

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

ÁREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÁSTER EN GENÉTICA HUMANA CON MENCIÓN
EN CITOGENÉTICA

TEMA:

Comportamiento de los pacientes asistidos en un Centro de Atención Psicosocial de León,
Nicaragua.

Autor: Lic. Hermes Elíseo Cisne Trujillo.

Tutor: Dra. Martha Caldera Munguía.

Docente Área Específica de Medicina.

Asesor Metodológico: Lic. Sara Cerna Sandoval.

Docente Área Específica de Psicología.

2024: 45/19 ¡La Patria, la Revolución!

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN

ÁREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÁSTER EN GENÉTICA HUMANA CON MENCIÓN
EN CITOGENÉTICA

TEMA:

Comportamiento de los pacientes asistidos en un Centro de Atención Psicosocial de León,
Nicaragua.

Autor: Lic. Hermes Elíseo Cisne Trujillo.

Firma

Tutor: Dra. Martha Caldera Munguía.

Firma

Docente Área Específica de Medicina.

Asesor Metodológico: Lic. Sara Cerna Sandoval.

Firma

Docente Área Específica de Psicología.

Agradecimiento

A **Jesucristo** y a su padre **Jehová** sea toda la gloria y la honra por concederme la vida y permitirme lograr alcanzan esta meta.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN, León por el desarrollo de profesionales con carreras de posgrado como es Genética Humana; especialmente a MSc. Almarina Oliceira Solís Santos, rectora magnífica de esta Institución de Educación Superior.

Al Departamento de Investigación y Posgrado, en la persona de Dra. Yamileth Sandoval Ramos quien junto a MSc. Iris Castellón, responsable de Registro de Ciencias Médicas se dieron a la tarea de hacer posible mi finalización de estudios.

A Lic. Sara Lisbeth Cerna Sandoval, una asesora metodológica con la que aprendí a desarrollar esta Tesis. Por supuesto a mi tutora Dra. Martha Caldera Munguía., de quienes recibí ese gran apoyo incondicional en poder culminar mis estudios en tan preciada carrera.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi hijo que no es mi hijo, pero que si lleva mi sangre para que les sirva de motivación e inspiración y reconozca que con esfuerzo, empeño y sacrificio todo se puede lograr, y alcanzar esas metas soñadas, que con la ayuda de nuestro Señor Jesucristo llegaremos hasta ese final propuesto en la vida. Como un regalo especial para: Engel Gabriel García. Y que un día que no este, le quede este hermoso legado de ese padre, del cual recibió cariño, apoyo, comprensión y todo ese amor que necesito y que no logro tener de su padre biológico.

Así como de su madre y hermanos: Yasmina Elizabeth García Cisne, Asaf Israel y Genesis Yasmina Montes.

A: Layla Rayo Escobar, quien ha estado en esos momentos más difíciles de mi vida, brindándome ese apoyo incondicional.

Resumen

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó para valorar las conductas que presentan los pacientes atendidos en el centro de atención psico-social en Nicaragua, febrero-julio 2024. Se estudio al 100% de los pacientes masculinos (33), activos que acuden a consulta al centro de atención psico-social (CAPS). León, Nicaragua.

El instrumento de recolección de datos que se utilizo es: el inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (1993) es una prueba psicológica que evalúa la tendencia a la hostilidad en individuos con problemas psicológicos o de comportamiento, consiste en un cuestionario auto informe de 91 ítems que mide diferentes aspectos de la agresividad / hostilidad, como la agresión verbal, la ira y la suspicacia.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontraron: predominio de la edad entre 45 – 55 años (27%), procedentes de la zona urbana (70%), estado civil soltero (70%), y la mayoría tuvieron una escolaridad primaria (46%).

En relación con la subescala de irritabilidad se obtuvo en su mayoría un nivel alto del (46%), en la subescala verbal se obtuvo en su mayoría un nivel medio (76%), en la subescala indirecta se obtuvo en su mayoría un nivel medio (70%), en la subescala física se obtuvo en su mayoría un nivel medio (61%), en la subescala resentimiento se obtuvo en su mayoría un nivel alto (76%), y en la escala de sospecha se obtuvo en su mayoría un nivel alto (58%).

Es relevante señalar que los diagnósticos variaban en esquizofrenia (24%), trastorno mental orgánico (24%), trastorno por estrés postraumático (15%), trastorno depresivo (15%), trastorno Bipolar 1 y 2 (12%).

Por lo antes expuesto, se recomienda las autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua en conjunto con las autoridades del Ministerio de Salud, autoridades del “Centro de Atención Psico-social” impulsar campañas educativas sobre la importancia de la Salud Mental involucrando a los estudiantes del área de ciencias médicas.

Así como de la posibilidad de gestionar que los alumnos de la carrera de psicología realicen prácticas preprofesionales en el Centro de Atención psico-social (CAPS).



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

Área de Conocimiento Ciencias Médicas

Área Específica de Bioanálisis Clínico

AVAL DE TUTOR/ASESOR

En cumplimiento del Reglamento de Formas de Finalización de Estudios, Capítulos VI: de la tutoría y VII: De la entrega y evaluación de los trabajos monográficos, Artos 41 al 43 como tutora del trabajo de Investigación realizado, con título: “***Comportamiento de los pacientes asistidos en un Centro de Atención Psicosocial de León, Nicaragua.***” cuyo autor **Lic. Hermes Elíseo Cisne Trujillo.**

Como tutora y asesora metodológica de este estudio considero que el Lic. Cisne ha cumplido con los requerimientos orientados en el Reglamento de Finalización de Estudios que la UNAN, León.

El área estratégica que hemos utilizado: **Salud Pública, Enfermedades Crónicas e Infecciosas**, y como Línea de Investigación: **Comportamiento humano y salud mental.**

El Dictamen de aprobado del Trabajo Final por la tutora y asesora, cuenta con aspectos que se orientó, como:

Someter a dictamen de la dirección del Área de Ciencias Médicas.

Desarrollo armónico y ordenado según las orientaciones y conformidades de entrega de protocolo, informe final y conforme al enfoque de la investigación.

Corrección y modificación según elementos que el jurado calificador tome en consideración luego de la lectura del documento final.

Extiendo este aval de aprobación para tesis de investigación para optar al título de **Máster en Genética Humana con mención en Citogenética**, siendo el día y la hora quince de agosto del año dos mil veinticuatro.

Dra. Martha Caldera Munguía
Tutora
Docente Área Específica de Medicina

Lic. Sara Cerna Sandoval
Asesor Metodológico
Docente Área Específica de Psicología

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema.....	5
Justificación	6
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos.....	8
Marco teórico.....	9
Diseño metodológico.....	54
Resultados discusión y análisis.....	59
Conclusión.....	73
Recomendaciones.....	75
Referencias bibliográficas.....	76
Anexos	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de edad y estado civil de los participantes en el estudio.	59
Tabla 2. Datos Sociodemográficos Escolaridad y procedencia de los participantes en el estudio.	59
Tabla 3. Niveles de subescala de la agresividad en los participantes	60
Tabla 4. Niveles de agresividad en la población de estudio.	69
Tabla 5. Nivel de agresividad, diagnóstico y tratamiento médico/farmacológico en la población de estudio.	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1 Gráfico de Edad y Escolaridad vs Irritabilidad.....	60
Ilustración 2. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Irritabilidad.	61
Ilustración 3 Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Verbal	62
Ilustración 4 Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Agresión Verbal.....	62
Ilustración 5. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Indirecta.....	63
Ilustración 6. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Indirecta.....	64
Ilustración 7. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Física	65
Ilustración 8. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Agresión Física	65
Ilustración 9. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Resentimiento.....	66
Ilustración 10. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Resentimiento.	67
Ilustración 11. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Sospecha.....	67
Ilustración 12. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Sospecha	68
Ilustración 13. Gráfico de Diagnóstico clínico de los participantes	70

INTRODUCCIÓN

En la última década, ha habido un aumento preocupante de los casos. Los trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia son el principal motivo de conducta agresiva en el ámbito de la salud mental. Las causas son una combinación de factores psicológicos, físicos y ambientales.

Es frecuente que hayan crecido en familia que, a causa de sus propias limitaciones, no han sido capaces de ofrecer un estilo educativo eficaz, ni la estimulación cognitiva o el apoyo emocional necesario para el desarrollo del niño. O bien se trata de familia desestructuradas, con problemas de drogadicción, mal trato, abusos, delincuencia u otros tipos de conflictos.

Por otro lado, además de un entorno familiar deteriorado, también encontramos amistades con conductas disruptivas, donde se prioriza la competitividad, intolerancia, la superioridad física o la insensibilidad, como una forma mal entendida de la fortaleza.

Un estudio de interacción genética- ambiente en relación con el gen del transportador de la serotonina y la conducta agresiva. Estos autores hallaron que los hombres portadores del alelo corto de este gen mostraban niveles más altos de agresividad, siempre y cuando hubieran experimentado además un determinado nivel de estrés. En contraste los hombres y mujeres portadoras del alelo largo no mostraban dicho incremento en la conducta agresiva, incluso bajo el efecto del estrés. Lo que sugiere que el estrés funciona como un activador de los efectos negativos del alelo corto.

Keenan Shaw (2003), entienden que las diferencias individuales y los procesos de socialización explican la conducta agresiva. Se refieren a variables individuales como el tipo de

apego, el temperamento, la habilidad para tranquilizarse, o para solicitar ayuda del cuidador, la respuesta a la frustración, el desarrollo del lenguaje y la empatía.

Socialmente el comportamiento agresivo ha sido inherente al ser humano desde los inicios de su existencia. En lo individual, suele manifestarse desde los primeros años de vida, pero su frecuencia se va reduciendo a través de los años. Sin embargo, hay personas que continúan siendo agresiva en edades adultas, encontrándose por eso comportamientos agresivos en los diferentes contextos sociales, como el de la familia o en ámbitos educativos y laborales.

Desde el modelo holístico del ser humano, se observa como la psicología posee en la actualidad un vastísimo campo de acción para la comprensión del desarrollo de las personas en sus diferentes dimensiones: biológica, efectiva, cognitiva, comunicacional, valorativa, actitudinal, social y espiritual.

Para entender la agresividad hay que tener en cuenta la influencia de la genética en el temperamento y los diferentes estilos educativos. Estos pretenden modular la respuesta a agresores, sean estos externos o internos y todo ello entroncado en una edad transcendental como es la adolescencia. Los genes que codifican las enzimas principales del metabolismo de la serotonina en el cerebro triptófano hidroxilasa y el receptor 5-HT_{1A} forman parte de un complejo grupo de genes que modulan la conducta agresiva.

Otro gen candidato prometedor para la conducta agresiva es de la MAO-A, un gen del cromosoma X que está implicado en la regulación de los mecanismos de la serotonina, la norepinefrina y la dopamina en el cerebro. La deficiencia de la MAO-A causada por una mutación puntual en el gen que la codifica sea correlacionado con la agresión impulsiva.

ANTECEDENTES

En los últimos 50 años se han realizado múltiples estudios publicados para explicar sobre la conducta agresiva. En muchos países de América Latina, aunque los grupos estudiados y las metodologías utilizadas no se puede comparar en forma estricta, los resultados obtenidos sirven para obtener una apreciación general de la conducta agresiva, violenta y antisocial.

Mesa y Moya (2010) publicaron una investigación sobre: Genética de la violencia humana. Concluyen que, aunque se ha avanzado considerablemente en el conocimiento de las contribuciones genéticas implicadas en la conducta agresiva, violenta y antisocial, así como en la interacción de los factores genéticos con los ambientales, en el momento actual no se conocen con exactitud los mecanismos exactos por los cuales los factores genéticos contribuyen a estas conductas. Probablemente, los aspectos genéticos influyen en los factores biológicos como el arousal, los niveles hormonales y los neurotransmisores, entre otros, que a su vez afectan al comportamiento. Analizar y comprender cada uno de estos parámetros por separado es fundamental para mejorar nuestra comprensión de los mecanismos biológicos subyacentes a la conducta agresiva o violenta. Junto a ellos, otros factores ambientales como el maltrato y la respuesta ante el estrés tienen un efecto importante sobre la expresión de genes específicos y, consecuentemente, en la conducta agresiva de las personas

Garzón (2016), publico un estudio titulado: Factores Neurobiológicos del Trastorno de Personalidad Antisocial. Y reconoce dentro las estructuras neuroanatómicas al lóbulo frontal (estructura encargada de la ejecución y la planificación), a la Serotonina y a la MAO como sustancias químicas más importantes en el desarrollo del TPA (trastorno de personalidad antisocial).

Oto estudio de Soto (2018) en su estudio sobre: Los actos violentos se relacionan con factores psicológicos y sociales determinantes. Identifica que los factores de riesgo y protección que se encuentran presentes en la historia personal y en la realidad actual e inmediatamente futura de un agresor potencial son los principales desencadenantes de las conductas agresivas. Montes y López (2004) explica que el incremento de acciones específicas, conllevan a una gran dosis de violencia tanto en el plano físico, psicológico y espiritual.

En la Universidad Autónoma de Nicaragua, Managua, (2013) se realizó un estudio de tesis sobre: Factores que Inciden en el Comportamiento Agresivo. En el que identificaron lo siguiente: Los factores determinantes para la agresividad están referidos sobre todo a situaciones que suceden en el aula de clase; factores de carácter familiar y del entorno social, tales como: el consumo de sustancias alucinógenas por parte de los padres y vivir en un ambiente agresivo.

En la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, facultad Regional Multidisciplinaria de Estelí. (2016) se realizó un estudio de tesis sobre: Manifestaciones del Comportamiento Agresivo. Del cual obtuvieron el siguiente resultado: El tener un comportamiento agresivo impide tener buenas relaciones sociales. Las personas con manifestaciones agresivas caen en frustración y manifiestan un comportamiento en dependencia de sus experiencias y modelos. Las causas que inciden en las manifestaciones del comportamiento agresivo se deben al contexto o el medio donde la persona se relaciona.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos tiempos se está produciendo un espectacular avance en el conocimiento de las contribuciones genéticas implicadas en la conducta agresiva, violenta y antisocial, así como en la interacción de los factores genéticos con los ambientales, los niveles hormonales y los neurotransmisores, entre otros, que a su vez afectan al comportamiento humano.

La agresividad es considerada como una capacidad adaptativa cuya expresión depende de la concurrencia de diversos factores, algunos de ellos se han llegado a determinar con gran precisión; y son resultante de condiciones socioambientales y biológicas, por esta razón los comportamientos que valorare van enfocados a la agresividad, siendo este la problemática más representativa en el centro de atención psicosocial.

Las personas diagnosticadas con una condición mental tienen una susceptibilidad a la adopción de manifestaciones agresivas como resultado del aprendizaje social realizado durante el desarrollo del individuo en ambientes donde la violencia es frecuente, reforzada positivamente, castigada de manera pobre o tardíamente y en los que no existen muchas oportunidades de aprender comportamientos prosociales alternativos para la solución de los conflictos.

Por lo cual se ha planteado la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la conducta de los pacientes masculinos que asisten a un centro de atención psicosocial en Nicaragua?

JUSTIFICACIÓN

Socialmente el comportamiento agresivo ha sido inherente al ser humano desde los inicios de su existencia. En lo individual, suele manifestarse desde los primeros años de vida, pero su frecuencia se va reduciendo a través de los años. Sin embargo, hay personas que continúan siendo agresivas en edades adultas, encontrándose por eso comportamientos agresivos en los diferentes contextos sociales, como el de la familia o en ámbitos educativos y laborales. Desde el modelo holístico del ser humano, se observa como la psicología y la citogenética poseen en la actualidad un vastísimo campo de acciones para la comprensión del desarrollo de las personas en sus diferentes dimensiones: biológica, afectiva, cognitiva, comunicacional, valorativa, actitudinal, social y espiritual. Por lo tanto, para entender la agresividad hay que tener en cuenta la influencia de la genética en el temperamento y los diferentes estilos educativos ya que estos modulan o predisponen el nivel de agresión del ser humano, ya sea de forma externa o interna.

Algunos factores ambientales como el maltrato y la respuesta ante el estrés tienen un efecto importante sobre la expresión de genes específicos y, consecuentemente, en la conducta agresiva de las personas. La influencia de los factores genéticos parece ser un hallazgo persistente en los estudios genéticos de la agresividad, las estimaciones puntuales de la heredabilidad tienden a variar considerablemente, incluso dentro del mismo rango de edad. La presencia o ausencia de efectos ambientales, y los cambios que estos sufren a lo largo del desarrollo son las principales causas de estas variaciones.

Se puede decir por lo tanto que el comportamiento violento surge de la compleja interacción entre factores genéticos, factores adquiridos y factores psicosociales, por lo que realizar este estudio en un lugar de atención psicosocial toma relevancia ya que los individuos de

estudios día a día están expuestos a todos estos cambios de su entorno y de la condición propia de cada paciente.

OBJETIVOS

Objetivo General

Valorar las conductas de los pacientes atendidos en el Centro de Atención Psicosocial, febrero-Julio 2024.

Objetivos específicos

Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

Relacionar las subescalas de agresividad de los participantes con las características sociodemográficas.

Determinar los niveles de agresividad con el diagnóstico y tratamiento médico en la población de estudio relacionándolos con factores psicológicos y biológicos.

MARCO TEÓRICO

El impacto de la violencia en la salud mental no es el mismo durante toda la vida, perdura hasta la edad adulta y puede transmitirse de una generación a otra. Las consecuencias para la salud mental de los niños y las niñas pueden variar según la forma de violencia experimentada y el entorno en el que se produzca. Los estudios realizados han destacado no solo la naturaleza interconectada de los diferentes tipos de victimización, sino también la forma en que su impacto acumulativo puede perjudicar gravemente el desarrollo infantil. Cada año, más de 1,000 millones de niños y niñas se ven expuestos a alguna forma de violencia, la cual puede tener efectos devastadores en su salud mental. La conducta es algo es continuo, variable y difícil de definir objetivamente. Cada observador puede diferir en la interpretación del comportamiento.

Agresividad:

Etimológicamente, la palabra agresividad se deriva del latín *aggredior*, que significa “ir o cometer contra otro. La agresividad implica provocación o ataque. Barkowitz (1996) la define como “faltar al respeto, ofender o provocar a los demás”, es decir, el comportamiento que se realiza sobre la víctima. En la actualidad se le define desde la perspectiva del agresor y de la víctima y se la ubica en una temporalidad y en un contexto donde se dan las relaciones y las interacciones humanas. Algunos actores pueden definir agresión como el hecho de hacer un daño observable en cualquier objeto, sin mencionar la intención.

Una definición adaptativa de agresividad sería la expuesta por Valselli (1983), que la considera como un componente de la conducta normal que se expresa para satisfacer las necesidades vitales, para eliminar y superar cualquier amenaza contra la integridad física y / o psicológica. Estaría orientada a la conservación del individuo y de la especie y solamente en el caso de la actividad depredadora conduciría a la destrucción del oponente, llegando a producir

hasta su muerte. Siguiendo esta línea, se ha propuesto una distinción entre agresión y violencia basada en criterio de utilidad biológica. La primera sería una conducta normal, fisiológica que ayuda a la supervivencia del individuo y su especie (Archer, 2009). El término de violencia se aplicaría a formas de agresión en las que el valor adaptativo se ha perdido, que pueden reflejar una disfunción de los mecanismos neurales relacionados con la expresión y control de la conducta agresiva, en tanto que su objetivo es el daño extremo, incluso llegando a la muerte de la víctima (Anderson y Bushman, 2002, Daly y Wilson, 2003, Mas, 1994). En consecuencia, la violencia está influida por factores culturales, ambientales y sociales que modelan la manera concreta de expresar la conducta violenta (Alcázar, 2011, Siegel- y Victoroff, 2009). No obstante, esta conceptualización no implica necesariamente que la agresión y la violencia sean dos categorías separadas: al contrario, desde esta perspectiva se puede considerar que tanto la agresión como la violencia son conductas complejas que en dosis moderada puede tener una función adaptativa en entornos ambientales exigentes que supongan retos para la supervivencia del individuo. De este modo, la agresión y la violencia podrían considerarse como parte de una misma dimensión continua (Vassos, Colliers y Fazel, 2014).

Como hemos visto, es difícil establecer un consenso entre definiciones y autores, sin embargo, hay algunos puntos que podemos decir que son más o menos aceptables para la comunidad científica.

La diferencia entre agresividad y agresión es que la primera es un impulso interior solo percibida por el agresor, una señal psicológica para actuar de forma hostil que puede ser reprimida, la segunda es una acción externa que alcanza a la víctima, es el resultado de la

liberación del impulso agresivo. Es decir, la agresión es una consecuencia de la agresividad en todos los casos, pero no siempre la agresividad se sigue de agresión.

La violencia a diferencia de la agresividad es siempre morbosa e innecesaria. Se caracteriza por buscar la destrucción deliberada de los semejantes con fines diferentes a los de la supervivencia. Suele responder a la ambición, la dominación, el placer sádico o la venganza. Para más aclaración, podemos estudiar la definición que realiza la OMS, 2002, sobre la violencia, en donde se destaca como rasgo principal su intencionalidad de causar daño a otras personas, ya sea verbal, física, sexual o económica.

La violencia es "el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o una comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Origen de la agresividad:

A pesar de que existen perspectivas, y teorías y modelos dentro de estas perspectivas, que han intentado explicar el origen de la agresividad actualmente existen muchas lagunas a la hora de determinar cuál es su origen. Cada perspectiva aborda la agresividad otorgando a ciertas variables un papel predominante en su origen, sin embargo, ninguna de ellas es capaz de ofrecer una respuesta definitiva.

Desde la perspectiva evolucionista, la etología y la sociobiología la agresividad es considerada un mecanismo innato importante para la supervivencia y la adaptación del individuo

y de su especie, constituyendo un comportamiento más dentro del repertorio comportamental de todo individuo por lo que su manifestación no es necesariamente un signo de anormalidad.

Tipos de agresión:

Por otro lado, muchos autores han hecho diferentes clasificaciones de tipos de agresión, debido a que esta se comete bajo varias condiciones y diversas formas. Estas clasificaciones se caracterizan por haber empezado un gran número de variables para definirla, terminando por aceptar como consenso la tipología de Reis (1971), quien engloba todos los tipos de agresión en dos. Empecemos por la tipología clásica de Moyer (1968), quien propuso ocho clases de agresión diferenciándolas por sus bases fisiológicas y los estímulos que las producen. Su trabajo se basó en el estudio de animales no humanos, sin embargo, ayuda a entender las bases de la agresión humana.

Agresión predatoria: se define como el comportamiento de ataque dirigido por un animal en contra de una presa adecuada. A veces este comportamiento queda denominado como agresión entre especies. En este tipo de agresión no hay una activación del “Arousal” emocional, además de que el ataque se caracteriza por ser efectivo, es decir, el animal que ataca va directamente a las zonas del cuerpo más vulnerables para matar a la presa.

Agresión entre machos o competitiva: este tipo de agresión se comete entre individuos de la misma especie cuando se ha establecido una jerarquía de dominación entre los machos de un grupo. Las causas suelen ser la presencia de un macho extraño, competencia por dominancia comida o hembra.

Agresión inducida por miedo: se produce cuando un organismo está atrapado por otro amenazante y no puede escapar de él. Siempre va precedida de intentos de escapar y de activación simpática autonómica.

Agresión por irritación: esta agresión se clasifica algunas veces como enojo, ira, o agresión afectiva, y es provocada por un amplio rango de objetivos vivos e inanimados. Según Moyer la proceden varios enervantes como frustración, dolor, falta de sueño, fatiga y privación de alimentos, pero nunca hay intentos previos de escapar

Agresión maternal: se refiere a la agresión que comete una madre ante un estímulo de que se acerca o amenaza a su cría. Comienza en el embarazo y se mantiene durante el periodo de lactancia, siendo, en este caso, muy importante el factor hormonal.

Agresión sexual: se produce por los mismos estímulos que producen las respuestas sexuales, y, además, es más habitual en machos, pero a veces ocurre en hembras. En este tipo de conductas produce un elevado estado de "arousal" y está altamente relacionado con las hormonas.

Agresión instrumental: este tipo de agresión fue considerada por Moyer e introducida más tarde en su clasificación, y existe solo porque ha sido reforzada por sus propias consecuencias y, por tanto, va en aumento, aunque puede que no tenga componentes emocionales fuertes.

Por otro lado, hay autores que clasifican la agresividad de diferentes maneras. Por ejemplo, la clasificación pionera ofrecida por Arnold Buss en 1961 distinguió tres dimensiones de la agresión que ha llegado a ser clásica en la disciplina:

Física-verbal: distingue entre el uso de la fuerza o del lenguaje para infringir daño a otra persona (Berkowitz, 1994; Bjorkquist, 1994).

La dimensión activa-pasiva, hace referencia al modo en que el agresor se implica en la producción del daño, ya sea activamente, o, por el contrario, de forma pasiva, por descuido o negligencia.

La dimensión directa-indirecta: ha sido especialmente relevante en el estudio de la agresión; es aquella en la que la meta principal es hacer daño a otra persona, con llevando una clara confrontación entre el agresor y la víctima, y puede ser tanto física como verbal. La agresión indirecta, es definida como aquella conducta cuya intención es hacer daño a alguien, pero se realiza mediante otra persona, objeto o pertenencia.

Por otro lado, autores como Crick y Dodge (1996), proponen distinguir entre dos tipos de agresión:

Agresión reactiva: incluiría una serie de actos agresivos e ilicitados básicamente como reacción a una agresión, provocación o amenaza percibida, además de sesgos atribucionales hostiles.

Agresión proactiva: incluiría una serie de actos agresivos puestos en marcha intencionalmente para resolver conflictos o dificultades en la comunicación, para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor, y que no implican que la motivación, primaria sea hacer daño a la víctima.

Por último, es destacar la clasificación la clasificación propuesta por Reis (1971), la cual es la que actualmente está más en uso y divide la agresión en:

Agresión afectiva: incluye tanto la agresión ofensiva como la defensiva y todos los tipos de agresiones definidos por Moyer(1968), basadas en la presencia de elementos reales o percibidos de miedo o amenaza. Los estímulos que disparan estas respuestas pueden ser dolor, amenaza de otro sujeto de la misma o diferente especie y la defensa del territorio, además de que se acompaña de una fuerte descarga simpática.

Agresión predatoria: es la misma a la que se refiere moyer (1968), en su tipología de la agresión, pero además incluye que no se acompaña de una activación simpática. Muchos autores han relacionado esta agresión con la agresión patológica en humanos, debido a su carácter premeditado, frío, sin activación simpática, planificado, directo y efectivo.

Neuroanatomía de la agresión

Existe un sustrato neuroanatómico que controla la expresión de la agresión animal, formado por distintas estructuras neurales y sus interconexiones (Moya Albiol,2004). Sin embargo, hay que considerar diversas variables a la hora de analizar las bases neuroanatómicas

de las conductas agresivas, como, por ejemplo, el tipo de especie estudiada (Nelson, 20019), y el tipo agresión (Siegel et., 1999).

Aunque al principio se consideraba que la conducta agresiva estaba regulada por el sistema límbico, hoy se sabe que dicha conducta está controlada por diversos sistemas organizados en forma jerárquica (Siegel et all.,1997). Entre las estructuras que controlan la conducta agresiva destacan la amígdala, la corteza prefrontal, el hipo campo, el giro cingulado anterior, el septum y área tegmental ventral, mientras que las estructuras que controlan la expresión de la agresión son el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal.

Estructuras que controlan o modulan la conducta agresiva:

Amígdala: estructura situada en la profundidad del lóbulo temporal, bajo la corteza olfatoria. Formada por varios núcleos que se agrupan en tres unidades funcionalmente diferentes: la amígdala baso lateral, cortico media y central.

La amígdala baso lateral, la cual está formada por los núcleos lateral, baso lateral y basal, estimula la agresión predatoria e inhibe la defensiva, mientras que la amígdala cortico medial, formada por los núcleos central y medial, facilita el ataque defensivo e inhibe la prelación. De este modo, la proyección de la amígdala cortico medial tiene un doble efecto inhibitorio ya que inhibe la participación activante del hipotálamo y es activadora del tabique, una estructura que desempeña un papel inhibitorio sobre la agresión.

Corteza prefrontal: esta estructura es crítica para el control de la agresividad y conductas disociales debido a que modula a las estructuras subcorticales. Esto fue muy estudiado y corroborado con las investigaciones de sujetos que habían sufrido una lesión cortical, los cuales exhibían unas conductas agresivas totalmente desinhibidas. A partir de esta lesión, el sujeto manifestaba conductas agresivas, se enfadaba con mucha facilidad, era muy irritable y tenía un pobre juicio social. Así, se ha demostrado que la corteza prefrontal controla la conducta agresiva tanto de los sistemas sensoriomotores necesarios para su expresión como mediante su función inhibitoria, debido a que está conectada con el sistema límbico.

Giro del cíngulo: se trata de una estructura límbica que también ejerce un papel inhibitorio, ya que la lesión del cíngulo incrementa la agresión irritativa en gatos y perros (Siegel et al., 1983; 1988).

Septum: la estimulación eléctrica en el núcleo del septum puede inducir conductas predatorias (Valselli, 1983).

El mesencéfalo: los estudios de lesión o de estimulación cerebral, eléctrica o química, en gatos o roedores, han puesto de manifiesto que el área tegmental ventral regula la conducta ofensiva.

Hipocampo: pertenece al sistema límbico y juega un papel irremplazable en la regulación de la memoria espacial y orientación. El hipocampo contiene altos niveles de receptores de los mineralocorticoides lo que lo hace más vulnerable al estrés biológico a largo plazo.

Estructuras que controlan la expresión de la agresión:

Hipotálamo: controla e inhibe la conducta agresiva. Mediante la estimulación hipotalámica (Kaada, 1967), distinguió tres partes funcionalmente distintas: el hipotálamo lateral; relacionado con la predación; el hipotálamo ventromedial, relacionado con la defensa; y el hipotálamo dorsal relacionado con la huida. Por otro lado, hay que destacar que el hipotálamo está conectado con la hipófisis. Esta glándula se encuentra situada en la base del encéfalo, unida al hipotálamo, y se trata de la principal glándula que regula al sistema endocrino, bajo el control del hipotálamo.

Sustancia gris periacueductal: se ha demostrado que las neuronas dorsales de la sustancia gris periacueductal controla las conductas defensivas, las ventrales la predatoria su estimulación que desencadena el ataque silencioso.

Tálamo: la estimulación de los núcleos dorso medial y para ventricular provocan agresión, mientras que la lesión del tálamo ventral la inhibe.

Neuroquímica de la agresión

Con el creciente conocimiento de la bioquímica, observamos un progreso en las relaciones entre la conducta y los cambios bioquímicos del organismo. En concreto, en el equilibrio entre la activación e inhibición de la agresión intervienen distintas sustancias químicas, conocidas como neuro regulador – neurotransmisores y hormonas, con importantes

implicaciones prácticas en el diagnóstico y tratamiento de la violencia y de otros desordenes psíquicos. Hoy día se consideran los procesos fisiológicos no solo como posibles causas, sino también como eventuales consecuencias de la conducta, en una perspectiva multidireccional, según la cual toda pauta comportamental esta modulada por más de una sustancia química en compleja interacción mutua. En el presente artículo analizamos como interactúa la agresión con dos de los tipos más interesantes de neuro reguladores, a saber: las hormonas, con especial dedicación a las sexuales y a las suprarrenales, y los neurotransmisores, en especial la serotonina.

Un neurotransmisor es una biomolécula, sintetizada generalmente por las neuronas, que se vierte, a partir de vesículas existentes en la neurona presináptica, hacia la brecha sináptica y produce un cambio en el potencial de acción de la neurona postsináptica.

Neurotransmisores que se han relacionado más con la agresión.

La acetilcolina: se encuentra tanto en el SNC como en el SNP y es el neurotransmisor de la unión neuromuscular. Normalmente, es excitador, pero puede comportarse como un inhibidor (Alonso et al., 2001). Se le ha relacionado con el aumento de la agresión debido a su función al inicio de esta. Se encuentra en el hipotálamo, hipocampo, cuerpo amigdaloides y área cingulada, estructuras implicadas en esta conducta. Las anormalidades en la actividad colinérgica contribuyen a una hiperactividad de estas estructuras subcorticales, sobre todo el sistema límbico, pudiendo desencadenar disforia e irritabilidad, y, por consiguiente, agresividad.

La noradrenalina (NA): se sintetiza en el locus coeruleus situado en el tronco del encéfalo, desde donde parten proyecciones hacia todo el encéfalo. Aquí se encuentra con dos

importantes redes que incluyen numerosas estructuras tanto del sistema de agresión al inicio como al termino. Estas redes van del tallo cerebral al cerebro y al hipotálamo, conectándose con el tálamo, el cuerpo amigdaloides, el hipocampo, la región septal, la cingulada y la neocorteza (Renfrew, 2005). Se puede afirmar que el aumento en sus niveles va acompañado por una agresión elevada.

La dopamina (DA): se sintetiza fundamentalmente en los cuerpos neuronales del área tegmental ventral y de la sustancia negra, ambas situadas en el tronco del encéfalo. Desde estas regiones se envían proyecciones dopaminérgicas hacia diferentes partes del SN. Al igual que la NA, la DA tiene varias vías que pasan a través del hipotálamo y dentro de las estructuras límbicas, como la región septal, el hipocampo, y el cuerpo amigdaloides. El sistema dopaminérgico está encargada de la gratificación interna del cerebro y participa en limitar la agresión durante su activación, de hecho, en la mayoría de los tipos de agresión la relación existe entre DA y agresión es inversa, es más, muchos de los psicofármacos que se han empleado como anti agresivos producen un bloqueo dopaminérgico. De hecho, se han demostrado, con estudios tales como los de Rodríguez_Areas, Minarro y Simón (1997), el efecto anti agresivo de antagonistas dopaminérgicos como el haloperidol, y Linck, Libbi y Joonson (1982), estudiaron este mismo efecto con antagonistas opiáceos como la Naloxona y Naltrexona.

La serotonina (5-HT): es fabricada en el núcleo del rafe en el tallo cerebral y sintetizada a partir del aminoácido triptófano, el cual proviene de la dieta. De aquí las fibras nerviosas van al tálamo, al hipotálamo y otras estructuras límbicas como el cuerpo amigdaloides, el hipocampo, el área septal y el cerebelo. Si disminuye la 5-HT la agresión aumenta, mientras que la agresión

disminuye después de un aumento de 5-HT, por lo que se considera un inhibidor de la mayoría de las formas de agresión, y predominantemente la de carácter impulsivo más que las premeditadas (Randall, Mendoza y Ramírez 1989; Mendoza, Mayogoitia, Mondragón y Randall (1990). Cuando la serotonina aumenta en las regiones corticales prefrontales, tales como córtex frontal y el cíngulo anterior, se produce una modulación y a menudo suprimen la emergencia de conductas agresivas actuando en los receptores 5-HT₂ de esas regiones. Así la deficiencia en los circuitos serotoninérgicos en estas regiones frontales aumenta la agresión. Este modelo está respaldado por estudios que han demostrado que la recaptación de sus inhibidores reduce la agresión impulsiva (Coccaro et al., 1997).

La primera evidencia clara en humanos fue el descubrimiento que en el curso de la depresión había una disfunción de los sistemas serotoninérgicos en personas que intentaban suicidarse, tenían un carácter impulsivo y violento (Asberg, Traskman y Thoern, 1976). A su vez, en laboratorio también se ha consolidado esta concepción: la paraclorofenilalanina (PCPA), la cual bloquea la síntesis de 5-HT para aumentar los niveles de 5-HT (Sherd, 1969). Por otro lado, el metaclorofenilpiperazine, activa el receptor 5-HT_{2c}, se ha asociado con un aumento de la impulsividad e hiperactividad.

Hormonas y agresión

Las hormonas son moléculas orgánicas producidas y liberadas fundamentalmente por glándulas endocrinas. Estas liberan las hormonas en sangre y a través de su circulación se difunden hacia otras zonas del cuerpo, donde actúan sobre los órganos y tejidos diana. Aun así, sus efectos se producen únicamente en células que disponen de receptores a los que las hormonas

se unen de forma específica para realizar su función (Alonso A.A, et al., 2001). A continuación, se expone como interactúa la agresión con las diferentes hormonas:

Los andrógenos: son hormonas que se segregan en los testículos, y de estas la testosterona es uno de los andrógenos biológicamente más importantes. Los andrógenos producen un aumento en el enfado y en la tendencia en la agresividad (Ramírez, 2006). Se trata de uno de los argumentos más usados y a favor de esto es el predominio de la agresión física en los machos de la mayoría de las especies. En humanos, durante su desarrollo puberal se observa un fuerte aumento de estas hormonas que coincide con un aumento del comportamiento agresivo, (Beach, 1948), y del paso desde el juego de lucha a lucha seria (Onyenkwere y Ramírez, 1993, 1994). El comportamiento antisocial característicos de muchos adolescentes está asociado con un descenso de los esteroides gonadales y un aumento andrógenos. La producción de testosterona va disminuyendo a lo largo de la edad adulta y se puede relacionar con el descenso paralelo de la agresividad a lo largo de la vida y, en sentido opuesto, con el aumento de altruismo. Algunos tratamientos incluyen hormonas femeninas, como los estrógenos y la progesterona. Erpino y Chappelle (1971), utilizaron progesterona en ratones para reducir en ratones la agresión inducida por la testosterona. En hombres normalmente no se suministra estrógenos por sus resultados inconsistentes, si no que suelen usar drogas que aumenten los niveles de progesterona. Por ejemplo, pruebas clínicas con provera, una droga muy similar a la progesterona natural ha dado como resultado una reducción, en hombres maduros, de las agresiones sexuales (Money, 1970), y una disminución de la actividad sexual y agresiva en jóvenes (Lloyd, 1964).

Hormonas suprarrenales: en la agresión también influirían hormonas del eje hipófisis suprarrenal: la corteza supra renal, mediante la corticosterona y la ACTH, al estimular la secreción de cortisol, y la medula suprarrenal mediante dos catecolaminas: la adrenalina y la noradrenalina.

Otras hormonas relacionadas con la agresión:

Hay dos hormonas más que han sido relacionadas con la agresión: a) la vasopresina midiendo su presencia en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con agresividad impulsiva se ha encontrado una correlación positiva entre vasopresina y agresividad, una respuesta inversa entre respuesta serotoninérgica y agresión, y una correlación inversa entre respuesta serotoninérgica y vasopresina. Por lo que podría decirse que un antagonista de la vasopresina tendría efecto anti agresivo: b) la melatonina, derivada de la serotonina y producida por la glándula pineal, podría intervenir en los estados de ánimo y, consecuentemente en la agresividad, aunque su función mejor conocida sea la regulación de los ritmos circadianos y la regulación del sueño, por lo que podría causar alteraciones de conducta y cambios bruscos de humor.

Genes más importantes en cuanto a su relación con conductas agresivas:

Los genes del sistema dopaminérgico: han sido ampliamente estudiados en cuanto a su relación con la violencia, debido a que estos genes conforman el sistema de placer/recompensa en el cuerpo humano. Pues bien, hay muchos estudios que revelan una asociación entre los niveles de DA y la conducta antisocial (Niehoff, 1999), (Raine, 1993). De hecho, un gen transportador de DA (DAT1), localizado en el cromosoma 5, tiene un polimorfismo en la tercera región del gen y este ha demostrado que afecta a la expresión genética (Fuke et al. 2001).

Algunas investigaciones han señalado que su alelo 10, codificado por el transportador del DA, es muy eficiente eliminando DA de la sinapsis, por lo que consecuente el alelo de repetición 10 ha sido identificado como un alelo de riesgo que puede incrementar la violencia. Otras investigaciones se han centrado en verificar si los genes de los receptores dopaminérgicos están asociados con las conductas antisociales. En particular, el gen del receptor DRD2 y DRD4 han sido muy relacionado con dicha conducta. El DRD2 está localizado en el cromosoma 11 y está implicado en la producción de los receptores D2, receptores muy concentrados en el cerebro medio, el núcleo caudado, el núcleo accumbens, amígdala, hipocampo y córtex cerebral, partes muy implicadas en las conductas agresivas. El DRD4 es otro gen del receptor DA que ha sido identificado como posible contribuidor de las conductas violentas (Rowe, 2002). Este está situado en el cromosoma 11, su alelo 7 de repetición ha sido identificado como un riesgo para las conductas antisociales, incluido la extrema violencia y agresiones físicas. El estudio de Schmidt, Fox, Robin Huy Hamer (2002), lo demuestra en una población de chicos jóvenes.

Genes del sistema serotoninérgicos: también han sido relacionados con la conducta agresiva. Lo más estudiado ha sido el gen transportador de 5-HT (5-HTT), el cual está localizado en el cromosoma 17. Su polimorfismo, denominado 5-HTTLPR, contiene dos grupos de alelos, los alelos de baja expresión y los de alta expresión. Se ha demostrado que los primeros suprimen la transcripción de las proteínas transportadoras de 5-HT (Hu et al., 2006; Lesch et al, 1996), por lo que estos alelos de baja expresión hacen que disminuyan los niveles de 5-HT en el cerebro, por lo que son un riesgo para las conductas antisociales. Otros factores vinculados con

estas conductas han sido los genes de receptores de 5-HT, 5_HTR2A, 5_HTRiB y el 5_HTR2c, y el triptófano hidroxilasa, aunque deben ser más estudiados.

El ultimo set de polimorfismos genéticos que han sido vinculados con la extrema violencia son genes envueltos en la metabolización de neurotransmisores. Dos de estos genes (el catecol metil transferasa, COMT; y la MAO_A), han sido relacionados consistentemente con conductas antisociales. El COMT está localizado en el cromosoma 22 y codifica la producción de la enzima COMT. Los bajos niveles de la actividad del COMT están asociados con la producción del alelo MET y este con el riesgo de producción de conductas agresivas. La exposición a este alelo hace que aumenten los signos de violencia y agresividad (Rujesco, Giegling, Hartmann Moller., 2003). Por otro lado, el gen MAO_A codifica la producción de MAOA, que es una enzima que recapta DA y 5-HT.

Este gen está localizado en el cromosoma X y su polimorfismo tiene como consecuencia la producción de tipos de alelos, los que contribuyen a una alta actividad de la enzima MAO_A y los que contribuyen a una baja actividad de dicha enzima. Así los alelos implicados en una baja actividad de la MAOA se consideran un riesgo para varias patologías y extrema violencia.

Otra evidencia de la relación entre la conducta agresiva y la enzima MAO_A se observó en una familia holandesa, en la que varios varones presentaban el síndrome de Brunner, caracterizado por un ligero retraso mental y un marcado incremento de conducta impulsivas. Estos varones presentaban una mutación en el cromosoma X, que producía una deficiencia completa de la MAO_A (Brunner H.G., et al.,1993).

Factores que influyen en el comportamiento agresivo:

No hay una sola causa de la conducta agresiva. No hay nadie que decidido que la agresión se pueda explicar de una sola manera. Hay siempre un elemento personal y otro social que intervienen en la explicación de cualquier perturbación y por supuesto también en la agresión.

Factores biológicos:

Según Eibl-Eibesfeldt (s.f), este factor nos permite comprender que estamos naturalmente dotados con un grado de agresividad, que es natural en todos los seres humanos. La violencia sería entonces la incapacidad que tenemos de controlar este impulso primitivo. La neurociencia y el estudio de nuestro cerebro han arrojado grandes luces sobre la importancia de reforzar, a través del entrenamiento ciertas áreas del cerebro que controlan los impulsos ascendentes de nuestro cerebro más primitivo.

La evidencia de una asociación entre la composición genética y la agresividad la encontramos en estudios empíricos de gemelos idénticos (que tienen la misma composición genética), y niños adoptados (genéticamente diferente de los demás miembros de la familia). Estos estudios han demostrado que la herencia biológica afecta la tendencia hacia la agresividad independientemente del ambiente social en que se desarrolle el individuo.

Un famoso psicólogo, Godart, estudio una familia cuya entera progenia tenía unos gravísimos problemas de agresividad. Se ha llegado a la conclusión, por muchos caminos, de que esta dimensión genética consiste en que unos determinados genes transmiten un cierto tipo de

sistema nervioso, ya sea ligado con una estructuración de una forma o con una funcionalidad, como pueden ser los problemas de las hormonas o de los neurotransmisores. Y además están las lesiones producidas traumáticamente, y que por lo tanto tienen que ver con unas zonas cerebrales que tienen una función emocional que no puede darse con normalidad porque esta estropeada la base orgánica en la cual se tiene que realizar esa función, como puede ser lesiones en los lóbulos frontales o en el sistema límbico.

Se ha descubierto que existe relación entre el comportamiento agresivo y un daño en el lóbulo frontal del cerebro. Otro tipo de disfunción puede estar relacionado a la agresión, es un desbalance químico en el cerebro. Los pensamientos, el comportamiento y las emociones de los seres humanos dependen de la transmisión de impulsos eléctricos en el sistema nervioso central. Los espacios entre las células del sistema nervioso se llaman sinapsis y los químicos que permiten el flujo de impulsos eléctricos a través de las sinapsis son llamados neurotransmisores. Los científicos creen que una reducción anormal en los niveles de neurotransmisores irrumpe el flujo de impulsos eléctricos, lo que ocasiona un corto circuito en las emociones como la simpatía o la empatía, que inhiben el comportamiento agresivo.

Factores psicológicos:

Conflictivo: No aprende con la experiencia o el castigo. Rompe las normas sociales habituales

Agresivo: Deseo de herir al otro. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que él está haciendo. Por tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, si no que la víctima, al proporcionarle información directa

sobre las consecuencias negativas de su acción, hacen que se refuercen y mantengan estas conductas. Dificultad para tener sentimientos de vergüenza y culpa. Baja tolerancia a la frustración. Tendencia al egocentrismo y extra-punición.

Baja o nula capacidad de empatía y colaboración.

Poca capacidad para establecer relaciones interpersonales y equitativas. Como se ha dicho, la valoración del riesgo está basada en la en la identificación de los factores de riesgo y protección que se encuentran presentes en la historia personal y también en la realidad actual inmediateamente futura de un agresor potencial atendiendo a una generalización respectiva de los escenarios que podrá encontrarse el agresor y las víctimas.

El temperamento: tiene que ver, con un determinado tipo de sistema nervioso. Antes de tener experiencias biográficas o educación, se tiene un sistema corporal que facilita más o con mayor probabilidad un tipo de reacciones que otras. Los psicólogos especialistas en este tema lo estudiado a fondo, y tiene que ver con el sistema límbico, y el sistema cortical, y la relación entre uno y otro. La base del comportamiento humano está en la totalidad de la persona, pero hay zonas específicas que están más fuertemente ligadas con una determinada actividad o función del sujeto. El sistema límbico es el que se produce primero, tanto desde el punto de vista evolutivo personal como desde el filogenético. Por lo tanto, es lo que se llama cerebro interno, porque se produce primero, está dentro, es más pequeño.

La frustración: la teoría de la frustración-agresión, propuesta por Dollar, Doob, Miller, Mowrer y Sears (1939), defiende que cualquier elemento que dificulta o impide la consecución de una meta provoca frustración y esta a su vez genera agresión. En 1989, Berkowitz actualiza la

teoría integrando los elementos más relevantes de la teoría original junto con los de la teoría de aprendizaje social. Así según la versión actualizada la frustración solo genera agresión si por aprendizaje social el sujeto ha aprendido a responder con agresión.

Cociente intelectual: también es un elemento personal que puede ser útil para la inhibición o la potenciación de la agresión. Un sujeto que tiene más capacidad de desarrollo intelectual tendrá más instrumentos, más recursos para desarrollar unas reacciones que no sean estrictamente emocionales, que sean más ponderadas, equilibradas y estudiadas. Por eso los niños son muchos más emocionales y agresivos (en pequeña intensidad, pero lo son muchas veces), porque no tienen suficiente desarrollo intelectual; cuando lo alcanzan van adaptándose a las reglas, a las normas de convivencia, a la capacidad de solución de problemas y a la consecución de las metas por otros caminos. Cuando un niño tiene problema de desarrollo mental, también tiene mayor propensión a resolver sus problemas presentando una conducta de tipo agresivo, porque es el camino más corto entre el deseo y la meta. A veces es más inteligente “dar una vuelta”, pero muchos niños no tienen la capacidad de encontrar esa “vuelta”, o de controlar su emoción, y por eso un adecuado cociente intelectual tiene una dimensión de posibilitador de control de la emoción y de la agresión.

Factores socioculturales:

La conducta es regulada por diversos factores socioculturales que nos hacen actuar de tal manera dependiendo las circunstancias o eventos que se presenten a lo largo de nuestra vida. Esta conducta ha sido forjada y ha estado en constante cambio por estos factores desde que nacemos, sean internos(serán mencionados a continuación), como la percepción, citando la

definición de S.P Robbins es “un proceso de virtud del cual las personas organizan e interpretan sus impresiones sensoriales a fin de dar significado a su ambiente” esto quiere decir de otra manera que cada persona tiene una visión diferente de su panorama y por ello esa visión no puede ser completamente la realidad. Los valores inculcados son otro factor determinante que afecta en el individuo para actuar de distinta manera, logrando distinguir lo bueno de lo malo ante cada situación. Estos valores junto a la percepción llevan a los individuos a catalogar las conductas de la sociedad en correctas o no.

Las actitudes según S. P Robbins son “propociones evaluativas, favorables o negativas, respecto a personas, objetos o acontecimientos. Reflejan nuestra opinión sobre algo”. Nuestras actitudes son obtenidas desde pequeños por medio de nuestros padres, maestros, amigos de más gente con la que convivimos, principalmente de nuestra edad. Los rasgos que nos caracterizan ya sean físicos o psicológicos (personalidad) son definidos por la herencia incluyendo la educación que recibimos de nuestros padres, costumbres y tradiciones de la familia entre otras; el ambiente en el que vivimos, nos desenvolvemos y las normas a las que estamos sujetos por parte de instituciones y la situación en la que nos encontramos puede hacer que cambiemos nuestra personalidad drásticamente.

Factores demográficos:

El sexo: hay un resultado constante en todos los estudios que se hacen, y es que todos los varones son y tienden a ser, más agresivos que las mujeres. Naturalmente se ha interpretado este dato por dos caminos diferentes: uno, que hay un ingrediente hormonal: los niños son más agresivos que las niñas porque la testosterona tiene una relación directa con la agresión. Esto es verdad, pero también lo es que en la fase puberal y produce una bifurcación en la interpretación

del rol social de varones y mujeres. Por ello la agresividad no puede ser solo en relación con la testosterona, tiene también una raíz social. Es decir, que el niño y la niña son educados en patrones diferentes de permisividad de la agresión “los niños no lloran”, los niños se defienden”, “los niños tienen que proteger a las niñas”. Esos son los slogans que la sociedad lanza sobre los niños y constituye su marco de referencia de perfil de su patrón sexual. Y, por lo tanto, la sociedad, en cierta medida, apoya esas diferencias biológicas que hay entre niños y niñas.

La edad: el mismo patrón se produce en relación con la edad. En todos los casos estudiados los niños más mayores alcanzan unas puntuaciones superiores: a medida que los niños crecen van subiendo sus tasas de agresión. El pico fundamental se produce en la pubertad. Hay que contar con ello de una manera muy seria, porque inhibir la agresión de un niño en la pubertad es casi tarea imposible. La inhibición de la agresión hay que hacerla cuando es menos intensa. En una literatura latina se describía un arbolito muy pequeño que estaban enderezando, y un árbol muy grueso que no se podía enderezar. Esa imagen, que es muy clásica, puede servir muy adecuadamente para visualizar el posible control de la agresión. No se puede empezar a educar la inhibición de la agresión tarde. La tarea hay que comenzarla precozmente.

Factores familiares:

Las prácticas de crianza de los padres son un factor fundamental para el desarrollo de la agresividad. Muchos estudios muestran que los padres fríos y rechazantes, que utilizan la afirmación del poder “como técnica para disciplinar incluyendo agresión física tienden a criar niños agresivos.

La agresión física como técnica para disciplinar no es la más adecuada, no solo porque causa daño físico y humillación, si no por que el niño se hace cada vez más resistente a ello y, en algunas ocasiones, puede devolver violencia con violencia. Por otro lado, es una contradicción flagrante enseñar autocontrol con descontrol que es lo que ocurre casi siempre que pegamos y buenos modales acachetadas. En efecto si agredimos a un niño por ser agresivo, el mensaje que estamos produciendo es que agredir cuando uno está molesto, en lugar de corregir, daña más y trae consigo peores consecuencias.

La familia constituye la primera agencia de socialización con la que tiene contacto la mayoría de los individuos, por lo tanto, todo intento de actuar sobre cualquier tipo de agresividad ha de tener en cuenta el contexto familiar y su funcionamiento.

Desde los años 70 varias teorías relacionan la conducta agresiva en la infancia con los hábitos de crianza de los padres. Entre las variables más estudiadas están el rechazo, la falta de apoyo y afecto, el uso del castigo como mecanismo para controlar la conducta del niño, la falta de supervisión y comunicación, una disciplina inconsistente y la exposición a conductas violentas.

La familia es uno de elementos más relevantes dentro del factor socio cultural del individuo. La familia lo es todo para él. La familia es su modelo es su modelo de actitud, de disciplina, de conducta y de comportamiento. Es uno de los factores que más influyen en la emisión de la conducta agresiva. Está demostrado que el tipo de disciplina que una familia aplica al niño será el responsable por su conducta agresiva o no. Un padre poco exigente, por ejemplo,

y que tengan actitudes hostiles, y que está siempre desaprobando y castigando con una agresión física o amenazante constantemente a su hijo, estará fomentando la agresividad en el niño. Otro factor que induce al niño a la agresividad es cuando la relación entre sus padres es tensa y conturbada. Dentro del factor sociocultural influirían tanto el tipo de barrio donde se viva como expresiones que fomenten la agresividad, como "no seas un cobarde".

Dentro de la familia, además de los modelos y refuerzos, son responsables de la conducta agresiva el tipo de disciplina a que se le someta. Se ha demostrado que una combinación de disciplinas relajadas y pocos exigentes con actitudes hostiles por parte de ambos padres fomenta el comportamiento agresivo en los hijos.

Otro factor familiar influyente es la incongruencia en el comportamiento de los padres, se da cuando los padres desapruaban la agresión y cuando esta ocurre, la castigan con su propia agresión física o amenaza al niño. Los padres que desapruaban la agresión y que la detienen, pero con medios diferentes al castigo físico, tienen menos probabilidad de fomentar acciones agresivas posteriores.

La inconsistencia en el comportamiento de los padres no solo puede darse a nivel de comportamientos e instrucciones, sino también a nivel del mismo comportamiento. En este sentido puede ocurrir, que, respecto al comportamiento agresivo del niño, los padres unas veces los castiguen por pegar a otro y otras veces lo ignoren, por lo que no le dan pautas consistentes. Incluso a veces puede ocurrir que los padres entre sí no sean consistentes, lo que ocurre cuando el padre regaña al niño, pero no lo hace la madre. De este modo el niño experimenta una

sensación de incoherencia acerca de lo que debe hacer y de lo que no debe hacer. Se ofrece incoherencia al niño, también cuando se le entrena en un proceso de discriminación en el sentido de que los padres castigan consistentemente la agresión dirigida hacia a ellos, pero a la vez refuerzan positivamente la conducta agresiva de sus hijos hacia personas ajenas a su hogar.

Factores ambientales:

Como las personas son excelentes aprendices, las experiencias influyen en casi toda conducta humana, esto hace que la teoría más común explique la agresividad como consecuencia de factores ambientales o sociales.

A través de la observación enseñamos a los individuos lo que hay que hacer. La experiencia aprendida es determinante en el comportamiento agresivo en los seres humanos. Los niños aprenden que una actitud agresiva le permite tener control sobre algunos recursos como por ejemplo los juguetes o la atención de los padres. Los niños también aprenden a ser agresivos, observando a otros comportarse agresivamente. Los niños cuyos padres usan la fuerza física para disciplinarlos, tienden a usar la agresión física cuando interactúan y los padres que abusan a sus hijos, generalmente fueron niños abusados. Una de las primeras teorías que relaciono el comportamiento agresivo a factores sociales fue la del sociólogo francés Gabriel Tarde, quien no por esto dejo de atribuir la debida relevancia de los factores biológicos en la existencia de tendencias agresivas, aunque enfatizo que las causas de la agresividad son principalmente sociales.

En algunas culturas, la agresión es bien aceptada. Unas encuestas realizadas en 1970, en E.U.A., revelaron que los norteamericanos aprueban el lastimarse entre sí. Un alto porcentaje opino que la guerra era justificable, que los niños deben pelear y que los policías deben usar la fuerza física; igualmente opinan que los conyugues tenían igual autorización el uno hacia el otro, y se permitía a padres y maestros que disciplinaran a los niños por medio de castigos físicos (Stark y Mc Evoy).

Las comedias que a diario vemos por el cable nos presentan a la familia como algo amable, sano y divertido; pero el hogar puede ser peligroso (en cualquier parte del mundo). La encuesta Gelles 1982, sugiere que, para ese año, 4 de cada 100 estadounidenses fueron severamente maltratados. ¿causas de los maltratados? Cadenas de maltratados transferidas de generación en generación; problemas económicos, el alcohol, las drogas entre otras.

La exposición a la violencia suele ser algo traumático y puede evocar respuestas tóxicas al estrés, que causan daños fisiológicos y psicológicos inmediato y a largo plazo. El impacto de la violencia en el desarrollo del cerebro infantil es especialmente preocupante, sobre todo cuando la exposición a la violencia es prolongada, ya que está vinculada con los siguientes trastornos emocionales y de comportamiento, así como con problemas de salud, educativos y sociales. Entre las consecuencias de la violencia se encuentra la depresión, los trastornos de estrés posttraumático, los trastornos límite de la personalidad, la ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos del sueño, la alimentación y el suicidio, la esquizofrenia, trastorno bipolar.

Trastornos mentales según la Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5-TR (2023):

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición mental que puede ocurrir en personas que experimentaron un evento traumático, un hecho aterrador, impactante, o peligroso como amenazas de muerte, lesiones o violencia sexual. Otros ejemplos de exposición a eventos traumáticos incluyen desastres naturales, accidentes graves, actos terroristas, guerras y combates, violación y agresión sexual, trauma histórico, violencia de pareja e intimidación. Para la comunidad latino / hispana, el estrés de la aculturación, la inmigración y las experiencias de racismo y discriminación pueden ser factores de riesgo para padecer TEPT.

Las personas con TEPT tienen pensamientos y sentimientos intensos y perturbadores relacionados con su experiencia, los cuales perduran mucho después de que el evento traumático terminó. Pueden revivir el evento a través de (flashback) o pesadilla; pueden sentir tristeza, miedo, ansiedad, pánico e ira, y pueden sentirse separados o distanciados de otras personas. Las personas con TEPT pueden evitar situaciones o personas que le recuerden el evento traumático y pueden tener fuertes reacciones negativas a algo tan común como un ruido fuerte o toque accidental. La cultura puede influir en la forma en que las personas interpretan su exposición a experiencias traumáticas y, por lo tanto, también influye en la forma se expresan los síntomas.

Síntomas y Diagnostico de TEPT

Los síntomas del TEPT pueden variar en severidad y se dividen en las siguientes cuatro categorías.

Intrusión: pensamiento intrusivo, recuerdos repetidos e involuntarios, sueños angustiosos, o “flashback”, (recuerdos involuntarios muy vividos). los “flashback” pueden ser tan realistas que las personas sientan que están reviviendo la experiencia traumática o viéndola ante sus ojos.

Evitación: las personas pueden tratar de evitar recordar o pensar en el evento traumático. Pueden resistirse a hablar sobre lo que sucedió o como se sienten al respecto. Pueden incluir evitar personas, lugares, actividades, objetos y situaciones que pueden desencadenar recuerdos angustiosos.

Alteraciones en la cognición y el estado de ánimo: incapacidad para recordar aspectos importantes del evento traumático, pensamientos y sentimientos negativos que conducen a creencias continuas y distorsionadas sobre uno mismo o sobre los demás (por ejemplo, “soy malo”, y no se puede confiar en nadie”); pensamientos distorsionados sobre la causa o las consecuencias del evento que conducen a culparse así mismo o a los demás, miedo continuo, horror, ira, culpa o vergüenza, mucho menos interés en actividades que antes disfrutaba, sentirse separados o extraños de los demás, o ser incapaz de experimentar emociones positivas (un vacío de felicidad o satisfacción).

Alteraciones en la agitación y la reactividad: la agitación y los síntomas reactivos pueden incluir estar irritables y tener arrebatos de ira, comportarse de manera imprudente o auto destructiva, estar demasiado atento a los alrededores de uno de una manera sospechosa, asustarse fácilmente o tener problemas para concentrarse o dormir.

Muchas personas que están expuestas a un evento traumático experimentan síntomas similares a los descritos anteriormente en los días posteriores al evento. Sin embargo, para que a una persona se le diagnostique TEPT, los síntomas deben durar más de un mes y deben causar angustia o problemas significativos en el funcionamiento diario del individuo.

Tratamiento de TEPT

La terapia de procesamiento cognitivo: es una terapia cognitiva conductual en la evidencia diseñada específicamente para tratar TEPT y los síntomas comórbidos. Los terapeutas ayudan a la persona a confrontar recuerdos y emociones angustiantes. Se enfoca en cambiar emociones y creencias negativas y dolorosas debido al trauma (como vergüenza, “he fallado”, el mundo es peligroso”, ect).

La terapia de exposición prolongada: utiliza imágenes repetidas y detalladas del trauma o exposiciones progresivas a los “desencadenantes” de los síntomas de una manera segura y controlada para ayudar a una persona a enfrentar y controlar el miedo y la angustia y aprender a sobre llevarlos. Por ejemplo, los programas de realidad virtual se han utilizado para ayudar a los veteranos de guerra con TEPT a volver experimentar el campo de batalla de forma controlada y terapéutica.

La desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares para el TEPT: es una psicoterapia centrada en el trauma que se administra durante aproximadamente tres meses. Esta terapia ayuda a la persona a procesar nuevamente el recuerdo del trauma para que lo experimente de una manera diferente. Después de realizar una historia completa y desarrollar un plan de tratamiento, el terapeuta guía al paciente a través de preguntas sobre el recuerdo traumático. Los movimientos oculares similares a los del sueño REM se recrean durante una

sesión haciendo que el paciente mire los dedos del terapeuta ir y venir mirando una barra de luz. Los movimientos oculares duran un breve periodo. Las experiencias durante una sesión pueden incluir cambios en pensamientos, imágenes y sentimientos. Después de sesiones repetidas, la memoria tiende a cambiar y se experimenta de una manera menos negativa.

La terapia grupal: alienta a los sobrevivientes de eventos traumáticos similares a compartir sus experiencias y reacciones en un entorno cómodo y sin prejuicios. Los miembros del grupo se ayudan unos a otros a darse cuenta de que muchas personas habrían respondido de la misma manera y sentido las mismas emociones. La terapia familiar también puede ayudar por que el comportamiento y la angustia de la persona con TEPT pueden afectar a toda la familia.

Medicación: los medicamentos pueden ayudar a controlar algunos de los síntomas del TEPT. Además, el alivio de los síntomas que proporciona la medicación permite que muchas personas participen más eficazmente en la psicoterapia. algunos antidepresivos como los IRSS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y los IRSN (inhibidores de recaptación de serotonina y norepinefrina). Se usan para tratar los síntomas de TEPT. Se utilizan solos o en combinación con psicoterapia u otros tratamientos. Se pueden usar otros medicamentos para reducir la ansiedad y la agitación física o tratar las pesadillas y los problemas para dormir que experimentan muchas personas con TEPT (Pigman, 2014).

Trastornos depresivos:

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos periodos de tiempo. La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones de familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarlas.

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres.

Se estima el 3,8% de la población experimenta depresión, incluso el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (1). La depresión es aproximadamente un 50% más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. En todo el mundo, más del 10% de las embarazadas y de las mujeres que acaban de dar a luz experimentan depresión (2). Cada año se suicidan más de 700,000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno (3). Entre los obstáculos a una atención eficaz cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como la estigmatización asociada a los trastornos mentales.

Síntomas y tipologías

Es un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida de placer o del interés por actividades.

Es un episodio depresivo es distinto de las variaciones habituales del estado de ánimo. Estos episodios abarcan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Pueden presentarse varios síntomas más, como:

1. Dificultad para concentrarse
2. Un sentimiento de culpa excesiva o de baja autoestima
3. Falta de esperanza acerca del futuro
4. Pensamiento de muerte o suicidio
5. Alteraciones del sueño
6. Cambios en el apetito o en el peso
7. Sensación de cansancio acusado o de falta de energía

Los episodios depresivos pueden pertenecer a diferentes tipologías:

Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio.

Trastorno recurrente: la persona a padecido ya al menos dos episodios depresivos.

Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de verborrea, pensamientos acelerados, mayor auto estima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente.

Causas concomitante y prevención

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

La depresión está estrechamente relacionada con la salud física y, por consiguiente, la salud física desempeña un papel en la depresión. Muchos de los factores que influyen en la depresión (como la inactividad física y el uso nocivo del alcohol) también son factores de riesgo conocidos para enfermedades como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. A su vez, las personas con estas enfermedades también pueden estar sufriendo depresión a causa de las dificultades como el manejo de su afección.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de afrontamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Diagnóstico y tratamiento

Hay tratamientos eficaces para la depresión, incluidos los tratamientos psicológicos y la medicación. Busque cuidados si presenta síntomas de depresión. Los tratamientos psicológicos son el primer tratamiento contra la depresión. Pueden combinarse con antidepresivos en caso de depresión moderada y grave. Los antidepresivos no son necesarios en caso de depresión leve.

Los tratamientos psicológicos pueden enseñar nuevas maneras de pensar, de hacer frente a las situaciones o relacionarse con los demás. Pueden incluir terapia conversacional con profesionales y terapeutas no especializados supervisados. La terapia conversacional puede llevarse a cabo cara a cara o en línea. Puede accederse a tratamiento psicológico a través de manuales de auto ayuda, sitios web y aplicaciones.

Los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión incluyen:

La activación conductual

La terapia cognitiva conductual

La psicoterapia interpersonal

El tratamiento para la resolución de problemas.

Los antidepresivos incluyen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina.

Los proveedores de atención en salud deben tener presente los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Los antidepresivos no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera elección en adolescentes, en quienes hay que utilizarlos con suma

Trastornos Bipolares

El trastorno bipolar es una enfermedad mental que puede ser crónica (es decir, que es persistente o que ocurre constantemente) o episódica (lo que significa que ocurre ocasionalmente y a intervalos irregulares). Las personas a veces se refieren al trastorno bipolar como “trastorno maniaco-depresivo” o “depresión maniaca”, que son términos más antiguos.

Si bien todas las personas experimentan altibajos normales, con el trastorno bipolar, la variedad de cambios de estado de ánimo puede ser extrema. Las personas con este trastorno tienen episodios maníacos o estados de ánimo inusualmente elevados en los que puede sentirse muy felices, irritables o “animados”, y en los que hay un marcado aumento en el nivel de actividad. También pueden tener episodios depresivos, en los que se sienten tristes, indiferentes o sin esperanza, combinados con el nivel de actividad muy bajo. Algunas personas tienen episodios hipomaniacos, que son como los episodios maníacos, pero no son suficientemente graves como para causar un deterioro marcado en el funcionamiento social, o laboral, o requerir hospitalización.

La mayoría de las veces, los síntomas del trastorno bipolar comienzan durante la adolescencia tardía o la edad adulta temprana. En ciertas ocasiones, los niños pueden tener síntomas del trastorno bipolar. Aunque los síntomas pueden aparecer y desaparecer, generalmente, el trastorno bipolar requiere un tratamiento de por vida y no desaparece por sí solo. El trastorno bipolar puede ser un factor importante en el suicidio, la pérdida del trabajo, la capacidad para funcionar y la discordia familiar. Sin embargo, un tratamiento adecuado puede dar origen a un mayor funcionamiento y una mejor calidad de vida.

Síntomas del trastorno bipolar

Los síntomas del trastorno bipolar pueden variar. Una persona con el trastorno puede tener episodios maniacos, depresivos o “mixtos”. Un episodio mixto presenta síntomas maniacos y depresivos. Estos episodios anímicos, o de cambios en el estado de ánimo, ocasionan síntomas que duran una o dos semanas y a veces más. Durante estos episodios, los síntomas duran la mayor parte del día, todos los días.

Los sentimientos son intensos y ocurren junto con cambios en el comportamiento y en los niveles de energía o de actividad, algo que pueden observar las demás personas. Por lo general, entre un episodio y otro, el estado de ánimo vuelve a una línea de base saludable. Pero en muchos casos, sin un tratamiento adecuado, los episodios ocurren con mayor frecuencia a medida que pasa el tiempo.

Síntomas de un episodio maniaco:

1. Sentirse muy optimista, animado, eufórico, o bien, extremadamente irritable o sensible.
2. Sentirse sobre saltado o nervioso, más acelerado que de costumbre.
3. Sentir que sus pensamientos van muy rápidos.
4. Tener menos necesidad de dormir.
5. Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes (“fuga de ideas”).
6. Tener un apetito excesivo por la comida, la bebida, el sexo u otras actividades placenteras.
7. Pensar que puede hacer muchas cosas a la vez sin cansarse.

8. Sentir que es inusualmente importante, talentoso o poderoso.

Síntomas de un episodio depresivo:

1. Sentirse muy decaído, triste o ansioso.
2. Sentirse más lento o inquieto.
3. Tener problema para concentrarse o tomar decisiones.
4. Tener problemas para conciliar el sueño, despertarse muy temprano o dormir demasiado.
5. Hablar muy despacio, sentir que no tiene nada que decir u olvidar muchas cosas.
6. Perder interés en casi todas las actividades.
7. Ser incapaz de hacer a hasta cosas sencillas.
8. Sentirse sin esperanza o que no tiene valor, o pensar en la muerte o el suicidio.

Tipos de trastornos bipolar:

El trastorno bipolar I se define por episodios maniacos que duran al menos siete días (la mayor parte del día, casi todos los días) o cuando los síntomas maniacos son graves que se necesita atención hospitalaria. Por lo general, también se producen episodios depresivos separados, que suelen durar al menos dos semanas. También es posible que ocurran episodios de alteraciones en el estado de ánimo con características mixtas. Cuando una persona tiene cuatro o más episodios de manía o depresión en un año, se lo llama “ciclos rápidos”.

El trastorno bipolar II se define por un patrón de episodios depresivos e hipomaniacos, pero son menos graves que los episodios maniacos que ocurren en el trastorno bipolar I.

El trastorno ciclotímico (también denominado ciclotimia) se define por síntomas hipomaniacos y depresivos recurrentes que no son tan intensos y no duran lo suficiente como para calificarlos como episodios hipomaniacos o depresivos.

Causas del trastorno bipolar:

Se desconoce la causa exacta del trastorno bipolar. Sin embargo, diversas investigaciones sugieren que una combinación de factores puede contribuir a la enfermedad.

Diagnóstico del trastorno bipolar:

Para diagnosticar el trastorno bipolar, u otro proveedor de atención medica puede hacer un examen físico completo, solicitar pruebas medicas para descartar otras enfermedades, y remitir a la persona a un profesional de la salud mental para una evaluación. Se diagnostica el trastorno bipolar en función de la gravedad, la duración y frecuencia de los síntomas y las experiencias de la persona afectada en el transcurso de la vida.

Tratamiento del trastorno bipolar:

Medicamentos

Ciertos medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas del trastorno bipolar. Algunas personas quizás tengan que probar con varios medicamentos diferentes antes de encontrar los que funcionan mejor. Los tipos más comunes de medicamentos que recetan los médicos incluyen estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos atípicos. Los

estabilizadores como el del estado de ánimo, como el Litio o el Valproato, pueden ayudar a evitar episodios del estado de ánimo o reducir su gravedad. El litio también puede disminuir el riesgo de suicidio.

Psicoterapia:

La psicoterapia (a veces denominada “terapia de dialogo) es un término utilizado para una variedad de técnicas de tratamientos que tienen como objetivo ayudar a una persona a identificar y cambiar emociones, pensamientos y comportamientos problemáticos. La psicoterapia puede ofrecer apoyo, educación, habilidades y estrategias a las personas con trastorno bipolar y sus familias. Estos incluyen la terapia interpersonal y de ritmo social, cuyo objetivo es comprender y trabajar con los ritmos biológicos y sociales de las personas. La terapia cognitiva conductual es un tratamiento importante para la depresión y adaptada para el tratamiento del insomnio (Dinorah J. Torres Lugo, Iván Castillo Ledo, 2022).

Esquizofrenia:

El concepto de locura a existido desde tiempos antiguos. Es la enfermedad mental mas grave o el desorden más severo. Se caracteriza por un grado variable de desintegración de la personalidad y una falla para evaluar correctamente la realidad externa, en varias esferas.

Puede arruinar la vida de los que la padecen, así como la de sus familiares. Generalmente se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales y reduce drásticamente la calidad de vida de los enfermos.

Etiología de la esquizofrenia:

Para explicar la causa de la esquizofrenia. Las primeras teorías estuvieron marcadas por el conocimiento limitado acerca de la naturaleza de la enfermedad mental y por una metodología inadecuada de investigación. Los actuales estudios de la neurobiología de la esquizofrenia examinan una multiplicidad de factores, entre los que se incluyen: la genética, la anatomía, los sistemas de circuitos funcionales, la neuropatología, la neurofarmacología y la neuro evolución.

A pesar de las investigaciones que sean realizado sobre la esquizofrenia, no se ha demostrado su etiología precisa, relacionan su aparición debido a causas multifactoriales.

Los factores sociales como parte de la etiología de la esquizofrenia.

Hay factores sociales que tienen particular importancia para la salud mental, por ejemplo: la familia, el trabajo, la pertenencia a género, las adicciones, los grupos vulnerables por la discapacidad, la violencia, el morir y la muerte.

Las teorías sobre el papel de la sociedad, la urbanización y estrés en el desarrollo de la esquizofrenia, han comenzado a tomar auge. Se plantea que el riesgo de presentar esta enfermedad es mayor en aquellos que nacen o crecen en áreas urbanas. Se conoce también el papel que desempeñan las etnias, la inmigración y estrés psicosocial.

Sintomatología:

Estudios recientes revelan que los pacientes esquizofrénicos y los efectos de otros trastornos mentales graves muestran tasas relativamente altas de conducta violenta y criminal. Conductas irracionales, incomprensibles, o descontroladas, demencia precoz, que evaluaba a un deterioro del funcionamiento mental, y a la incapacidad del sujeto.

Tratamiento:

El aspecto social forma parte de la práctica médica desde el momento en que se establece una relación entre la responsabilidad de curar y el propio enfermo. Este aspecto adquiere mayor importancia en la reinserción en la sociedad del individuo con secuelas, con las experiencias adquiridas en el tratamiento. Las intervenciones sociales desempeñan un importante papel en el tratamiento adecuado de los pacientes esquizofrénicos y deben integrarse con la farmacoterapia.

Al igual que los antipsicóticos, los tratamientos de tipo social deben ajustarse a las necesidades de cada enfermo. Estas necesidades dependen del paciente, de la fase de la enfermedad y de las circunstancias en que viven. Se incluyen técnicas alternativas de tratamiento que encuentran aquí un espacio para su ejercicio como son las técnicas no medicamentosas entre las que se incluyen: yoga, digitopuntura, acupuntura, entre otros. Hay quienes incluyen aquí técnicas de fitoterapias como la terapia floral y otras similares que están de moda en la corriente ecologista.

La terapia de familias disfuncionales se realiza en el lugar habitual en donde se produce la disfunción con la participación de todos los miembros de la familia (Dorinka Romero Ángeles, 2018).

Trastornos de Ansiedad:

Se trata de un cuadro caracterizado por los rasgos esenciales de un trastorno de ansiedad, con sintomatología a nivel emocional, cognitivo, motórico y manifestaciones autonómicas, pero consecuencia de un trastorno orgánico capaz de producir una disfunción cerebral (epilepsia del lóbulo temporal, tirotoxicosis o feocromocitoma). Las estructuras neuroanatómicas y neuro

fisiológicas que intervienen en la ansiedad no están totalmente determinadas. Las lesiones focales donde se desarrolla ansiedad normalmente afectan al sistema límbico, con mayor frecuencia al lado derecho.

Síntomas del Trastorno de Ansiedad:

La ansiedad puede exacerbar al cuadro clínico e interferir notablemente en la recuperación del paciente. Ante todo, trastorno de ansiedad, sobre todo si es mayor de 35 años y no tiene antecedentes psiquiátricos personales ni familiares.

Tratamiento no farmacológico del trastorno de ansiedad:

Música terapia: la cual se emplea como alternativa para reducir la ansiedad en el campo de la psicología, medicina y odontología. Esta actúa directamente sobre el sistema nervioso simpático haciendo que el paciente experimente no solo beneficios psicológicos sino también fisiológicos.

Los medios audiovisuales, usados por los profesionales para ayudar a los pacientes con el referido padecer. El uso de una presentación audio visual fue utilizada en pacientes jóvenes adultos, que se sometían a extracción del tercer molar inferior, lo cual mejoro el conocimiento del paciente sobre las complicaciones postoperatoria y disminuyo la ansiedad. Específicamente el uso de la tercera dimensión (3D) como variante audio visual a jugado su papel ante la ansiedad, según (Nuvvola y otros).

La terapia psicológica del comportamiento constituye otro método en la práctica estomatológica de países bajos, constituye una terapia de intervención no invasiva muy utilizada

para disminuir la ansiedad. Sin embargo, un estudio de revisión sistemática realizada en el 2014 apunta que se requieren estudios mejor diseñados para aseverar su eficacia. Según (Van den Berg y otros).

La acupuntura, por su parte es un método terapéutico en su mínima intervención, simple y barato utilizado para este fin. Es un estudio realizado en pacientes con niveles de ansiedad moderados o severos se encontró una reducción importante de estos niveles en la totalidad de los investigados aplicando este proceder 5 minutos antes del tratamiento en los puntos acupunturales GV 20 y EX6.

La aromaterapia, específicamente la naranja es otro de los métodos más simple para reducir la ansiedad.

Trastorno Mental Orgánico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 2000):

Hablamos de trastorno mental orgánico TMO para referirnos a un grupo de trastornos psiquiátricos secundarios a enfermedad cerebral estructural demostrable, tal como tumores, traumatismos, o degeneración. También se aplica este término para trastornos psiquiátricos que proceden de una disfunción cerebral secundarias a enfermedades sistémicas o extra cerebrales, tales como el síndrome de Cushing o el mixedema.

Diagnóstico del Trastorno Mental Orgánico T M O

Estudios recientes con neuroimagen que permiten estudiar el cerebro “en vivo” en voluntarios sanos o en determinados trastornos, las nuevas técnicas neurofisiológicas de mapeo

cerebral o el estudio de evocados potenciales, la neuropsicología, ect. Estas nuevas técnicas nos permitirán en un futuro el diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento de estos pacientes.

En la actualidad la exploración psiquiátrica detallada sigue siendo de indudable utilidad en el diagnóstico de estos trastornos, además es necesario un examen clínico, especialmente el neurológico y de laboratorio (estado metabólico y bioquímico a través de análisis de sangre y orina), pruebas neuropsicológicas y escalas específicas diagnósticas, para el síndrome cerebral orgánico, EEG, Radiografía de tórax, TAC o RMN.

Tratamiento del Trastorno Mental Orgánico T M O:

Los tratamientos biológicos utilizados y descritos en la literatura, además de los generales en los TMO. Son el tratamiento electroconvulsivo, amobarbital sódico, haloperidol, risperidona, diazepam, Lorazepam, bromocriptina, litio, carbamazepina, clomipramina, dantroleno entre otros se han mostrado eficaces.

Posibilidad de escuchar música relajante.

La presencia de familiares que tranquilicen al paciente.

Emplear voz suave.

Facilitar la orientación con calendarios, relojes, agenda

Las instrucciones simples y concretas

El soporte físico de buena nutrición, suplementos vitamínicos

Planificar actividades de una en una (P. Moreno Gea, M.C. Blanco Sanches, S.F).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, ya que se centra en la descripción del fenómeno, de corte transversal, investigación en la que se recopila cierta información en el transcurso de un periodo corto, para valorar las conductas que presentan los pacientes atendidos en el centro de atención psico-social en Nicaragua, febrero-Julio 2024.

Área de estudio:

Centro de atención psico-social (CAPS). León, Nicaragua.

Población del estudio:

El universo de estudio lo conformaron, 2,987 pacientes, de los cuales 1,697 correspondían al sexo femenino, y 1,290 correspondían al sexo masculino, en el que se seleccionó una muestra de 50 pacientes de los cuales, 33 pacientes masculinos activos, que acuden a consultas al centro de atención psico-social (CAPS), en el Primer trimestre del año 2024, aceptaron participar en dicha encuesta.

Criterios de inclusión:

Pacientes activos (con diagnostico) y que asisten al centro de atención psicosocial.

Los pacientes deben ser mayores de edad.

Voluntariedad por parte de los pacientes para contestar el cuestionario.

Criterios exclusión:

Pacientes que no están activos, que no asisten con regularidad a sus citas (sin diagnostico).

Pacientes que tengan menos de 18 años.

Pacientes que no deseen participar voluntariamente del estudio.

Pacientes del sexo femenino.

Método e Instrumento de recolección de datos:

Se solicitó permiso a la directora del CAPS para realizar la investigación, posteriormente se asistió dos días a la semana (jueves y viernes), con la lista proporcionada de los pacientes activos para pedir la voluntariedad de participación del estudio.

El instrumento de recolección de datos que se utilizó es:

El Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (1993) es una prueba psicológica que evalúa la tendencia a la hostilidad en individuos con problemas psicológicos o de comportamiento. La prueba fue desarrollada por Arnold H. Buss y Warren T. Durkee. Consiste en un cuestionario autoinforme de 91 ítems que mide diferentes aspectos de la agresividad/hostilidad, como la agresión verbal, la ira y la suspicacia.

Respecto a su confiabilidad, el inventario original de BUSS-DURKEE se utilizó el método de división por mitades, correlacionando en cada subescala reactivos impares con reactivos pares, con el procedimiento estadístico de Correlación producto momento de Pearson.

Los coeficientes de correlación obtenidos para cada subescala son los siguientes:

Escala de Irritabilidad = 0.76

Escala de Agresión Verbal = 0.58

Escala de Agresión indirecta = 0.64

Escala de Agresión Física = 0.78

Escala de Resentimiento = 0.62

Escala de Sospecha = 0.41

La prueba se utiliza en investigación y práctica clínica para comprender mejor la tendencia a la hostilidad de un individuo y desarrollar estrategias de tratamiento adecuadas. La población a la que se dirige esta prueba son adolescentes y adultos. La puntuación e interpretación se realiza sumando los puntos obtenidos en cada ítem y comparándolos con las normas de la prueba.

La fiabilidad del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) es alta y su validez es aceptable. La interpretación de los resultados del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) se realiza mediante la comparación de los puntos obtenidos en cada ítem con las normas establecidas según edad y género.

El criterio para la clasificación de los sujetos ha sido establecido de la siguiente manera:

0 a 4 “Nivel Bajo”

5 a 9 “Nivel Medio”

10 a 15 “Nivel Alto”.

Procesamiento de los datos:

Se utilizará el programa IBM SPSS (versión 25) para procesar los datos recolectados y elaborar los diferentes gráficos y/o tablas donde se presenten los resultados de manera clara.

Se aplicarán pruebas estadísticas como son medidas de tendencia central, de correlación y regresión lineal (Pearson).

Consideraciones éticas:

Se visitó el centro de atención psicosocial (CAPS) Alfonso Cortez con una carta firmada por el tutor para solicitar la correspondiente autorización de la directora del centro, con el compromiso de que la información obtenida será del conocimiento único del autor y utilizada solamente para fines de estudios, manejando dicha información con la discreción necesaria. No se revelarán datos que hagan identificar a un paciente o que de una u otra forma condicione la integridad de ellos.

Además, se utilizó un documento de consentimiento informado para demostrar la voluntariedad de la participación por parte de los pacientes del estudio.

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Número de años cumplidos al momento del estudio	18-25 26-35 36-45 46-55 56-65	Frecuencia / Porcentaje
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por una persona	-Primaria -Secundaria Técnico -Universidad -Ninguna	Frecuencia / Porcentaje
Procedencia	Origen del cual viene un individuo	Rural Urbana	Frecuencia / Porcentaje
Estado Civil	Situación jurídica de una persona física determinada por sus circunstancias personales y familiares	Soltero Unión Libre Casado Viudo	Frecuencia / Porcentaje
Nivel de Agresividad	Cuantificación de la tendencia a actuar o a responder violentamente.	Cierto (C) Falso (F)	Nivel Bajo Nivel Medio Nivel Alto
Factores Biológicos	Característica que predispone a una acción por parte del individuo.	Consumo de fármacos Diagnostico medico	Frecuencia / Porcentaje

RESULTADOS DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Objetivo 1: Características sociodemográficas.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontraron: predominio de la edad entre 46-55 años (27%), procedentes de la zona urbana (70%), estado civil soltero (70 %) y la mayoría tuvieron una escolaridad primaria (46 %).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de edad y estado civil de los participantes en el estudio.

		Edad					Total N	Total %
		18-25a	26-35a	36-45a	46-55a	56-65a		
Est. Civil	Soltero	4	5	8	4	2	23	70 %
	Unión Libre	0	0	0	2	0	2	6 %
	Casado	0	1	0	2	4	7	21 %
	Viudo	0	0	0	1	0	1	3 %
	Total %	12 %	18 %	24 %	27 %	18 %	33	100 %

Fuente Primaria

Tabla 2. Datos Sociodemográficos Escolaridad y procedencia de los participantes en el estudio.

		Total N	Total %			Total N	Total %			
		Escolaridad	Ninguna			4	12 %	Procedencia	Urbano	23
Primaria	15		46 %							
Secundaria	10		30 %							
Universidad	4		12 %	Rural	10	30 %				
Total %	33		100 %		33	100 %				

Fuente Primaria

Objetivo 2: Relacionar las subescalas de agresividad de los participantes con las características sociodemográficas.

Tabla 3. Niveles de subescala de la agresividad en los participantes.

Nivel subescala	Irritabilidad		Verbal		Indirecta		Física		Resent		Sospecha	
	Total N	Total %	Total N	Total %	Total N	Total %	Total N	Total %	Total N	Total %	Total N	Total %
Bajo	4	12 %	4	12 %	3	9 %	13	39 %	2	6 %	3	9 %
Medio	14	42 %	25	76 %	23	70 %	20	61 %	6	18 %	11	33 %
Alto	15	46 %	4	12 %	7	21 %	0	0 %	25	76 %	19	58 %
Total	33	100 %	33	100 %	33	100 %	33	100 %	33	100 %	33	100 %

Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

En relación con la subescala de irritabilidad se obtuvo en su mayoría un nivel alto (46 %), en la subescala verbal se obtuvo en su mayoría un nivel medio (76 %), en la subescala indirecta se obtuvo en su mayoría un nivel medio (70 %), en la subescala física se obtuvo en su mayoría un nivel medio (61 %), en la subescala resentimiento se obtuvo en su mayoría un nivel alto (76 %) y en la subescala de sospecha se obtuvo en su mayoría un nivel alto (58 %).

Ilustración 1 Gráfico de Edad y Escolaridad vs Irritabilidad.

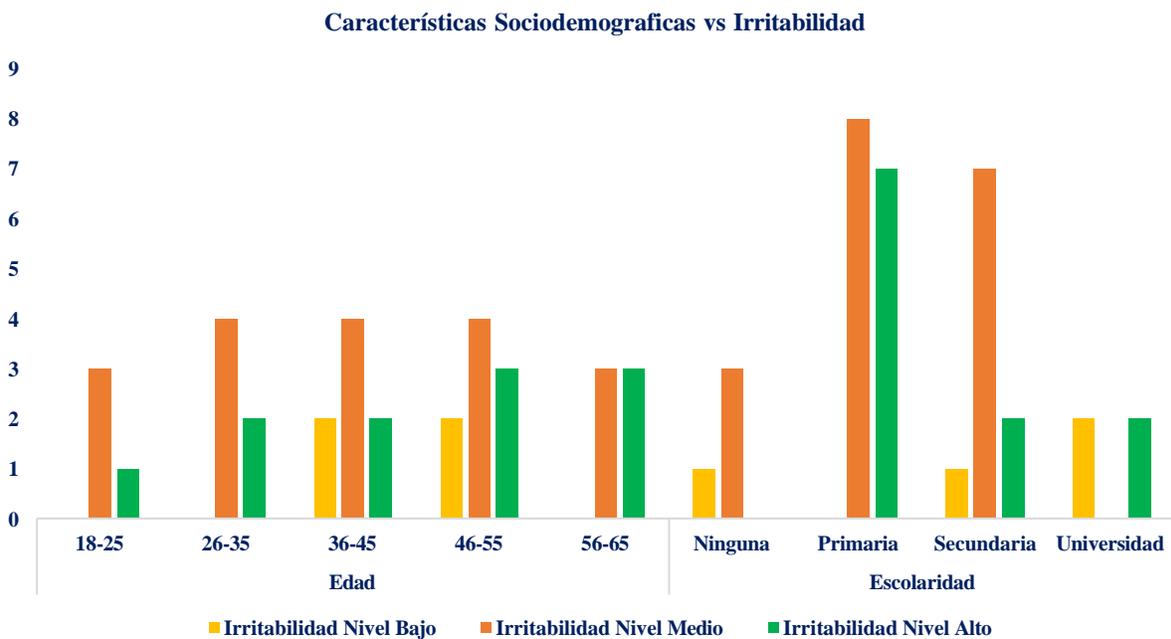
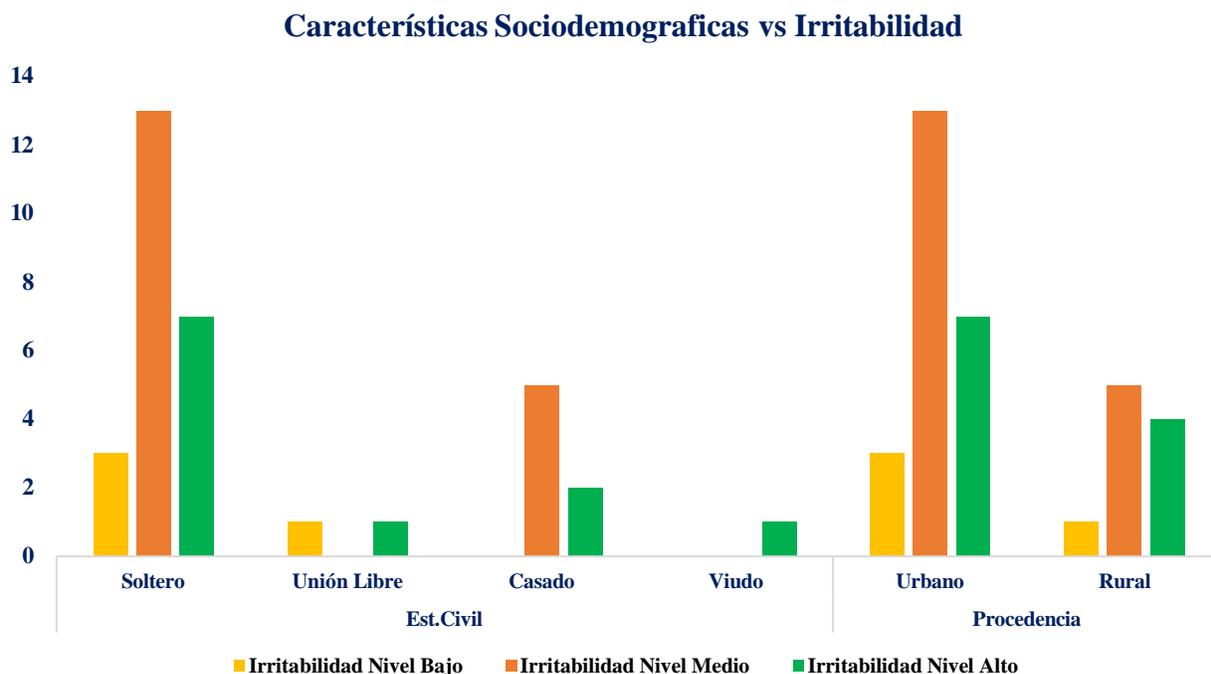


Ilustración 2. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Irritabilidad.



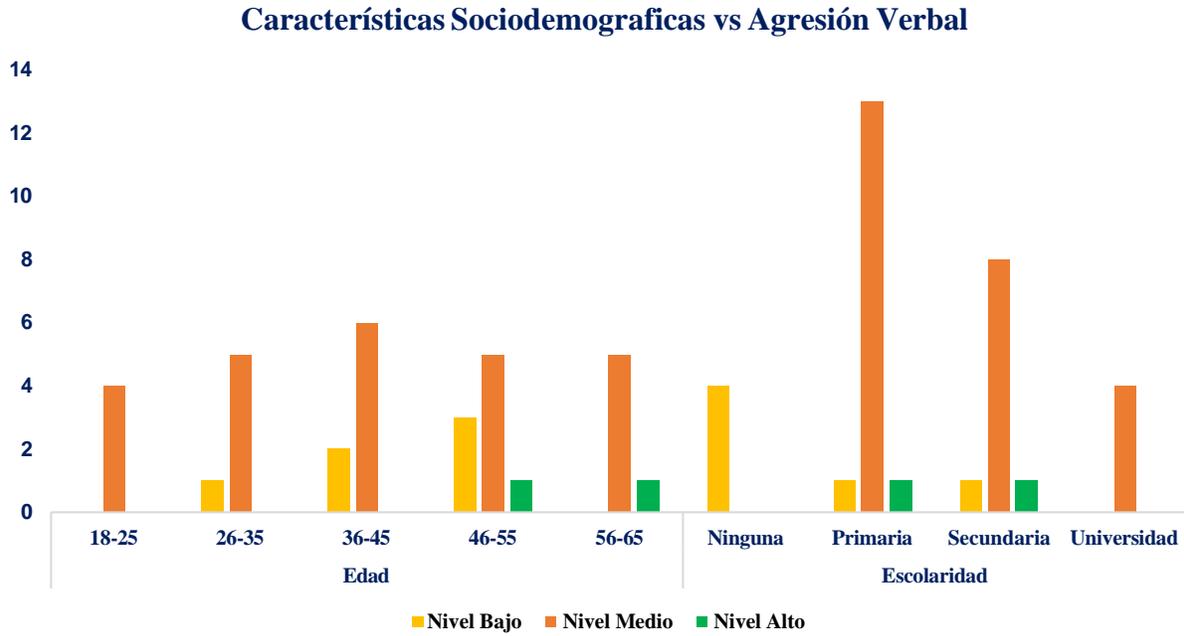
Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Las reacciones intensas ante estímulos neutros, las conductas hostiles o exteriorizar una sensación de malestar es catalogado como una conducta irritable, los niveles de irritabilidad que presentan los pacientes de acuerdo con su edad, escolaridad, estado civil y procedencia son niveles medios con un 54.5%, un nivel de irritabilidad alto lo presentan el 33.3% y solo el 12.12% un nivel bajo.

Realizando un análisis estadístico se encuentra una relación baja según el valor de Pearson relacionando la irritabilidad con los factores sociodemográficos.

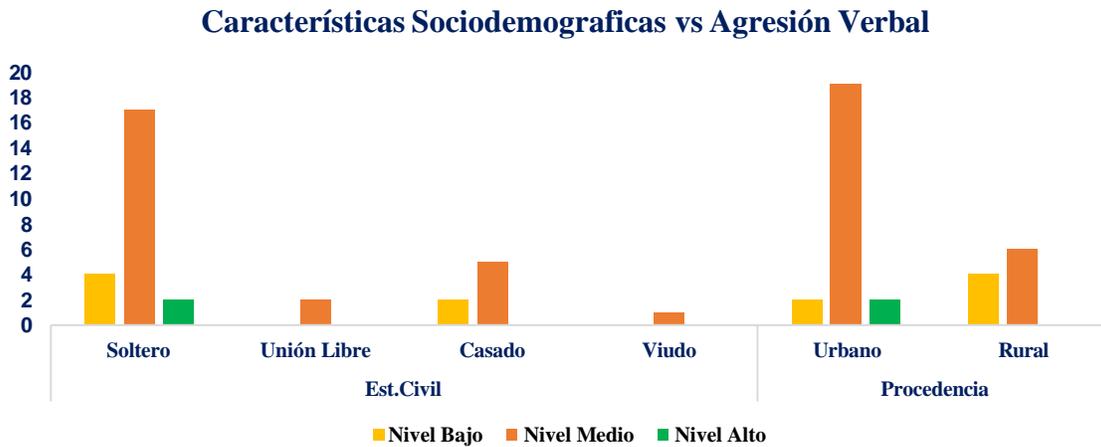
Hay múltiples causas que pueden generar el estado de irritabilidad en estos pacientes, las propias condiciones de vida, su entorno e incluso la administración de fármacos específicos pueden influir y crear este tipo de conductas.

Ilustración 3 Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Verbal.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Ilustración 4 Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Agresión Verbal.



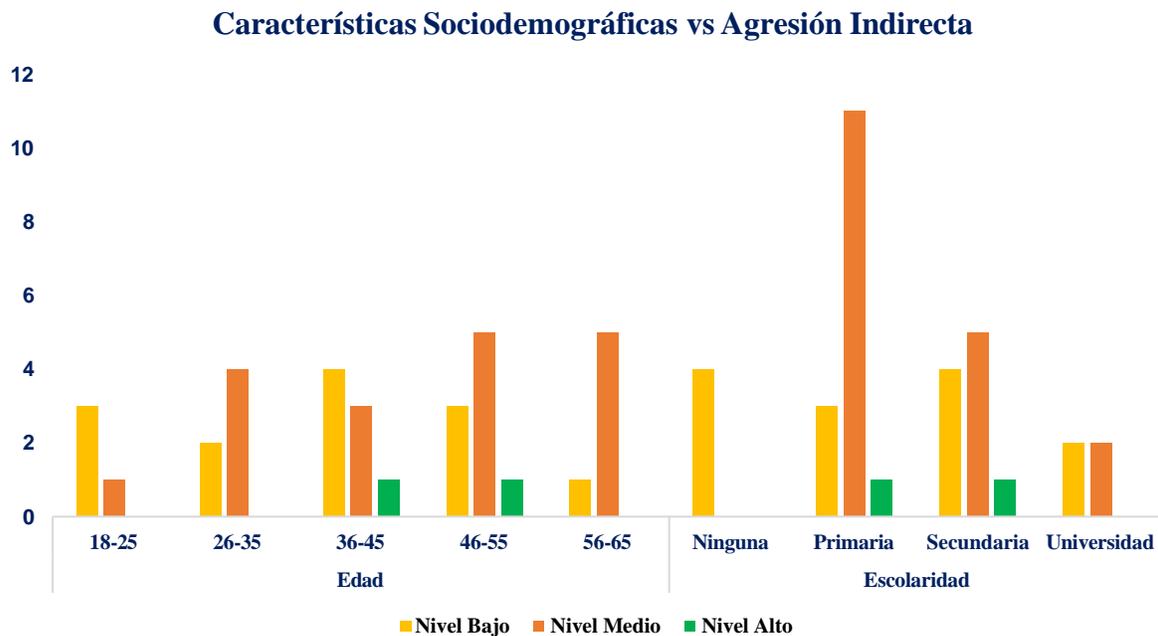
Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

El abuso o agresión verbal es cada vez más frecuente en pacientes con complicaciones clínicas degenerativas y/o crónicas, va a depender de la presencia o ausencia de parámetros específicos, en este estudio identificamos que el nivel de agresividad que predomina es el de tipo medio (70%), el nivel bajo esta presente únicamente en 6 pacientes (18.2%) y un nivel alto únicamente en 2 personas (6.1%).

En este estudio existe una correlación significativa entre los niveles de agresión verbal con la escolaridad y procedencia según Pearson.

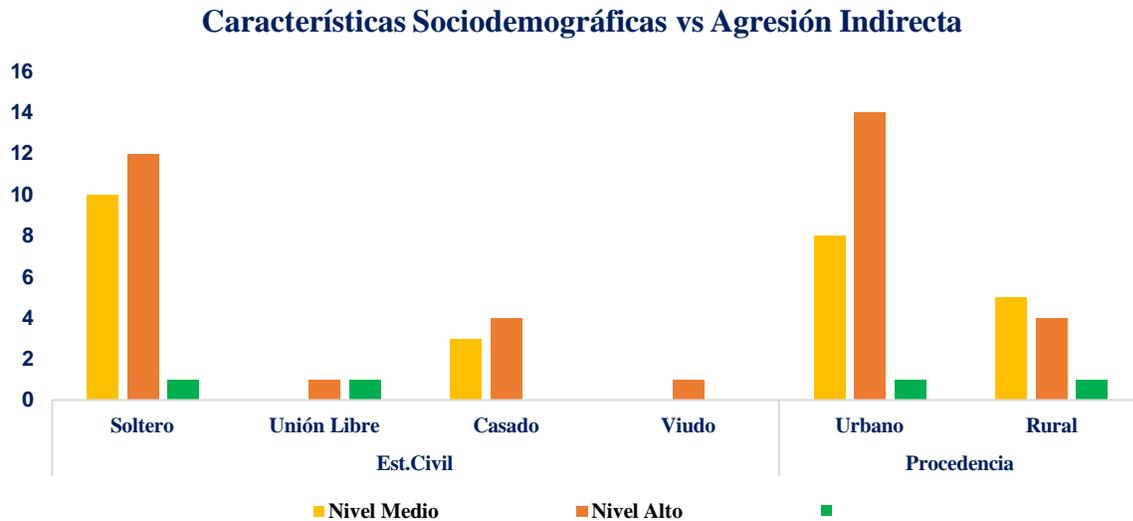
En el (2004) en la Universidad de Costa Rica, un estudio que explica la agresividad humana Refiere que el incremento de acciones específicas, conllevan a una gran dosis de violencia tanto en el plano físico, psicológico y verbal, datos que se es comparable con este estudio.

Ilustración 5. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Indirecta.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI).

Ilustración 6. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Indirecta.



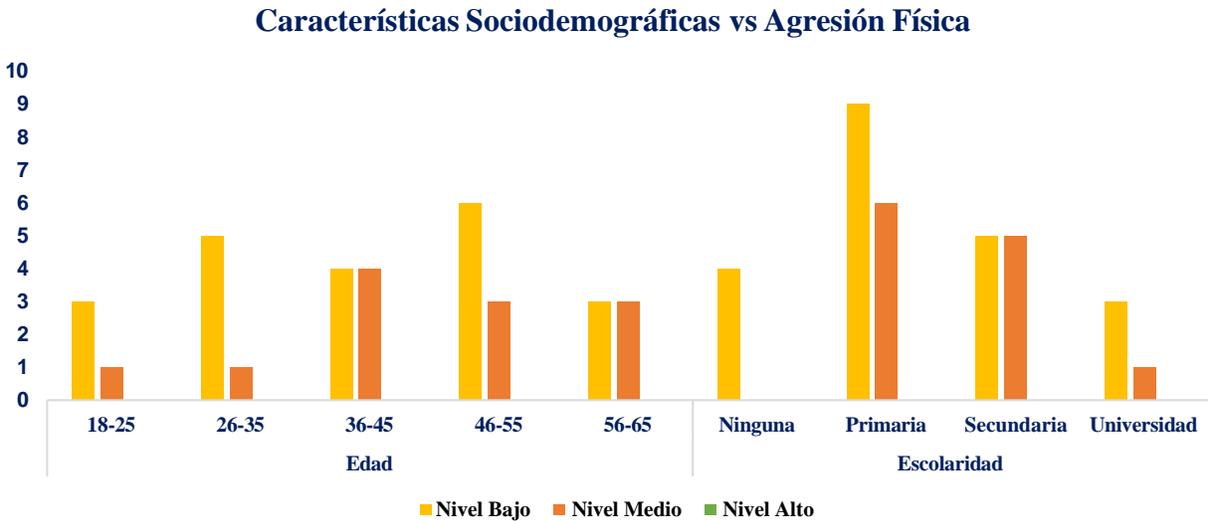
Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI).

No establecer un contacto claro con la persona que ha recibido los daños es la característica principal para determinar el nivel de agresión indirecta, en este caso al igual que los otros ítems demuestra que los pacientes tienen un nivel medio al relacionarlo (84.9%) con las características sociodemográficas.

Estadísticamente la relación más alta se identifica entre la agresión indirecta y la edad del paciente.

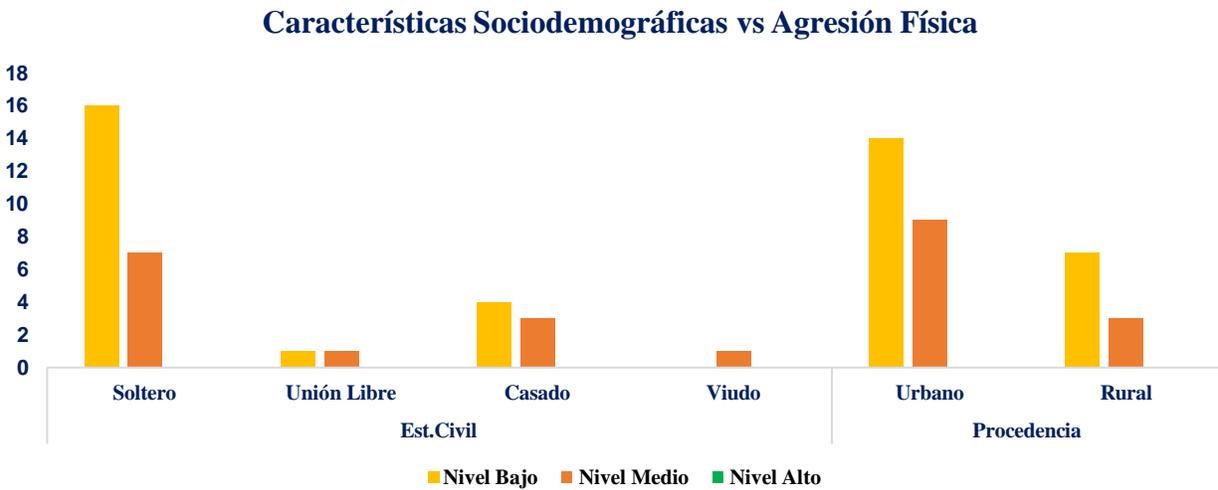
Es posible que la experiencia y la capacidad que el paciente desarrolla durante los años de vida para relacionarse de forma indirecta con su entorno le permita desarrollar este tipo de agresividad catalogada como la 3era más importante en afectaciones de autoestima según el estudio realizado En Nicaragua, en el (2013) en la Universidad Autónoma de Nicaragua, UNAN-MANAGUA, Estelí, nombrado factores que inciden en el comportamiento agresivo.

Ilustración 7. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Agresión Física.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Ilustración 8. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Agresión Física.



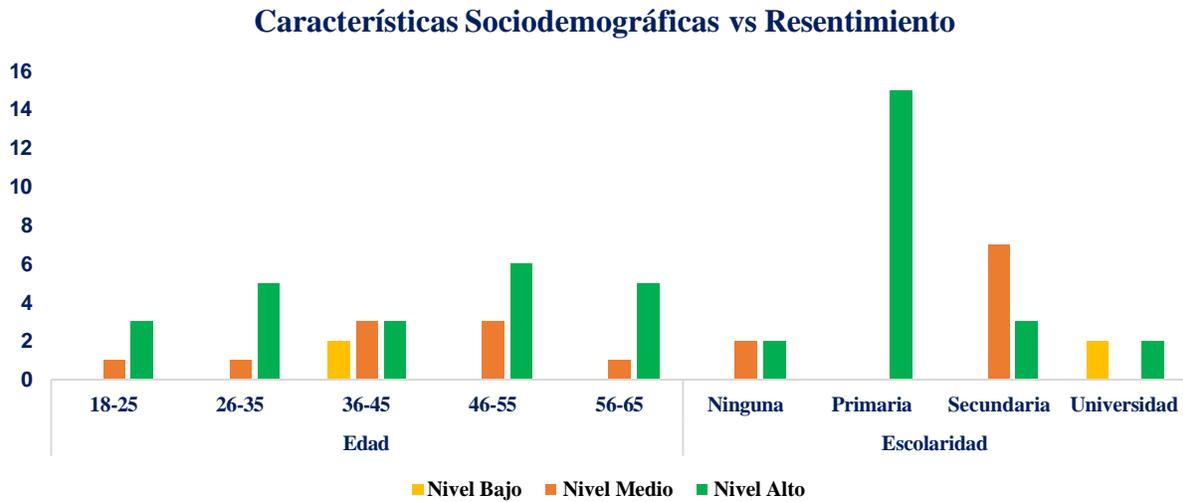
Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

La OMS define la agresión física como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, los participantes presentan un nivel de agresión física bajo (63.6%) y un nivel medio en 12 casos

(36.4%) y ninguno presenta un nivel alto. Relacionando la agresión física con las variables sociodemográficas se identifica que existe una significancia medianamente significativa.

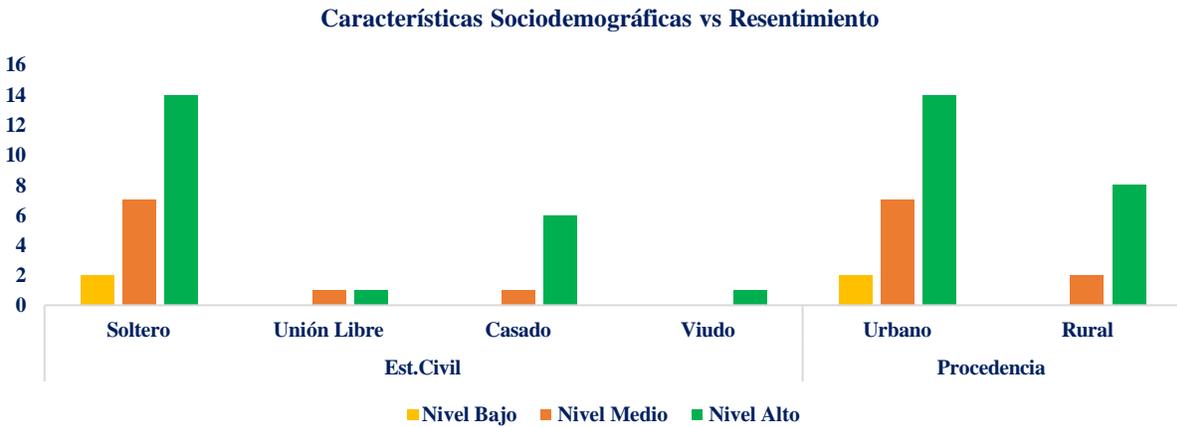
En el (2018) en la Universidad de Colombia, Instituto superior en educación psicológica, Montserrat Soto. Investigaron la relación entre los actos violentos físicos con factores psicológicos y sociales determinantes identificando así que los factores de riesgo y protección se encuentran presentes en la historia personal y en la realidad actual e inmediatamente futura de un agresor potencial son los principales desencadenantes de las conductas agresivas.

Ilustración 9. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Resentimiento.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

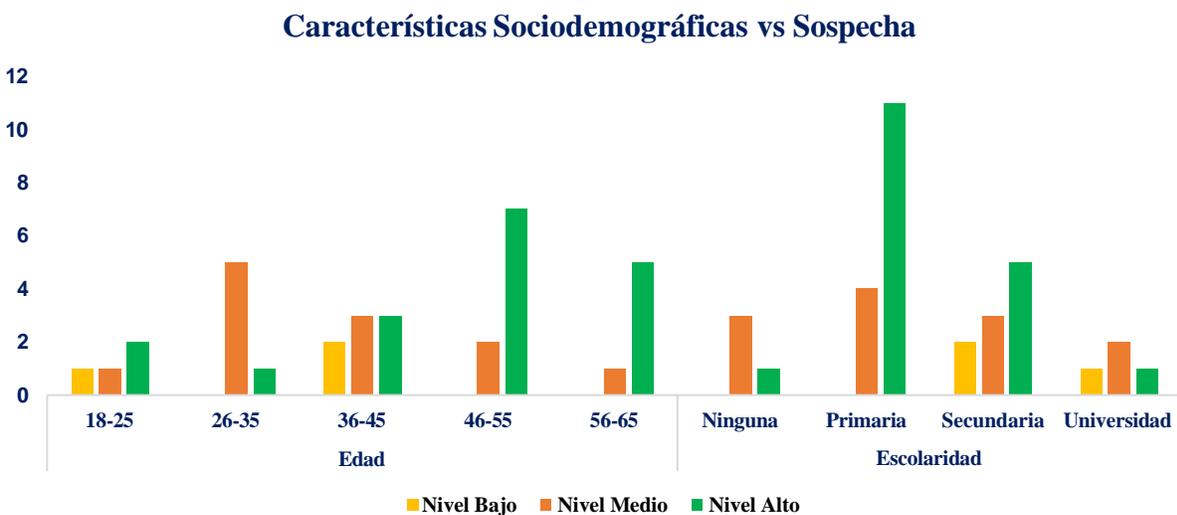
Ilustración 10. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Resentimiento.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

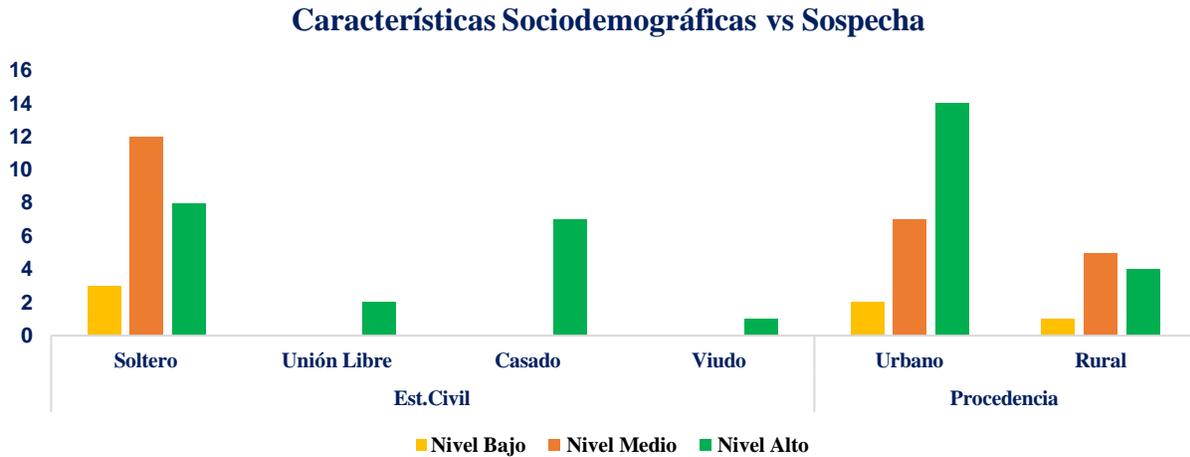
El resentimiento se refleja en diversos sentimientos y actitudes, como la hostilidad hacia algo o alguien, la ira no resuelta sobre un acontecimiento, el enfurecimiento o la incapacidad para perdonar. En este estudio comprobamos que existe un nivel alto de resentimiento 22 pacientes (66.7%), un nivel medio con 9 pacientes (27.3%) y el nivel bajo únicamente 2 (6.1%). La correlación más significativa estadísticamente hablando se encuentra entre el resentimiento y la escolaridad con un 0.443 de valor de Pearson.

Ilustración 11. Gráfico de Edad y Escolaridad vs Sospecha.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Ilustración 12. Gráfico de Estado Civil y Procedencia vs Sospecha.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Tener la intención de una acción hostil es suficiente para ser objeto de estudio, en este caso existe un nivel alto de sospecha con 18 pacientes (54.5%), un nivel medio con 12 hombres (36.7%) y en una minoría el nivel de sospecha bajo con solo 3 pacientes (9.1%).

Según el cálculo de relación existe una significativamente importante entre la edad y el valor de sospecha, tomando en cuenta que en Nicaragua, en el (2016) en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, facultad Regional Multidisciplinaria de Estelí. Farem - Estelí., se realizó un estudio de tesis sobre: Manifestaciones del Comportamiento Agresivo y se obtuvo que el tener un comportamiento agresivo impide tener buenas relaciones sociales, afirmando que las personas con manifestaciones agresivas caen en frustración y manifiestan un comportamiento en dependencia de sus experiencias y modelos.

Aumentando de esta forma los niveles de sospecha o de agresión en situaciones posteriores. Las causas que inciden en las manifestaciones del comportamiento agresivo se deben al contexto o el medio donde la persona se relaciona.

Objetivo 3: Mencionar los niveles de agresividad con el diagnóstico y tratamiento médico en la población de estudio relacionándolos con factores psicológicos y biológicos.

Tabla 4. Niveles de agresividad en la población de estudio.

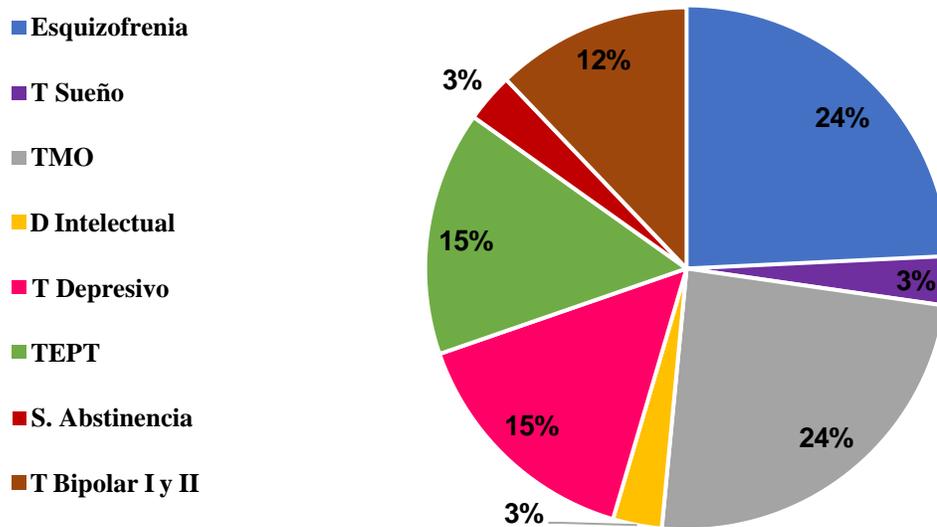
Niveles de agresividad		
	Total N	Total %
Bajo	1	3 %
Medio	22	67 %
Alto	10	30 %

Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Se identifico que el nivel de agresividad predominante fue el nivel medio (67%), teniendo congruencia con los resultados de las subescalas (**Tabla 3.**) donde el área verbal (76 %), agresión indirecta (70 %) y física (61 %) obtuvieron nivel medio.

Sin embargo es importante mencionar que los niveles altos se obtuvieron en las subescalas irritabilidad (46 %), resentimiento (76 %)y sospecha (58 %).

Ilustración 13. Gráfico de Diagnóstico clínico de los participantes.



Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) y expedientes clínicos.

Identificándose que la mayoría de los participantes tuvieron una puntuación predominante de nivel medio (67%) es sumamente relevante señalar que los diagnósticos variaban en esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos neurológicos donde por la naturaleza de su diagnóstico crónico se tiene predisposición a comportamientos agresivos debido a causas orgánicas, neuroquímicas, fisiológicas. Por lo que podremos relacionar la predisposición a conductas irritables, desafiantes, entre otros.

Tabla 5. Nivel de agresividad, diagnóstico y tratamiento médico/farmacológico en la población de estudio.

Px	Diagnóstico	Tratamiento farmacológico	Nivel de agresividad
1	TEPT	Amitriptilina, ácido valproico y Lorazepam.	ALTO
2	Esquizofrenia	Acido valproico, Lorazepam, tioridazina, triexifenidilo, decanoato de flufenazina.	BAJO
3	TEPT	Fluoxetina, clonazepam, paroxetina.	ALTO
4	TAB I	Ácido valproico y tioridazina.	MEDIO
5	TEPT	Amitriptilina, acido valproico y Lorazepam.	MEDIO
6	Esquizofrenia	Triexifenidilo, decanoato de flufenazina, Lorazepam y haloperidol.	MEDIO
7	Esquizofrenia	Amitriptilina, risperidona y clonazepam.	MEDIO
8	Esquizofrenia	Tioridazina y Lorazepam.	ALTO
9	TMO	Amitriptilina, , clonazepam y carbamazepina.	MEDIO
10	T Depresivo	Amitriptilina y clonazepam.	MEDIO
11	T Depresivo	Amitriptilina y clonazepam.	MEDIO
12	TMO	Lorazepam y carbamazepina.	ALTO
13	T Depresivo	Amitriptilina y clonazepam.	MEDIO
14	TMO	Ácido valproico, tioridazina y fenitoína.	MEDIO
15	TMO	Ácido valproico y tioridazina.	MEDIO
16	TMO	Ácido valproico, tioridazina.	MEDIO
17	T Sueño	Diazepam, carbamazepina y Imipramina.	MEDIO
18	Esquizofrenia	Ácido valproico, tioridazina y fluoxetina.	MEDIO
19	TAB II	Decanoato de flufenazina y haloperidol.	MEDIO
20	TMO	Amitriptilina, acido valproico y clonazepam.	MEDIO
21	TMO	Amitriptilina, , clonazepam y carbamazepina.	MEDIO
22	TMO	Risperidona, clonazepam, biperiden y carbamazepina.	ALTO
23	TAB I	Triexifenidilo y clonazepam.	MEDIO
24	Esquizofrenia	Risperidona, clonazepam y levetiracetam.	MEDIO
25	TAB I	Risperidona, Lorazepam y tioridazina.	MEDIO
26	S. Abstinencia	Lorazepam y carbamazepina.	MEDIO
27	Esquizofrenia	Decanoato de flufenazina, lorazepam, biperiden y tioridazina.	MEDIO
28	D Intelectual	Clonazepam y tioridazina.	ALTO
29	TEPT	Clonazepam y carbamazepina.	ALTO
30	T Depresivo	Clonazepam y imipramina.	ALTO
31	T Depresivo	Amitriptilina, paroxetina y clonazepam.	ALTO
32	Esquizofrenia	Triexifenidilo, decanoato de flufenazina, Lorazepam y haloperidol.	MEDIO
33	TEPT	Lorazepam, acido valproico y imipramina.	ALTO

Fuente Primaria. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) y expedientes clínicos.

Cabe destacar que los antipsicóticos es un grupo amplio de fármacos químicamente variado encargado de tratar enfermedades como la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastornos de estrés post traumáticos siendo estos los tratamientos de la población en estudio.

La acción principal de los antipsicóticos es sobre los neurotransmisores en el cerebro, específicamente sobre la dopamina que, en particular, es un neurotransmisor que se cree juega un papel crucial en la psicosis. La mayoría de los antipsicóticos actúan bloqueando los receptores de

dopamina, reduciendo así su actividad. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, no solo actúan sobre la dopamina sino también sobre otros neurotransmisores como la serotonina.

Este grupo de fármacos afecta la conducta humana y las condiciones físicas con las siguientes reacciones adversas: efectos secundarios extrapiramidales (EPS) como son Acatisia que condiciona las conductas y se pueden derivar acciones de agresividad y efectos cognitivos: produciendo empeoramiento de la función cognitiva, o acciones de rebote farmacológicas.

Cabe destacar que los antipsicóticos es un grupo amplio de fármacos químicamente variado encargado de tratar enfermedades como la esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastornos de estrés post traumáticos siendo estos los tratamientos de la población en estudio.

La acción principal de los antipsicóticos es sobre los neurotransmisores en el cerebro, específicamente sobre la dopamina que, en particular, es un neurotransmisor que se cree juega un papel crucial en la psicosis. La mayoría de los antipsicóticos actúan bloqueando los receptores de dopamina, reduciendo así su actividad. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, no solo actúan sobre la dopamina sino también sobre otros neurotransmisores como la serotonina.

Este grupo de fármacos afecta la conducta humana y las condiciones físicas con las siguientes reacciones adversas: efectos secundarios extrapiramidales (EPS) como son Acatisia que condiciona las conductas y se pueden derivar acciones de agresividad y efectos cognitivos: produciendo empeoramiento de la función cognitiva, o acciones de rebote farmacológicas.

CONCLUSIONES

Se concluye que con las características sociodemográficas de la población en estudio se encontraron predominio de la edad entre 46-55 años, en su mayoría procedentes de la zona urbana, de estado civil soltero y en un 46 % tienen escolaridad de nivel primaria.

Al relacionar las subescalas de agresividad de los participantes con las características sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados:

Existe una correlación significativa entre los niveles de agresión verbal con la escolaridad y procedencia según Pearson.

Existe una correlación significativa agresión indirecta y la edad de los participantes según Pearson.

Existe una correlación significativa entre el resentimiento y la escolaridad de los participantes según Pearson.

Existe una correlación significativa entre la edad y el valor de sospecha de los participantes según Pearson.

Se identifica que existe una significancia medianamente significativa, los participantes presentan un nivel de agresión física bajo (63.6%) y un nivel medio en 12 casos (36.4%) y ninguno presenta un nivel alto.

Según el valor de Pearson relacionando la irritabilidad con los factores sociodemográficos no existe una correlación significativa debido a que hay múltiples causas que pueden generar el estado de irritabilidad en estos pacientes, las propias condiciones de vida, su entorno e incluso la administración de fármacos específicos pueden influir y crear este tipo de conductas.

Al mencionar los niveles de agresividad con el diagnóstico y tratamiento médico en la población de estudio relacionándolos con factores psicológicos y biológicos se concluyó que el nivel de agresividad predominante fue el nivel medio, los diagnósticos variaban en esquizofrenia, trastornos mentales orgánicos, trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de neurodesarrollo, trastorno del sueño y síndrome de abstinencia, y entre los fármacos más útil.

RECOMENDACIONES

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, (UNAN, León)

Articular estrategias con el Ministerio de Salud (MINSAL) para gestionar, que los estudiantes de la carrera de Psicología realicen prácticas en el centro de atención psico-social. De igual manera, los protagonistas de Posgrado como es el caso de la carrera Genética Humana.

Impulsar campañas masivas interinstitucionales, interuniversitarias sobre formas educativas sobre el tema de Salud Mental y comportamiento humano, involucrando a los estudiantes del área de Ciencias Médicas de pregrado, grado y posgrado.

Continuar desarrollando este tipo de estudios que apuntan a la mejora de las condiciones de vida de la población nicaragüense.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrios-Vanegas Ivette Francisca. (2016). Factores psicológicos que influyen en la conducta agresiva de niños y niñas de 8 años. De edad. Colegio de postgraduados. México, volumen (1)
- Castillo mirian. (2006). El comportamiento agresivo y sus diferentes enfoques. *Psico Gente*, volumen (9): 166-170. Universidad simón Bolívar barranquilla Colombia.
- El universal. (2018). Identifican genes con conducta de agresividad. www.eluniversal.com.mx. Ciencia.
- El sevier (2009). Revista de psiquiatría y salud mental. Vol.2. Num.3. páginas 105-107 (septiembre 2009)
- Gómez de Terreros I. (2000). Violencia. Hospital infantil virgen del rosario, Servicio de pediatría y pediatría social Sevilla.
- Garzón A, M. Sánchez, González J-A. (2000). Factores neurobiológicos del trastorno de personalidad antisocial. Archivo del portal de Recursos para estudiantes. www.robertexto.com.universidad del bosque. Colombia.
- Institutos Nacionales de la Salud. Publicación de NIH num . 22-MH-80885. Revisada en 2022.
- López Martín, M- José Francisco. (1998). Correlatos biológicos de la Conducta agresiva y violenta en sujetos humanos. *Rev psicología Conductual* 1998; volumen (6), 340-361.
- Lepe Catalán Benjamín. (2022). Las raíces de la violencia. Diario el cogollito [https//diario el cogollito.com-las-raices-de-la-violencia](https://diario-el-cogollito.com-las-raices-de-la-violencia) 25 abril 2022.
- Martínez Ramírez Jesús. (2006). Bioquímica de la agresión. *Rev psicología Clínica, legal y forense* volumen (6). 43-66. Departamento de Psicología, universidad complutense de Madrid.

- Martínez de Salazar, A. (2007). Agresividad y violencia en el desarrollo. Grupo editorial universitario, granada.
- Magaña López- U.J. (2012). Factores que propician la conducta agresiva en niños de nivel primaria. Tesis. Universidad pedagógica Nacional, ciudad el Carmen, campeche México.
- Montserrat – Soto. (2018). Los actos violentos se relacionan con factores Psicológicos y sociales determinantes. Tesis, universidad de Colombia. Instituto superior en educación psicológica.
- Ortega Escobar J, Alcázar M. (2016). Neurobiología de la agresión y Violencia. Rev. corcoles. Anuario de psicología jurídica, Volumen (26).
- Psicologías de las conductas agresivas. (2002). Rev. Anales de Psicología, volumen (18), 293-303 copy right. Servicios de Publicaciones de la universidad de Murcia (España).
- Pérez Ketty L, Romero Kelly, L. Johana. (2019). Practicas parentales y suRelación con conductas prosociales y agresivas en niños, niñas y Adolescentes de instituciones educativas. Revista espacios, Colombia municipio de ciénaga magdalena, publicado en el 2019.
- Rebollo Meza I, Polderman T, Moya -Albiol L. (2010). Genética de la Violencia humana. Rev. Neural 2010; volumen (9): 533-540. www.neurologia.com
- Rodríguez Molinero L, Imaz Roncero C. (2020). Agresividad y conducta Violenta en adolescencia. Hospital de Valladolid España.

ANEXOS

Fecha: _____

Consentimiento informado

Yo _____ estoy de acuerdo en participar voluntariamente en la investigación "Niveles de conducta agresiva en pacientes masculinos del Centro de Atención Psicosocial", llevada a cabo por el Lic., Hermes Eliseo Cisne Trujillo.

Se me ha informado detalladamente sobre el objetivo de la investigación y procedimientos de esta, así también se me ha comunicado que **los datos brindados serán absolutamente confidenciales y solo se utilizara con fines investigativos**. Se me ha explicado la finalidad del estudio y el propósito del instrumento/inventario y se si en algún momento me siento incómodo en responder a las preguntas del inventario o no quiero hacerlo se respetará mi decisión.

De igual manera autorizo al Lic. Hermes Eliseo Cisne Trujillo para que haga uso de los datos que se obtengan.

Firma

Inventario de Agresividad/Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)

Datos sociodemográficos

Edad: _____	Escolaridad:	Procedencia:	Estado civil:	Fármacos que consume:
	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Soltero	_____
	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Unión libre	_____
	<input type="checkbox"/> Universidad		<input type="checkbox"/> Casado	_____
			<input type="checkbox"/> Viudo	_____

Diagnostico: _____				

Instrucciones

En las siguientes páginas se le presenta una serie de frases sobre el modo de como Ud., se comporta y como se siente. Después de leer cada frase, debe decidir con un "CIERTO" o con un "FALSO" y marcar con una "X" a aquella que represente su modo de actuar o sentir usualmente.

Trate de responder rápidamente y no emplee mucho tiempo en cada frase; queremos su primera reacción, no un proceso de pensamiento prolongado.

ASEGURESE DE NO OMITIR ALGUNA FRASE. Ahora trabaje rápidamente y recuerde de contestar todas las frases. NO HAY CONTESTACIONES "CORRECTAS" O "INCORRECTAS".

N°		C	F
1	Pierdo la paciencia fácilmente, pero la recobro fácilmente.		
2	Cuando desapruedo la conducta de mis amigos (as) se los hago saber.		
3	A veces hablo mal de las personas que no me agradan.		
4	De vez en cuando no puedo controlar mi necesidad de golpear a otros.		
5	Siento que no consigo lo que merezco.		
6	Sé de personas que hablan de mí a mis espaldas.		
7	Siempre soy paciente con los demás.		
8	A menudo me encuentro en desacuerdo con los demás.		
9	Nunca me molesto tanto como para tirar las cosas.		
10	No tengo ninguna buena razón para golpear a los otros.		
11	Otra gente parece que lo obtiene todo.		

12	Me mantengo en guardia con gente que de alguna manera es más amigable de lo que esperaba.		
13	Soy más irritable de lo que la gente cree.		
14	No puedo evitar entrar en discusiones cuando la gente no está de acuerdo conmigo.		
15	Cuando me molesto, a veces tiro las puertas.		
16	Si alguien me golpea primero, le respondo de igual manera y de inmediato.		
17	Cuando recuerdo mi pasado y todo lo que me ha sucedido, no puedo evitar sentirme resentido (a).		
18	Creo que le desagrado a mucha gente.		
19	Me "hierve" la sangre cada vez que la gente se burla de mí.		
20	Yo exijo que la gente respete mis derechos.		
21	Nunca hago bromas pesadas.		
22	Quien sea que insulte a mi familia o a mí, está buscando pelea.		
23	Casi todas las semanas encuentro a alguien que me desagrada.		
24	Hay mucha gente que me tiene envidia.		
25	Si alguien no me trata bien, no permito que eso me moleste.		
26	Aun cuando estoy enfurecido no hablo lisuras.		
27	A veces hago mal las cosas cuando estoy enojado (a).		
28	Quien continuamente me molesta, está buscando que le golpee.		
29	Aunque no lo demuestre, a veces siento envidia.		
30	A veces tengo la sospecha de que se ríen de mí.		
31	A veces me molesta la sola presencia de la gente.		
32	Si alguien me molesta estoy dispuesto (a) a decirle lo que pienso.		
33	A veces dejo de hacer las cosas cuando no consigo lo que quiero.		
34	Pocas veces contesto, aunque me golpeen primero.		
35	No sé de alguien a quien odie completamente.		
36	Mi lema es "nunca confiar en extraños"		
37	A menudo me siento como "pólvora a punto de estallar"		
38	Cuando la gente me grita, les grito también.		
39	Desde los 10 años no he tenido una rabieta.		
40	Cuando verdaderamente pierdo la calma, soy capaz de cachetear a alguien.		
41	Si permito que los demás me vean como soy, seré considerado difícil de llevar.		
42	Comúnmente pienso, que razón oculta tendrán para hacer algo bueno por mí.		
43	A veces me siento "acalorado" (a) y de mal genio.		
44	Cuando me molesto digo cosas desagradables.		
45	Recuerdo que estuve tan amargo que cogí lo primero que encontré a mano y lo rompí.		
46	Peleo tanto como las demás personas.		
47	A veces siento que la vida me ha tratado mal.		
48	Solía pensar que la mayoría de la gente decía la verdad, pero ahora sé que estoy equivocado (a).		
49	No puedo evitar ser rudo (a) con la gente que no me agrada.		
50	No puedo poner a alguien en su lugar, aún si fuese necesario.		
51	A veces demuestro mi enojo golpeando la mesa.		
52	Si tengo que recurrir a la violencia física para defender mis derechos, lo hago.		
53	Aunque no lo demuestre, me siento insatisfecho (a) conmigo mismo (a).		
54	No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.		
55	No permito que muchas cosas sin importancia me irriten.		

56	A menudo hago amenazas que no cumplo.		
57	Cada vez que estoy molesto (a) dejo de hacer las tareas de mi casa.		
58	Sé de personas que, por molestarme, me han obligado a usar la violencia.		
59	Hay personas a quienes les guardo mucho rencor.		
60	Raramente siento que la gente trata de amargarme o insultarme.		
61	Últimamente he estado algo malhumorado.		
62	Cuando discuto tiendo a elevar la voz.		
63	Me desquito una ofensa negándome a realizar las tareas.		
64	Quienes me insultan sin motivo, encontrarán un buen golpe.		
65	No puedo evitar ser tosco con quienes trato.		
66	He tenido la impresión de que ciertas personas me han tratado de sacar provecho.		
67	Me irrita rápidamente cuando no consigo lo que quiero.		
68	Generalmente oculto la pobre opinión que tengo de los demás.		
69	Cuando me molestan me desquito con las cosas de quienes me desagradan.		
70	Quien se burla de mis amigos (as) se enfrentará a golpes conmigo.		
71	Me duele pensar que mis padres no hicieron lo suficiente por mí.		
72	A veces desconfío de las personas que tratan de hacerme un favor.		
73	Tiendo a irritarme cuando soy criticado.		
74	Prefiero ceder en algún punto de vista antes de discutir.		
75	Con mis amigos acostumbro a burlarme de quienes no me agradan.		
76	No hay otra manera de librarse de los sujetos, más que empleando la violencia.		
77	Siento que los continuos fracasos en la vida me han vuelto rencoroso (a).		
78	Hay momentos en los que siento que todo el mundo está contra mí.		
79	Soy de las personas que se exasperan ante la menor provocación.		
80	Tiendo a burlarme de las personas que hacen mal su trabajo.		
81	Demuestro mi cólera pateando las cosas.		
82	la mejor solución para colocar a alguien "en su lugar" es enfrentándolo a golpes.		
83	Siento que no he recibido en la vida todas las recompensas que merezco.		
84	Siento que existe mucha hipocresía entre la gente.		
85	A veces me irritan las acciones de algunas personas.		
86	Evito expresar lo que siento ante personas que me desagradan.		
87	No soy de las personas que se desquitan una ofensa con las cosas de la gente.		
88	Soy una persona que tiende a meterse en líos.		
89	Comparado con otros, siento que no soy feliz en esta vida.		
90	Pienso que las personas que aparentan amistad conmigo, son desleales en mi ausencia.		
91	Se necesita mucho para irritarme.		