

SEMIOLÒGIA DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS

El término agresividad apareció tardíamente en el desarrollo de la lengua. Durante 4 siglos (del XV al XIX) la palabra “agresión” (del verbo agredir “atacar”) era la única en uso. Señalaba claramente la situación en la que “un individuo ataca a otro individuo” y los papeles de cada uno, el atacante era el agresor y el otro el agredido.

La entrada en uso del término “agresividad”, que se define como “aquella intención agresiva dentro de un acto agresivo”, trajo consigo una gran ambigüedad psicológica. ¿Cómo definir una intención agresiva? En aquellas situaciones dónde la agresión de uno desencadenada por la agresión de otro, ¿quién es el agresor y quién es el agredido? ¿Existen comportamientos desprovistos de agresividad? ¿Cómo distinguirlos?

La agresión y la agresividad no se distinguen únicamente por la distancia que separa un acto de una intención. La agresividad observada en una conducta puede deberse a un estudio de su causa psicológica. Se examinarán los orígenes subjetivos que explican esta intención y su organización dinámica. Puesto que la agresividad conduce a una agresión, se podrán definir entonces el/los motivo/s psicológico/s del acto agresivo. Por el contrario, los elementos extraídos del examen de un agresión no permiten delimitar la causalidad psicológica.

Aspectos teóricos

Punto de vista etiológico

En el reino animal se denominan agresivas las conductas que tienen como finalidad la huida o la destrucción de otro animal considerado adversario.

La agresión de un animal por otro sólo tiene lugar si el otro se percibe como rival por la posesión de un objeto del que el agresor ha estado o podría estar desprovisto. Para que exista agresión de un animal por otro es necesario que el agresor sea amenazado y esta agresión puede ser solamente una acción destinada a derrotar al contrario.

Si nos limitamos a este punto de vista, las relaciones de agresividad en el mundo animal pueden tener tres formas: las conductas de depredación, que no son de antemano conductas agresivas, algunas conductas agresivas que no implican un combate, el combate con resultado mortal.

Las conductas de depredación rebelan una relación agonista que no agresiva. El lobo que ataca una oveja para alimentarse no hace más que saciar su instinto carnívoro, al igual que el león que asalta un búfalo. Por contra, hay conductas agresivas “secundarias” que se pueden observar en esta situación, cuando la conducta agonista sobrepasa su finalidad. Este es el caso del animal carnívoro que mata por encima de sus necesidades alimentarias, como el hurón que mata de una vez muchas gallinas sin comérselas, o del animal atacado con finalidad carnívora que sobrevive al ataque y después agrede a su adversario. En un extremo se puede observar las conductas depredatorias que no tienen

un carácter agonístico: el gran oso hormiguero que captura las hormigas de las que se alimentaba, no tiene mayor actitud depredadora que la cabra cuando pasta por el prado.

Las conductas agresivas que no desencadenan un combate se observan sobre todo en individuos intraespecíficos, ya que un resultado fatal sería perjudicial para la supervivencia de la especie. Son de tres tipos: la ritualización, la intimidación y la inhibición. En el primer caso se observa una lucha cuerpo a cuerpo en la que los adversarios renuncian mutuamente a hacer uso de sus armas mortales. La intimidación consiste en simples manifestaciones agresivas de tipo vocal o gestual. La inhibición, por último, supone el caso de un animal que va a ser vencido en un combate y quiere escapar de la muerte: manifiesta su sumisión al contrario que entonces detiene su ataque y deja huir al vencido.

La agresividad que conduce a un combate mortal, sólo se observa entre animales de una misma especie, ya sea de una misma sociedad o localidad, si descartamos las conductas depredatorias. Se trata siempre de una relación de mutua rivalidad con el congénere. Sólo tiene lugar en condiciones muy precisas: rivalidad por la comida, rivalidad sexual, rivalidad por el dominio de un territorio.

En la inmensa mayoría de de los casos, estas conductas agresivas tienen una finalidad filogenética comprensible. Se trata de una selección sexual, que reserva a los machos más fuertes las funciones reproductoras, o bien de una dispersión de individuos, lo que permite la protección de los recursos naturales de su territorio, a una especie en concreto.

Teorías psicológicas

Frustración y agresividad según el grupo de Yale

El mismo año en que murió Freud, en su obra colectiva “Frustración y agresión”, Dollard y sus colaboradores presentaban una teoría de la agresividad que tiende a descartar cualquier referencia al inconsciente.

Según estos autores, si se rechaza la hipótesis del inconsciente, ya no se puede mantener el concepto de pulsión agresiva. Es más, si la psicología niega formalmente la existencia de un “factor agresividad”, el psicoanálisis deja sin determinar su relación al respecto. ¿Cómo explicar entonces la existencia de un componente agresivo en la organización psíquica tal como es puesta en evidencia por los tests clínicos (Roscharch et Thematic Apperception Test -TAT- de Murray) claramente, y las técnicas de análisis factorial? A consecuencia de estas críticas, el grupo de Yale propuso una teoría de la agresividad que contempla la teoría psicoanalítica, la doctrina conductista y la psicología de la motivación, inspirándose en el principio de la homeostasis de Cannon.

La agresividad se caracteriza, al principio, como un “comportamiento reaccional que tiene por finalidad el daño infligido a otro organismo”. El psicoanálisis sostiene el principio de que “toda agresividad tiene como causa la frustración de una necesidad”. La integración de estas dos formulaciones, a través de la psicología de la motivación, permite crear a Dollander, una nueva definición de la agresividad.

Se llama agresividad a la reacción debida a una frustración que tiene por objetivo la reducción de la instigación secundaria (frustración) y que deja intacta la instigación primaria (la necesidad). En este sentido, según Dollard, la agresividad prácticamente puede ser cuantificada: cuanto mayor es la necesidad, mayor es la instigación secundaria y por lo tanto mayor será la agresividad. La agresividad es un intento de catarsis de la frustración. La teoría del grupo de Yale traslada, pues al ámbito del comportamiento, ciertas conclusiones del psicoanálisis dependientes del inconsciente. Los problemas que conlleva la permanencia del comportamiento delictivo o la aparición de regímenes de tipo fascista se explican por la definición: la frustración que generan las normas sociales se reduce con la reacción agresiva, pero la instigación primaria intacta sigue alimentando la persistencia del fenómeno.

Teorías de interrelaciones.

El campo (K Lewin) y el combate (A Rapoport)

Después de la desarticulación del concepto freudiano de pulsión por el grupo de Yale, quedó la vía libre para otros enfoques psicológicos de la agresividad con fundamento únicamente fenomenológico.

Kurt Lewin no se limita a proponer una teoría, sino que pretende llegar a disponer de instrumentos conceptuales aptos para explicar los procesos que se observan comúnmente como agresivos. La agresividad es el resultado de una modificación del "campo global de las interacciones" entre el organismo y su ambiente. Está sostenida por una tensión emocional específica y distinta de la que conllevan otras conductas. Esta tensión emocional nace de una situación de conflicto y se traduce en agresividad a través de dos tipos de procesos: una agitación y una "primitivización" de las conductas. Es así como Lewin explica los fenómenos de paso al acto, los de omnipotencia del pensamiento o los actos con valor mágico. Si tomamos por ejemplo el caso de un grupo conducido por un líder que usa la fuerza de la autoridad, los miembros del grupo se encuentran en una situación de inseguridad fundamental. Esta inseguridad sube el nivel de tensión emocional de cada uno de los miembros y ésta, a su vez, engendra la agresividad de los miembros entre ellos. Al final, la agresividad ligada a la autoridad del líder, conduce a la búsqueda de un chivo expiatorio en el caso de fracaso del grupo, blanco de la agresividad acumulada por parte de cada uno de los miembros del grupo.

Siguiendo el mismo punto de vista fenomenológico, pero desplazando el objeto de estudio desde las relaciones del individuo con su núcleo a las relaciones entre individuos, Rapoport formaliza en 1960, tres tipos de interacciones: el combate, el debate y el juego. En los tres casos, se tiene un problema con el adversario, pero la relación que se mantiene con éste varía en función del "contexto de agresividad".

En situación de juego, la existencia del adversario debe ser preservada absolutamente, ya que es indispensable para el desarrollo del juego. El objetivo es ganar. El adversario es, de algún modo, otra parte de sí mismo y, supuesto en tanto que sí mismo, dotado de racionalidad. Para vencerle hay que adelantarle en términos de racionalidad. En el debate el objetivo no es adelantar al contrario, sino que es necesario superar sus ideas, se le debe convencer. Cuando se trata de un combate, en cambio, ya no es una cuestión de

adelantar de de convencer. El objetivo perseguido es el fin del combate. Para vencer al adversario, hace falta su destrucción.

Eclectismo de Pierre Karli

Un académico y científico, Pierre Karli, reunió en un eclecticismo singular tres conceptos de la agresividad considerados incompatibles: biología, psicología y sociología.

¿Cuál es la causa de la agresividad? “Un papel primordial lo tienen las emociones, las experiencias afectivas”. De hecho, según Karli no se puede descuidar el papel de los mecanismos cerebrales que sostienen las emociones. Las reacciones emocionales no son “epifenómenos”. Deben existir relaciones causales de naturaleza neurobiológica que engendran la emoción. La emoción es el “primer motor” de la agresividad, ella misma fuente de fenómenos biológicos, psicológicos, sociológicos. La agresividad está así directamente ligada al ámbito de la neurobiología del comportamiento que “no debe limitar su campo de investigación únicamente a los mecanismos cerebrales implicados en la puesta en marcha de un comportamiento dado en respuesta a un estímulo o a una situación dada”.

La neurobiología, como Karli sostiene después de Paul Scott, debe conducir a una concepción “polisistémica” “que se esfuerce en comprender -en el transcurso del tiempo- las complejas interacciones entre el genotipo, las características somáticas y conductuales del fenotipo, y la sociedad con el ecosistema en el seno del cual evoluciona”. Son necesarios pues, según Karli, estudios longitudinales y “tener en cuenta, en cada estadio de la ontogénesis, los datos aportados por investigaciones de tipo biológico, psicológico y sociológico”.

Según Karli se puede decir que el conjunto “biología, psicología, sociología” es a la vez causa y consecuencia del fenómeno de la agresividad.

Teorías psicoanalíticas

La llegada del psicoanálisis da un vuelco al sentido del concepto de agresividad. Fundada en una convención lingüística, la relación entre analizado y analista, raramente da lugar a manifestaciones de violencia física. En cambio, es precisamente por los fenómenos del lenguaje o en relación a ellos como se manifiesta la agresividad en la experiencia analítica.

Hipótesis de Adler

En 1908, en el transcurso de una de las sesiones del “miércoles por la noche” en Viena titulada “El sadismo en la vida y la neurosis”, Alfred Adler avanzó la hipótesis de una pulsión de agresión. Según Adler, es necesario reconcebir la psicología a partir de la pulsión: los caracteres y las acciones deben ser definidos en términos de pulsión, el

síntoma no es un fenómeno únicamente mental sino el producto de la pulsión, hay una pulsión para cada órgano. Así, los órganos inferiores se distinguen por una pulsión particularmente fuerte y que juega un papel esencial en la patología: la pulsión de agresión, pulsión fundamental, común denominador de toda pulsión. Según Adler, el sadismo o el masoquismo no son más que determinada “combinación de la pulsión de agresión y de la pulsión sexual”.

En la discusión que siguió, Freud estuvo totalmente de acuerdo con Adler en el interés que se debe prestar a lo que tiene un origen orgánico, pero precisó que “Adler de ha apresurado a pasar muy rápido por la psicología para llegar antes a la medicina”. Adler ha perdido de vista el significado del descubrimiento del psicoanálisis. Ha adoptado el punto de vista de los “Estudios sobre la histeria” buscando explicar la patología a partir de la psicología del hombre normal. No ha sabido delimitar la enfermedad. Todo lo que Adler ha podido afirmar en vista de la descripción de la vida pulsional no tiene sentido a no ser que se reemplace todo lo que dice de la pulsión de agresión por la “libido”: “lo que Adler llama pulsión de agresión es nuestra libido”.

En el siguiente año, durante la exposición del caso del pequeño Hans, Freud continuó su crítica: “Alfred Adler ha expresado la idea de que la angustia se engendra a partir de la represión, de lo que él llama “pulsión de agresión” y ha atribuido a esta pulsión (...) el papel principal de lo que acontece a los hombres (...); nunca he podido entender este modo de ver las cosas y lo considero una generalización equivocada. No puedo conformarme admitiendo la existencia de una pulsión de agresión especial al lado de las pulsiones sexuales y de autoconservación y con el mismo funcionamiento que ellas”. Adler ha elevado sin razón al rango de pulsión un atributo ordinario y vacío de toda pulsión. La intención agresiva es propia de toda pulsión, lo que pone en marcha el acto. Si tuviéramos que considerar la existencia de una pulsión como esta, el resto de pulsiones no tendrían razón de ser. Potencialmente cualquier pulsión puede convertirse en agresiva. La pulsión de agresión como tal no existe.

Después de la elaboración de la metapsicología, Freud volvió a la misma cuestión: “yo mismo he tenido que pensar en la existencia de una pulsión de agresión, pero ésta no es la misma que la de Adler (...) prefiero llamarla pulsión de destrucción o pulsión de muerte (...) mi desaprobación de la concepción de Adler (...) no ha cambiado”.

Freud y la pulsión de muerte

Proponiendo, en 1920, la existencia de una pulsión de muerte, Freud introdujo un concepto que será en adelante el más controvertido de la teoría psicoanalítica. Es cierto que para él se trataba de “clarificar y profundizar en las hipótesis teóricas sobre las que se fundamentaría el sistema psicoanalítico”. Por lo tanto, la formulación de uno de los primeros conceptos metapsicológicos, el de la pulsión, aparecía al menos como problemático. “Es un concepto entre la frontera de lo psíquico y lo somático”. ¿Qué necesidad teórica le había conducido a incluir la muerte dentro de la pulsión?

Desde el origen del psicoanálisis, desde las primeras especulaciones avanzadas del “Esquisse” (1895) y durante 25 años más, Freud había sostenido que el desarrollo de los procesos psíquicos estaba sometido al principio del placer. Si se admite la hipótesis de que el displacer está ligado a un aumento de excitación y el placer a una disminución de

éste; cada vez que se produce un aumento de excitación, el principio del placer interviene para reducirla, de manera que así se evita el displacer. En 1911, Freud había incluso consolidado esta primera hipótesis reconociendo dentro del psiquismo un “principio de realidad” que también estaba ligado a su manera al principio inicial. Cuando las condiciones de la realidad se oponen al principio del placer, el principio de realidad permite diferenciar el cumplimiento. Se deja de buscar un placer inmediato con consecuencias inciertas, a cambio de buscar un placer más tardío pero seguro.

Si tuviéramos que comprender la evolución del desarrollo de los procesos psíquicos como área únicamente dominada por estos dos principios, deberíamos esperar también que la mayoría de los procesos psíquicos se acompañaran de placer o incluso lo produjeran. La experiencia clínica deja en evidencia que esto no es así. El proceso de inhibición, por ejemplo, es contrario al principio del placer. La inhibición impide al sujeto la obtención de una satisfacción. Del mismo modo, la reciprocidad de la inhibición, aunque sea a través de una satisfacción directa, siempre es sentida como displacer. El proceso de inhibición muestra que “aunque no está dotado del displacer neurótico, éste es de este tipo: es un placer que no puede ser probado como tal”. Es necesario admitir que dentro del psiquismo existe una fuerza capaz de hacer fracasar el principio del placer.

“Veinticinco años de trabajo intenso hecho descubrir que los objetivos a los que tiende la clínica psicoanalítica son distintos de los planteados al principio”. En un principio el análisis consistía esencialmente en el arte de la interpretación. En el momento oportuno el análisis comunicaba al paciente los resultados de su construcción y después le solicitaba que los confirmara con sus propias opiniones. La transferencia se usaba entonces en su versión de la sugestión. Luego fue siendo cada vez más evidente que actuando de este modo no se llegaba a hacer consciente lo inconsciente. Al contrario, el paciente acababa viéndose “obligado a repetir la inhibición como experiencia vivida en el presente, en lugar de recordarla como una experiencia del pasado”. A esta obligación de repetición, que no es una resistencia, Freud le da en nombre de automatismo de repetición y la integra en el inconsciente.

Lo que Freud descubre en la clínica del tratamiento de sus pacientes es también obra de otros fenómenos psicológicos. Así por ejemplo, el automatismo de repetición es lo que tiene lugar en la repetición onírica de la neurosis traumática. El sueño que reproduce el suceso traumático de la neurosis conduce infaliblemente a la angustia. O, en esta neurosis, hay una repetición incesante del mismo sueño y de la misma angustia. En efecto, en este caso el sueño tiene la función de intentar dominar a destiempo la angustia cuya falta ha sido la causa de la neurosis. Por consiguiente, el mismo hecho de que existen sueños que escapan a la regla de que todo sueño el cumplimiento de un deseo, como pueden ser los sueños de la neurosis traumática, nos lleva a pensar que los procesos psíquicos no sólo pueden estar bajo el dominio del principio del placer, sino que existe una función psíquica que está bajo el principio del placer. El automatismo de repetición tiene esta función.

Según lo que precede, el automatismo de repetición es una función metapsicológica que está bajo el principio del placer, desde el punto de vista económico. Ya que nos hallamos en un espacio metapsicológico, continua Freud, si estas deducciones son ciertas (están extraídas de la experiencia), debemos admitir con toda lógica, “la existencia de un tiempo precedente”, un tiempo que es anterior al del principio del placer. Y todavía más, si admitimos la existencia de un factor tópico (bajo el principio del placer) y de un factor

económico (el automatismo de repetición), estamos obligados a suponer la existencia de un factor dinámico. Este último es una pulsión, una pulsión que está bajo el principio del placer y al servicio del automatismo de repetición. Una pulsión precedente a cualquier otra pulsión y fuente de todas las demás: “una pulsión que sería un acceso inherente al organismo vivo hacia el restablecimiento de un estado anterior”. Es pues una pulsión cuya finalidad sería llegar a lo que precede a la vida. Para Freud, esta pulsión es la pulsión de la muerte.

Agresividad en el psicoanálisis según Lacan

El tema de la agresividad apareció en múltiples atavares de la obra escrita y hablada de Lacan, desde la descripción psiquiátrica de la reacción mortuoria en el paranoico en su tesis (1932), hasta las últimas formulaciones sobre el concepto de acto en su último seminario (1980). Hemos optado por dar una idea de la postura de Lacan a partir de una parte de un único texto, “La agresividad del psicoanálisis”, datado de 1948.

El problema planteado en un principio es simple. Avanzando la existencia de una pulsión de muerte, Freud ha promovido en la doctrina una aporía. Hay, en efecto, una contradicción que parecía sin otra salida, querer ligar a través de esta pulsión lo psíquico y lo biológico. También existe un significado enigmático relacionado con la presencia de esta pulsión en la economía psíquica. Lacan expone cinco proposiciones o tesis. Sólo desarrollaremos aquí la segunda y la cuarta.

-Tesis II. En la experiencia analítica la fuerza de la agresividad conduce la imagen del cuerpo troceado.

La intimidación o la amenaza tienen una eficacia agresiva más fuerte que el maltrato material. En efecto, la evocación del desenlace de los fenómenos mentales particulares que llamamos imágenes, cuyo poder de sugestividad expresiva es evidente. Es suficiente pensar en las relaciones entre padres e hijos o en la simple representación del padre severo para ver que nos imponen más que la violencia real. Estas imágenes habituales (madre castrante, hermano rival, padre castigador, ...) tienen una función formativa esencial para el sujeto. El psicoanálisis ha mostrado que estas imágenes no eran sino variantes de representaciones inconscientes más fundamentales a las que se denomina “imagos”. Las imagos son formadoras de identificaciones del individuo; dan forma a uno u otro aspecto de la personalidad. Son determinantes dentro de las producciones del inconsciente como los síntomas. Entre las imagos, existen imagos específicas de las intenciones agresivas. La experiencia analítica muestra que las imagos designan una relación de violencia del sujeto hacia su propio cuerpo. Lacan las reagrupa bajo el término de imagos del cuerpo torceado: imagos de castración, de desmembración, de dislocación y de destrucción del cuerpo. Algunas prácticas sociales (tatuaje, incisión, circuncisión), la observación clínica (juegos de niños o la destrucción de una u otra parte del cuerpo) tienen estas imagos como fuente. Encontramos habitualmente en los sueños estas agresiones fantasmagóricas del cuerpo troceado que la genial intuición de algunos artistas como Jérôme Bosch han sabido representar.

-Tesis IV. La agresividad está ligada al modo de identificación narcisista que determina la estructura del yo.

Algunos estados de personalidad, tales como las psicosis paranoides, muestran la existencia de una tendencia agresiva fundamental. Según Lacan, cada forma de psicosis paranoica, la calidad de la reacción agresiva (ideas de maleficio, de influencia, de intrusión, persecutivas, reivindicativas,...) se correlaciona con una etapa precisa de la génesis mental del delirio. En efecto, cada forma particular de agresividad corresponde a un momento evolutivo de la organización del yo, excepto que en el delirio del psicótico aparezca como estereotipado, estancado, inaccesible a la dialéctica. En este caso, el delirio paranoico revela una característica fundamental de la constitución del yo del hombre. El yo es el producto de identificaciones sucesivas y que coexisten, como formas antiguas que acompañan la historia de la génesis mental. La dialéctica de las identificaciones nace en el momento en que el niño, alrededor del sexto mes, es captado por la imagen de su propio cuerpo. Ve una imagen cautivante en el espejo presentada como una unidad ideal que él no posee todavía ya que a esta edad, el niño está en constante lucha con su destreza original. Se identifica con esta imago especular y se anticipa así al plan mental de la unidad funcional de su propio cuerpo. Pero al mismo tiempo, en esta relación erótica, se fija un imagen que le separa de sí mismo. Esta identificación alienante y primera cristaliza para siempre en el hombre la estructura pasional del yo, y tiene dos consecuencias. Por un lado, el origen del yo está marcado por una relación conflictual con el otro que determina la concurrencia agresiva del objeto del deseo del otro. Por otro lado, la propia satisfacción de esta identificación, por el mismo hecho que saca al individuo de su desarraigo original, abastece la fuente de este tipo de "líbido negativa" que nutre la pulsión de la muerte freudiana.

Aspectos biológicos

De acuerdo con los neurofisiólogos de la conducta, los sustratos neurobiológicos de la agresividad están, por una parte, a nivel de la amígdala y del hipocampo en el sistema límbico y, por otra, a nivel del hipotálamo lateral en el di encéfalo. En la mayoría de especies animales, la estimulación de estas estructuras origina comportamientos de amenaza y de agresión; la destrucción bilateral suprime cualquier forma de agresividad.

Los datos que aportan investigaciones farmacológicas recientes se fundamentan en la identificación del papel de múltiples neurotransmisores. Se encuentran similitudes importantes en los estudios realizados en animales y en el hombre, sobre todo, en lo que respecta al sistema serotoninérgico.

Sistema serotoninérgico

Si se restringe el aporte de triptófano, precursor de la serotonina (SER), o si se inhibe la síntesis de SER, se observa la aparición de conductas agresivas en la rata. Se obtiene el efecto inverso al administrar triptófano.

Diferentes estudios en el hombre, hallan una correlación negativa entre la tasa de ácido 5-hidroxi-indol-acético o 5-HIAA (metabolito de la SER), en líquido cefalorraquídeo (LCR) y el comportamiento agresivo (y una correlación positiva con el MHPG o metoxi-hidroxi-fenilglicol, metabolito de la vía noradrenérgica). También se ha encontrado una baja tasa del mismo metabolito en individuos fallecidos por suicidio.

Brand et al examinaron un grupo de 26 militares con problemas de la personalidad con agresividad y pudieron demostrar que el porcentaje de 5-HIAA/MHPG era más bajo en sujetos muy impulsivos. En un segundo estudio, los mismos autores confirmaron estos resultados midiendo de manera precisa la agresividad con la ayuda del "Minnesota Multiple Personality Test".

Lidberg et al publicaron dos estudios originales. En el primero examinaron tres individuos que habían agredido a miembros de su familia (en un caso se trataba de la muerte de un niño). Los tres presentaban un tasa baja de de 5-HIAA. En el segundo, compararon las tasas de 5-HIAA en tres grupos de individuos: 16 hombres inculcados de homicidio, 22 hombres autores de al menos una tentativa de suicidio y 39 sujetos control. La tasa de 5-HIAA era baja en los suicidas y los criminales.

Linnoila et al. confirmaron estos datos: los criminales impulsivos que actuaban en grupo presentaban una tasa más baja en relación a los sujetos no impulsivos y solitarios. Parece ser que la causa del defecto fundamental del control de las pulsiones, más aún, de un simple aumento de la agresividad, es un metabolismo alterado de la SER.

En los individuos con cariotipo 47 XYY, que manifiestan una fuerte agresividad, Bioulac et al. demostraron que la tasa de 5-HIAA en LCR era baja y que la intensidad de la agresividad podía ser reducida con un tratamiento serotoninérgico.

Mejorando la recuperación de triptófano, el litio tiene un efecto parecido al serotoninérgico. Eichelman demostró el efecto antiagresivo del litio en las ratas y en el hombre.

Sistema noradrenérgico

En el hombre, los resultados de los estudios realizados son contradictorios. De todos modos, la noradrenalina (NE) tiene un papel bien establecido en el animal. La estimulación de las amígdalas en el gato produce un comportamiento agresivo que se acompaña de una depleción de NE en el cerebro, sin variación de la dopamina. En las lesiones de descerebración, que por sí mismas dan lugar a crisis de rabia, se observa siempre una depleción de NE en el cerebro. La tasa de NE medida es inversamente proporcional a la frecuencia de las crisis de rabia. Si se agotan las reservas de NE (con reserpina o con una catecolamina de síntesis que bloquee la producción de EN), no se observan más crisis de rabia.

En las ratas, el bloqueo de los receptores beta-adrenérgicos con propanolol, produce inicialmente, una reducción de la agresividad (menor frecuencia de combates). Pero la administración prolongada de propanolol produce un fenómeno de escape ligado a la síntesis de nuevos receptores beta-adrenérgicos.

Para el tratamiento de la agresividad en el hombre, se han propuesto dos fármacos: el litio, que reduce la tasa de EN, y el propanolol. Es muy probable, sin embargo, que el litio actúe esencialmente a través de la vía serotoninérgica. Se han podido pautar algunas indicaciones específicas. El litio sería más eficaz en aquellos síndromes agresivos que se presentan en sujetos con pasado medicojudicial (criminales), en problemas de personalidad, en la esquizofrenia paranoide, las psicosis maniaco-depresivas unipolares depresivas, las psicosis infantiles, el retraso mental. El propanolol se ha mostrado activo

para tratar la agresividad de individuos que han sufrido un traumatismo cerebral, en el síndrome de Korsaloff y en algunos síndromes esquizofrénicos.

Otros neurotransmisores

En la rata y en el ratón, se ha demostrado que existe una relación inversa entre la tasa de ácido gamma-aminobutírico (GABA) y las conductas agresivas (benzodiazepinas -BDZ-). Las BDZ elevan la tasa cerebral de GABA. Algunos autores han llegado a confirmar que las BDZ son las sustancias más directamente relacionadas en la inhibición conductual agresiva. Hay que destacar, sin embargo, que una de ellas, el clordiazepóxido, se ha considerado responsable de un efecto indeseable de agresividad paradójica.

Muchos autores constatan, en roedores, una agresividad aumentada a expensas de la dopamina. Los antagonistas dopaminérgicos tienen un efecto contrario. La inhibición de la agresividad que se obtiene con los neurolépticos se produce a través de su efecto antidopaminérgico.

La acetilcolina y los colinomiméticos aumentan la frecuencia de las conductas agresivas en el gato. Parece ser que muchas otras sustancias también pueden inducir conductas agresivas. Entre ellas, cabe destacar: el alcohol, las sustancias estimulantes (café, drogas), algunas hormonas como la testosterona o la ACTH hipofisaria.

Aspectos semiológicos de la agresividad

Generalidades

La agresividad puede ser patente, ya se manifieste por la intensidad de su expresión en palabras (amenazas, injurias, críticas, calumnias), por actos (desde gestos insultantes hasta la muerte), o por la intención evidente, por ejemplo, en algunas actitudes (miradas, gestos hostiles).

Ya sea encubierta, controlada o sublimada, es generadora de creatividad artística o profesional o por ejemplo de progresos deportivos.

Menos controlada, puede expresarse bajo formas que no suponen forzosamente el concepto de enfermedad mental: se trata de la agresividad fantasma Tica o "deseada" hostil que puede tener diferentes manifestaciones a nivel del inconsciente (sueños, actos fallidos, conductas ordálicas como las carreras peligrosas o la ingestión de tóxicos en el curso de apuestas estúpidas, ...).

En fin, se halla latente y se postula para explicar algunas conductas o patologías. Es el caso, por ejemplo, de las enfermedades psicósomáticas.

En el caso de la personalidad pasivo-agresiva, una conducta general de resistencia pasiva a las demandas bajo la forma de olvidos, retrasos, enlentecimientos o mala

ejecución de trabajos pedidos, de enojos, sería la expresión bajo un modo pasivo, de una agresividad encubierta.

El espectro de manifestaciones agresivas es pues muy largo; se pueden clasificar en función de su carácter:

- auto o heteroagresiva
- intencionada, voluntaria, impulsiva
- verbal o física
- mediatizada o directa
- activa o pasiva
- tolerada o no en el entorno social
- motivada o no
- huidiza de una sensación displacente
- beneficiosa, ganancia primaria o secundaria de la experiencia agresiva

Esta clasificación, bastante abstracta, no se adapta a la práctica clínica. La confrontación de los pacientes que presentan conductas agresivas puede contemplarse de tres maneras.

Conductas agresivas conscientes

Agresividad reactiva, neurótica, caracterial

La conducta agresiva reactiva puede manifestarse bajo la forma de crisis clásica. La personalidad y las estrategias de defensa del paciente condicionan en parte el pronóstico evolutivo de este tipo de reacción agresiva. A veces se da el caso de escapadas hacia adelante en el fóbico en situaciones brutalmente fobógenas que conducen a actuaciones peligrosas llamadas valentía, cuando acaban favorablemente.

Otras formas de conducta agresiva neurótica se encuentran en el obsesivo como algunas cóleras o bien cuando el acto compulsivo alivia por poco tiempo la tensión interna (grosería, sadismo). En el histérico, la agresividad se muestra con los rasgos de personalidad: labilidad emocional, mitomanía,... pero también por un comportamiento suicidario destinado a atraer, fastidiar, asustar a un tercero.

La agresividad caracterial se acrecenta frecuentemente a través de frustraciones, de manera desproporcionada al factor desencadenante. Aquí, el regreso al intercambio verbal después del problema de conducta, no es siempre posible sin recurrir a la quimioterapia.

Psicosis

En el paciente esquizofrénico, puede aparecer fuera de cualquier actividad delirante. A veces se trata de una respuesta o de un modo de evitar una intrusión en su "territorio": visitas a domicilio, examen somático vivido como una agresión. Algunos estados de despersonalización ansiógenos conducen a automutilaciones sin deseo real de morir. Al contrario, la autoagresividad puede aparecer en relación con los estados depresivos (toma de conciencia de la patología, vuelta a una realidad vacía del delirio, ...). Autoagresiones y desesperanza o deseo de muerte, están entonces fuertemente ligadas. Podemos recordar los gestos suicidas en periodo intercrítico en los pacientes distímicos.

También se observan conductas agresivas consiguientes en cuadros de delirios crónicos no esquizofrénicos. Todas las formas de paranoia pueden presentar manifestaciones agresivas. Estos pacientes tienen una explicación para su comportamiento y hacen responsable al examinador: del perseguido al querulante vengador, del celoso patológico al erotomaniaco en fase de despecho lleno de rencor: cada uno justificará su gesto auto o heteroagresivo. El objetivo divisado por el delirio activo desenlaza o comparte el delirio en función de su parecido. Por otro lado, la agresividad del paranoico se exterioriza más fácilmente en situación de estancamiento, de imposibilidad de huir, de descompensación depresiva.

Los pacientes afectos de psicosis alucinatorias crónicas pueden oponerse con violencia a sus alucinaciones auditivas: insultos dirigidos a su persecutor, venganza sobre un animal doméstico, o cualquier acto heteroagresivo posible.

Perversiones

En algunas perversiones, la expresión de la agresividad es particular: es una búsqueda de placer en relación con un tercero implicado, de manera variable, en la actividad perversa. La agresión sólo existe si el tercero no la consiente.

Alcoholismo

La ingesta de alcohol con el fin de disminuir la inhibición, buscada conscientemente, puede llevar a sobrepasar estos efectos y permitir la expresión de una conducta agresiva en el cuadro de una embriaguez manifiestamente patológica.

Conductas agresivas inconscientes

En el trascurso de la infancia, bajo la forma de accidentes domésticos o no, de golpes y traumatismos diversos, la autoagresión puede traducir una culpabilidad neurótica, una angustia psicótica, un afecto depresivo o una forma de búsqueda de comunicación. La agresividad es un modo de comportamiento esencial en la vida del niño: contribuyendo a su desarrollo físico, no debe ser interpretada sin tener en cuenta una evaluación afectiva, intelectual y cognitiva del niño.

En los adolescentes, la agresividad de muestra esencialmente como un modo de actuar: auto- y heteroagresividad se traducen en fugas, intentos de suicidio, automutilaciones, contactos agresivos,Pero en comportamiento contrario, por poco espectacular que sea, no deja de ser menos violento: las conductas de retraimiento y de repliegue sobre sí mismo, el fracaso escolar, la mantienen a una distancia "respetable" de cualquier interés o de cualquier persona vivida potencialmente como fuente de conflicto que designa una resistencia pasiva. La comprensión psicopatológica queda sometida a una evaluación que tenga en cuenta el entorno familiar: depresión, problema reactivo, psicopatía, psicosis, ...

Neurosis

A parte de los intentos de suicidio repetidos en el histérico, las personalidades organizadas de modo neurótico también agreden a su entorno íntimo a través de las

consecuencias de los síntomas: el opresor obsesivo, el fóbico encadenado-encerrado, el psicoasténico agotador, el hipocondríaco exigente se disputan la medalla del tiránico neurótico.

Las llamadas personalidades pasivo-agresivas, antisociales, sociopáticas, psicopáticas, presentan una agresividad latente que se desencadena a la mínima frustración bajo la forma de agresión física no justificada. Este tipo de conductas heteroagresivas es un elemento clínico al menos remarcado y remarcable ya que caracteriza el modo relacional de estas personalidades. Otros tipos de personalidad se muestran también agresivos: estados límite, personalidades *as Ifni* borderline, presentan una propensión a la autoagresividad bajo la forma de reacciones hostiles explosivas pero también automutilaciones, conductas de riesgo. Los intentos de suicidio parecen relacionados con la depresión de desamparo que aparece ineluctablemente ante la ávida búsqueda de dependencia.

En otros, bastante más tarde, esta dependencia se traduce por un estado depresivo dónde la regresión aparece a primer término. Sintomatología de dinamismo que dan fe de una forma de agresividad y obliga al entorno familiar y al entorno médico a no “dejar pasar por alto”. Esta depresión pseudodemencial, ya sea de origen melancólico o no, exige un tratamiento antidepresivo.

Problemas de humor

Un paciente melancólico puede pasar al acto suicida, ya sea autoagresivo por o dentro del dramático cuadro de un suicidio altruista. La intensidad del dolor moral, del sentimiento de desvaloración y sobre todo de incurabilidad le empujará a extinguir esta quemadura interna con un gesto salvador. Pero la ansiedad, aunque a veces genera agresividad y agitación, otras veces protege del paso al acto. Es necesario pues, desconfiar del efecto ansiolítico que puede tener la noticia de una hospitalización: como de una sedación insuficiente, que puede producir una desinhibición y un paso al acto suicida.

La agresividad de un paciente en estado de furor maníaco aparece sobre todo en el contexto de su agitación, ya sea mantenida o no por una actividad delirante. La mayor parte del tiempo esta agresividad se manifiesta por un comportamiento menos peligroso: injurias e insultos, irritabilidad, desinhibición sexual, rasgos caracteriales exacerbados.

Estados psicóticos

En estados delirantes agudos, la agresividad se mantiene por los temas del delirio. Un caso particular es del de las psicosis puerperales en el curso de las que un gesto agresivo en el encuentro con el niño puede ocurrir en cualquier momento.

Al lado de la agresividad consciente del esquizofrénico citada anteriormente, existen conductas agresivas catatónicas: impulsivas, son por definición imposibles de prever y requieren extrema prudencia. Exteriorizada súbitamente, la agresividad demuestra la descoordinación motriz. Cualquier forma de expresión puede encontrarse interrumpida en pleno curso (cólera, injurias,...) o llevada a término con frialdad (homicidio patológico, muertes en serie, ...). En cuanto a la angustia de troceamiento, de aniquilamiento, las

automutilaciones, los choques violentos y repetidos permiten al psicótico, tanto niño como adulto, percibir su cuerpo dispuesto a estallar. En el curso del desarrollo paranoico, en cualquier momento, un síndrome de influencia puede suponer un gesto agresivo: respuesta a una exhortación alucinatoria, misión divina, ...

Conductas agresivas y organicidad

Ante cualquier búsqueda de una etiología de origen psicógeno puro, es necesario descartar o contemplar la participación orgánica, ya que puede desencadenar o agravar un comportamiento agresivo.

Afecciones neurológicas

La confusión mental ya comentada en la forma psicógena, debe orientar la búsqueda etiológica que determinará el tratamiento. Pero la agitación y la agresividad desordenadas que la caracterizan dificultan frecuentemente las investigaciones más simples; la quimioterapia sedativa contribuye a este fin.

- La epilepsia impone al sujeto conductas paradójicas que no puede controlar. Clásico pero poco frecuente, el furor epiléptico manifiesta comportamientos que suponen problemas médico-legales complejos. Las formas clínicas temporales asociadas a problemas caracteriales (reacciones de cólera, respuestas violentas a una demanda, ...) constatan una agresividad con una etiología mal determinada. Los anticomiciales, por sus efectos paradójicos, parecen contribuir a esta modificación del comportamiento.

En otros casos, puede tratarse de estados crepusculares u oníricos. Pero puede aparecer una agresividad reactiva con el fin de evitar una nueva crisis, debida a las frustraciones en un contexto festivo o distractorio: la privación de alcohol o de trasnochar, conduce a volverse atrás. Por contra, las crisis "desencadenadas" en momentos inoportunos sirven de apoyo para expresar la agresividad que no puede traducirse de otro modo.

- En su inicio, algunas reacciones de cólera y conductas agresivas, representan en pacientes dementes el único modo de luchar contra su deterioro o contra el aislamiento. Se puede tratar también de reacciones depresivas con irritabilidad e intolerancia.

Más evolucionadas en el tiempo, las demencias presentan numerosos y diversos comportamientos agresivos que denotan la pérdida de control. Es el caso de la pseudopelagra alcohólica, de la parálisis general, de la encefalopatía por HIV, de la demencia presenil de Pick y más en general de los síndromes frontales. Estos últimos se acompañan frecuentemente de una desinhibición sexual interpretada, por supuesto, como acto agresivo.

- Algunas lesiones neurológicas más focalizadas, en particular del sistema límbico, suponen un comportamiento agresivo.

La dificultad de control de las emociones y de las pulsiones en el retrasado, se manifiestan sobre todo cuando existen sentimientos de frustración, de fracaso o de rechazo.

Afecciones metabólicas o tóxicas

Del mismo modo, las modificaciones de la glicemia pueden conducir a perturbaciones caracteriales inusuales.

- Por supuesto cualquier causa yatrogénica: corticoides, psicoestimulantes y algunos psicotrópicos utilizados a dosis terapéuticas como las BDZ, favorecen la aparición inmediata o diferida de conductas agresivas (intentos de suicidio, facilitación del paso al acto). En relación a esto, algunos antidepresivos han sido acusados de facilitar, desencadenar conductas agresivas. De hecho, esta desinhibición no es más que una muestra de la mejoría del estado depresivo. La relación causal entre las conductas violentas y la toma de antidepresivos no ha sido probada.

- Al lado de estas causas yatrogénicas, el uso y la abstinencia de sustancias tóxicas puede generar agresividad. Es sabido que el alcohol, las BDZ, los psicoestimulantes, los alucinógenos, los opiáceos se asocian y se potencian y mantienen politoxicomanías. La embriaguez con agitación psicomotriz, alcohólica o cannábica, se acompaña de proposiciones y de gestos agresivos. Puede tratarse de una embriaguez habitual o de una intoxicación alcohólica patológica: la cantidad de alcohol ingerida es insuficiente para provocar tales desórdenes en la mayoría de individuos. Podemos recordar las reacciones paradójicas de los barbitúricos y de las BDZ. Respecto a las abstenciones voluntarias o accidentales, menos el delirium tremens que el síndrome de abstinencia de opiáceos, engendran una agresividad manifiesta enfocada a luchar contra la ansiedad debida a la obtención o simplemente a la obtención del tóxico salvador original o sustitutivo.

La agresividad como fuente de organicidad

Del mismo modo que las causas orgánicas conducen a un comportamiento agresivo, también la agresividad puede producir problemas orgánicos. El cuerpo presenta una respuesta a la descarga de agresividad directamente dentro del propio organismo. Desde los llamados síntomas funcionales a los auténticos síndromes lesionales, cualquier aparato puede presentar un problema psicosomático. Respecto al cáncer, aunque la literatura no permite dilucidar sobre la participación o no de una agresividad inconsciente en su génesis, en la práctica, el apoyo psicológico de los pacientes cancerosos tiende a mejorar el pronóstico. Pero ¿se trata en todos los casos de un abandono de un comportamiento autodestructivo?

En el mismo sentido, la anorexia mental más que la bulimia, debe ser considerada como una forma de agresividad tanto contra el mismo sujeto como contra su entorno.

Estas diferentes conductas agresivas se sitúan en un contexto relacional con el examinador. Pero la noción de agresividad denota también un carácter potencial que no podemos descuidar.

Evaluación de la agresividad

Los comportamientos agresivos son tan variados que sería extremadamente difícil evaluarlos sin recorrer a una conceptualización de la agresión. Una definición del

comportamiento agresivo permite definir las características necesarias y suficientes. Se han propuesto numerosas definiciones con un espectro más o menos restrictivo. La de Robert Baron es la más utilizada en la literatura contemporánea: “un acto agresivo es cualquier forma de comportamiento producido con la finalidad de infringir un daño a otro ser viviente motivado por la evitación de un tratamiento concreto”. El daño inflingido puede ser tanto físico como psicológico; el acto agresivo se define, sobre todo, por una intención de perjudicar (descartando así los daños accidentales e incluyendo, por contra, los intentos fallidos de agresión), y supone el carácter impuesto de este acto sin el consentimiento del otro. Sin embargo, esta última característica excluye en principio todo el espectro de agresiones y conductas tales como automutilaciones o conductas suicidas; estas conductas se consideran clásicamente como una “vuelta” de la agresividad hacia uno mismo pero la cuestión de si pertenecen a las conductas agresivas no se considera actualmente.

Teorías de evaluación

Más allá de una definición de acto agresivo, algunos autores han elaborado tipologías o caracteres de tales actos. Arnold Buss propone clasificarlos según tres dimensiones dicotómicas (física versus verbal, activa versus pasiva y directa versus indirecta) de cuya combinación resultan ocho categorías que permiten clasificar la casi totalidad de los actos agresivos. La categoría “física-activa-directa” comprende así cualquier acto de violencia física sobre otro, mientras que una acción consistente en calumniar a un sujeto en su ausencia entraría dentro de la categoría “verbal-pasiva-indirecta. La agresividad pasiva queda patente por actos, también diversos, de rechazo a responder una demanda (verbal-pasiva-directa), omisión de testimonio en un individuo injustamente criticado (verbal-pasiva-indirecta) o bloquear la puerta de un tren para impedir que un pasajero pueda subir (física-pasiva-directa) y le quite su asiento. Esta clasificación tiene la ventaja de tener en cuenta aquellos comportamientos agresivos más cotidianos, pero es muy descriptiva. Otra clasificación más funcional distingue las agresiones hostiles, dirigidas a perjudicar a otros como insultar a un conductor, de las agresiones instrumentales que sirven para otras finalidades como atracar a un peatón para robarle el dinero. Sin embargo, estas dos categorías pueden ser consideradas como instrumentales ya que las dos están orientadas a una finalidad específica. Zillman propone separar las conductas agresivas según sean destinadas a poner fin a una situación aversiva (*annoyance-motivated aggression*) o a obtener una gratificación (*incentive-motivated aggression*).

Por último, una última aproximación se inspira en trabajos efectuados en animales y presenta una clasificación “fisiológica” de los actos agresivos. Kenneth Moyer se cita corrientemente por su clasificación que diferencia 7 tipos de agresión según su estímulo evocador y sus bases neurofisiológicas. Así, se distinguen las agresiones depredadoras, inducidas por el miedo, irritables, territoriales, maternas e instrumentales. Esta clasificación fue reducida en dos categorías por Reis, que contrapone las agresiones depredadoras a las seis categorías de Moyer reagrupadas bajo el término de agresión “afectiva”, reagrupando a las primeras los comportamientos sin hiperactividad del sistema simpático mientras que las segundas, afectivas, se caracterizan por una actividad simpática muy elevada, vocalizaciones y comportamientos expresivos afectivos. Esta dicotomía está validada por múltiples trabajos que refieren el efecto diferencial de lesiones neurológicas experimentales, de alteraciones de diferentes modalidades sensoriales, o incluso de modificaciones farmacológicas de concentraciones cerebrales

de neuromediadores, y particularmente de la serotonina. En una població clínica de nios y adolescentes se ha propuesto una transposició de esta dicotomía. En este estudio, 16 comportamientos definidos a priori como “depredadores” o “afectivos” (por ejemplo “procurar protegerse cuando está agresivo” por la primera categoría y “es totalmente incontrolable cuando está agresivo” por la segunda) fueron evaluados por enfermeras. El análisis estadístico de estos datos demuestra que los observadores fueron homogéneos en su juicio y que identificaron bien dos grupos opuestos de comportamientos agresivos.

Este progreso en la conceptualización de la agresión debería guiar la evaluación de conductas agresivas necesaria para establecer la validez del concepto de agresividad o, simplemente, para apreciar la eficacia de un tratamiento biológico o psicológico enfocado a reducir la frecuencia o la severidad de los actos agresivos. Los recursos practicables difieren según que el sujeto sea evaluado en su entorno o en una institución. La observación directa en medio natural requiere el establecimiento previo de una tabla de códigos de comportamiento como punto de referencia y un entrenamiento en la valoración. A fin de reducir el tiempo de observación, se puede proceder a un muestreo temporal y observar al sujeto en intervalos de tiempo predefinidos. Un procedimiento menos arduo consiste en pedir al sujeto que se autoobserve, que identifique y registre sus propios comportamientos agresivos. Método muy utilizado por los terapeutas conductuales, el autoregistro ofrece la ventaja de una observación diaria y casi continua. Su precisión es buena si los comportamientos observados se definen claramente y se anotan sin retraso. Existen dudas en cuanto a la validez de una autoevaluación de comportamientos frecuentemente juzgados como socialmente inaceptable, ya que muchos estudios muestran en este caso importantes discusiones de apreciación. La opinión de autores como Beck es que los sujetos tienen tendencia a minimizar la frecuencia de sus actos agresivos. De todos modos, suele ser posible comprobar este punto contrastando la información referida por el paciente con la que aportan sus allegados. Estas autoevaluaciones, indispensables en la evaluación ambulatoria de las conductas agresivas, son difíciles, por no decir imposibles, en el joven y en el adulto cuando existen problemas de juicio (por ejemplo en el caso de demencia). Los actos agresivos de niños se evalúan a través de sus padres o de sus educadores, ya sea de modo análogo a un autoregistro, o a través de inventarios de comportamiento como el Child Behavior Checklist, traducido en francés por Eric Fombonne et al., un inventario general cuyo uno de sus nueve factores evalúa el comportamiento agresivo.

La heteroevaluación de los actos agresivos ha sido sistematizada sobre todo para sujetos hospitalizados o institucionalizados y se han desarrollado múltiples escalas. En efecto, parece que los medios tradicionales para estimar la agresividad del individuo (informes de enfermeras, hojas de curas) subestiman notablemente la frecuencia de los actos agresivos del sujeto. Por otro lado, las escalas de evaluación general como la Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE-30), disponible en francés y la Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS) contienen algunos ítems referentes a la agresividad (por ejemplo “hostilidad” y “no-cooperación” para la BPRS) pero tienen una descripción poco precisa. Las escalas ad-hoc que evalúan los comportamientos agresivos episódicos también han visto la luz; la más conocida es la escala de agresividad manifiesta (Overt Aggression Scale-OAS) de Yudofsky, de la que existe una versión francesa. Esta escala permite delimitar cada episodio agresivo y conlleva dos aspectos: el primero recoge el tipo y la severidad del episodio según 4 categorías (Agresividad verbal, agresividad física

contra objetos, contra sí mismo o contra otros) y cuatro grados de severidad creciente descritos por comportamientos observables (por ejemplo, para la agresividad física contra los objetos, los cuatro grados son: A.-"golpear las puertas, destrozar sus vestidos, desordenar", B.-"tirar objetos por el suelo, patear los muebles sin romperlos, destrozar las paredes", C.-"romper objetos, las ventanas", D.-" incendiar, lanzar objetos de manera peligrosa"). El segundo aspecto recoge las intervenciones del personal cuidador y abarca desde la simple y pura abstención a la contención. Se obtiene una puntuación global de severidad sumando las puntuaciones de cada categoría de comportamiento agresivo. La escala concebida por Palmstierna

y Wistedd (la Staff Observation Aggression Scale) obedece a principios análogos pero evalúa los diferentes componentes de un acto agresivo (motivo, objetivo, consecuencia, intervención) cuya severidad se calcula en función del medio utilizado, del tipo de objetivo y de la gravedad de los daños causados. Este tipo de escala episódica tiene una utilización limitada por la carga de trabajo que comporta la valoración de episodios multidarios en pacientes muy agresivos. Además, las propiedades psicométricas de estas escalas han sido criticadas por su poca fiabilidad interjueces y la validez dudosa de la puntuación de severidad. Se han propuesto diferentes modificaciones del OAS con la finalidad de solventar estas deficiencias: una evaluación retrospectiva de la semana anterior, una redefinición de los grados de severidad y del cálculo de la puntuación global o incluso un aumento de los comportamientos evaluados. Sin embargo, este registro de episodios agresivos permite poner en evidencia la gran variabilidad de comportamientos agresivos que tienen lugar en un mismo paciente a lo largo del tiempo y la mejoría de este comportamiento bajo tratamiento, así como la evolución de la frecuencia de agresiones en el seno de una unidad de curas en función de la hora del día o de la densidad de personal cuidador.

La reciente escala de disfunción social y de agresividad (Social Dysfunction and Aggression Scale- SDAS), es el objetivo de trabajos de validación de la escala europea en los que han participado centros franceses. Se trata de una heteroevaluación que consta de 21 ítems, efectuada por un psiquiatra basándose en los datos de una entrevista con el individuo y en la información aportada por el personal de enfermería o sus allegados en los 7 días precedentes. Además, esta evaluación global, también puede ser utilizada para evaluar los episodios agresivos. Los resultados confirman la concepción efectuada a priori de esta escala en dos factores de agresión independientes según la agresión se dirija contra el exterior o hacia uno mismo (*outward-inward aggression*) pero solo el primer factor posee cualidades psicométricas satisfactorias; en efecto, la evaluación de la agresividad dirigida contra uno mismo supone mayoritariamente ítems depresivos y ansiosos y el análisis estadístico de esta subescala concluye la exclusión de comportamientos de automutilación de este factor de autoagresividad.

Se han desarrollado otras escalas de evaluación para poblaciones de grupos diagnósticos específicos; es el caso, por ejemplo, de la escala de agresión para ancianos (Rating Scale for Aggressive Behavior in the Elderly- RAGE) establecida por Patel y Hope: está dirigida esencialmente a sujetos dementes cuya frecuencia de comportamientos agresivos es evaluada así en un periodo de tres días por una enfermera de la institución. Los datos referentes a su validez se limitan al cuidadoso estudio realizado por sus autores.

La evaluación caracterizada de los actos agresivos es pues un tema de actualidad en el que quedan por cumplir numerosos progresos a pesar de los avances recientes. Esta evaluación en población clínica se refiere sobre todo a los comportamientos de agresión física o verbales más comunes.

A pesar de estas dificultades en la evaluación de los actos agresivos, se han propuesto numerosos métodos para evaluar la agresividad. Esta evaluación se puede integrar en un estudio global de la personalidad a través de cuestionarios (tales como el inventario psicológico de California-CPI- de Gough o el inventario multifásico de personalidad de Minnesota-MMPI- o de test proyectivos como el test de Rorschach o el TAT de Murray. El potencial agresivo de un sujeto también es el objeto particular de numerosos cuestionarios como la escala de hostilidad de Cook y Medley (CMHQ, extracto del MMPI), el inventario de hostilidad de Buss y Durkee (BDHI), el cuestionario de hostilidad y de dirección de la hostilidad de Fowles, Caine y Hope (HDHQ, igualmente extracto del MMPI) o incluso el inventario de cólera de Novaco (NAI) por citar los más conocidos de entre ellos. Por contra, la cuestión de la validez de estos cuestionarios se mantiene abierta, aunque algunos de ellos fueron concebidos hace casi 40 años. Así la escala concebida por Buss y Durkee (BDHI) es sin duda el cuestionario de agresividad más utilizado en investigaciones de esta materia. Sin embargo, la estructura factorial establecida por diferentes equipos difiere notablemente de las concepciones iniciales de los autores. Su puntuación total permite distinguir diferentes grupos de sujetos violentos (prisioneros, autores de violencia doméstica), de sujetos no violentos pero que las escalas no parecen mejorar esta discriminación y su capacidad para predecir la aparición de comportamientos agresivos está sujeto a debate. Además, el contenido manifiesto del cuestionario muestra la posibilidad de ser alterado. Como resultado de estas críticas, ha sido recientemente publicada una versión profundamente modificada, el Aggression Questionnaire, que comprende 4 factores (dos factores conductuales- agresión física y verbal- un factor afectivo -cólera- y un factor cognitivo -la hostilidad-. En el plano psicométrico, esta escala necesita trabajos suplementarios para establecer su validez. Del mismo modo, la reciente revisión del MMPI -el MMPI-2- incluye una nueva escala de cólera destinada a evaluar las dificultades de un sujeto para controlar su cólera: pero si los primeros resultados muestran una correlación positiva entre las puntuaciones obtenidas en esta escala y los comportamientos efectivos de agresión, esta es mucho más fiable para hacer conclusiones referentes al riesgo de agresión a partir de esta puntuación.

La evaluación de la agresividad completa la observación de los actos manifestados en la información sobre la capacidad de control de las emociones por el sujeto, y particularmente, de la cólera, y sobre su actitud hostil frente a otros. Sin embargo, los instrumentos disponibles no permiten apreciar el riesgo de paso al acto de sujetos potencialmente agresivos. Otra manera de evaluar este riesgo es buscar aquellos factores situacionales o disposicionales a través de métodos estadísticos actuariales.

Factores predictivos de un acto agresivo

La predicción precisa de la aparición de un acto agresivo es un arte difícil, ya que incluso en un individuo violento, la frecuencia de los actos agresivos es débil y los factores situacionales resultan importantes. Estas dificultades han sido ilustradas por el relativo

fracaso de estudios que intentaban predecir a corto o largo plazo la realización de agresiones. El riesgo de error por exceso (los falsos positivos) es bastante importante y las correlaciones estadísticas observadas pueden hacer parecer que se controlan las situaciones de agresión.

De todos modos, es posible establecer:

- por un lado, factores de riesgo cuya presencia aumenta la probabilidad de comportamientos agresivos a corto plazo;
- por otro lado, recoger datos relativos a la situación con el fin de evaluar un riesgo inmediato.

Dividiremos los factores de riesgo en cinco categorías. Estos datos, extraídos principalmente de estudios americanos, aportan una aproximación aquellos factores no extrapolables como nuestro contexto cultural:

- los antecedentes de comportamientos agresivos;
- los antecedentes del desarrollo mental;
- los factores psicopatológicos;
- los factores ligados a la personalidad;
- las características demográficas.

Antecedentes de comportamientos agresivos

Un pasado de violencia o de comportamientos impulsivos predice fuertemente una violencia futura. Golpes y heridas, destrucción de bienes, intentos de suicidio, conductas de conducción imprudente, infracciones repetidas del código de circulación, son los indicadores de una violencia potencial. Es importante precisar las circunstancias, motivaciones, víctimas y severidad del daño de estos episodios.

Los comportamientos agresivos duraderos durante la infancia son igualmente indicativos de una actualización violenta de la agresividad.

Antecedentes de desarrollo mental

Son importantes dos factores:

- un entorno doméstico brutal o violento; estas brutalidades se ejercen, ya sea en el seno de la familia, o en la vecindad, y son observados por el niño.
- malos tratos corporales y/o negligencia en el cuidado del niño durante la infancia.

Igualmente es necesario considerar como factores favorecedores:

- lesiones cerebrales precoces o accidentales; por ejemplo, un traumatismo craneal o una encefalopatía. Parecidas al déficit de atención con hiperactividad;
- problemas psiquiátricos severos en los padres, como alcoholismo o psicopatía;
- insumisión precoz y duradera a las figuras de autoridad: padres, institutrices...;
- actos delictivos repetidos en un contexto de débil socialización.

Sin embargo, muchos estudios longitudinales han mostrado que algunos factores de riesgo podían ser debilitados por factores protectores, o al contrario, necesitar un cofactor para ser realmente predisponentes.

Factores psicopatológicos

Un factor favorecedor muy importante es la ingesta de sustancias desinhibidoras. El alcohol, la utilización toxicomaniaca de sedantes, BDZ, barbitúricos, favorece los comportamientos agresivos tanto durante la intoxicación como en el período de abstinencia.

Los psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína, anticolinérgicos y disolventes también están involucrados.

La mayoría de problemas mentales de origen orgánico se asocian a comportamientos agresivos con una mención particular por las epilepsias parciales complejas.

Los intentos de suicidio repetidos reflejan una potencialidad autoagresiva elevada.

Factores ligados a la personalidad

Estos factores no son exclusivos de personalidades patológicas y aparecen caricaturizados.

La clásica noción de intolerancia a la frustración e impulsividad, es decir, la incapacidad para diferir, se asocian a comportamientos agresivos.

Tal expresión se ve favorecida por una intensa labilidad emocional.

El egocentrismo y la incapacidad para la autocrítica orientan más bien hacia la agresividad hacia los otros. Al contrario, una baja autoestima se asocia a comportamientos autoagresivos.

Factores demográficos

Diferentes estudios estadísticos dibujan un retrato robot sin rasgos del sujeto agresivo. Es un hombre joven de bajo nivel social, mal socializado y que vive en un medio donde se tolera la violencia.

También muestran algo más interesante, una violencia habitualmente infraestimada en ancianos ya que es un hecho superior a aquella del sujeto de edad madura.

Este conjunto de factores de riesgo no debe enmascarar los factores situacionales en el desenlace de un gesto agresivo. Una ataque verbal, una frustración intensa o arbitraria y desatendida, la presencia de un público aprobador, son inductores de comportamientos

agresivos. Una circunstancia particular es la incitación a la agresión por orden, sumisión a una figura de autoridad puesta en evidencia por Stanley Milgram.

Principios del examen clínico

Una recogida exhaustiva de todos estos factores de riesgo es un ideal difícil de obtener en la práctica. Es indispensable apreciar rápidamente un riesgo inmediato y minimizar los riesgos personales con una actitud adecuada. Al igual que en el caso de la agitación, el grado de agresividad no correlaciona con la gravedad del diagnóstico.

En el plano material, el lugar de evaluación debe permitir la privacidad sin ser aislado o aislable (por ejemplo, sin cerrojo que se cierre por el interior). El paciente y el examinador se situarán de manera que tengan acceso a la salida los dos y más bien situados en desviación que de frente.

La entrevista debe favorecer el respeto mutuo y por consiguiente evitar la provocación, rechazo o humillación del paciente. Se trata, al contrario, de confortarle: hablar y desplazarse suavemente, no esconder las manos, evitar impresionarle por una actitud de arrogancia o de poder y siempre que sea posible, dejarle la opción que le haga sentir bien.

Después de haber entrado en materia, las cuestiones relativas a la agresividad se plantearán de manera clara y directa. Si es necesario tranquilizar al paciente, la ayuda deberá orientarse al control de sus impulsos según necesidad, fijando límites.

La observación del sujeto es esencial. Incluso antes de la consulta el comportamiento observado en la sala de espera o durante el cumplimiento de las formalidades administrativas, puede aportar indicios significativos. En efecto, se puede sospechar una escalada agresiva observando la actividad motriz, la marcha, la postura, el tono de la voz. (Una voz fuerte, escándida, amenazante, una hiperactividad con tensión muscular pueden ser el preludio de un acto violento). Estos elementos muestran la débil capacidad de autocontrol del paciente. Algunos síntomas se descubren rápidamente y en primer lugar los signos de intoxicación: marcha inestable, disartria, sudoración, nistagmus, dilatación pupilar o al contrario signos de abstinencia.

Estos elementos serán completados durante la entrevista y un examen físico si las condiciones lo permiten, a Finn de establecer un diagnóstico formal, sino de señalar los elementos clínicos ya citados.

Además, el examen clínico ofrece la ventaja de una medicalización de contacto permitiendo a veces una disminución de la agresividad.