

Universidad Nacional Autónoma de México.
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

Tesis que, para obtener el Título de Especialista en:

PSIQUIATRÍA

Presenta la Dra:

María del Rocío II Osorio Espinosa

Título:

Agresividad y Género en el Trastorno Bipolar tipo I: Estudio Abierto en
una Sala de Urgencias.



Dra. María del Rocío II Osorio Espinosa

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Dr.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Asesor Teórico.

Dr. Marco Antonio López Batrón.



Asesor Metodológico.

Dr. Andrés Borbón Martínez.

México, D.F., Marzo del 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Manuel de los Ríos H.

Oscar Espinosa

FECHA: 18/10/06

FIRMA: [Signature]

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA DE CULTURA Y ARTES
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
CALLE DE LA INDEPENDENCIA 853
PUNTO DE PARTIDA, CDMX 06702

Indice

Introducción

Violencia

Agresión Impulsiva vs. Agresión Premeditada

Medición de la Impulsividad

Neurobiología de la Agresión

Estructura y Función en Trastorno Bipolar

Escalas de Medición de la Agresión

Género y Trastorno Bipolar

Violencia y Enfermedad Mental

Conducta Violenta y Género

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Agresividad y Género en el Trastorno Bipolar tipo I: Estudio Abierto en una Sala de Urgencias.

Introducción:

La Agresividad, definida como la violencia ejercida hacia otros o hacia los objetos mediante el uso de la fuerza física o a través de amenazas o lenguaje procaz, es un fenómeno común en los pacientes con trastornos psiquiátricos. Es bien conocida la asociación entre criminalidad y enfermedad mental (McElroy, 1999). Sin embargo, ésta relación no es causal. Debido a que la agresividad es la vía final común a través de la cual se manifiestan múltiples fenómenos psicopatológicos (Lindenmayer, 2000), su estudio reviste especial importancia en el ámbito de la psiquiatría (Appelbaum, 2001).

Indudablemente, el principal factor asociado a la violencia es el género. Ser varón se asocia a conducta agresiva con mayor certeza que cualquier otra variable del huésped. Sin embargo, la psicopatología es un factor que modifica éste predominio del género masculino aunque, según la mayor parte de los estudios, no lo invierte.

El manejo de la conducta agresiva es sindromático, enfocado a disminuir la violencia. Tratar las causas subyacentes mejora la conducta y el funcionamiento psicosocial del individuo, además de disminuir la posibilidad de efectos deletéreos sobre la familia y los cuidadores (Dore y Romans, 2001; Pollack et al, 2000).

Existen pocos estudios que exploren el género como variable principal en la presencia o no de conducta agresiva en los pacientes con Trastornos Afectivos. Mucho se ha escrito sobre la violencia asociada a la esquizofrenia, a los trastornos psicóticos de origen orgánico (vgr. Epilepsia) y en algunos trastornos de personalidad (vgr. Trastorno Disocial de la Personalidad). No obstante, y aunque se menciona al Trastorno Bipolar como una de las patologías psiquiátricas asociadas de manera estrecha a la conducta violenta

(Feldman, 2001), no se sabe si en los pacientes que sufren ésta enfermedad es el género, la gravedad de los síntomas, el consumo de sustancias (elevado en éste trastorno), la adherencia terapéutica o la emergencia de síntomas psicóticos los que determinan la presencia de agresividad, su tipo e intensidad.

Es un hecho conocido que el Trastorno Bipolar favorece la conducta agresiva. Sin embargo, el espectro de los "Trastornos Bipolares" (Akiskal, 1999) comprende una amplia variedad de condiciones que complican el panorama. La hipomanía, la ciclotimia, los estados mixtos, los cuadros inducidos por antidepresivos o estimulantes, etc. Todos ellos muestran características que, potencialmente, pueden confundir al clínico. La agresividad ha sido más sólidamente asociada a la manía, ya sea pura o como parte de un cuadro mixto. Sin embargo, el Trastorno Bipolar Tipo I no es la única condición que manifiesta agresividad como parte de su complejo sintomático. La hipomanía, los ciclos rápidos (y los ultradianos) e incluso la ciclotimia pueden tornar agresivo al paciente.

Uno de los aspectos más preocupantes del espectro originado por la conducta agresiva es el relativo al riesgo suicida, presente en forma de suicidio consumado en el 18.9% de los sujetos con Trastorno Bipolar Tipo I (Goodwin y Jamison, 1990). Dado que la violencia en todas sus formas puede tornarse contra el sujeto mismo, y que las conductas heteroagresivas llevan implícito el riesgo de sufrir maltrato o de poner en riesgo la vida del paciente o de terceros, el estudio de la agresividad es de la mayor importancia en la psiquiatría y ciencias afines.

Violencia

Durante cuatro siglos (del XV al XIX) la palabra "agresión" (del verbo agredí, atacar) bastaba para indicar con claridad la situación en la que "un individuo ataca a otro". Al comenzarse a utilizar el término "agresividad", con el que se designa una intención agresiva sin acto agresivo, comienza a plantear un reto mayor. El principal problema para definir agresión o violencia, es la intencionalidad del acto. El concepto de intención se introdujo para excluir los actos nocivos de los accidentales. Entre agresión y agresividad no sólo existe toda la distancia que separa un acto de una intención. La agresividad observada en una conducta puede prestarse al estudio de su causalidad psicológica. (Bandura, 1977)

Expertos de muchos campos han intentado definir la agresión o conducta violenta, ya que ésta presenta diferentes causas y manifestaciones. Una de estas definiciones es la descrita por Moyer (1968), quien define la agresión como "una conducta explícita dirigida a infligir un estímulo nocivo o a comportarse de manera destructiva hacia otro organismo" Ya que la definición requiere que la conducta sea manifiesta o patente, las fantasías agresivas, sueños o planes, u otras formas de agresión incubierta no cumplen con los criterios según esta definición. La conducta agresiva explícita incluye, entonces, agresión física, agresión verbal, o ambos. Un punto importante sobre esta definición propuesta, es que no incluye conductas autolesivas, tales como la automutilación o el suicidio. Esto, sin embargo, no significa que no exista una estrecha relación entre ambos, ya que se han encontrado semejanzas neurobiológicas en la conducta agresiva y suicida. Así mismo, se excluye la agresión como parte de la conducta competitiva. (Volavka, 2002)

La violencia, entonces, denota agresión entre seres humanos. Se utilizan los términos agresión o violencia de manera indistinta, no obstante, Valzelli, propuso utilizar el término violencia como una forma anormal de agresión. (Valzelli,1981) En este texto, sin embargo, ambos términos serán utilizados con el mismo significado.

Según el psicoanálisis, toda agresividad es causada por la frustración de una necesidad. Así Dollard, sostiene que la agresividad es una reacción ante una frustración que tiene por efecto reducir la instigación secundaria (la frustración), y deja intacta la instigación primaria (necesidad). Así, cuanto mayor es la necesidad, mayor es la frustración, mayor será la agresividad. La agresividad es un intento de catarsis de la frustración (*Semiología de las Conductas Agresivas*, 2001). Fromm por su parte, en 1974, distingue la agresión en instintiva, defensiva y destinada a garantizar la supervivencia, de la agresión maligna o destructiva, en la que se mata sin objetivo biológico ni social y que es exclusiva del ser humano y forma parte de su carácter. (Fromm, 1974)

Agresión Impulsiva vs Agresión Premeditada

La conducta violenta es heterogénea en sus orígenes y manifestaciones. Se expresa como resultado de complejas interacciones sociales, culturales y neurobiológicas.

Los actos violentos pueden ser clasificados en tres tipos: 1. Premeditados, mejor entendidos desde un enfoque de las teorías psicosociales o interpersonales. 2 Agresión relacionada a una condición médica en donde la agresión es un síntoma de otra condición médica , por ejemplo trastorno psicótico o traumatismo craneoencefálico; si la condición médica es debidamente tratada la agresividad desaparece. 3. Agresión impulsiva con respuestas de agitación y pobre control de la conducta ante una provocación. Estos tres tipos de agresión, sin embargo, pueden estar relacionadas, co ocurriendo una con otra. Se ha demostrado que la agresión impulsiva y la premeditada presentan diferencias en sus orígenes, mecanismos neurobiológicos y en cuanto a respuesta al tratamiento. (Barratt, 1997). En un estudio realizado en prisioneros la fenitoína, redujo la agresión impulsiva en un 60 %, sin embargo no presentó un efecto significativo en la agresión premeditada. También se han encontrado diferencias clínicas entre los sujetos que comenten actos violentos de manera impulsiva y premeditada; Los

individuos que planean los actos violentos presentan amplitudes mayores en los potenciales evocados y niveles en líquido cefalorraquídeo de metabolitos de serotonina más elevados comparados con aquellos que realizan actos impulsivos. (Barratt, 1997) La violencia en el estado ictal es rara, pero se ha encontrado una frecuencia mayor de epilepsia en sujetos violentos, en comparación a la población general. (Elliot,1992) Esto último, ha llevado a la realización de estudios que demuestran la importancia de la amígdala en el control de los impulsos. (Barratt, 1997) La distinción de los actos agresivos en premeditados o impulsivos permite un mayor acercamiento de su génesis.

La impulsividad aparece como un factor fundamental en la neurobiología de la violencia y como síntoma clave en muchos trastornos psiquiátricos, tales como trastornos de personalidad, trastornos por uso de sustancias y trastorno bipolar. La falta de especificidad en la definición de impulsividad resulta del desacuerdo en cómo debe de ser medida. Se ha definido como una acción repentina la cual no ha sido premeditada o juzgada, y la tendencia a actuar de manera menos precavida que la mayoría de los individuos. Socialmente, se puede definir la impulsividad como una predisposición a reaccionar de manera inesperada, no planeada en respuesta a estímulos internos o externos sin tomar en cuenta las consecuencias negativas de sus actos hacia la persona que los realiza o hacia los demás. Así, la impulsividad es una predisposición, parte del patrón de conducta y no sólo un acto aislado (Moeller,2001) En la Clasificación del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastorno Mentales IV, edición revisada, se incluye en los trastornos del control de impulsos el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, la piromanía, la tricotilomanía, el juego patológico y el trastorno de control de impulsos no especificado. (DSM-IV TR, 2000).

Medición de la Impulsividad

Es posible que los distintos trastornos mentales que presentan impulsividad como síntoma clave presenten diferentes patrones subyacentes en su origen; Así, encontramos que los pacientes con manía exhiben una mayor

activación motora, siendo la impulsividad un aspecto clave en el diagnóstico. (Cassidy, 1998).

Eysenck, distingue tres características esenciales en la impulsividad: correr riesgo, actuar sin reflexionar y no tener planes a futuro. (Eysenck, 1977). En la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman, se encontró que los sujetos que obtienen calificaciones elevadas parecen no percibir el riesgo que corren en situaciones riesgosas, y disfrutan la excitación generadas por ella. La Escala de impulsividad de Barrat (EIB), incluye 3 subescalas: la EIB-C que mide la impulsividad cognoscitiva asociadas con las decisiones cognoscitivas tomadas rápidamente; la EIB M, o motora, que se refiere a la omisión de actos sin antes pensar; y la EIB-NP o de impulsividad no planeada, que se refiere a la falta de capacidad para resolver problemas futuros.

La Escala de Impulsividad de Plutchik consiste en 14 reactivos contestados en una escala de reactivos de tres puntos. Estos reactivos cuestionan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual

De la investigación generada por dichos instrumentos 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 pensarlo y la tendencia a involucrarse en conductas riesgosas. Desde el punto de vista psicométrico, la definición de impulsividad se construye más bien como un rasgo de personalidad, diferente a las conductas que caracterizan a los trastornos del control de impulsos.(Plutchik, 1993,Paéz,1996)

Neurobiología de la agresión

La agresión es entre los animales una manifestación de competencia que surge entre dos o más individuos que luchan por un bien limitado, sea comida, acceso a la reproducción o al territorio. Entre los animales las relaciones de agresividad pueden revestir, según Moyer 3 formas principales. 1. La agresión

predatoria, que a priori no son conductas agresivas .El objetivo es matar a la presa y en ocasiones alimentar su instinto carnívoro. La presa es un animal distinto al predador. No existe diferencia entre machos y hembras en este tipo de agresión.; 2.Las conductas agresivas que no llegan hasta el enfrentamiento, se observan sobretodo entre individuos de la misma especie, cuando un desenlace mortal sería perjudicial para la supervivencia de la especie. Son: la ritualización, la intimidación, la inhibición. El macho es más agresivo comparado con la hembra en este tipo. Generalmente surge la competencia para acceder a las hembras, y no necesariamente requiere que el rival fallezca. Es una demostración de superioridad. 3. La agresividad que lleva al enfrentamiento mortal sólo se observa en animales de una misma especie si se dejan a lado las conductas de predación. Siempre se trata de una conducta dual de rivalidad con un congénere. Se da sólo en circunstancias muy precisas: la rivalidad por el alimento, la rivalidad sexual, la rivalidad por el control de un territorio. (Moyer,1968)

Entre los neurotransmisores implicados en la conducta violenta, se encuentra la serotonina (5-HT) y las catecolaminas, cuya síntesis se encuentran bajo control genético . El gen de la enzima hidroxilasa triptófano (TPH) que limita la síntesis de 5-HT, se encuentra en el cromosoma 11, y tiene dos polimorfismos. En el fluido cerebral el metabolito de la 5-HT se encuentra asociado al gen de TPH. El gen transportador de membrana plasmático (5-HTT) ha sido localizado en el cromosoma 17. Así, el genotipo TPH, bajo niveles en fluido cerebral de 5 HIAA, y actividad baja del genotipo 5 HTT se han encontrado en sujetos con conducta violenta y suicida.(Nielsen, 1994) También la disminución en la actividad de las enzimas encargadas del metabolismo de las catecolaminas; la monoamino oxidasa (MAO) y la catecol-o-metiltransferasa (COMT), ya sea por mutaciones o polimorfismos, se han asociado con conducta violenta. Los polimorfismos son genéticamente transmitidos, pero su expresión dependerá de factores ambientales. (Volavka, 2002)

Se han encontrado anomalías estructurales y funcionales relacionados a conducta violenta, tales como lesiones en la corteza prefrontal orbitomedial , asociadas a agresión desinhibida (Barratt, 1997) así como en la

amígdala y en el hipocampo, y en los lóbulos frontal y temporal principalmente en el hemisferio dominante.(Volavka, 2000). Raine y colaboradores, encontraron en un estudio realizado en criminales, que los que presentaban psicopatología severa, presentaban deterioro mayor en la ejecución de tareas neuropsicológicas que medían la actividad del lóbulo frontal, en comparación a los controles. (Raine, 1995) La electroencefalografía, y de manera más específica, la imagen por emisión de positrones (PET) y la tomografía computarizada de emisión única de fotones (SPECT), han demostrado en sujetos violentos, una reducción selectiva en el metabolismo de la glucosa prefrontal, especialmente en sujetos impulsivos. (Volkow, 1987) Así mismo, por medio de SPECT, se ha encontrado disminución de la cantidad de 5-HTT (gen del transportador de membrana plasmático de 5 HT) en sujetos violentos, y alteraciones histopatológicas. (Volavka, 1999)

Estructura y función en Trastorno Bipolar

Por medio de estudios funcionales de resonancia magnética, se han encontrado anormalidades en el funcionamiento de los ganglios basales ;putamen izquierdo y tálamo, así como disminución del volumen de la amígdala e hipotálamo(Blumberg, 2003) También anormalidades en la función de la amígdala y de la corteza del cíngulo anterior, las cuales están asociadas a depresión, y en algunos estudios a manía, así como anormalidades de la corteza orbito prefrontal.(Drevets, 2001). Estas regiones se encuentran implicadas en funciones cognitivas, tales como control inhibitorio, generación de respuesta, velocidad mental y regulación del afecto, mismas que se encuentran disminuídas en la manía. (Matsuo,2002)

Escalas de medición de la agresión

Una de las escalas más utilizadas para la medición de la agresión, es la escala de agresión explícita (Overt Agresión Scale/ OAS) diseñada por Yudofsky en 1986, para su aplicación en hospitales psiquiátricos. Distingue cuatro tipos de conducta agresiva: agresión verbal, agresión física autodirigida

y heterodirigida, y agresión física dirigida hacia objetos. Existen cuatro grados de severidad para cada tipo de agresión, los cuales reciben una puntuación.(Yudofsky, 1986)

Género y Trastorno Bipolar

Numerosos estudios han encontrado índices de prevalencia similares entre hombres y mujeres con trastorno bipolar. Dichos resultados derivan de estudios epidemiológicos realizados E.U.A, Canadá, Alemania y Nueva Zelanda en donde las cifras encontradas fueron las siguientes: En E.U.A : 0.8 % en hombres, 1.0 % en mujeres; en Canadá: 0.7 % en hombres, 0.6 % en mujeres; Nueva Zelanda: 1.1 % en hombres, 1.0% en mujeres. (Akiskal, 2002). En México : 1.6 % en hombres, y 1.1 %mujeres han experimentado un episodio de manía alguna vez. (Salud Mental, 2003).

Estudios preliminares han sugerido que las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia con Trastorno Bipolar tipo II (Hendrick V., 2000), no obstante, estos resultados no se han encontrado de manera consistente en todos los estudios reportados.

Numerosos estudios no han encontrado diferencias de género en la edad de inicio del TBP, sin embargo, algunos investigadores, Robb, et al., han encontrado que las mujeres presentan una edad de inicio mayor para el TBP en comparación a los hombres; al momento del primer episodio depresivo (media 27.2 vs. 22.4), y primer episodio de manía (25.9 vs 21.8). (Akiskal,2002).

Los episodios mixtos (manía mixta) se han encontrado con mayor frecuencia en mujeres. Como causa de esto último se sugiere que ya que la definición de manía mixta involucra un número mayor de síntomas depresivos, la razón de mujer: hombre con manía mixta, aumenta.(Arnold L., 2000). Este aumento en la frecuencia de manía mixta entre las mujeres podría explicarse, así mismo, por una mayor susceptibilidad en la población femenina de presentar un temperamento depresivo de base. No obstante, dichos estudios no son concluyentes. Igualmente, se ha visto que las mujeres experimentan más ciclos rápidos , en comparación a los hombres (ciclo rápido, definido por la presencia

de al menos 4 episodios afectivos diferentes en un período de 12 meses). Diferentes propuestas han surgido para explicar el efecto del género en los ciclos rápidos. Estas han incluido prevalencias de hipotiroidismo mayores en mujeres, mayor uso de antidepresivos, y efectos del ciclo menstrual en las fluctuaciones del estado de ánimo. No obstante, estos resultados permanecen aún especulativos. (Akiskal, 2002).

Violencia y enfermedad mental

Es común la asociación entre enfermedad mental y violencia, basta con recordar algunos sucesos históricos que en su momento provocaron terror en la sociedad, lo que contribuyó a fomentar la popular asociación. Cada uno de estos perpetradores tenía una historia de enfermedad mental sin tratamiento, y probablemente presentaba un episodio psicótico al momento del delito. Existen reportes de mayor riesgo de violencia homicida en hombres y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno disocial de la personalidad y alcoholismo, comparado en la población general. (Eronen, 1996) En un estudio, realizado por Swanson y colaboradores, se encontró una incidencia de violencia 5 veces mayor entre individuos con enfermedad mental y de 12 a 16 veces mayor en personas con trastorno por uso de sustancias y alcohol (Swanson, 1990). Se ha observado que cuando los síntomas psicóticos se controlan, el comportamiento violento desaparece. Podríamos deducir de esto, que la presencia de síntomas psicóticos en un paciente con enfermedad mental ocasiona por sí misma que una persona sea violenta, sin embargo, diversos autores afirman que la reacción de miedo o enojo típica de los pacientes al intentar ser controlados puede llegar a provocar una respuesta violenta. (Link, 1992) Por otro lado, Hiday y colaboradores, en una revisión epidemiológica concluyó que existe una modesta relación entre enfermedad mental y violencia, principalmente cuando existe enfermedad mental mayor y síntomas psicóticos recientes. (Hiday, 1995).

¿Podemos entonces, predecir la conducta violenta en enfermos mentales? Se han intentado encontrar predictores biológicos y sociales. Rice y

Harris propusieron mediante un procedimiento psicofisiológico predecir la conducta violenta, siendo esta una medición objetiva, no obstante, aún no muy difundida. (Rice,1995). Se ha visto que la violencia doméstica lleva al desarrollo de psicopatología general, sin embargo, aún no se ha podido correlacionar qué tipo de disfunción familiar lleva a qué tipo de trastorno específico. Diversos trastornos psiquiátricos y síntomas específicos han sido también estudiados como predictores, encontrando que la presencia de ideas delirantes, alucinaciones de comando, antecedentes de conducta violenta autodirigida y depresión psicótica, aumentan el riesgo de que una persona manifieste conducta violenta hacia otros. Steury y Choinski, por lo tanto, concluyen que las personas con enfermedad mental no son más peligrosas que el resto de la población, pero sí menos predecibles cuando se comparan los actos violentos en la población general. (Barratt, 1996)

Conducta Violenta y Género

Los hombres son más violentos que las mujeres en la población general en numerosos estudios de medición de agresividad, en los que se ha incluido arrestos por homicidios y crímenes violentos (Swanson, 1990). Una explicación social a este fenómeno, es que los roles sociales impuestos a hombres y mujeres, colocan al hombre en situaciones en las que con mayor facilidad puede expresar conducta violenta. (O" Campo,1995) Se ha visto que los hombres son más susceptibles a desarrollar alcoholismo, particularmente tipo 2, el cual se encuentra asociado a agresión .Al parecer existe una asociación con niveles altos de testosterona circulante en hombres jóvenes,(Volvka,1999)Sin embargo, la sobrerrepresentación masculina de la violencia desaparece completamente en estudios de pacientes hospitalizados. Se ha encontrado una correlación entre violencia y síntomas psicóticos, así como personalidad disocial, esto demostrado en varios estudios en pacientes psiquiátricos. (Mc Neil, 1994) En un estudio realizado por Krakowski, se encontró que los hombres habían sido más violentos en las dos semanas previas a la hospitalización, pero las mujeres fueron más violentas en los 3 días que siguieron al internamiento

presentando mayor agresión verbal y amenazas. Las mujeres y los hombres durante el internamiento mostraron el mismo número de ataques físicos, sin embargo, las mujeres presentaron agresión física más temprana en comparación a los hombres. La razón para esta excepción ha sido pobremente estudiada. Entre los factores psicosociales se encontró entre los hombres una mayor prevalencia de consumo de sustancias, robo y asalto, así como conducta bandálica en la juventud, en comparación con las mujeres, en quienes los intentos suicidas fueron más frecuentes. (Krakowski, 2004) Diversos estudios, han sugerido que los trastornos psiquiátricos reducen las diferencias de género y en algunos casos, la elimina. La presencia de trastorno mental mayor incrementa el riesgo para los atentados violentos tanto en hombres como mujeres, pero relativamente más en mujeres (Hodgins,1992). En un estudio realizado por Hiday y colaboradores, se encontró que los hombres presentan conducta violenta más seria que involucra armas o lesiones en los 4 meses previos a su hospitalización, pero no se encontró diferencias de género cuando las mediciones de violencia fueron más inclusivas (incluyendo amenazas o peleas que no involucraran armas o lesiones) (Hiday,1998) Eronen, evaluó a mujeres que se encontraban recluidas por homicidio, y encontró que presentaban una prevalencia de 10 veces más que la población general femenina de presentar esquizofrenia o trastorno de personalidad. (Eronen,1995)

METODOLOGÍA

Planteamiento del Problema (Pregunta de Investigación):

¿Existe alguna diferencia determinada por el Género en la Severidad ó el tipo de Conducta Agresiva presente en los sujetos con Diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I en fase de Manía?

Objetivos:

Principal:

Determinar la Diferencia en la Severidad y Tipo de la Conducta Agresiva en Hombres y Mujeres con Diagnóstico de Trastorno Bipolar I no medicados que acudan a una sala de Urgencias Psiquiátricas.

Secundarios:

- 1.- Describir las características de la conducta agresiva presente en la muestra.
- 2.- Determinar las asociaciones existentes entre la conducta agresiva y la severidad de la manía, los síntomas depresivos, la psicopatología general y la impulsividad.
- 3.- Describir las características Demográficas de la Muestra.

Variables:

Independiente: Sexo del Paciente.

Dependiente: Conducta Agresiva

Hipótesis:

La conducta agresiva, medida a través del Overt Agresión Scale (Yudofsky, 1986) será mayor en pacientes masculinos con Trastorno Bipolar tipo I pero se mostrará dependiente del grado de severidad de la manía (evaluado a través de la escala de Young) y de la sintomatología psiquiátrica general (Brief Psychiatric Rating Scale).

Pacientes:

Se eligieron 51 pacientes consecutivos con Trastorno Bipolar tipo I que acudieron a valoración a la Sala de Urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Criterios de Inclusión:

- Pacientes Mayores de 18 años.
- De ambos sexos.
- Sin medicación por 15 días.
- Con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I.
- Que cooperen para la aplicación de las Escalas Clinimétricas.

Criterios de Exclusión:

- Que se encuentren bajo el efecto de cualquier sustancia Psicoactiva (excepto tabaco y cafeína).
- Que se nieguen a cooperar para la realización del Estudio.
- Que sean portadores de cualquier enfermedad médica que pueda modificar el cuadro psiquiátrico.

Criterios de Eliminación:

- Negativa a completar la Aplicación de las Pruebas.
- Estado de Agitación Psicomotriz que impida la terminación del Estudio.

Procedimiento:

Una vez detectado el paciente, se aplicó un cuestionario demográfico en donde se registró la edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo de evolución de la enfermedad, Tiempo sin medicación, Presencia de Abuso de Sustancias, Intentos suicidas previos, el número de internamientos y el tratamiento previo al cuadro actual.

Se aplicaron las siguientes escalas, (en la misma sesión):

- Escala de Young para manía.
- Cuestionario de Hamilton para Depresión.
- Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS).
- Cuestionario de Agresión Explícita (OAS).

Análisis estadístico de los resultados:

Los resultados se analizaron utilizando:

Para variables discretas/continuas:

- a) la prueba de t pareada a dos colas para muestras de varianza semejante,
- b) la prueba correlación de Pearson para buscar asociación entre variables numéricas.

Para variables categóricas: La prueba de Chi cuadrada para detectar diferencias entre los grupos.

Se construyeron tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

Significancia Estadística: El valor de alfa se estableció en $=0.05$ como nivel preestablecido de probabilidad.

Resultados

Características de la Muestra.

La muestra estuvo constituida por 51 sujetos, 25 de ellos hombres y 26 mujeres, con una edad promedio de 36.3 (DE 15.2) años para los hombres y 39.2 (DE 14.9) para las mujeres, y una escolaridad de 10 (DE 4.2) años para los hombres y 7.7 (DE 4,2) para las mujeres. La diferencia en éste último punto fue estadísticamente significativa ($t=2.29$, $p=0.264$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el número de internamientos (2.6 vs 3.2), tiempo de inicio del padecimiento (12.5 vs 14.9 meses), tiempo desde el abandono del tratamiento (10.2 vs 11.8 meses), número de episodios de manía (4.1 vs 5.0), número de episodios depresivos (5.0 vs 6.3), número de episodios por año (1.6 vs 1.8). Sin embargo, los valores en todos estos parámetros fueron mayores en el grupo de mujeres. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de intentos suicidas previos ($\chi^2=0.02$, $p=0.88$), problemas legales ($\chi^2=1.36$, $p=0.24$) y el estado laboral ($\chi^2=0.54$, $p=0.46$). Sólo fue estadísticamente significativa la diferencia en la presencia de consumo de sustancias ($\chi^2=4.40$, $p=0.035$), con un consumo mayor en el grupo de varones. (Ver Tabla 1).

Clinimetría de la Muestra:

No hubo diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones totales de la Escala de Agresión Explícita ($t=0.90$, $p=0.37$), La Escala de Manía de Young ($t=0.86$, $p=0.39$) y la Escala de Impulsividad de Plutchik ($t=0.84$, $p=0.40$). Sin embargo, nuevamente, las calificaciones fueron, en términos generales, mayores para las mujeres. Sólo fueron estadísticamente significativas las diferencias en las calificaciones globales de la Escala de Psicopatología General ($t=2.75$, $p=0.008$) y la Escala de Hamilton para Depresión de 21 ítems ($t=2.38$, $p=0.02$). (Ver Tabla 2)

Estos resultados rechazan la hipótesis inicial, ya que se había propuesto que el grupo de varones obtendría mayores calificaciones en la prueba de Hipótesis (EAE-OAS) y el resultado fue mayor para las mujeres, aunque sin alcanzar la significancia estadística.

Análisis Clinimétrico por Ítem.

Escala de Agresión Explícita (OAS):

Como se mencionó previamente, la calificación global de ésta escala no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Al realizar el análisis por ítem, se encontró que las calificaciones en los ítems de Agresión Verbal, Agresión Física contra Sí Mismo y Agresión Física Contra los Objetos no mostraban diferencias. Sin embargo, el ítem de Agresión Física Contra Otras Personas mostró una clara diferencia, con una mayor puntuación para el grupo de Mujeres ($t=2.08$, $p=0.04$). (Ver Figura 1)

Escala de Manía de Young:

El único ítem que mostró una diferencia estadísticamente significativa fue el número 1 (Euforia) (1.68 ± 1.3 vs 2.4 ± 1.0 ; $t=2.6$, $p=0.01$). El resto de los ítems no alcanzaron la significancia estadística (Ver Figura 2).

Escala de Impulsividad de Plutchik

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el subanálisis por ítem (Ver Figura 3).

Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS):

Los ítems que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el subanálisis fueron el número 9 (Ánimo Deprimido) (0.16 ± 0.37 vs 0.84 ± 0.92 ; $t=3.6$, $p \leq .001$), el número 10 (Hostilidad) (1.72 ± 1.4 vs 2.6 ± 1.0 ; $t=2.8$, $p=0.007$), el número 15 (Contenido Extraño del Pensamiento) (1.5 ± 1.6 vs $2.4 \pm$

1.6; $t=2.2$ $p=0.0026$) y el número 18 (Desorientación) (0.8 ± 0.7 vs 1.3 ± 1.2 ; $t=2.06$, $p=0.04$). La calificación global, como se mencionó previamente, fue estadísticamente significativa ($p=0.01$). Todos los valores en los ítems antes mencionados fueron mayores en el grupo de mujeres.

Escala de Hamilton para Depresión (21 ítems):

Los ítems que mostraron diferencias estadísticamente significativas en el subanálisis fueron el No. 1 (Ánimo Deprimido) (0.24 ± 0.5 vs 0.9 ± 1.0 ; $t=3.5$, $p=0.003$), el número 7 (Trabajo y Actividades) (4 ± 0 vs 3.8 ± 0.3 ; $t=2.09$, $p=0.04$), a favor de los varones, el No 9 (Agitación) (2.4 ± 1.0 vs 2.9 ± 0.8 ; $t=2.1$, $p=0.04$) y el No 15 (Hipocondriasis) (0.04 ± 0.02 vs 0.7 ± 0.1 ; $t=3.1$, $p=0.003$). La calificación global también fue mayor para las mujeres (20.6 ± 4.7 vs 23.4 ± 5.0 ; $t=2.38$, $p=0.02$). Todos, excepto el ítem No 7 fueron mayores para las mujeres (Ver Figura 5).

Pruebas de Asociación entre las Variables:

Al realizar el test de Pearson para la búsqueda de asociaciones en la muestra general, encontramos que las calificaciones del BPRS y la EAE (OAS) se asociaron de forma positiva con todas las demás pruebas clinimétricas. La Escala de Hamilton se asoció con la calificación del BPRS y la EAE, La Escala de Manía de Young con todas las demás excepto la Escala de Hamilton y la Escala de Plutchik con Todas las Pruebas Clinimétricas excepto la de Hamilton. La asociación más importante de la Prueba principal del estudio (OAS) fue con la Escala de Manía de Young, seguida por la calificación del BPRS, tal como se había propuesto en la hipótesis ($p<0.001$) (Ver Tabla 3)

No hubo asociación estadísticamente significativa entre los resultados de la Clinimetría y los factores Demográficos analizados (No de Episodios de Manía, de Depresión, Episodios por Año, No de Internamientos, Tiempo desde el Inicio del Padecimiento y Tiempo desde el Abandono del Tratamiento). (Ver Tabla 3)

Las Asociaciones más fuertes entre los factores Demográficos fueron entre el Número de Episodios de Manía y los Depresivos, así como con el Número de Episodios por Año, entre el Número de Internamientos y los Episodios tanto Depresivos como Maníacos, así como entre el Número de Internamientos y el Tiempo desde el Inicio del Padecimiento (Todos ellos con una $p < 0.001$) (Ver Tabla 3)

Pruebas de Asociación entre las Variables Clinimétricas (Análisis por Grupo):

Al realizar las pruebas de Asociación en cada uno de los Grupos (Hombres y Mujeres), encontramos diferencias importantes:

- 1) Entre los varones, existe una asociación importante entre las calificaciones del BPRS y las obtenidas en las Escala de Plutchik ($r=0.446$, $p=0.025$), lo cual no sucede en las mujeres ($r=0.174$, $p=0.39$).
- 2) La diferencia más importante se encuentra en la Escala de Hamilton, la cual se asocia Positivamente en los Varones con las Escalas OAS y Young ($r=0.5$, $p=0.01$ y $r=0.49$, $p=0.012$, respectivamente), pero no así en las Mujeres ($r=0.29$, $p=0.14$, $r= -0.09$, $p=0.661$, respectivamente). La diferencia entre la asociación de las calificaciones en las escala de Young y Hamilton nos indican que los varones tienden más a presentar cuadros mixtos, a diferencia de las mujeres.

(Ver Tablas 4 y 5).

Tabla 1 Datos Demográficos de la Muestra

	t	p	Unidad	Hombres		Mujeres	
				Prom	DE	Porm	DE
Edad	1,17	0,2467	años	36,3	15,2	39,2	14,9
Escolaridad	2,29	0,0264	años	10,0	4,2	7,7	4,2
No Internamientos	1,39	0,1695	n	2,6	1,8	3,2	2,7
Inicio del Padecimiento	1,18	0,2450	meses	12,5	12,3	14,9	11,0
Tiempo de Abandono del Tratamiento	0,86	0,3929	meses	10,2	24,6	11,8	15,7
Empleo (Chi2)	0,54	0,4605					
Consumo de Sustancias (Chi2)	4,40	0,0359					
No de Episodios de Manía	1,23	0,2260	n	4,1	3,5	5,0	5,0
No de Episodios Depresivos	1,47	0,1482	n	5,0	4,1	6,3	5,2
No de Episodios por Año	1,34	0,1876	n	1,6	0,9	1,8	0,8
Intento Suicida (Chi2)	0,02	0,8864					
Problemas Legales (Chi2)	1,36	0,2444					

Tabla 2 Clinimetría de la Muestra

	t	p	Hombres		Mujeres	
			Prom	DE	Prom	DE
OAS	0,90	0,3748	6,6	4,0	7,0	3,1
Young	0,86	0,3933	38,8	10,2	39,5	10,2
Plutchik	0,84	0,4032	22,8	3,3	23,0	3,6
BPRS	2,75	0,0084	18,1	8,6	23,8	8,0
HAM-D (21)	2,38	0,0210	20,6	4,8	23,4	5,0

Tabla 3.- Pruebas de Asociación entre las Variables (Pearson) AMBOS SEXOS

	HAMILTON	BPRS	PLUTCHIK	YOUNG	OAS	No de Episodios de Manía	No de Episodios Depresivos	No de Episodios por Año	No de Internamientos	Inicio del Padecimiento	Tiempo de Abandono del Tratamiento
HAMILTON											
R		0,692	0,032	0,19	0,394	-0,17	-0,096	-0,105	-0,203	-0,174	-0,13
P		0,000	0,822	0,181	0,004	0,233	0,504	0,464	0,152	0,222	0,364
BPRS											
R	0,692		0,3	0,694	0,608	0,009	0,002	-0,072	-0,009	-0,118	-0,059
P	0,000		0,032	0,000	0,000	0,949	0,988	0,616	0,951	0,411	0,68
PLUTCHIK											
R	0,032	0,3		0,546	0,367	0,183	0,118	0,18	0,079	0,041	-0,134
P	0,822	0,032		0,000	0,008	0,198	0,411	0,206	0,584	0,776	0,348
YOUNG											
R	0,19	0,694	0,546		0,641	0,013	-0,044	-0,135	0,041	-0,105	-0,022
P	0,181	0,000	0,000		0,000	0,93	0,757	0,345	0,774	0,463	0,879
OAS											
R	0,394	0,608	0,367	0,641		-0,092	-0,087	-0,045	-0,104	-0,184	-0,126
P	0,004	0,000	0,008	0,000		0,52	0,544	0,754	0,47	0,196	0,377
No de Episodios de Manía											
R	-0,17	0,009	0,183	0,013	-0,092		0,791	0,374	0,794	0,622	0,064
P	0,233	0,949	0,198	0,93	0,52		0,000	0,007	0,000	0,000	0,654
No de Episodios Depresivos											
R	-0,096	0,002	0,118	-0,044	-0,087	0,791		0,424	0,76	0,56	0,086
P	0,504	0,988	0,411	0,757	0,544	0,000		0,002	0,000	0,000	0,549
No de Episodios por Año											
R	-0,105	-0,072	0,18	-0,135	-0,045	0,374	0,424		0,136	-0,036	-0,101
P	0,464	0,616	0,206	0,345	0,754	0,007	0,002		0,342	0,801	0,48
No de Internamientos											
R	-0,203	-0,009	0,079	0,041	-0,104	0,794	0,76	0,136		0,61	0,112
P	0,152	0,951	0,584	0,774	0,47	0,000	0,000	0,342		0,000	0,436
Inicio del Padecimiento											
R	-0,174	-0,118	0,041	-0,105	-0,184	0,622	0,56	-0,036	0,61		0,171
P	0,222	0,411	0,776	0,463	0,196	0,000	0,000	0,801	0,000		0,23
Tiempo de Abandono del Tratamiento											
R	-0,13	-0,059	-0,134	-0,022	-0,126	0,064	0,086	-0,101	0,112	0,171	
P	0,364	0,68	0,348	0,879	0,377	0,654	0,549	0,48	0,436	0,23	

Tabla 4.- Pruebas de Asociación entre las Variables (Pearson) HOMBRES

		No de Episodios de Manía	No de Episodios Depresivos	No de Episodios por Año	OAS	YOUNG	PLUTCHIK	BPRS	HAMILTON	Tiempo de Abandono del Tratamiento	Inicio del Padecimiento	No de Internamientos
No de Episodios de Manía	r											
	p		0,653	0,191	-0,26	-0,162	0,11	-0,009	0,128	-0,07	0,679	0,624
			0,000	0,36	0,206	0,439	0,602	0,968	0,542	0,738	0,000	0,001
No de Episodios Depresivos	r	0,653		0,323	-0,2	-0,031	0,096	0,049	0,119	-0,083	0,398	0,605
	p	0,000		0,116	0,339	0,884	0,649	0,816	0,57	0,694	0,049	0,001
No de Episodios por Año	r	0,191	0,323		-0,14	-0,277	-0,031	-0,086	-0,122	-0,198	-0,164	-0,204
	p	0,36	0,116		0,516	0,18	0,882	0,683	0,562	0,343	0,434	0,328
OAS	r	-0,262	-0,199	-0,136		0,691	0,447	0,694	0,497	-0,235	-0,231	-0,431
	p	0,206	0,339	0,516		0,000	0,025	0,000	0,012	0,259	0,267	0,031
YOUNG	r	-0,162	-0,031	-0,277	0,69		0,631	0,76	0,494	0,099	0	-0,176
	p	0,439	0,884	0,18	0,000		0,001	0,000	0,012	0,637	0,999	0,401
PLUTCHIK	r	0,11	0,096	-0,031	0,45	0,631		0,446	0,182	-0,184	0,16	-0,024
	p	0,602	0,649	0,882	0,03	0,001		0,025	0,384	0,378	0,445	0,911
BPRS	r	-0,009	0,049	-0,086	0,69	0,76	0,446		0,853	-0,133	-0,086	-0,188
	p	0,968	0,816	0,683	0,000	0,000	0,025		0,000	0,527	0,683	0,367
HAMILTON	r	0,128	0,119	-0,122	0,5	0,494	0,182	0,853		-0,259	-0,053	-0,012
	p	0,542	0,57	0,562	0,01	0,012	0,384	0,000		0,211	0,8	0,956
Tiempo de Abandono del Tratamiento	r	-0,07	-0,083	-0,198	-0,24	0,099	-0,184	-0,133	-0,259		0,111	-0,054
	p	0,738	0,694	0,343	0,259	0,637	0,378	0,527	0,211		0,597	0,798
Inicio del Padecimiento	r	0,679	0,398	-0,164	-0,23	0	0,16	-0,086	-0,053	0,111		0,636
	p	0,000	0,049	0,434	0,267	0,999	0,445	0,683	0,8	0,597		0,001
No de Internamientos	r	0,624	0,605	-0,204	-0,4	-0,176	-0,024	-0,188	-0,012	-0,054	0,636	
	p	0,001	0,001	0,328	0,03	0,401	0,911	0,367	0,956	0,798	0,001	

Tabla 5.- Pruebas de Asociación entre las Variables (Pearson) MUJERES

		No de Internamientos	Inicio del Padecimiento	Tiempo de Abandono del Tratamiento	No de Episodios de Manía	No de Episodios Depresivos	No de Episodios por Año	OAS	YOUNG	PLUTCHIK	BPRS	HAM-D
No de Internamientos	r		0,618	0,291	0,864	0,836	0,351	0,137	0,17	0,133	0,027	-0,408
	p		0,001	0,149	0,000	0,000	0,078	0,506	0,405	0,517	0,895	0,039
Inicio del Padecimiento	r	0,618		0,272	0,601	0,701	0,085	-0,14	-0,223	-0,08	-0,238	-0,366
	p	0,001		0,178	0,001	0,000	0,681	0,511	0,274	0,698	0,241	0,066
Tiempo de Abandono del Tratamiento	r	0,291	0,272		0,211	0,294	0,043	0,078	-0,208	-0,078	0,021	0,01
	p	0,149	0,178		0,302	0,145	0,836	0,705	0,308	0,705	0,919	0,961
No de Episodios de Manía	r	0,864	0,601	0,211		0,863	0,508	0,033	0,121	0,227	-0,044	-0,428
	p	0,000	0,001	0,302		0,000	0,008	0,872	0,554	0,264	0,832	0,029
No de Episodios Depresivos	r	0,836	0,701	0,294	0,863		0,499	0,003	-0,067	0,127	-0,135	-0,341
	p	0,000	0,000	0,145	0,000		0,01	0,987	0,746	0,537	0,51	0,088
No de Episodios por Año	r	0,351	0,085	0,043	0,508	0,499		0,063	0,001	0,381	-0,163	-0,176
	p	0,078	0,681	0,836	0,008	0,01		0,76	0,997	0,055	0,426	0,39
OAS	r	0,137	-0,135	0,078	0,033	0,003	0,063		0,59	0,284	0,55	0,292
	p	0,506	0,511	0,705	0,872	0,987	0,76		0,002	0,159	0,000	0,147
YOUNG	r	0,17	-0,223	-0,208	0,121	-0,067	0,001	0,59		0,47	0,69	-0,09
	p	0,405	0,274	0,308	0,554	0,746	0,997	0,000		0,015	0,000	0,661
PLUTCHIK	r	0,133	-0,08	-0,078	0,227	0,127	0,381	0,284	0,47		0,174	-0,11
	p	0,517	0,698	0,705	0,264	0,537	0,055	0,159	0,015		0,394	0,592
BPRS	r	0,027	-0,238	0,021	-0,044	-0,135	-0,163	0,55	0,686	0,174		0,475
	p	0,895	0,241	0,919	0,832	0,51	0,426	0,000	0,000	0,394		0,014
HAMILTON	r	-0,408	-0,366	0,01	-0,428	-0,341	-0,176	0,292	-0,09	-0,11	0,48	
	p	0,039	0,066	0,961	0,029	0,088	0,39	0,147	0,661	0,592	0,01	

Figura 1.- Escala de Agresión Explícita

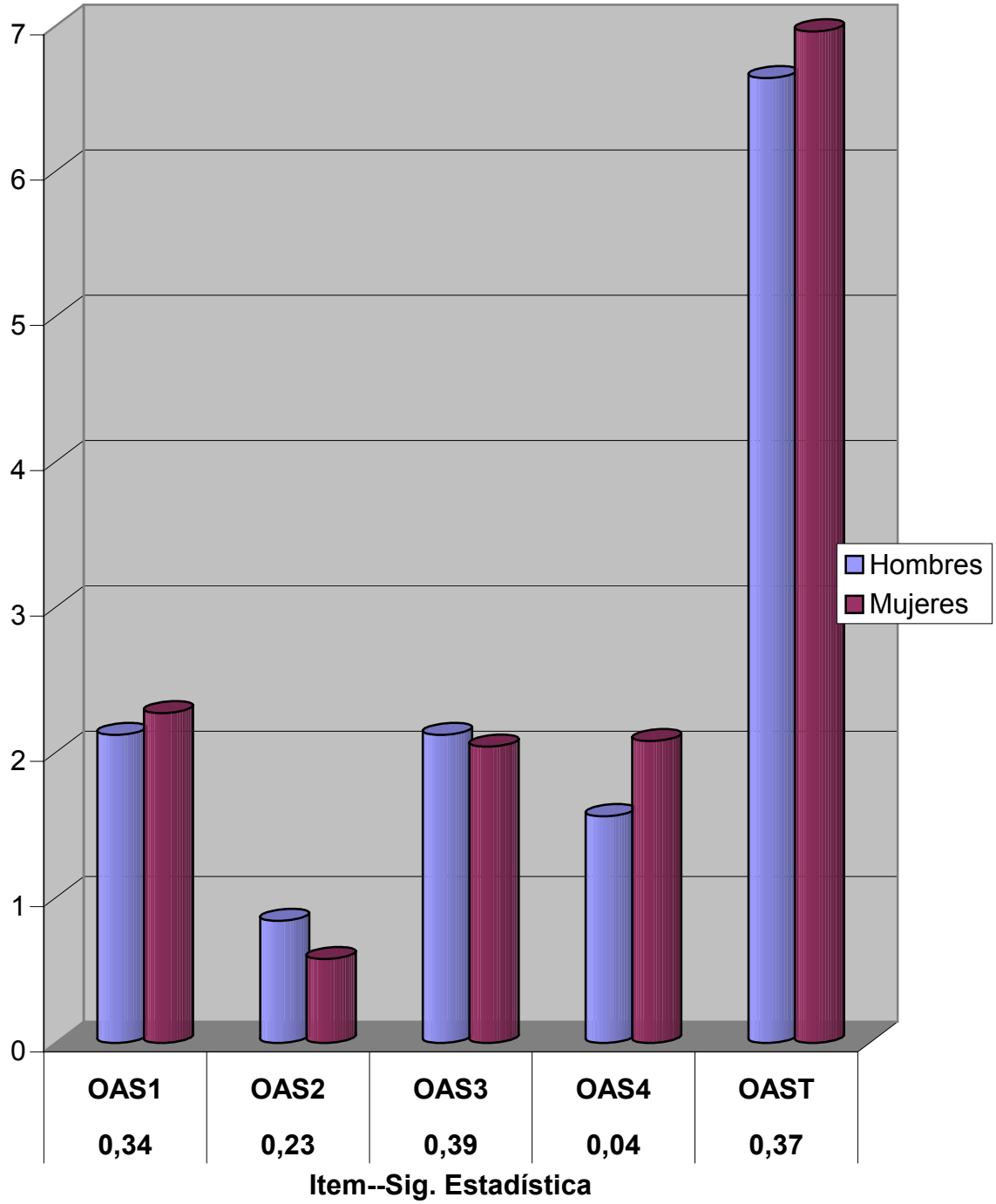


Figura 2.- Escala de Young

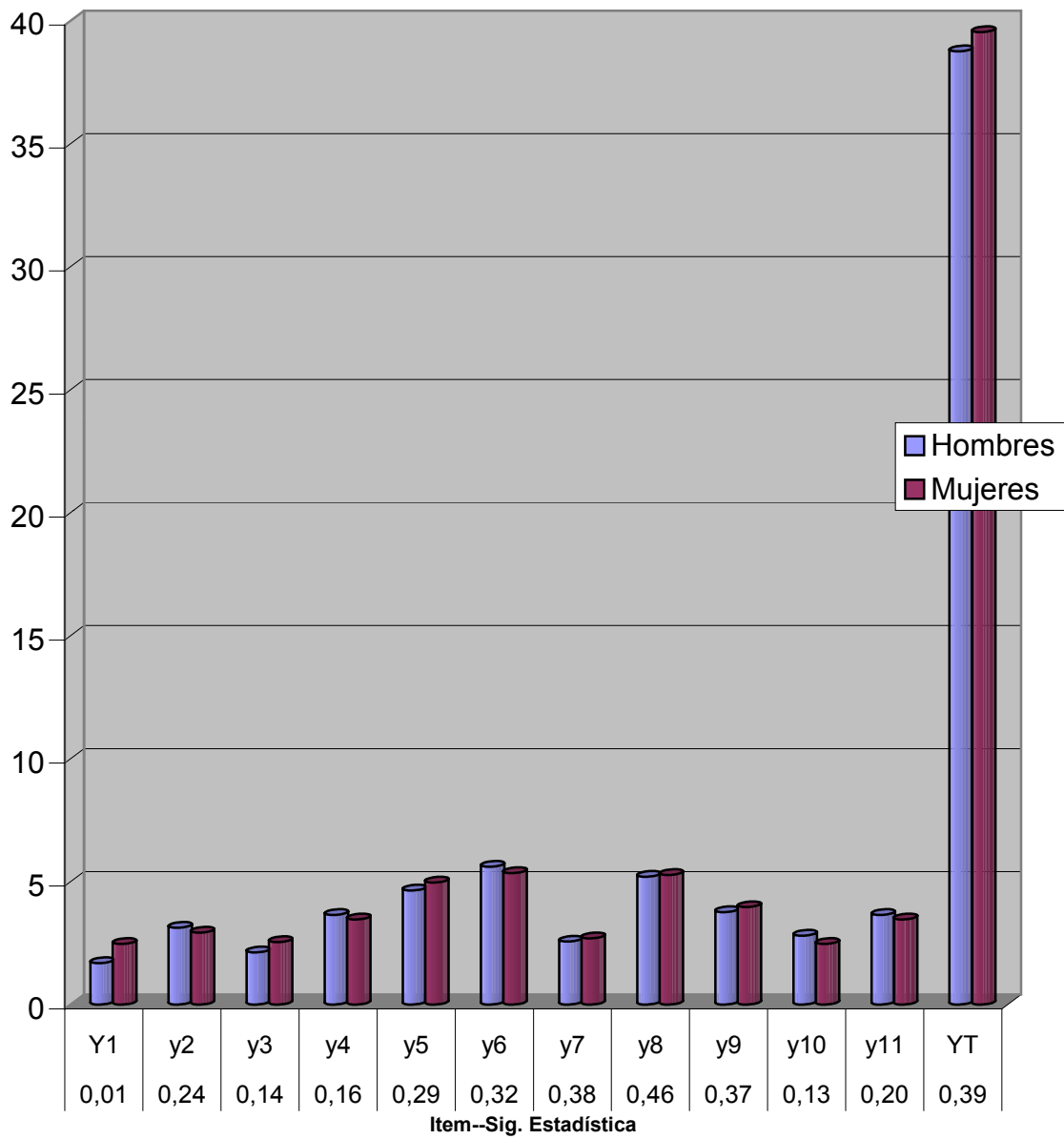


Figura 3.- Escala de Plutchik

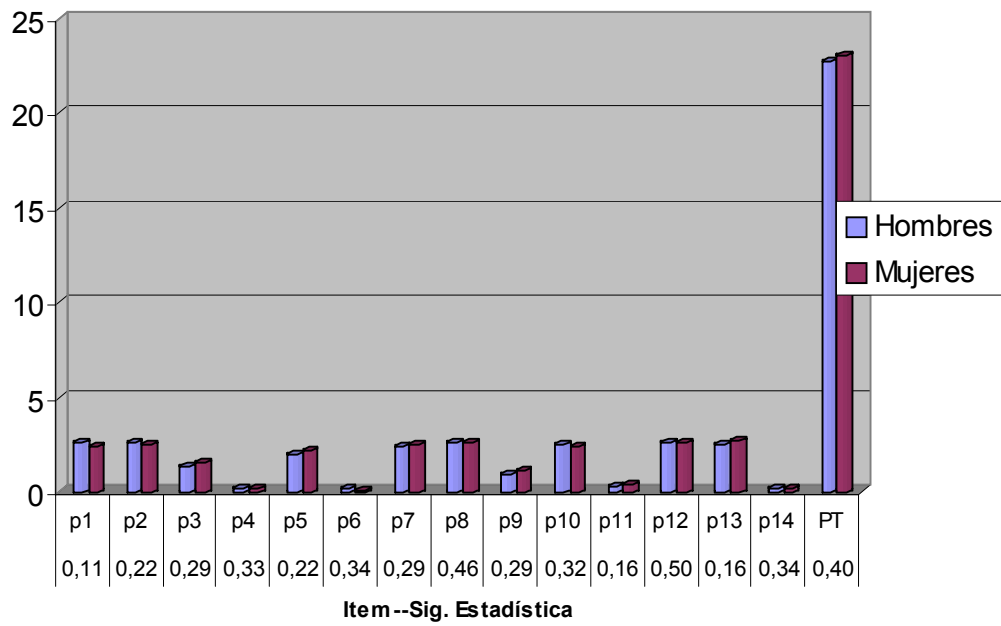


Figura 4.- BPRS

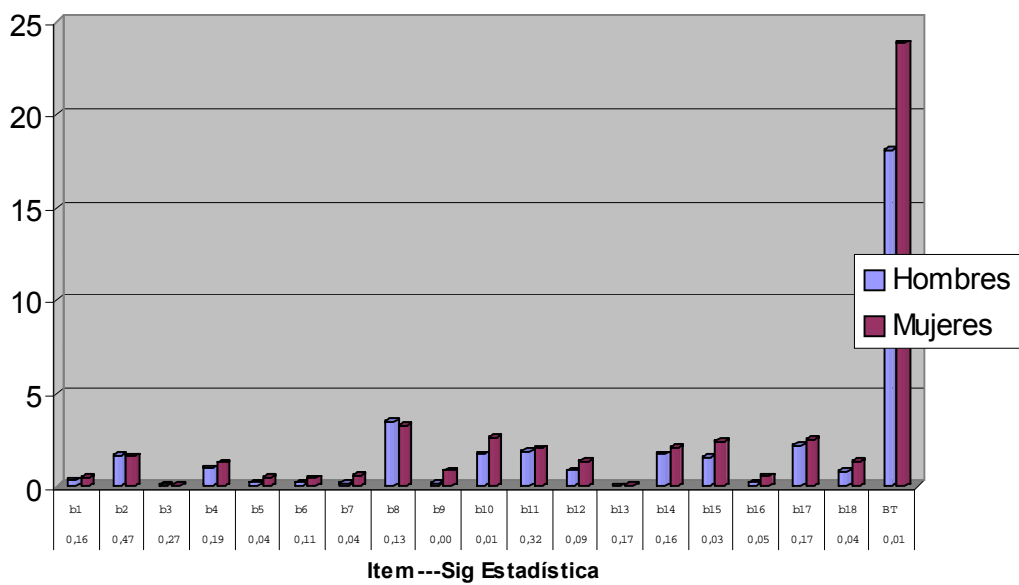
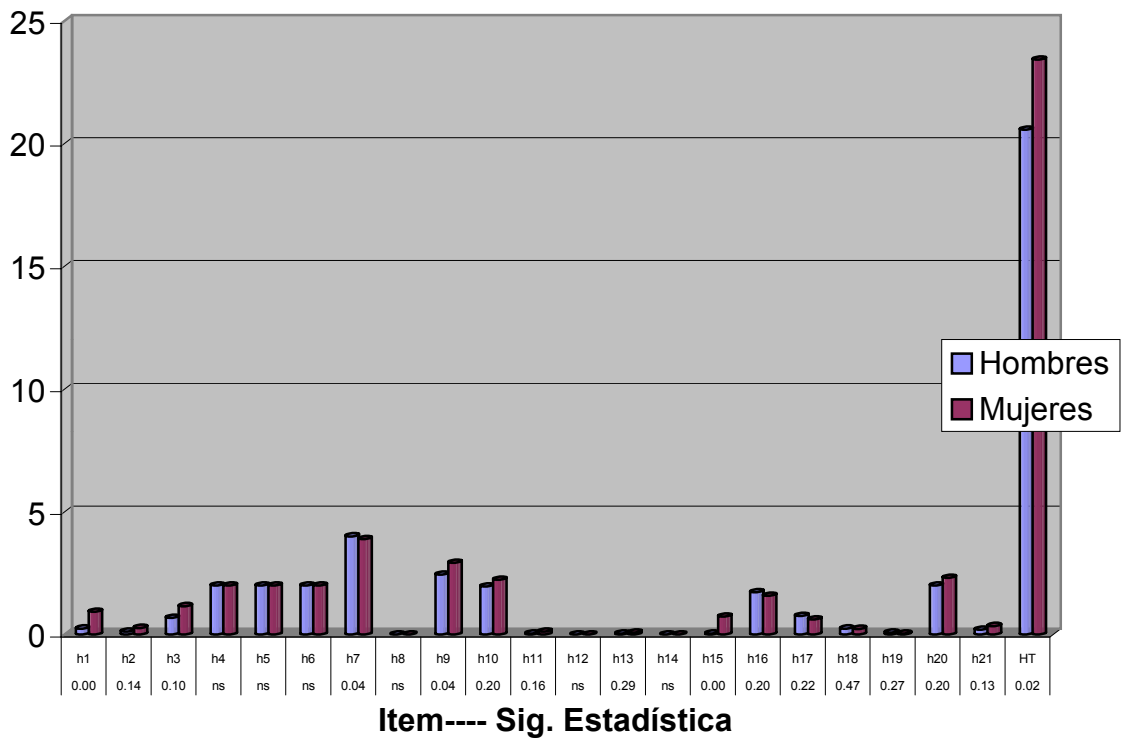


Figura 5.- Escala de Hamilton



Discusión

Éste es, hasta donde sabemos, el primer estudio que aborda, de forma específica, el tema de la conducta Agresiva en la Manía Bipolar y su relación con el Género. A pesar de la percepción general sobre el predominio de la Agresividad en el Género Masculino, los resultados favorecieron al grupo de Mujeres (aunque sin alcanzar la significancia estadística). Probablemente en el terreno de la Peligrosidad los Varones habrían tenido calificaciones mayores. Llama la atención que los Hombres tuvieron menores calificaciones en la Escala de Agresión Explícita a pesar de que presentaban mayor asociación entre síntomas Depresivos y síntomas Maníacos (más cuadros mixtos), lo cual contrasta con la mayor presencia de Síntomas Depresivos en las Mujeres. Ello parecería un contrasentido, pero se explica por la presentación concurrente de Depresión y manía en la población masculina de la muestra. Las Mujeres tuvieron Mayor cantidad de síntomas Depresivos y Maníacos que los Varones, pero dicha presentación No fue concurrente.

Las Diferencias demográficas en la muestra se dieron sólo en los terrenos de la Escolaridad y el Consumo de sustancias (ambas a favor de los varones). Ello concuerda con los datos demográficos globales en nuestro país.

La Clinimetría sólo arrojó diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de las escalas de Hamilton y BPRS, y ambas fueron a favor del grupo de Mujeres, lo cual indica mayor psicopatología en dicho grupo, aunque buena parte de la diferencia se dio precisamente en los ítems del BPRS relacionados con Depresión (ánimo deprimido, hostilidad). Sin duda, el grupo femenino tenía mayor cantidad de síntomas depresivos. Sin embargo, ello no fue un factor que se asociara con la calificación en la escala de Agresividad.

La Psicopatología General, medida a través del BPRS, sí se asoció con la Agresividad en ambos grupos y es uno de los factores que, potencialmente, explicarían las mayores calificaciones obtenidas por el grupo de Mujeres. Sin embargo, dicha asociación fue más fuerte entre los varones ($r=0.69$) que en las

mujeres ($r=0.55$). Esto último plantea fuertes dudas sobre el papel de la Psicopatología en la determinación de la conducta Agresiva.

La impulsividad es un factor de posible confusión siempre que se estudia la conducta agresiva, dadas las relaciones bidireccionales entre ambas conductas. Llama la atención que, aunque en la muestra global se mostró una asociación estadísticamente significativa entre las calificaciones en la escala de OAS y de Plutchik, dicha asociación fue sólo a expensas del grupo de varones ($p=0.03$), pues las mujeres no mostraron dicha asociación ($p=0.15$), a pesar de tener calificaciones globales marginalmente más altas en la escala de agresividad.

Esto nos lleva a diferenciar fenomenológicamente la presentación de la manía en relación a Género:

La Manía en las mujeres, caracterizada por mayor cantidad de síntomas depresivos y psicopatología general y una conducta agresiva mayor (o por lo menos semejante) a la de su contraparte masculina, que se asocia, principalmente, a los síntomas de manía y a la psicopatología global y

La Manía entre los varones, con menos síntomas depresivos y psicopatología general pero con una mayor concordancia entre manía y depresión que en las mujeres. La conducta agresiva en ésta población se asocia de una forma homogénea a los síntomas depresivos, la psicopatología general, la impulsividad y los síntomas de manía.

Los resultados del presente estudio difícilmente pueden contrastarse con otros en la literatura, debido a la falta de los mismos. Sin embargo, se confirman los altos índices de conducta agresiva en ésta población (Swanson, 1990; Eronen, 1995).

Existen numerosas limitaciones en éste estudio: Aunque la muestra se reclutó de forma prospectiva, el investigador no fue ciego al objetivo del mismo. El reclutamiento probabilístico fue también un sesgo importante, así como la naturaleza de la población. Se trataba de sujetos gravemente enfermos (la mayor parte de ellos requirieron internamiento involuntario). Ello hace que los resultados no puedan ser generalizados a la población global de pacientes con Trastorno Bipolar, ya que la unidad hospitalaria donde se realizó el estudio

es un centro de referencia a nivel nacional de sujetos con Trastornos Psiquiátricos graves. Una muestra mayor daría mayor potencia al estudio, así como el seguimiento de los sujetos incluidos con la finalidad de determinar la influencia del mejoramiento de los síntomas maniacos (o la exploración de su contraparte Depresiva) y de la psicopatología en la conducta agresiva. Otro aspecto que no se tomó en cuenta fueron las características de personalidad de los sujetos.

El presente estudio puede, sin embargo, sentar un precedente en éste campo hasta ahora poco explorado de la psicopatología del Trastorno Bipolar, un padecimiento en el que se hacen importantes esfuerzos con el objeto de comprenderlo mejor, de brindar alternativas de manejo a quienes lo padecen.

Conclusiones.

- 1) No existen diferencias estadísticamente significativas en las calificaciones de la Escala de Agresividad Explícita (OAS) entre Hombres y Mujeres en la Población con Trastorno Bipolar tipo I estudiada.
- 2) El grupo femenino tuvo calificaciones superiores en las escalas BPRS y de Hamilton en comparación a los Varones. Dicha diferencia fue estadísticamente significativa.
- 3) En las Mujeres, las calificaciones en la Escala de Agresión se asociaron de forma estadísticamente significativa a las obtenidas en la Escala de Manía de Young y en la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS)
- 4) En los Varones, las calificaciones en la Escala de Agresión se asociaron de forma estadísticamente significativa a las obtenidas en la Escala de Manía de Young, en la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica (BPRS), la Escala de Impulsividad de Plutchik y la Escala de Hamilton para Depresión (21 ítems).

BIBLIOGRAFÍA.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

Appelbaum PS. Thinking carefully about outpatient commitment. Psychiatr Serv 2001 Mar;52(3):347-50.

Apter A, Plutchik R, et al. Anxiety, Impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. Acta Psycuatric Sand. 1993, Jan; 87 (1): 1-5.

Arnold L.M., Mcelroy S.L., et al. The role of gender in mixed manía. Compr. Psychiatry, 2000, 41: 83-87.

Bandura A. Aggression: a social learning analysis. Englewood Cliffs: NJ Prentice-Hall, 1973

Barratt, Ernest S, PhD; Standford, Matthew S. PhD; et al. The Effects of Phenotoin on Impulsive and Premeditated Aggression: A Controlled Study. J. Clin Psychopharmacol, 17 :5. October 1997. 341-349

Barratt, Ernest; Slaughter, Laura. Mental Illness violence. Curr Opin Psychiatry, 1996: 9 (6) 393-397.

Barratt ES, Standford MS, et al. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Bio. Psychiatry 1997 ; 41 :1045-1061.

Blumberg, H.P.; Kaufman, J; et al. Amygadala and hippocampal volumes in adolescents and adults with biplar disorders. Arch Gen Psychiatry, 2003. 60:1201-108.

Cassidy Frederick, M:D; Fares, Kara M.D; et al. A Factor Anaysis of Signs ans Symptoms of Mania. Arch Gen Psychiatry. 55:1. January, 1998. 27-32.

Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* 2001 Dec;67(1-3):147-58.

Drevets, W.C. Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current Opinion Neurobiology*,2001. 11:240-249.

Elliot FA. Violence and Neurological contribution: An Overview. *Arch. Neurol.*1992;49: 595-603.

Eronen M, Itarola P. Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Arch Gen. Psychiatry* 1996;53: 497-501.

Eronen M. Mental disorders and homicidal behaviour in female subjects. *Am J Psychiatry* 1995, 152: 1216-1218.

Eysenck SB, Eysenck HJ: The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 1977; 16:57-68

Feldmann TB. Bipolar disorder and violence. *Psychiatr Q* 2001 Summer;72(2):119-29

Fromm E, *Anatomía de la Destructividad Humana*. 13ª Ed. Editorial Siglo XXI. 1974

Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness*, New York, NY: Oxford University Press; 1990.

Hendrick V., Altshuler L.L., et al. Gender and Bipolar illness. *J.Clin. Psychiatry*, 200, 61: 393-396.

Hiday VA, Swartz Ms, et al. Male- female differences in the setting and construction of violence among people with severe mental illness. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (supl 1): S68-S74.

Hiday VA. The social context of mental illness and violence. *J Health Soc Behav* 1995, 36:122-137.

Hodgins S: Mental disorder, intellectual deficiency and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.

Krakowski, Menahem, M. D., Ph. D., Czobor Pal, Ph. D. Gender Differences in Violent Behaviors: Relationship to Clinical Symptoms and Psychosocial Factors. *Am J Psychiatry* 161:3 (459 - 465), March 2004.

Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 14:5-10

Link BG. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *AM. Social Rev.* 1992;57;275-292

Maj, Mario, Hagop S Akiskal, et al. BIPOLAR DISORDER, Vol. 5. Edited by 2002 John Wiley and Sons Ltd. Pp 359-397.

Matsuo K, Kato N, et al. Decreased cerebral Haemodynamic response to cognitive and physiological tasks in mood disorders as shown by near infrared spectroscopy. *Psychological Medicine*, 2002. 32: 1029-1037.

McElroy SL, Soutullo CA, Taylor P Jr, Nelson EB, Beckman DA, Brusman LA, Ombaba JM, Strakowski SM, Keck PE Jr. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999 Jun;60(6):414-20; quiz 421-2.

Mc Neil DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatry symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hop Community Psychiatry* 1994; 45:133-137.

Medina-Mora, et al. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO. *Salud Mental*. Agosto,2003. Vol 26; 4. pp 1-16.

Mercuel Alain, et al. Semiología de las Conductas Agresivas. *Encyclopédie Médico Chiurgicale*, 2001. Ed. Scientifiques et Medicales Elsevier SAS. 37-114- A-50

Moller, F. Gerard M.D; Barratt, Ernest S. Ph.D; et al. Psychiatric Aspects of Impulsivity. Am J Psychiatry. 158.11. November, 2001. 1783-1793.

Moyer KE. Kinds og aggression and their psychological basis. Communications. Bahav Biol 1968;2:65-87.

Nielsen Da, Goldman D, et al. Suicidality ans 5 - hidroxindoleacetic acid concentration associated with a triptophan hydroxylase polimorphism. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:34-38.

O"Campo P, Gielen AC. et al. Vilolence by male partners against women during the chilbearing year: a contextual análisis. Am J Public Health 1995, 8: 1092-1097.

Páez, Francisco; Jiménez, Alejandro; López Alberto; et al. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. Salud Mental V.19, Suplemento octubre 1996.pp:10-12

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. J Clin Psychol 1995; 51:768-774.

Pollack LE, Cramer RD, Varner RV.Psychosocial Functioning of People with Substance Abuse and Bipolar Disorders. Subst Abus 2000 Sep;21(3):193-203.

Post RM, Leverich GS, Xing G, Weiss RB. Developmental vulnerabilities to the onset and course of bipolar disorder. Dev Psychopathol 2001 Summer;13(3):581-98.

Raine A, Buchsbaum M, et al. Glucose metabolism in murderers. Biol Psychiatry 1995, 38 : 342-343.

Rice ME, Harris GT. Violent recidivism: assessing predictive validity. J Consult Clin Psychol 1995, 63:737-748

Swanson J, Holzer C, et al. Violence and psychiatry disorder in the community : evidence of the Epidemiological Catchment Area Suvey. Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 761-770.

Valzelli L. The psychobiology of aggression and violence. New York: Raven Press, 1981.

Volvka Jan, M.D., Ph.D. Neurobiology of Violence. 2d Edition, Washington DC, 2002. pp388.

Volvaka, Jan, MD., Ph. D. The Neurobiology of Violence: An Update. J. Neuropsychiatry Clin Neurosci 11:3, Summer 1999. 307-314-

Volkow ND, Tangredi L. Neural Substrates of violence behaviour : a preliminary study with positron emission tomography. Br J Psychiatry 1987;151:668-673.

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 Jan;143(1):35-9.