

VALIDACIÓN DE LA “ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA” EN PACIENTES PSICÓTICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSITARIO

VALIDATION OF THE “AGGRESSIVE MANIFESTATION SCALE” IN PSYCHOTIC PATIENTS TREATED AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSITARI

Título Abreviado: Validación de la Escala de Agresividad Manifiesta

M.Sc. Dra. Mónica Rivera Bedoya. * M.Sc.Dra. Maria del Pilar Navia Bueno

*Médico Psiquiatra Epidemióloga. Universidad Mayor de San Andrés

** Medico Epidemióloga Clínica, Directora. IINSAD. Universidad Mayor de San Andrés
Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario de la Ciudad de La Paz

Autor Responsable: Mónica Rivera Bedoya. IINSAD. monbriel@hotmail.com

RECIBIDO: 20/10/2017

ACEPTADO: 23/10/2017

RESUMEN

Objetivo. Este trabajo tiene el objetivo de validar la Escala de Agresividad Manifiesta en pacientes psicóticos atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario durante la gestión 2014-2015, como instrumento predictor de la agresividad.

Metodología. Se trata de un estudio analítico tipo test diagnóstico, donde se utilizó como Gold Estándar el Riesgo de Violencia de Plutchik, se confecciona la tabla de contingencia, para determinar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, además de los likelihood ratio positivo y negativo para determinar la validez de la nueva prueba (Escala de Agresividad Manifiesta), que se está estudiando como medio diagnóstico de enfermedad mental.

Resultados. La tabla de contingencia elaborada que usa como Gold Estándar el Índice de Violencia de Plutchik, determina una sensibilidad del instrumento a validar del 97.8%, y especificidad del 41.9%, con una fuerte correlación positiva.

Conclusiones. La Escala de Agresividad Manifiesta es un instrumento que sirve para determinar el grado de agresividad que presentan los pacientes con trastornos psicóticos, en correlación con índice de violencia de Plutchik que identificaba a los pacientes potencialmente violentos, no asignaba el nivel ni la conducta inmediata como lo hace la Escala de Agresividad Manifiesta, esta ventaja ayuda a expandir conocimientos especializados en las técnicas de contención en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Validación, Escala de Agresividad Manifiesta, Psicosis.

SUMMARY

Objective. This study aims to validate the Manifest Aggressiveness Scale in psychotic patients seen in the Emergency Department of the Hospital de Clínicas Universitario during the 2014-2015 management, as a predictor of aggressiveness.

Methodology. This is an analytical study of a diagnostic test type, where the Plutchik Risk of Violence Standard was used as a standard, the contingency table was drawn up to determine sensitivity, specificity, positive and negative predictive values, plus positive and positive ratehood negative to determine the validity of the new test (Manifest Aggressive Scale), which is being studied as a diagnostic medium for mental illness.

Results. The elaborated contingency table using the Plutchik Violence Index as the Standard Gold determines a sensitivity of the instrument to be validated of 97.8% and specificity of 41.9% with a strong positive correlation.

Conclusions. The Manifest Aggressiveness Scale is an instrument used to determine the degree of aggressiveness of patients with psychotic disorders, correlated with Plutchik's violence index, which identified potentially violent patients, did not assign immediate level or behavior as described above. makes the Manifest Aggressive Scale, this advantage helps to expand specialized knowledge in the containment techniques in this type of patients.

Key words: Validation, Scale of Aggressiveness Manifest, Psychosis.

INTRODUCCIÓN.

La preocupación por controlar y reducir los comportamientos agresivos y la violencia han llevado a desarrollar nuevos estudios de instrumentos para detectar y actuar en el momento preciso sobre la agresión y sus consecuencias⁽¹⁾, diversos estudios han mostrado que un componente crítico del estigma de los trastornos psicóticos es acerca de la extrema peligrosidad de los individuos que la padecen⁽⁴⁾.

Aun cuando el nivel de peligrosidad percibido por la comunidad no es el único factor asociado a la estigmatización⁽²⁾, los conceptos de agresión y psicosis son un aspecto central del estereotipo que se ha formado de los individuos con trastornos psicóticos. Incluso, se ha reportado que las personas que visualizan al enfermo mental como agresivo y/o peligroso, manifiestan mayor temor y conductas de evitación hacia éstos.

En revisiones bibliográficas, se ha encontrado que la agresividad es más frecuente en pacientes psiquiátricos que la población en general (Volavka y cols 20.6%, mayor en países en vías de desarrollo 31.5% y 10% en países desarrollados)¹, y más aún en pacientes hospitalizados diagnosticados con algún tipo de psicosis.

En Servicios de Emergencias de hospitales de la ciudad de La Paz, se atienden pacientes con trastornos psicóticos con diferentes niveles de agresividad que no solo ponen en riesgo su seguridad personal y la de su familia, sino también del personal de salud que acude a asistirlos.

Para identificar con mayor objetividad el nivel de agresividad del paciente psicótico, se requiere un instrumento el cual oriente al profesional de atención de emergencia a decidir una conducta de contención, ya sea verbal, mecánica o química.

Según datos del comité legislativo del Estado de New York estima que se producen hasta 12.000 ataques al año⁽⁵⁾, por pacientes psiquiátricos hacia personal de salud en Hospitales del sistema estatal¹ y En España, solo en el año 2012 se han descrito 19.143 casos de conductas violentas en instituciones donde se atienden a pacientes con enfermedad mental⁽⁶⁾, la OMS en su reporte mundial sobre violencia y salud, informa que hay más de 1.6 millones de muertos en el mundo por agresividad y violencia⁽³⁾, de pacientes no solamente hacia sus familiares sino también a personal de salud y terceras personas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la validez de la Escala de Agresividad Manifiesta en pacientes psicóticos habitantes de gran altura atendidos en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario durante las gestiones 2014-2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la validez de la escala de agresividad

1 Maharaj R, Gillies D, Andrew S, O'Brien L. Characteristics of patients referred by police to a psychiatric hospital. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2011;18(3):205-12.

manifiesta como prueba diagnóstica en pacientes psicóticos habitantes de gran altura que son atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario al momento de ingreso durante las gestiones 2014-2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la sensibilidad y especificidad, valores predictivos positivo y negativo, además de los likelihood ratio positivo y negativo de la Escala de Agresividad Manifiesta.
- Describir el tipo de agresividad en pacientes psicóticos.
- Identificar la frecuencia de agresividad por sexo según ambas escalas.
- Conocer la frecuencia de agresividad por diagnóstico de trastorno psicótico orgánico y no orgánico con el empleo de ambas escalas.
- Implementar el instrumento de validación en centros de atención de emergencias de la ciudad de La Paz.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN.

El levantamiento de las muestras se realizó en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario durante las gestiones 2014 y 2015

MEDICIONES.

UNIDAD OBSERVACIONAL.

Son 132 pacientes recibidos en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario, a los cuales se aplicó la Escala de Agresividad Manifiesta así como la escala de violencia de Plutchik a los familiares de cada paciente recibido con motivo de interconsulta o motivo de consulta de agresividad, previa explicación breve y firma del consentimiento informado.

Los participantes del estudio fueron pacientes internados con diagnóstico de trastorno psicótico en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Clínicas durante el periodo 2014-2015.

MARCO MUESTRAL.

El trabajo de investigación incorporo por tamaño de muestra 132 personas que fueron atendidas y elegidas por especialistas en psiquiatría en el

servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio analítico tipo Test Diagnóstico.

TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.

El tamaño de muestra, se realizó en el programa estadístico EPIINFO versión 6, para estudios poblacionales, teniendo como dato, la cantidad de pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario, siendo estos un total de 1200, el dato de sensibilidad y especificidad por referencia bibliográfica de 90% y 88% respectivamente y un error aceptable menor del 50%, se obtiene una muestra de 132 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizaron las operaciones para conocer especificidad, sensibilidad de ambas pruebas con el programa estadístico del SPSS 19 y pruebas diagnósticas.

PLAN DE ANÁLISIS.

Al tratarse de un diseño clínico de Test Diagnostico, se confecciona la tabla de contingencia, para determinar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, además de los likelihood ratio positivo y negativo para determinar la validez de la nueva prueba que se está estudiando como medio diagnóstico de una enfermedad mental.

Se aplican los instrumentos en pacientes con trastorno psicótico atendidos en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario, a los familiares del paciente o a la persona que responsable del paciente, previamente la firma del consentimiento informado (Anexo), posteriormente a la recolección de los datos, se tabularon y se los analizaron en SPSS 19.6, para su posterior descripción.

ASPECTOS ÉTICOS.

Se realizó una hoja de consentimiento por parte de los familiares encargados de los pacientes con firma de cada uno.

Los datos obtenidos serán manipulados exclusivamente por el investigador y tutor

respetando la privacidad del paciente.

RESULTADOS.

- Se inició el análisis, de acuerdo al comportamiento de las variables (continuas como la edad promedio que es de 28 de edad), calculo estadístico de tendencia central (promedio) y de dispersión (desvío estándar), valores mínimos y máximos.
- La mayor parte de las variables fueron cualitativas, analizando los porcentajes y demostrados en los cuadros 1 al 6.
- El estudio es de tipo analítico "Test

Diagnostico", que por metodología cuenta con Gold Estándar o Estandar de oro que es el Índice de Violencia de Plutchik, el cual se analizó como eje diagnóstico de agresividad, frente a la nueva prueba que se valida, que es la Escala de Agresividad Manifiesta, como es analizada en la tabla de contingencia que se observa en el cuadro N° 1

- Determinando Sensibilidad del 97.8%, de los pacientes que presenta agresividad, el test puede diagnosticar de manera positiva, siendo altamente sensible en relación a la especificidad que resulta ser baja, dando un 41.9%.

Cuadro N° 1

ESTUDIO DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE UNA PRUEBA DIAGNÓSTICA

	PRESENTE	AUSENTE		
	(Prueba de referencia +)	(Prueba de referencia -)		
PRUEBA DIAGNÓSTICA +	90	25	115	
-	2	18	20	
	92	43	135	
			IC	95%
	Sensibilidad	97,8%	92,4%	a 99,4%
	Especificidad	41,9%	28,4%	a 56,7%
	Valor predictivo positivo	78,3%	69,9%	a 84,8%
	Valor predictivo negativo	90,0%	69,9%	a 97,2%
	Proporción de falsos positivos	58,1%	43,3%	a 71,6%
	Proporción de falsos negativos	2,2%	0,6%	a 7,6%
	Exactitud	80,0%	72,5%	a 85,9%
	Odds ratio diagnóstica	32,40	7,04	a 149,12
	Índice J de Youden	0,4		
	CPP o LR(+)	1,68	1,30	a 2,17
	CPN o LR(-)	0,05	0,01	a 0,21
	Probabilidad pre-prueba (Prevalencia)	68,1%		

Fuente: Resultados de instrumentos de recolección de datos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Universitario.

La sensibilidad de la prueba de agresividad manifiesta es de 97.8%, representa que en el 97.8 % de los pacientes que presenta agresividad, el test puede diagnosticar de manera positiva, siendo altamente sensible en relación a la especificidad que resulta ser baja, dando un 41.9%.

El valor predictivo positivo muestra una probabilidad de tener un resultado positivo

cuando en realidad hay agresividad de 78.3% y la probabilidad de tener un resultado negativo en la nueva prueba cuando en realidad no hay agresividad del 90%.

La razón de probabilidad positiva es de 1.68 interpretada como la probabilidad de diagnosticar agresividad con la nueva prueba de 1,68 veces más en relación a otras pruebas y menos de 1 cuando no existe agresividad (LR (-) 0,05).

Cuadro N° 2
LA PAZ. NIVEL DE AGRESIVIDAD SEGÚN LA OAS 2014-15

ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA (OAS)	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	95% I.C.	
NO PRESENTA AGRESIVIDAD	46	34.1%	26.1%	42.7%
AGRESIVIDAD LEVE	50	37%	28.9%	45.8%
AGRESIVIDAD MODERADA	34	25.2%	18.1%	33.4%
AGRESIVIDAD SEVERA SEVERO	5	3.7%	1.2%	8.4%
Total	135	100%		

Fuente: Resultados de instrumentos de recolección de datos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Universitario. *Elaboración Propia.*

El cuadro muestra que 37% de los pacientes (50 pacientes) presentaron un nivel de agresividad leve, en correspondencia con la interpretación de la escala para la intervención serían pacientes verbalmente contenedibles, seguidos de 34.1% (46 pacientes) que no presentaron agresividad en los cuales después de realizar la valoración psicopatológica se envía a domicilio con tratamiento psicofarmacológico, presentaron agresividad moderada 25.2% (34 pacientes) que son aquellos a los cuales se inicia con una

contención verbal pero al no tener una respuesta esperada es decir colaboración del paciente se interviene químicamente, debemos recordar que un paciente con agresividad moderada puede desencadenar en cualquier momento un raptus de heteroagresividad, finalmente 3.7% (5 pacientes) presentaron un nivel severo de agresividad, lo que significa que es incontenible verbalmente y lo que corresponde para preservar el bienestar tanto del paciente como del entorno es inmediatamente la contención química.

Cuadro N° 3
PRESENCIA O ASUSENCIA DE VIOLENCIA
MEDIDOS POR LA ESCALA DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK 2014-15

ESCALA DE VIOLENCIA PLUTCHIK	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	95% I.C.	
No presenta violencia	10	7.4%	3.6%	13.2%
Si presenta violencia	125	92.6%	86.8%	96.4%
Total	135	100.00%		

Fuente: Resultados de instrumentos de recolección de datos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Universitario. *Elaboración Propia.*

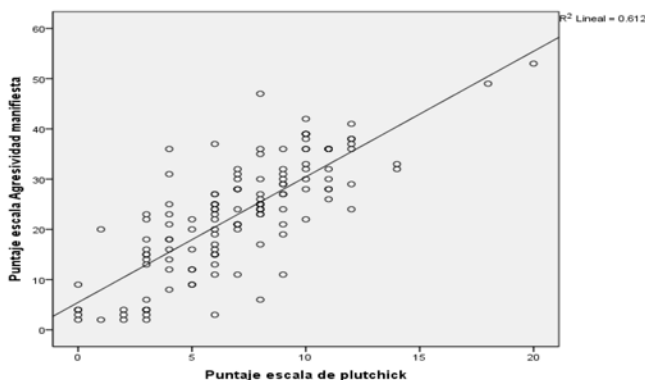
El cuadro muestra que según la escala de violencia de Plutchik, 92% (125 pacientes) presentarían la intención de producir daño, es decir que casi el total de los pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental, presentarían riesgo de violencia, y un porcentaje muy pequeño 7.4% (10 pacientes) no presentarían violencia, teniendo en cuenta que la fase productiva de los trastornos psicóticos se manifiestan por alteraciones sensorio-perceptivas, del contenido del pensamiento (ideación delirante) y alteraciones psicomotrices, la escala nos indica que uniformemente todos deben ser considerados como violentos.

Cuadro N° 4
CORRELACIÓN DE PEARSON DE LA ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA COMPARADO CON EL GOLD ESTÁNDAR (RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK)

PUNTAJE ESCALA AGRESIVIDAD (OAS)	PUNTAJE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHICK
Correlación de Pearson	.782
Sig. (bilateral)	.000
N	135

Fuente: Resultados de instrumentos de recolección de datos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Universitario. *Elaboración Propia.*

Figura N° 1
DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE LA ESCALA DE
AGRESIVIDAD MANIFIESTA COMPARADO CON
EL GOLD ESTÁNDAR (RIESGO DE VIOLENCIA DE
PLUTCHIK)



Fuente: Resultados de instrumentos de recolección de datos en el Servicio de Emergencia del Hospital de Clínicas Universitario. Elaboración Propia.

El diagrama muestra una relación positiva de ambos instrumentos, dado que su valor se aproxima a +1, resultado que se puede observar en el diagrama de correlación donde ambos datos se encuentran en una dirección con poca tendencia a la dispersión.

DISCUSIÓN.

Desde el inicio de los tiempos la agresividad ha sido y seguirá siendo una expresión del estado de ánimo y expresada de distintas formas ya sean estas: verbales, a objetos, a otras personas; elevando el tono de la voz, tirando puertas, lanzando objetos o hasta utilizando palabras soeces, amenazándoles de muerte a las personas quienes los apoyan (familia) o en el peor de los casos ocasionándoles la muerte.

Uno de los datos más alarmantes con relación a las consecuencias de la agresividad es que aquellos pacientes que han perdido el juicio de realidad al vivir con un yo escindido, al sentirse amenazados por un ente externo o interno en una forma de defensa llegan a la autoagresión de formas dramáticas como extirparse los globos oculares, cortarse el cuello con objetos cortantes (vidrios rotos, cuchillos, etc.), apuñalarse con diferentes objetos y precipitarse al vacío. *-Un paciente refería: ustedes no entienden lo que es ver al diablo, escuchar su voz y sentir su olor durante todo el día-*.

En la ciudad de La Paz y más ciertamente en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario por la gran afluencia de pacientes que llegan de diferentes provincias y departamentos la aplicación de la Escala de Agresividad Manifiesta en pacientes con trastornos psicóticos nos predice su nivel de agresividad evitando poner en riesgo a médicos que trabajan en el servicio de emergencias que reciben a estos pacientes como especialistas en psiquiatría.

El instrumento demostró tener una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de 0.93) que indica un alto grado de fiabilidad, la muestra estudiada describió un grupo típico de pacientes con psicosis recibidos en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario, propio de un hospital de concentración nacional de tercer nivel de atención.

Los niveles de agresividad presentados en el siguiente estudio fueron del 65.9% de pacientes dentro de las subclasificaciones de leve, moderada, severa, que corresponde a publicaciones de otros autores, en contraste con la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik se encuentra que un 92.6% de los pacientes atendidos si presenta violencia y 7.4 % no presenta violencia, la comparación entre ambos refleja por un lado que la violencia que mide Plutchik es cualquier acto que daña la integridad física, psicológica o social de una persona de forma deliberada, y que además estos pacientes tienen mayor clínica de impulsividad que afectiva, lo que indica que no realizarían el acto violento por enojo, más bien por impulsividad y la baja tolerancia a la frustración, y muy poca empatía, y la agresión como aquella actividad que se manifiesta con intensidad variable donde el paciente intenta imponer su punto de vista sin planificar la conducta lesiva, es decir una conducta dirigida a causar lesión sin antes haberla planificado.

En la práctica clínica y preventiva se realizan pruebas que nos permiten llegar a conclusiones de interés diagnóstico o pronóstico, la aplicación del razonamiento epidemiológico a la investigación clínica nos ayuda a responder esta pregunta, en el caso de pacientes con trastorno psicótico la Escala de agresividad manifiesta en el estudio demostró ser muy sensible (99.4%),

en el caso de determinar cuando un paciente presenta agresividad, vemos que este resultado coadyuva en el manejo del paciente ya que por sus características podría tener implicancia en su seguridad y de personas de su entorno.

También podemos observar que con la prueba que el diagrama de dispersión tiene una alta correlación positiva es decir que ambas pruebas tanto Plutchik como la Escala de Agresividad Manifiesta miden los mismo.

IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS.

En consonancia con los hallazgos de la investigación, quedan confirmados tres aspectos: 1) la ausencia de uso de instrumentos para valorar al paciente psicótico en unidades de emergencias; 2) La falta de identificación del grado de agresividad en el paciente puede determinar un manejo y una aproximación inadecuados 3) En psiquiatría algo que se encuentra y mucho es que muchas familias intensifican o magnifican la

sintomatología del paciente para “*deshacerse de él*”, esta situación con el empleo del OAS no es posible porque dentro de las correlación de los indicadores que se miden se tomó en cuenta este aspecto.

Implicaciones psicosocial que subraya el fortalecimiento de las competencias o habilidades necesarias para recibir y resolver situaciones de emergencias con relación al paciente psicótico, incluida la conducta del personal de salud.

AGRADECIMIENTOS.

Un agradecimiento especial a todos aquellos pacientes y familiares de pacientes que aprobaron utilizar la información de cada uno de ellos, gracias a los cuales no se hubiera logrado realizar el estudio. Un agradecimiento especial a la tutora de este estudio la Dra. María del Pilar Navia Bueno quien por su alta experticia en temas de investigación y test diagnóstico alimento de la manera más profesional en la elaboración de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Knight M, Coakley C. Fall risk in patients with acute psychosis. *Journal of nursing care quality*. 2010;25(3):208-15.
2. Maharaj R, Gillies D, Andrew S, O'Brien L. Characteristics of patients referred by police to a psychiatric hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2011;18(3):205-12.
3. Nolan KA, D'Angelo D, Hoptman MJ. Self-report and laboratory measures of impulsivity in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder and healthy controls. *Psychiatry research*. 2011;187(1-2):301-3.
4. Berman BA, Duffy K, Serper MR. Beliefs about voices and aggressive behavior in inpatients in an acute psychiatric setting. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;71(4):497-501.
5. Colasanti A, Paletta S, Moliterno D, Mazzocchi A, Mauri MC, Altamura AC. Symptom dimensions as predictors of clinical outcome, duration of hospitalization, and aggressive behaviours in acutely hospitalized patients with psychotic exacerbation. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*. 2014;6:72-8.
6. An SK, Kang JI, Park JY, Kim KR, Lee SY, Lee E. Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2015;118(1-3):54-61.