰

Escala de Evaluación de la Impulsividad (EEI) Consta de 15 reactivos contestados en una escala de frecuencia de tres puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, las cuales reflejan pérdida de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y el control conductual. Se califica con cuatro parámetros: nunca, algunas veces, frecuentemente y muy frecuentemente, a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican en forma inversa. La validez de este instrumento es de 0.61 a 0.77 en distintas muestras.¹¹

El plan de análisis incluyó la descripción general de la muestra y la determinación de medidas de tendencia central y frecuencias. Se utilizó χ^2 para las variables discretas.

RESULTADOS

Se estudió un total de 225 pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar en un periodo de seis meses.

Descripción global de la muestra

Su promedio de edad fue de 34.8 años (DE = 10.5), con un mínimo de 15 y máximo de 80, de los cuales 57.8% entre 15 y 29 años, 29.3% entre 30 y 44 años, y 12% entre 45 y 59 años (Cuadro 1). El 68.9% fueron pacientes masculinos y 31.1% pacientes femeninos. El estado civil predominante fue de casados (47.6%). La escolaridad predominante fue de secundaria (37.3%), seguida de primaria (25.8%). El 56% tenían una ocupación de técnico, seguido de 17.8% que reportó dedicarse al hogar.

El 64% mostró indicadores relacionados con un nivel socioeconómico bajo, 34.7% nivel medio y tres casos (1.3%) correspondieron a nivel socioeconómico alto. La mitad de la muestra estudiada son económicamente independientes y un 25.8% dependen de otra persona. La religión predominante es la católica con 82.7%. El 52.9% negó el consumo de alcohol y 31.6% aceptaron que consumen menos de 14 copas por semana. El consumo de tabaco fue negado por el 48.9% y 32.4% reporta fumar menos de 10 cigarros al día.

En relación al diagnóstico psiquiátrico, cerca de una tercera parte (35.1%) presentaron trastornos del estado de ánimo, 15.1% cursa con esquizofrenia y 9.8% presentaron trastornos relacionados con sustancias (Cuadro 2).

Niveles de agresividad e impulsividad

La agresividad encontrada mediante los instrumentos resultó: agresión leve (20 a 29 puntos) en el

Cuadro 1. Pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar en el periodo de estudio, de acuerdo a su grupo de edad.

| Grupo de edad | No. | % |
|---------------|------------|--------------|
| 15 – 29 | 130 | 57.8 |
| 30 – 44 | 66 | 29.3 |
| 45 – 59 | 27 | 12.0 |
| 60 – 74 | 1 | 0.4 |
| 75 – 89 | 1 | 0.4 |
| TOTAL | 225 | 100.0 |

Cuadro 2. Pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar en el periodo de estudio, de acuerdo con su diagnóstico psiquiátrico establecido.

| Diagnóstico | No. | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Trast. de inicio en la infancia | 1 | 0.4 |
| Trast. debidos a enf. med. | 11 | 4.9 |
| Trast. relacionados con sustancias | 22 | 9.8 |
| Esquizofrenia | 34 | 15.1 |
| Trast. del estado de ánimo | 79 | 35.1 |
| Trast. de ansiedad | 20 | 8.9 |
| Trast. somatomorfos | 3 | 1.3 |
| Trast. dissociativos | 15 | 6.7 |
| Trast. del control de impulsos | 9 | 4.0 |
| Trast. adaptativos | 18 | 8.0 |
| Sin diagnóstico psiquiátrico | 13 | 5.8 |
| Total | 225 | 100 |

Cuadro 3. Pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar en el periodo de estudio, según su nivel de agresividad determinada mediante la Escala de Agresividad Manifiesta.

| Nivel de agresividad | No. | % |
|----------------------|------------|--------------|
| Baja (20 – 29) | 152 | 67.6 |
| Moderada (30 – 39) | 44 | 19.6 |
| Alta (40 - +) | 29 | 12.9 |
| Total | 225 | 100.0 |

Cuadro 4. Pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar en el periodo de estudio, según su nivel de impulsividad determinada mediante la Escala de Impulsividad de Plutchick.

| Nivel de impulsividad | No. | % |
|-----------------------|------------|--------------|
| Baja (< 19) | 85 | 37.8 |
| Alta (> 20) | 140 | 62.2 |
| Total | 225 | 100.0 |

Cuadro 5. Nivel de agresividad en pacientes estudiados de acuerdo con su distribución por sexo.

| Nivel de Agresividad | Sexo | | Femenino | | Total | |
|----------------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Masculino | | | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Leve (20-29) | 101 | 65.2 | 51 | 72.8 | 152 | 67.6 |
| Moderado (30-39) | 31 | 20 | 13 | 18.6 | 44 | 19.6 |
| Severo (40 - +) | 23 | 14.8 | 6 | 8.6 | 29 | 12.8 |
| TOTAL | 155 | 100 | 70 | 100 | 225 | 100 |

$\chi^2 = 1.943; 2 \text{ gl}; p > 0.05$

Cuadro 6. Nivel de agresividad en pacientes estudiados de acuerdo con su diagnóstico psiquiátrico establecido.

| Diagnóstico | Agresividad | | | TOTAL |
|---------------------------------|-------------|-----------|-----------|------------|
| | 20-29 | 30-39 | 40- + | |
| Trast. de inicio en la infancia | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Trast. debidos a enf. med. | 8 | 1 | 2 | 11 |
| Trast. rel. con sustancias | 12 | 6 | 4 | 22 |
| Esquizofrenia | 12 | 13 | 9 | 34 |
| Trast. del estado de ánimo | 64 | 11 | 4 | 79 |
| Trast. de ansiedad | 13 | 3 | 4 | 20 |
| Trast. somatomorfos | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Trast. disociativos | 14 | 1 | 0 | 15 |
| Trast. del control de impulsos | 2 | 2 | 5 | 9 |
| Trast. adaptativos | 11 | 6 | 1 | 18 |
| Normales | 13 | 0 | 0 | 13 |
| TOTAL | 152 | 44 | 29 | 225 |

$\chi^2 = 57.114; 20 \text{ gl}; p < 0.05$

67.6%, agresión moderada (30 a 39 puntos) en el 19.6% y agresión alta (40 o más puntos) en el 12.9% (Cuadro 3).

El nivel de impulsividad fue bajo en 85 casos (19 o menos puntos) representando un 37.8% y fue alto en 140 pacientes (20 o más puntos) representando el 62.2% (Cuadro 4).

Análisis correlacional

Agresividad

Aun cuando no se demostró una correlación significativa entre sexo y agresividad ($\chi^2 = 1.943; 2 \text{ gl}; p > 0.05$), se observó que 65.2% de los hombres y 75.8% de las mujeres cursan con un nivel de agresividad leve; mientras que sólo 14.8% de pacientes masculinos y un 8.6% de pacientes femeninos mostraron un nivel de agresividad alto (Cuadro 5).

El nivel socioeconómico alto mostró una correlación estadísticamente significativa respecto a un nivel alto de agresión ($\chi^2 = 10.312; 4 \text{ gl}; p < 0.05$), en comparación con los niveles socioeconómicos medio y bajo, los cuales estuvieron asociados a un nivel bajo de agresión.

Al considerar el diagnóstico psiquiátrico en relación con los niveles de agresividad, se observó que

el subgrupo de quienes cursan con trastornos de inicio en la infancia y quienes no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico mostraron un nivel de agresividad leve. Esto contrastó con el subgrupo de los trastornos del control de impulsos, de ansiedad, esquizofrenia, uso de sustancias y trastornos debidos a enfermedades médicas, quienes presentaron valores significativamente más altos de agresión ($\chi^2 = 57.114; 20 \text{ gl}; p < 0.05$) (Cuadro 6).

No se encontró correlación estadísticamente significativa entre los niveles de agresividad y el estado civil ($\chi^2 = 5.905; 6 \text{ gl}; p > 0.05$), la ocupación ($\chi^2 = 14.969; 12 \text{ gl}; p > 0.05$), religión ($\chi^2 = 3.866; 6 \text{ gl}; p > 0.05$), consumo de alcohol ($\chi^2 = 4.798; 4 \text{ gl}; p > 0.05$) y consumo de tabaco ($\chi^2 = 6.914; 4 \text{ gl}; p > 0.05$).

Impulsividad

Los niveles de impulsividad alta están significativamente asociados con pacientes del sexo femenino ($\chi^2 = 7.058; 1 \text{ gl}; p < 0.05$), ocupación de estudiantes, profesionistas y empleados ($\chi^2 = 14.828; 6 \text{ gl}; p < 0.05$), consumo elevado de alcohol ($\chi^2 = 7.805; 2 \text{ gl}; p < 0.05$) y consumo elevado de tabaco ($\chi^2 = 17.046; 2 \text{ gl}; p < 0.05$).

El nivel de impulsividad no mostró una correlación estadísticamente significativa con el estado civil

Cuadro 7. Nivel de impulsividad en pacientes estudiados de acuerdo con su diagnóstico psiquiátrico establecido.

| Diagnóstico | Impulsividad | | Total |
|------------------------------------|--------------|-----------|-------|
| | Bajo ≤ 19 | Alto ≥ 20 | |
| Trast. de inicio en la infancia | 1 | 0 | 1 |
| Trast. debidos a enfermedad médica | 8 | 3 | 11 |
| Trast. rel. con sustancias | 7 | 15 | 22 |
| Total | 16 | 18 | 34 |

$\chi^2 = 17.85$; 10 gl; $p > 0.05$

($\chi^2 = 4.142$; 3 gl; $p > 0.05$), nivel socioeconómico ($\chi^2 = 1.92$; 2 gl; $p > 0.05$), religión ($\chi^2 = 4.265$; 3 gl; $p > 0.05$), ni con el diagnósticos psiquiátrico establecido ($\chi^2 = 17.854$; 10 gl; $p > 0.05$) (Cuadro 7).

DISCUSIÓN

La muestra estudiada describió un grupo típico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar, propio de un hospital de concentración nacional del tercer nivel de atención.

Los niveles de agresividad detectados en el presente estudio fueron: alta para 12.9%, moderada para 19.6%, y leve para 67.6%, los cuales corresponden a los publicados por otros autores^{1,2,6} y demuestran que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos no son por sí mismos agresivos, es decir, que la agresividad y la enfermedad mental no se encuentran directamente relacionadas de manera causal o lineal.^{1,12} En contraste, el nivel de impulsividad fue en su mayoría alto (140 pacientes/ 62.2%) y fue bajo en sólo 85 casos (37.8%), lo cual también ha sido descrito en la literatura^{1,12,13} y permite señalar que impulsividad no equivale a agresividad, porque la primera constituye una vía de salida o expresión de los impulsos agresivos que difiere de la agresividad propiamente dicha.

El análisis correlacional muestra que el nivel de agresividad es mayor en hombres que en mujeres como ya ha sido reportado.¹ Asimismo se encontró más agresividad en niveles socioeconómicos altos, lo cual no ha sido señalado y que puede relacionarse con una mayor represión de los impulsos, mismos que se ven liberados durante el proceso de enfermedad. Por otra parte la asociación entre niveles de agresividad alta y el subgrupo de los trastornos del control de impulsos, de ansiedad, esquizofrenia, uso de sustancias y trastornos debidos a enfermedades médicas, ha sido reportado en estudios previos,^{1,12-14} así como la ausencia de asociación estadística para otras variables tales como estado civil, ocupación, religión, consumo de alcohol y tabaco.

La impulsividad se asoció más al sexo femenino, estudiantes, consumo de alcohol y de tabaco, lo cual también ha sido ya descrito previamente^{1-3,12,13} y no

tuvo correlación para con las variables estado civil, nivel socioeconómico, religión, ni diagnóstico psiquiátrico. Cabe puntualizar que la impulsividad constituye así un constructo con diferencias marcadas respecto de la agresividad.

Finalmente es importante subrayar que los resultados descritos confirman el hecho de que los fenómenos de agresividad e impulsividad son sumamente complejos y que no existe una postura única que pueda abarcar completamente la multitud de factores causales.

CONCLUSIONES

El nivel de agresividad en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar es alta en el 12.9 % de ellos y el nivel de impulsividad es alta en el 62.2%, los cuales constituyen niveles similares a los reportados por otros autores.

El nivel de agresividad es mayor en hombres y en padecimientos tales como trastornos del control de impulsos, de ansiedad, esquizofrenia, uso de sustancias y trastornos debidos a enfermedades médicas. En tanto que el nivel de impulsividad es más alto en mujeres y estudiantes y se correlaciona con el consumo de alcohol y tabaco.

Agresividad e impulsividad son constructos complejos que comparten algunas características y difieren en otras. Su estudio requiere un abordaje integral y la consideración de diversas posturas y perspectivas de trabajo e investigación.

Por último, se enfatiza la importancia de esta nueva línea de investigación sobre agresividad e impulsividad, así como la necesidad de proseguirla a fin de confirmar los presentes hallazgos en otras muestras clínicas poblacionales, a fin de estar en condiciones de contribuir al diseño de estrategias de prevención y/o erradicación de conductas violentas en el ámbito del internamiento psiquiátrico.

REFERENCIAS

- Asnis GM, Kaplan M, Hundorf G. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. The Psychiatric Clin North Am 1997; 20(2): 405-25.

2. Ayuso GJL. Biología de la conducta agresiva y su tratamiento. Salud mental 1999; (Número especial); 19-25.
3. Baron RA. Human aggression. New York: Plenum Publishing Co.; 1977.
4. Botsis AJ. Parental loss and family violence as correlates of suicide and violence risk. Department of Psychiatry. Albert Einstein College of Medicine, Montefiore Medical Center, Bronx, N.Y. 1995; 24(2).
5. Crownier, Stepcic, Peric, Czobor. Typology of patient-patient assaults detecte by videocameras. Am J Psychiatry 2004; 151(11): 1669-72.
6. Dunner, DL. Current psychiatric therapy 1993; 460-85.
7. Glancy GD, Regehr C. The forensic psychiatric aspects of schizophrenia. Clinical Forensic Psychiatry 1992; 15(3).
8. Kopecky HJ, Kopecky CR, Yudofsky SC. Reliability and validity of the Overt Agitation Severity Scale in adult psychiatric patients. Psychiatr Q 1998; 69(4): 301-23.
9. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, Silver JM, Endicott J. The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1997; 9(4): 541-8.
10. Yudofsky SC, Silver JM, 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.
11. Páez F, Jiménez A, López A, Ortega HRA, Nicolini H. Estudio de validez de la traducción al castellano de la escala de impulsividad de Plutchick. Salud Mental 1996; 195: 10-2.
12. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients, I. Nature and prevalence. Journal of Nervous and Mental Disease 1988; 176: 539-46.
13. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients, II. Covariates and predictors. Journal of Nervous and Mental Disease 1988; 176: 547-57.
14. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive unit. Hospital and Community Psychiatry 1991; 42(12): 207-12.
15. Krakowski M, Volavki J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. Comprehensive Psychiatry 1986; 27: 131-48.

Recibido: Octubre 21, 2006

Aceptado: Febrero 12, 2007