



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con
Esquizofrenia en un Centro de Salud Mental, Trujillo-Perú

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Sanchez Uriol, Joanna Anali (orcid.org/0000-0003-0166-8814)

ASESOR:

Dr. Apolaya Segura, Moises Alexander (orcid.org/0000-0001-5650-9998)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis padres por siempre ser el apoyo sostenible y perenne en este largo camino

AGRADECIMIENTO

A Dios que me ha brindado la oportunidad de seguir siempre adelante.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	9
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	9
3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	10
3.3 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO.....	10
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	12
3.5 PROCEDIMIENTOS.....	13
3.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....	13
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	17
VI. CONCLUSION	21
VII. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	24
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio analítico, transversal en el que se incluyeron a 84 pacientes con esquizofrenia, según criterios de selección los cuales se dividieron en función de la presencia o no de conductas violentas, se calculó el chi cuadrado y el estadígrafo odds ratio.

Resultados: no se apreciaron diferencias significativas respecto a las variables edad, sexo, tiempo de enfermedad y tipo de tratamiento entre los pacientes con esquizofrenia con o sin conductas violentas ($p>0.05$), el bajo nivel socioeconómico es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 2.97 el cual fue significativo ($p<0.05$), el bajo grado de instrucción es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 4.14 el cual fue significativo ($p<0.05$), el antecedente de hospitalización es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 4.26 el cual fue significativo ($p<0.05$); la no adherencia terapéutica es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia con un odds ratio de 3.4 el cual fue significativo ($p<0.05$).

Conclusión: El bajo grado de instrucción, el bajo nivel socioeconómico, el antecedente de hospitalización y la no adherencia terapéutica son factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

Palabras claves: *factores de riesgo, conducta violenta, esquizofrenia.*

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for violent behavior in patients with schizophrenia.

Material and methods: An analytical, cross-sectional study was carried out in which 84 patients with schizophrenia were included, according to selection criteria which were divided according to the presence or absence of violent behaviors, the chi square and the odds ratio statistician.

Results: no significant differences were observed regarding the variables age, sex, length of illness and type of treatment among patients with schizophrenia with or without violent behavior ($p>0.05$), low socioeconomic status is a risk factor for violent behavior in patients with schizophrenia with an odds ratio of 2.97 which was significant ($p<0.05$), the low level of instruction is a risk factor for violent behavior in patients with schizophrenia with an odds ratio of 4.14 which was significant ($p<0.05$), a history of hospitalization is a risk factor for violent behavior in patients with schizophrenia with an odds ratio of 4.26, which was significant ($p<0.05$); Non-adherence to therapy is a risk factor for violent behavior in patients with schizophrenia with an odds ratio of 3.4, which was significant ($p<0.05$).

Conclusion: The low level of education, the low socioeconomic level, the history of hospitalization and therapeutic non-adherence are risk factors for violent behavior in patients with schizophrenia.

Keywords: *risk factors, violent behavior, schizophrenia.*

I. INTRODUCCIÓN

En particular, las enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, son un problema de salud pública que puede causar un gran daño personal y social y requieren estrategias de tratamiento continuo y sistemas públicos para prevenir la recurrencia. Según el Instituto Nacional de Salud Mental, la tasa de prevalencia de la esquizofrenia en los Estados Unidos, derivada de encuestas de hogares, entrevistas y registros médicos, se estima que oscila entre el 0,25 % y el 0,64 %¹.

Las enfermedades mentales graves con baja prevalencia tienden a tener una larga historia natural, alta gravedad de los síntomas y requieren recursos significativos de salud mental; es esencial entender el tamaño del problema². En Europa se identificaron en una revisión sistemática de investigaciones analíticas; 132 casos centrales, 15 estudios de migrantes y 41 estudios basados en otros grupos especiales y se estimó una mediana (percentil 10 a 90) de 3.3 (1.3–8.2) por 1000 personas para las distribuciones por período (es decir, de 1 mes a 1 año)³.

Por otro lado, en Corea cabe señalar que hubo un aumento en la tasa de prevalencia de esquizofrenia entre adultos de 50 años o más, en particular, la tasa de prevalencia entre los de 60 años aumentó más rápidamente entre 2008 y 2017. En relación con esto, los resultados mostraron que la tasa de prevalencia de 12 meses aumentó constantemente del 0,40% en 2008 a 0,45% en 2017; la tasa de prevalencia acumulada de tres años aumento de 0,51% en 2011 a 0,54% en 2017 y el acumulado de cinco años la tasa de prevalencia fue del 0,61% y la tasa de prevalencia acumulada de 10 años fue del 0,75%⁴.

En una investigación realizada en Norteamérica en un grupo de pacientes adultos en quienes fue evaluado el perfil clínico de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se pudo constatar que las personas con trastornos psicóticos tienen un mayor peligro de comportamiento violento en contraste con la población general; en un metaanálisis de 20 estudios con un total de 18 423 casos y 1 714 904 controles no afectados, la razón de probabilidad de violencia en la esquizofrenia fue de 5,5 (95 % intervalo de confianza [IC] 4,1–7,5) y en otros trastornos psicóticos 4,9 (IC del 95 % 3,6–6,6)⁵.

Por otro lado en un estudio realizado en España en pacientes jóvenes con este diagnóstico se hizo un recuento de las manifestaciones que fueron consideradas por familiares como síntomas de esquizofrenia, las personas que participaron en este estudio identificaron la violencia (12%) como el principal síntoma de esta condición, además de la ira (8%) e intolerancia (5%); las alucinaciones auditivas ocuparon el segundo lugar (11 %), y las alucinaciones visuales ocuparon el cuarto lugar (6 %) junto con pérdida de realidad (6%)⁶.

Otro estudio realizado en España en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados reportó que en 12 meses de evaluación el 22% de conductas fueron actos de violencia física y 43,33% fueron actos de violencia verbal hacia el personal de salud de las unidades de hospitalización⁷.

En Noruega en el 2018 se identificaron como factores de riesgo externos y clínicos de violencia grave en la esquizofrenia, al abuso de sustancias ($p < 0.05$)⁸. En China en el 2022 se encontró que los principales factores de riesgo para el comportamiento violento en pacientes con esquizofrenia fueron: menor nivel educativo [0,556 (0,378-0,816)], ser fumador de cigarrillos [2,121 (1,191-3,779)]⁹. En Norteamérica en el 2021; los factores que contribuyeron al riesgo de violencia fueron el sexo femenino (OR 2.78, 1.04–7.40)¹⁰.

En China en el 2020 se encontró que la violencia previa, el género masculino, el abuso de sustancias y el bajo nivel educativo fueron significativamente asociados con un mayor riesgo de violencia ($p < 0.05$)¹¹. En Turquía en el 2017 encontraron como factores de riesgo para violencia a la no adherencia al tratamiento (OR:5.927, $p = 0.041$), el abuso de alcohol y sustancias (OR:21.089, $p = 0.000$)¹³.

En Perú en el 2018 encontraron como factores de riesgo de conductas violentas en pacientes con esquizofrenia la no adherencia terapéutica (OR=3.7), el bajo grado de instrucción (OR=3.8) y el antecedente de hospitalizaciones (4.2)¹⁴.

En este contexto se plantea como problema de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia en un centro de salud mental?; así mismo se plantea la siguiente hipótesis de investigación: Los factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con

esquizofrenia en un centro de salud mental son el sexo masculino, el bajo grado de instrucción, el antecedente de hospitalización, la no adherencia terapéutica.

Se considera como objetivo general: Determinar los factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia y como objetivos específicos: describir las características socioeconómicas y clínicas de los pacientes con esquizofrenia, determinar si el bajo nivel socioeconómico es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia; determinar si el bajo grado de instrucción es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia; determinar si el antecedente de hospitalización es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia; determinar si la no adherencia terapéutica es factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

Considerando que la esquizofrenia es una patología que condiciona un elevado grado de disfunción en los pacientes, habitualmente su evolución compromete de manera directa el entorno familiar y social del paciente, al respecto se ha documentado la presencia de una elevada frecuencia de episodios de violencia y agresividad entre estos pacientes y los familiares, cuidadores y personal sanitario según el contexto en el cual estos se encuentran siendo atendidos; es por ello que consideramos pertinente valorar aquellas variables que puedan estar relacionadas con la aparición de este desenlace a fin de desarrollar estrategias de prevención primaria que permitan optimizar la calidad de vida de los pacientes y de las personas que interactúan como parte del soporte social y profesional que requieren de manera habitual.

II. MARCO TEÓRICO

Bjorn R, et al (Noruega, 2018); reconocieron factores de riesgo externos y clínicos de violencia grave en la esquizofrenia, además de considerar la fuerza de la asociación entre los factores evaluados y violencia severa; mediante una encuesta bibliográfica, diseño de casos y controles donde se seleccionaron 102 artículos relevantes, que fueron publicados durante los últimos 20 años. Cuarenta y cuatro trabajos fueron evaluados por elegibilidad. En total, se revisaron 27 estudios que incluían variables clínicas o cognitivas. El abuso de sustancias vincula

fuertemente la esquizofrenia y la violencia ($p < 0.05$); entre los factores clínicos se identificaron: impulsividad, psicopatía, velocidad motora y una medida global de la cognición en cuanto a su asociación con violencia severa ($p < 0.05$)⁸.

Yu T, et al (China, 2022); emplearon algoritmos de aprendizaje automático combinado con datos de rutina para predecir el comportamiento violento entre esquizofrenia masculina, para calcular la probabilidad de que un individuo cometa violencia. En un total de 397 pacientes masculinos con esquizofrenia y estratificados aleatoriamente en el conjunto de entrenamiento y el conjunto de prueba, en una proporción de 7:3. En un diseño transversal las principales variables se integraron en los modelos de predicción de la violencia. La prevalencia de la violencia entre los esquizofrénicos masculinos fue del 36,8%. Los principales factores de riesgo para el comportamiento violento en pacientes con esquizofrenia fueron: menor nivel educativo [0,556 (0,378-0,816)], ser fumador de cigarrillos [2,121 (1,191-3,779)], mayor síndrome positivo [1.016 (1.002–1.031)] y mayor detección de discapacidad social [1.081 (1.026–1.139)]⁹.

Fazel S, et al (Norteamérica, 2021); evaluaron factores de riesgo para violencia en pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados en salas forenses y generales en tres hospitales psiquiátricos y se les hizo un seguimiento prospectivo durante 6 meses. Los factores de riesgo (dinámicos) se recogieron cada 1 a 4 semanas y los factores de referencia fueron transferidos a un sistema de monitoreo basado en la web. Este estudio de casos y controles, en 89 pacientes y 624 evaluaciones separadas (mediana de 5/paciente), la edad media fue de 39 (D.E. 12,5) años, con un 20 % ($n = 18$) de mujeres. Los diagnósticos comunes fueron trastornos del espectro esquizofrénico (70 %, $n = 62$) y trastornos de la personalidad (20 %, $n = 18$). Había 93 incidentes violentos. Los factores que contribuyeron al riesgo de violencia fueron una puntuación dinámica total de ≥ 1 (OR 3,39, IC 95% 1,25–9,20), aumento de 10 años en la edad (OR 0,67, 0,47–0,96) y sexo femenino (OR 2.78, 1.04–7.40); concluyendo que la predicción del riesgo de violencia en individuos con trastornos psiquiátricos en base a los factores de riesgo es posible¹⁰.

Chung W, et al (China, 2020); examinaron las tasas de violencia antes y 3 años después del tratamiento y predictores de violencia posterior al tratamiento en

jóvenes chinos que presentan un primer episodio de psicosis; en 700 pacientes de 15 a 25 años inscritos consecutivamente en un programa de intervención temprana en un diseño transversal, el comportamiento violento se definió como violencia física o agresión hacia las personas y se clasificó además en dos niveles de gravedad. Después del inicio de la psicosis, el 6,7% (n=47) de los pacientes exhibieron violencia antes del tratamiento, durante 3 años de tratamiento el 9,4% (n=66) cometieron conductas violentas y el 4,3% (n=30) perpetraron actos de violencia grave. Dos quintas partes (40,4%) de los pacientes que mostraron un comportamiento violento antes del tratamiento se involucraron en más actos de violencia después del contacto con el servicio. El análisis de regresión multivariado mostró que la violencia previa, el género masculino, el abuso de sustancias concluyendo que los factores de riesgo de violencia identificados por el estudio actual son comparables con los hallazgos de investigaciones anteriores¹¹.

Hen Z, et al (China, 2019); exploraron los riesgos de violencia potencial y sus subdimensiones en pacientes con esquizofrenia (es decir, agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad), en un diseño transversal, se reclutaron 78 pacientes comunitarios con esquizofrenia de clínicas psiquiátricas ambulatorias, salas de día y aquellos que recibieron servicios de atención domiciliaria; se encontró que la calidad del sueño es un factor crucial que influye en los riesgos de violencia potencial; tener un historial de violencia durante el mes anterior ($p < 0.05$) y la calidad del sueño ($p < 0.05$) son factores cruciales que influyen en la agresión física¹².

Kösger F, et al (Turquía, 2017); investigar los factores predictivos del comportamiento violento en la esquizofrenia y la relación entre el comportamiento violento y la percepción y las funciones cognitivas; en 68 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia separados en dos grupos; con antecedentes de conducta violenta (n = 30) y sin ella (n = 38), en un diseño de casos y controles. El sexo masculino, el número de hospitalizaciones, fueron significativamente mayores en pacientes con esquizofrenia de comportamiento violento, en comparación con el grupo no violento; en el análisis multivariado: la no adherencia al tratamiento (OR:5.927, $p=0.041$), el abuso de alcohol y sustancias (OR:21.089,

p=0.000) y la puntuación total de la PANSS (OR:1.053, p=0.011) fueron identificados como factores predictores de comportamiento violento en pacientes con esquizofrenia¹³.

García S, et al (Perú, 2018); evaluaron factores de riesgo de conductas violentas en pacientes con esquizofrenia en un diseño retrospectivo tipo casos y controles. Donde se incluyeron a 96 pacientes esquizofrénicos; encontrando que la ideación suicida (OR=4.2), la no adherencia terapéutica (OR=3.7), el menor grado de instrucción (OR=3.8) y el antecedente de hospitalizaciones (4.2)¹⁴.

La esquizofrenia como trastorno mental grave, es una enfermedad donde la gente lo relaciona con la conducta violenta y existen reportes que han demostrado que la esquizofrenia aumenta el riesgo del comportamiento violento. Estudios previos se han centrado en las características clínicas y criminológicas de los pacientes con esquizofrenia que cometen actos violentos, la mayoría de los cuales son pacientes sin comportamiento violento¹⁵.

Se ha descrito que la incidencia de cinco años de conducta violenta después con el antecedente de un diagnóstico inicial de esquizofrenia fue del 11% en hombres y del 3% en mujeres; alrededor del 10% de las personas con un primer episodio de psicosis cometen abusos físicos interpersonales dentro de 1 a 3 años después de su primer contacto con los servicios de atención primaria¹⁶.

Similarmente, la prevalencia combinada de violencia grave es del 16 % antes del contacto con el servicio y del 13 % después los contactos. Los pacientes con esquizofrenia, en comparación con la población general, están en promedio 10 veces más propensos a cometer delitos violentos, como el homicidio; la tasa del comportamiento agresivo entre ellos también es de 4 a 6 veces mayor que el de la población general¹⁷.

La investigación de casos de homicidio ha demostrado que los enfermos mentales tienen menos probabilidades de atacar a extraños, por el contrario, los familiares y amigos de las personas con trastornos mentales enfrentan el riesgo más significativo de daño. Los pacientes con trastornos mentales graves como esquizofrenia cometen directamente la mitad de los actos violentos en los

miembros de la familia. La esquizofrenia tiene una asociación más fuerte con homicidio que otros diagnósticos de trastornos mentales¹⁸.

En cuanto a la gravedad de las lesiones, los familiares de personas con trastornos mentales tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia severa o fatal. Los delincuentes psiquiátricos tienen una mayor propensión a cometer delitos solos, en público y contra extraños que delincuentes no psiquiátricos¹⁹.

La generación de violencia interpersonal es un fenómeno relevante para las personas que lo rodean y el medio ambiente; el resultado del comportamiento violento de la esquizofrenia puede variar según el tipo de víctima, lo que puede provocar diferentes impactos sociales²⁰. En comparación con el manejo clínico de los enfermos mentales, la violencia relativamente rara e impredecible entre los pacientes psiquiátricos son más propensos a producir preocupaciones y aumentar el estigma de los pacientes²¹.

La cognición moral es un determinante importante, pero hasta ahora pasado por alto, de la violencia en el campo de la investigación psiquiátrica. La cognición moral es un proceso multidimensional, impulsado por el razonamiento moral, el juicio moral y la toma de decisiones, que influyen en el comportamiento. La cognición moral, que se centra en los procesos de pensamiento, es procesable en esquizofrenia, y puede ser ampliamente defendida bajo condiciones de pluralismo moral razonable en el contexto de diferentes culturas, tradiciones y reglas²².

El razonamiento moral determina si un comportamiento es moralmente aceptable (correcto o incorrecto) y juega un papel paradójico en esquizofrenia. Sin embargo, la forma y el contenido del razonamiento moral asociado con esquizofrenia no se han estudiado intensamente²³. El razonamiento moral ha recibido relativamente poca atención en la investigación de investigar violencia y contextos propensos a la violencia en la literatura sobre esquizofrenia. El razonamiento moral no se asocia simplemente a la violencia, sino también a su nivel de madurez. Por lo tanto, el razonamiento moral puede verse como una construcción unificadora para comprender cómo un desarrollo moral insuficiente sustenta las disposiciones violentas en la esquizofrenia²⁴.

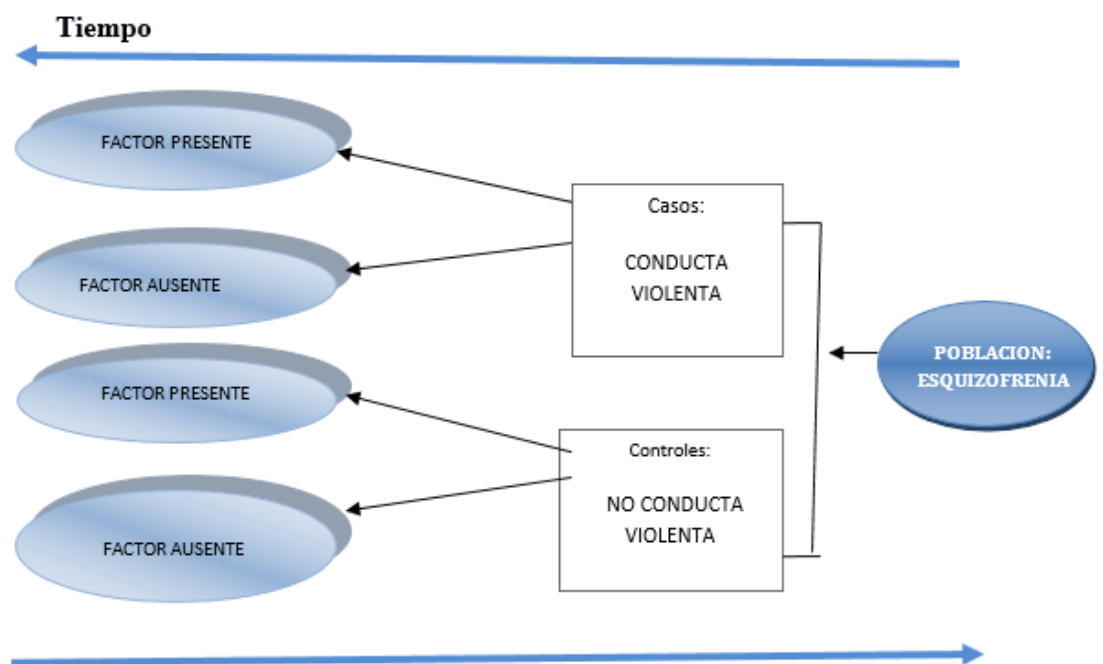
La violencia repetitiva es a menudo una construcción multifactorial que involucra factores biológicos, psicosociales, factores emocionales, fisiopatológicos, contextuales, ambientales, familiares, y características situacionales, solas o en combinación²⁵. Determinantes específicos del trastorno, como los síntomas psicóticos, no siempre son el único factor implicado en la violencia²⁶.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo y diseño de investigación: Aplicada

3.1.2 Diseño de la investigación: No experimental, observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles.



3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variables independientes:

- Nivel socioeconómico disminuido
- Bajo grado de instrucción
- Antecedente de hospitalización
- No adherencia terapéutica

Variable dependiente:

- Conductas violentas

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1 Población: Estuvo conformado por pacientes con esquizofrenia atendidos en el centro de salud mental Frida Alayza Cossio en el periodo Agosto – Diciembre 2022.

Criterios de Inclusión (casos):

- Pacientes que se atiende en un centro de salud.
- Pacientes con conductas violentas en el último mes antes de la entrevista
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con la mayoría de edad (>18)

Criterios de Inclusión (controles):

- Pacientes que se atiende en un centro de salud.
- Pacientes sin conductas violentas en el último mes antes de la entrevista.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con la mayoría de edad (>18)

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con enfermedad crónica terminal.
- Pacientes expuestos a abuso de sustancias.
- Pacientes internados en hospitalización.
- Pacientes con esquizofrenia catatónica.

3.3.2 Muestra:

Formula²⁸:

Se utilizó la siguiente formula:

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P (1 - P) (r + 1)}{d^2 r}$$

Dónde:

$$P = \frac{p_2 + r p_1}{1 + r} \quad \text{Promedio ponderado de } p_1 \text{ y } p_2$$

$$d = p_1 - p_2$$

$$Z_{\alpha/2} = 1,96 \text{ para } \alpha = 0.05$$

$$Z_{\beta} = 0,84 \text{ para } \beta = 0.20$$

P1 = 0.56 (frecuencia de no adherencia terapéutica en el grupo de casos;
Ref. 14)

P2 = 0.25 (frecuencia de no adherencia terapéutica en el grupo de controles;
Ref. 14)

- R: 1

- n = 42

CASOS (Conducta violenta): 42 pacientes.

CONTROLES (No conducta violenta): 42 pacientes.

3.3.3 Muestreo: Se captaron a los pacientes de manera aleatoria, se obtuvo una lista de los pacientes que se atienden y luego se hará el sorteo. Según los hallazgos de la entrevista realizada a los familiares de los pacientes que acudan al centro de salud en el periodo correspondiente se determinó si pertenecieron al grupo de casos o de controles.

3.3.4 Unidad de análisis: Cada paciente con esquizofrenia que participa en el estudio.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Técnica: Se realizó la entrevista a los familiares de los pacientes.

Instrumento: En el estudio se consideró una ficha de recolección de datos en donde se registrará la información relacionada con las variables.

Para la variable conductas violentas se aplicó el Cuestionario de Violencia Manifiesta (Anexo 4); consiste en 20 preguntas con respuesta dicotómica, en 4 dimensiones, se consideró conducta violenta a un puntaje mayor a 7; este cuestionario fue validado por García S, et al, en el 2017 con un alfa de cronbach de 0.80¹⁴.

Para la variable adherencia terapéutica se aplicó el Cuestionario de Morinsky Green (Anexo 2); consiste en 4 preguntas con respuesta dicotómica, se consideró no adherente si contestó "sí" en las preguntas 1, 3 y 4; si contestó "no" en la pregunta 2, este cuestionario fue validado por Garcia D,et al, en el 2019 con un alfa de cronbach de 0.62²⁷.

3.5 PROCEDIMIENTOS

Se Integraron al estudio los pacientes con esquizofrenia que reciben atención en el centro de salud mental Frida Alayza Cossio durante el periodo Agosto – Diciembre 2022. Se tramitó la solicitud de autorización de dirección del hospital, y ejecución luego de aprobación de comité de ética.

Se acudió a las instalaciones del Hospital, en donde se procedió a realizar las entrevistas a los familiares o cuidadores que acompañan a los pacientes seleccionados al azar hasta completar el tamaño muestral requerido. Se completó la identificación de la conducta violenta, los factores en estudio y de las variables intervinientes; las cuales se reunieron en la ficha de recolección de datos (Anexo 1).

3.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en el sistema SPSS Vr. 26. Se aplicaron estadísticas descriptivas e inferenciales para determinar la relación entre las variables en estudio.

En el análisis univariado, con las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, con las variables cuantitativas se obtuvieron medias y desviación estándar si existió una distribución normal, y si no lo cumplió se calculó la mediana y rango intercualitativo.

Para el análisis bivariado, se consideró como variable dependiente: Conductas violentas la cual se usó para definir la asociación con las variables cualitativas a la prueba de chi cuadrado, y en las variables cuantitativas que cumplieron criterios de normalidad se usara el test de Student, y quienes no tuvieron distribución normal se usó prueba de U de Mann Whitney.

Finalmente se obtuvo la fuerza de asociación a través de odd ratio (OR) aplicando regresión logística, para el análisis multivariado se consideraron a las variables

que ingresaron al modelo a quienes tengan un valor epidemiológico o tengan valor $p < 0.20$. Para todos los casos se usó un nivel de confianza de 95%.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación adopto el principio de confidencialidad, basándonos en nuestra Ley general de salud N° 26842 del MINSA²⁹, en la cual se estipula que todo paciente que presta un servicio de salud se le debe otorgar el respeto a su persona, intimidad y mantener en absoluta reserva la información registrada en la historia clínica. Asimismo, el nombre del paciente no estará vinculado a ninguna base de datos, manteniendo el anonimato de la información proporcionada por los familiares o cuidadores del paciente, en función de lo estipulado en la declaración de Helsinki II³⁰, agregándose que el presente trabajo tiene actualmente la autorización del comité de ética de la Universidad Cesar Vallejo, quien brinda su respaldo.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Análisis bivariado de factores asociados a conductas violentas en pacientes con esquizofrenia:

		Conducta Violenta		Conducta no Violenta		Valor p
		n	%	n	%	
Sexo	Femenino	17	43.6%	22	56.4%	0.274
	Masculino	25	55.6%	20	44.4%	
Edad	Mediana, Rango	29.0	30.0	32.0	33.0	0.798*
Tiempo de Enfermedad	Mediana, Rango	7.00	12.00	6.00	11.00	0.351*
Tipo de tratamiento	Típico	13	44.83%	16	55.17%	0.491
	Atípico	29	52.73%	26	47.27%	
Bajo nivel socioeconómico	No	13	35.14%	24	64.86%	0.016
	Si	29	61.70%	18	38.30%	
Bajo grado de instrucción	No	11	30.56%	25	69.44%	0.002
	Si	31	64.58%	17	35.42%	
Antecedente de Hospitalización	No	18	36.00%	32	64.00%	0.002
	Si	24	70.59%	10	29.41%	
Adherencia al tratamiento	No	17	70.83%	7	29.17%	0.016
	Si	25	41.67%	35	58.33%	

Fuente: Centro de salud mental Frida Alayza Cossio - Fichas de recolección: 2022.

La tabla N° 1 Se realizó el análisis bivariado que incluye datos del factor sexo con (p:0.274), edad (p:0.798), tiempo de tratamiento (p:0.35), y tipo de tratamiento (p:0.491), como resultado que ninguna de estas variables está relacionada con la aparición de conductas violentas dado que su $P < 0.05$, a diferencia de las otras variables: bajo nivel socioeconómico, bajo grado de instrucción, antecedente de hospitalización, adherencia al tratamiento que si cuentan con un $P < 0.05$.

Tabla 2: Análisis multivariado de factores asociados a conductas violentas en pacientes con esquizofrenia:

		OR crudo	IC 95%		Valor p	OR ajustado	IC 95		Valor p
			Li	LS			Li	LS	
Sexo	Femenino	1				1			
	Masculino	1.610	0.682	3.830	0.275	1.080	0.390	2.988	0.882
Edad	Mediana, Rango	0.995	0.947	1.045	0.840	0.974	0.918	1.035	0.398
	Tiempo de Enfermedad	1.098	0.945	1.275	0.222	1.073	0.898	1.282	0.438
Tipo de tratamiento	Típico	1				1			
	Atípico	1.373	0.556	3.387	0.492	0.933	0.320	2.720	0.899
Bajo nivel socioeconómico	No	1				1			
	Si	2.974	1.215	7.281	0.017	2.51	0.861	7.301	0.092
Bajo grado de instrucción	No	1				1			
	Si	4.144	1.646	10.435	0.003	3.60	1.213	10.671	0.021
Antecedente de Hospitalización	No	1				1			
	Si	4.267	1.672	10.888	0.002	2.62	0.911	7.549	0.074
Adherencia al tratamiento	No	1				1			
	Si	0.294	0.106	0.815	0.019	0.35	0.103	1.177	0.090

Fuente: Centro de salud mental Frida Alayza Cossio - Fichas de recolección: 2022.

La tabla N° 2 Se realizó la simplificación del análisis multivariado en donde se corrobora la significancia del riesgo.

- Los pacientes que tienen un nivel socioeconómico bajo tienen un 2.9 veces más riesgo de tener conductas violentas que aquellos pacientes que no tienen un nivel socioeconómico bajo.
- Los pacientes que tienen un bajo grado de instrucción tienen un 4.1 veces más riesgo de tener conductas violentas que aquellos pacientes que no tienen un bajo grado de instrucción.
- Los pacientes que tienen antecedente de hospitalización tienen un 4.2 veces más riesgo de tener conductas violentas que aquellos pacientes que no fueron hospitalizados.
- Los pacientes que tienen adherencia al tratamiento tienen 0.70 menos riesgo de tener conductas violentas.

V. DISCUSIÓN

Existe información reciente y actualizada que se ha enfocado en la revisión de las características clínicas y criminológicas de los pacientes con esquizofrenia que cometen actos violentos, la mayoría de los cuales son pacientes sin comportamiento violento¹⁵. Los pacientes con trastornos mentales graves como esquizofrenia cometen directamente la mitad de los actos violentos en los miembros de la familia. La esquizofrenia tiene una asociación más fuerte con homicidio que otros diagnósticos de trastornos mentales¹⁸. En cuanto a la gravedad de las lesiones, los familiares de personas con trastornos mentales tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia severa o fatal. Los delincuentes psiquiátricos tienen una mayor propensión a cometer delitos solos, en público y contra extraños que delincuentes no psiquiátricos¹⁹. La generación de violencia interpersonal es un fenómeno relevante para las personas que lo rodean y el medio ambiente; el resultado del comportamiento violento de la esquizofrenia puede variar según el tipo de víctima, lo que puede provocar diferentes impactos sociales²⁰.

Se puede observar que el sexo masculino tiene una mayor incidencia que el sexo femenino para el desarrollo de conductas violentas, estos resultados coinciden con los Yu T, et al en China en el 2022 quien es su estudio encontró que la prevalencia de violencia entre los esquizofrénicos es mayor en el sexo masculino con un 36,8%, siendo sus factores de riesgo para una conducta violenta: menor nivel educativo y mayor detección de discapacidad social⁹, este primer factor de riesgo se ve contrastado en los resultados obtenidos porque concuerdan para el desarrollo de conductas violentas, pero se discrepa con el segundo factor de riesgo dado que no fue parte de este estudio.

A menudo es difícil determinar cuándo se inicia la esquizofrenia, dado que las personas, familiares o la pareja tienen un conocimiento escaso o nulo de los síntomas o desde que época empezaron a aparecer, en su estudio Fazel S, et al en Norteamérica en el 2021 encontró, que los factores que contribuyeron al riesgo

de violencia fueron un tiempo de 10 años y el sexo femenino, en nuestro estudio el tiempo de enfermedad es un media de 7 años como factor para el desarrollo de conductas violentas, lo cual no coincide con nuestro caso así mismo no concordamos en el sexo que para este estudio fue el masculino.

Cabe indicar que no se pueden ubicar más estudios donde se especifique el tiempo de enfermedad por lo cual menciono que una detección oportuna y temprana se han convertido hoy en día, en pasos claves para el control de factores de riesgo de las personas que padecen enfermedades mentales.

Según lo referido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; todo tratamiento para las enfermedades mentales es costoso, difícil y también mencionaremos que, hasta tedioso³¹, el riesgo de conductas violentas se ve muy aumentado si no hay adherencia al tratamiento psicológico, y aumentado en un grado menor si no hay adherencia a la medicación, en nuestro caso el tipo de tratamiento que reciben los pacientes es atípico en comparación con el tratamiento típico, dado que estos tienen menos efectos secundarios, como temblores, rigidez, inquietud interna, sudor e incluso convulsiones, pueden mejorar la calidad de vida del paciente, pero hare mención que este tipo de tratamiento ha generado un factor de riesgo para conductas violentas en nuestro estudio, mencionando a la vez que ningún tratamiento cura la esquizofrenia ni da las garantías que un futuro no se produzcan otros episodios psicóticos.

Citamos a Kösgér F, et al en el 2016, quien comenta que la esquizofrenia está asociada al desempleo y esto suele llevar a la inestabilidad económica y al declive social y a malas condiciones de vivienda en zonas conflictivas, en donde el consumo de sustancias, los conflictos interpersonales y el crimen van acompañados. El desempleo, así como el declive de la vida social del paciente se han visto como factores de riesgo del aumento de conductas violentas en estos pacientes. Se comparte la idea del autor dado que otro aspecto importante a tratar es el nivel socioeconómico de los pacientes, en nuestro caso la baja economía en sus hogares, por lo cual se hace más factible un menor grado de educación, son desencadenantes para el fomento de conducta violenta, esto asociado que la disponibilidad de medicamentos para los pacientes con trastornos mentales en la atención primaria es insuficiente en comparación con la disponibilidad de

tratamiento para otro tipo de enfermedades que no son mentales así mismo su uso se ve restringido por la falta de profesionales de la salud calificados con las potestades necesarias para prescribir medicamentos, tampoco existe la disponibilidad de tratamientos no farmacológico, por lo cual estos factores constituyen impedimentos a la hora de una atención adecuada³²

Entre los antecedentes hallados tenemos el estudio Chung W, et al en China en el 2020 donde examinaron las tasas de violencia después del tratamiento y predictores de violencia posterior al tratamiento en pacientes de 15 a 25 años el análisis mostró que la violencia previa, el género masculino, el abuso de sustancias, el no cumplir con el tratamiento fueron factores de riesgo de violencia ¹¹. Se llega a concordar con el estudio con el genero masculino y la falta del cumplimiento del tratamiento, dado que el tratamiento farmacológico determina el pronóstico de los casos de esquizofrenia. Sin tratamiento las personas afectadas presentan un nuevo episodio durante el primer año tras el diagnóstico, mayor probabilidad de reingreso aumenta durante el primer año tras el alta hospitalaria, pero si lo cumple puede disminuir la gravedad de la sintomatología además un seguimiento correcto de las indicaciones farmacoterapéuticas reduce en gran medida la probabilidad de reingreso hospitalario¹⁴.

Hacemos referencia a lo encontrado por Kösger F, et al en Turquía año 2017 quienes investigaron factores predictivos del comportamiento violento en la esquizofrenia encontrando la no adherencia al tratamiento, el abuso de alcohol y sustancias fueron identificados como factores predictores de comportamiento violento. En este estudio concordamos con la no adherencia al tratamiento como riesgo de conducta violenta, pero lo queremos analizar desde el punto de vista en donde la población en general tiene la idea de que la esquizofrenia está asociada a la violencia, pero la investigación nos dice que el paciente esquizofrénico no necesariamente es violento por no cumplir un tratamiento sino que son muchos los factores de riesgo importantes como la edad, el nivel de economía, el grado de instrucción, tiempo de enfermedad, adherencia al tratamiento, abuso de sustancias, el entorno familiar que, combinados, pueden precipitar las conductas violentas¹³. Asimismo, tener en cuenta que la convivencia con miembros de la

familia también puede prevenir o provocar conductas violentas dependiendo si la familia es un factor protector o detonante de conductas violentas.

Esto implicaría que el tratamiento de las conductas violentas debería centrarse sobre todo en los factores de riesgo y no solamente en el tratamiento de la esquizofrenia.

Finalmente precisamos lo expuesto por García S, et al en Perú en el 2018 que evaluaron varios factores de riesgo de conductas violentas en pacientes con esquizofrenia encontrando: la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el menor grado de instrucción y el antecedente a hospitalizaciones, lo cual ha corroborado este estudio excepto en la ideación suicida, quedando por mencionar que las conductas violentas en estos pacientes mentales tienen causas multifactoriales que se debe definir de forma individualizada , no existen factores únicos de violencia, sino un paciente con una historia de vida presente, un historial médico y un estado de salud que gira en torno a su vida familiar y social.

En el presente trabajo realizado se tiene que mencionar las diferentes dificultades que se pasó para poder obtener los datos que están impresos, que pudieron no estar completos. Además, con el incremento de los casos de COVID-19 se suspendieron las terapias presenciales que era la oportunidad que se tenía para poder entrevistar al familiar mientras el paciente estaba con la persona encargada de las terapias. Así mismo, la falta de personal médico que pueda brindar orientación también fue una dificultad dado que solo iba 1 o 2 veces a la semana y no pertenecía al centro de salud, sino que era personal externo, las personas que brindan las terapias a los pacientes no son todos profesionales de salud, sino personal que fue capacitado por ONG y que no están en constante actualización.

VI. CONCLUSIONES

1.-No se estimaron diferencias significativas en relación a las variables edad, sexo, tiempo de la enfermedad y tipo de tratamiento entre los pacientes con esquizofrenia con o sin conductas violentas.

2.-El bajo nivel socioeconómico si es un factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

3.-El bajo grado de instrucción es un factor de riesgo de conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

4.-El antecedente de hospitalización si es factor de riesgo para conducta violenta en pacientes con esquizofrenia.

5.-La no adherencia terapéutica es un factor de riesgo de conducta violenta para los pacientes con esquizofrenia.

VII. RECOMENDACIONES

- Es necesario un reconocimiento global del paciente, dilucidando los factores que más aumentan el riesgo de violencia es necesario que el tratamiento tenga en cuenta los factores de riesgo que sirvan para la prevención y tratamiento oportuno. Este sistema de salud debe tener en cuenta que no solamente deben tratarse los problemas clásicos asociados a la enfermedad, para asegurar la calidad de vida del paciente y de los que le rodean, sino que también tienen que concienciarse de la importancia de la detección de los factores de riesgo para así hacer una labor predictiva.
- Capacitar a los profesionales que trabajan en el área de salud mental, para que obtengan una formación especializada, que se pueda ofrecer unos cuidados de calidad; individualizados, que se pueda obtener un lenguaje estandarizado que en un futuro sirva para la mejora del paciente y su entorno.
- Crear una entidad de supervisión donde se vele por los derechos de las personas que padecen afecciones de salud mental, dado que hay indicios que los centros psiquiátricos no son eficaces a la hora de proporcionar la atención que necesitan estas personas y que en ellos se violan de forma recurrente los derechos humanos básicos de las personas que padecen esquizofrenia.
- Instaurar programas en salud mental, donde se incluya a la comunidad, garantizando una atención primaria integral y de calidad, haciendo promoción y prevención. Es importante que en la prestación de apoyo participe la persona que padece esquizofrenia, los miembros de la familia y la comunidad en general.
- Mejorar la disponibilidad de los medicamentos básicos para los trastornos mentales, ya que su distribución en la atención primaria es considerablemente

baja en comparación con los medicamentos disponibles para las enfermedades infecciosas o incluso para otras enfermedades no transmisibles, y su uso se ve limitado por la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos.

REFERENCIAS

- 1.-Moreno B, Martín C, Pastor L. Prevalencia de los trastornos psicóticos y su asociación con cuestiones metodológicas. Una revisión sistemática y metaanálisis. *Más uno*. (2018) 13: e0195687.
- 2.-Rance C. Prevención de la ira y el comportamiento agresivo en la esquizofrenia *Salud mental psiquiátrica* 2020; 15(2):1-5.
- 3.-Gur S. Mortalidad, morbilidad y utilización de recursos médicos de pacientes con esquizofrenia: un estudio comunitario de casos y controles. *Res. Psiquiatría*. (2018) 260: 177–81
- 4.-Cho SJ, Kim J, Kang YJ, Lee SY, Seo HY, Park JE, et al. Prevalencia anual e incidencia de esquizofrenia y trastornos psicóticos similares en la República de Corea: un estudio basado en la base de datos del seguro nacional de salud. *Investigación de psiquiatría*. 2020; 17(1): 61–70. h
- 5.-Jelle L. Cognición y comportamiento violento en trastornos psicóticos: un estudio de casos y controles a nivel nacional. *Investigación sobre la esquizofrenia: cognición* 2020; 19: 100166.
- 6.-Audiffred R. Violence as the main symptom of schizophrenia and emotion expressed in relatives of users of the Mental Health Institute of Jalisco. *Mental Health* 2021; 44(6): 277-285.
- 7.-Quilez J. Predictive variables of violence in patients diagnosed with schizophrenia admitted to a psychiatric hospital. University of Barcelona 2017. Thesis.8.-Bjørn R. Una revisión de los factores asociados con la violencia severa en la esquizofrenia, *Nordic Journal of Psychiatry* 2018; 72:8: 561-571.

- 9.-Yu T, Zhang X, Liu X, Xu C y Deng C. La predicción y los factores influyentes de la violencia en pacientes masculinos con esquizofrenia con algoritmos de aprendizaje automático. *Frente. Psiquiatría* 2022; 13:799899
- 10.-Fazel S. Factores de riesgo modificables de violencia intrahospitalaria en hospital psiquiátrico: estudio prospectivo y modelo de predicción. *Medicina Psicológica* 2021; 1–
- 11.-Chung W. Prevalencia y factores de riesgo de comportamiento violento en jóvenes que presentan un primer episodio de psicosis en Hong Kong: un estudio de seguimiento de 3 años. *Revista de Psiquiatría de Australia y Nueva Zelanda* 2020; 1–9.
- 12.-Hen Z. Una exploración de la calidad del sueño y la violencia potencial entre pacientes con esquizofrenia en la comunidad. *Perspectiva de Atención Psiquiátrica*. 2021; 57:648–54.
- 13.-Kösger F,. La relación entre la violencia y las características clínicas, la percepción y las funciones cognitivas en pacientes con esquizofrenia. *Turk Psikiyatri Derg*. 2016; 27: 1-5.
- 14.-Garcia S. Factors associated with aggressiveness in patients with schizophrenia treated at the Hospital Belén de Trujillo”. UPAO thesis. Perú. 2018.
- 15.-Pescosolido B. Evolución de la opinión pública sobre la probabilidad de violencia por parte de personas con enfermedad mental: estigma y sus consecuencias. *Salud Af*. 2019;38(10):1735–43.
- 16.-Bulgari V. Reconocimiento facial de emociones en personas con esquizofrenia y antecedentes de violencia: un análisis de mediación. *Eur Arch Psiquiatría Clin Neurosci*. 2020;270(6):761–9.
- 17.-Chen X. Características de los presuntos homicidas con y sin esquizofrenia en Sichuan, China. *Crim Behav Ment Health*. 2018;28(2):202–15.
- 18.-Audiffred J. Violence as the main symptom of schizophrenia and emotion expressed in relatives of users of the Mental Health Institute of Jalisco. *Mental Health* 2021; 44(6):

- 277-285.19.-Hsu M. Efectos de la intervención de desarrollo de razonamiento moral integrado para el manejo de la violencia en la esquizofrenia: un ensayo controlado aleatorio. *J. Clin. Medicina*. 2022; 11: 1169.
- 20.-Ullrich S. Actuando sobre los delirios: el papel del afecto negativo en el camino hacia la violencia grave. *J Forens Psiquiatría Psychol*. 2018;29(5):691–704
- 21.-Cho W. Aspectos biológicos de la agresión y la violencia en la esquizofrenia. *clin. Psicofármaco. Neurosci*. 2019; 17: 475–486.
- 22.-O'Reilly K. Cognición moral y homicidio entre pacientes forenses con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo: un estudio transversal de cohortes. *Esquizofr. Res*. 2018; 193: 468–469.
- 23.-O'Reilly K. Cognición moral, el eslabón perdido entre los síntomas psicóticos y los actos de violencia: un estudio transversal de cohorte forense nacional. *BMC Psiquiatría* 2019; 19: 408.
- 24.-Camus D. Factores asociados a la conducta violenta repetitiva de pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Res. Psiquiatría*. 2021; 296: 113643.
- 25.-Hsu M. Efectos de la intervención de violencia integrada en la alexitimia, las características cognitivas y neurocognitivas de la violencia en la esquizofrenia: un ensayo controlado aleatorio. *Ciencia del cerebro*. 2021; 11. 837.
- 26.-Sevinc G. Cómo mejora el entrenamiento en mindfulness la cognición moral: Un marco teórico y experimental para el estudio de la ética encarnada. *actual Opinión psicol*. 2019; 28: 268–272.
- 27.-García D. Family functionality and adherence to treatment in patients with susceptible pulmonary tuberculosis served in health establishments in the district of San Martín de Porres – 2019. Thesis. Norbert wiener university.
- 28.-Kleinbaum D. *Statistics in health sciences: survival analysis*. New York: Springer-Verlag Publishing; 2013; p78.

29.-Malik A. The revised Declaration of Helsinki: cosmetic or real change? Journal of the Royal Society of Medicine 2018; 109 (5): 184-189.

30.-General health law. N° 26842. Concordances: D.S. No. 007-98-SA. Peru: July 20, 2012.

31. Schizophrenia. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. <https://dsm.psychiatryonline.org>. Accessed Sept. 5, 2019.

32. Schizophrenia. National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/learn-more/mental-health-conditions/schizophrenia>. Accessed Sept. 5, 2019.

ANEXOS

ANEXOS 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Antecedente de hospitalización	Historia previa de hospitalizaciones por causa directamente relacionada con la evolución de la esquizofrenia	Historia de hospitalización referida por el familiar o cuidador del paciente.	- SI - NO	CUALITATIVA NOMINAL
No adherencia terapéutica	Corresponde al consumo irregular de la medicación prescrita por el médico tratante	Corresponde a la suspensión en la toma de los medicamentos antipsicóticos por un periodo mayor a 24 horas	- SI - NO	CUALITATIVA NOMINAL
Conductas violentas	Cualquier manera de conducta física o verbal destinada a dañar o destruir. Al margen de que se manifieste como hostilidad o como un fin calculado para alcanzar un objetivo.	Se aplicará el Cuestionario de Violencia Manifiesta; consiste en 20 preguntas con respuesta dicotómica, en 4 dimensiones, se considerará conducta violenta a un puntaje mayor a 7	- SI - NO	CUALITATIVA NOMINAL
Edad	Número de años de vida del paciente.	Se determinarán según la fecha del nacimiento en su documento de identidad.	- 18-25 - 26-33 - 34-41 - Mayor a 41	CUANTITATIVA DISCRETA
Sexo	Condición de género del paciente	Se determinará según lo registrado en su documento de identidad	- Masculino - Femenino	CUALITATIVA NOMINAL
Tiempo de enfermedad	Tiempo desde que se diagnosticó la enfermedad	Se tomarán en cuenta desde la fecha de diagnóstico hasta la fecha actual	- 1-5 6-10 11- 15	CUANTITATIVA DISCRETA
Tipo de tratamiento	Corresponde al grupo farmacológico específico prescrito por el médico psiquiatra	Corresponde al empleo de antipsicóticos típicos o atípicos	- Antipsicóticos - Antidepresivo	CUALITATIVA NOMINAL

ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA VIOLENTA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL, TRUJILLO-PERÚ

NUMERO DE FICHA:

FECHA:.....

I. DATOS RELACIONADOS CON LAS VARIABLES INTERVINIENTES:

Edad:años

18-25 () 26-33 () 34-41 () Mayor a 41 ()

Sexo: Masculino () Femenino ()

II. DATOS RELACIONADOS CON LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Conductas violentas: Si () No ()

III. DATOS RELACIONADOS CON LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Alto () Medio () Bajo ()

BAJO GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior () Sup. No universitaria ()

ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN:

Si () No ()

NO ADHERENCIA TERAPÉUTICA:

Si () No ()

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

1-5 () 6-10 () 11- 15 ()

ANEXO 3: Test Morisky Green

Adherencia al tratamiento	
¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cuando se encuentra bien, ¿Deja alguna vez de tomarlos?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja de tomar la medicación?	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

ANEXO 4: ESCALA DE VIOLENCIA MANIFIESTA

VIOLENCIA VERBAL:

1. No presenta.
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado.
3. Insultos personales sin gran importancia.
4. Juramentos continuos, lenguaje malsonante, amenazas, moderadas a otros o a sí mismo.
5. Claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo.

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA SI MISMO:

1. No presenta
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo
3. Golpea objetos romos en la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos.
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves
5. Automutilaciones, cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, perdida de los dientes.

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA OBJETOS:

1. No presenta
2. De portazos, desparrama la ropa, desordena todo
3. Arroja objetos, patadas a los muebles, marcas en las paredes
4. Rompe objetos como ventanas o cristales
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA PERSONAS:

1. No presenta
2. Gestos amenazantes, zarandea las personas, les agarra de la ropa.
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas
4. Ataca a otras personas causando daños físicos leves a moderados
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves

MAS DE 7 PUNTOS: VIOLENCIA

MENOR O IGUAL A 7 PUNTOS: NO VIOLENCIA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, APOLAYA SEGURA MOISES ALEXANDER, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis Completa titulada: "Factores de riesgo de conducta violenta en pacientes con Esquizofrenia en un Centro de Salud Mental, Trujillo-Perú", cuyo autor es SANCHEZ URIOL JOANNA ANALI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 22.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 14 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
APOLAYA SEGURA MOISES ALEXANDER DNI: 40826646 ORCID: 0000-0001-5650-9998	Firmado electrónicamente por: MAAPOLAYAA el 15- 01-2023 16:38:11

Código documento Trilce: TRI - 0520267