

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

“Factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo”.

AUTOR:

Sergio García Sandoval

ASESORA:

Dra. Paola Rodríguez García

Trujillo – Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres y abuelo por haberme permitido y apoyado en un camino lleno de conocimientos y adversidades, y que sin su apoyo incondicional sobre mi último año en la práctica clínica, hubiera sido muy difícil llevarla. A donde vaya, sé que ellos estarán conmigo. Por ello dedico esta tesis a mi madre Liliana Sandoval Huamán, mi padre Segundo García Galarreta y abuelo Cesar Sandoval Rosas.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es parte de la culminación de una parte de mi carrera y el inicio de un gran camino que ansioso me espera.

Agradecimiento sincero a DIOS, por todo lo que en esta vida estoy logrando y la oportunidad de brindar ayuda al enfermo.

Así mismo agradecimiento profundo a toda la directiva de la Universidad Privada Antenor Orrego por su apoyo y colaboración para la realización de mi trabajo de mi investigación.

A la facultad de medicina por la formación integral y el soporte institucional para la realización de este trabajo.

Hago extenso mi agradecimiento a los miembros del jurado.

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES	
PORTADA.....	1
PÁGINA DE DEDICATORIA.....	2
PÁGINA DE AGRADECIMIENTOS.....	3
TÁBLA DE CONTENIDOS.....	4
RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	39
Anexos:.....	43

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 96 pacientes con esquizofrenia según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con o sin agresividad.

Resultados: La ideación suicida es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2. el cual fue significativo ($p < 0.05$). La no adherencia terapéutica es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 3.7 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El consumo de estupefacientes es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 6.5 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El menor grado de instrucción es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 3.8 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El antecedente de hospitalizaciones es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: La ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Palabras Clave: Factores de riesgo, agresividad, esquizofrenia.

ABSTRACT

Objective: To determine if suicidal ideation, no adherence, drug use, lower level of education and previous hospitalizations are risk factors associated with aggression in schizophrenic patients treated at Trujillo's Hospital Belen.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, case-control study was conducted. The study population consisted of 96 patients with schizophrenia according to inclusion and exclusion criteria established in two groups: with or without aggressiveness.

Results: Suicidal ideation is a risk factor associated with aggressiveness in schizophrenic patients with an odds ratio of 4.2. Which was significant ($p < 0.05$). No adherence is a risk factor associated with aggressiveness in schizophrenic patients with an odds ratio of 3.7 which was significant ($p < 0.05$). Drug use is a risk factor associated with aggression in schizophrenic patients with an odds ratio of 6.5 which was significant ($p < 0.05$). The lowest level of education is a risk factor associated with aggression in schizophrenic patients with an odds ratio of 3.8 which was significant ($p < 0.05$). The antecedent of hospitalizations is a risk factor associated with aggressiveness in schizophrenic patients with an odds ratio of 4.2 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: Suicidal ideation, non-adherence, drug use, lower educational level and previous hospitalizations are risk factors associated with aggression in schizophrenic patients

Key words: Risk factors, aggressiveness, schizophrenia.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Teórico:

La esquizofrenia es un trastorno psicótico caracterizado por una alteración sustantiva del funcionamiento mental. Sus manifestaciones básicas consisten en una mezcla de signos y síntomas. Los síntomas afectan múltiples procesos psicológicos, como percepción (alucinaciones), comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), afectividad (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonia, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio^{1,2,3}.

El inicio de la esquizofrenia se puede producir durante la adolescencia e incluso en la infancia o al entrar en la edad adulta. Afecta de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa^{4,5,6}.

La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. La prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable, pero los resultados de la mayor parte de los estudios establecen globalmente un promedio de una tasa ligeramente inferior a 1 caso por cada 100 habitantes^{7,8,9}.

El impacto de la esquizofrenia, tanto en la persona que la padece como en la familia, es importante como lo refiere el estudio multicéntrico internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para determinar los ratios de incidencia en ocho lugares de siete países, en donde se mostró una incidencia de la

esquizofrenia con un rango de entre 7 y 14 por 100.000. Los costes indirectos motivados por factores como la pérdida de productividad y la carga familiar se estimaron en unos 46.000 millones de dólares. Además, las tasas de desempleo pueden alcanzar un 70-80% en los casos graves^{10,11,12}.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia se han clasificado a menudo en dos grandes categorías -síntomas positivos y negativos (o déficits)-, de desorganización; cognitivos; los cuales no se presentan en forma variable en todos los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, y por lo tanto, no son específicos.^{13,14,15}

Para el diagnóstico se utilizan el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-V-TR), el cual plantea los siguientes criterios: Dos o más síntomas (cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes). A menos uno de ellos debe ser (1), (2) o (3): (1)delirios; (2)alucinaciones; (3)discurso desorganizado; comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia; presencia de disfunción social/laboral: desde el inicio de la alteración; la persistencia de signos continuos de la alteración durante al menos seis meses así como la exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo, de consumo de sustancias y de enfermedad médica y su relación con un trastorno generalizado del desarrollo^{16,17,18}.

El tratamiento de un paciente con esquizofrenia o trastorno psicótico incipiente se ve facilitado por un conocimiento global del afectado que incluya la valoración de sus necesidades objetivas y subjetivas; sus objetivos; sus conflictos intrapsíquicos y defensas; sus estilos de afrontamiento; sus capacidades personales; y los factores biológicos, interpersonales, sociales y culturales; mediante un planteamiento integrado de las intervenciones farmacológicas y psicosociales^{19,20,21}.

En cuanto a la esquizofrenia, existía un consenso que se mantuvo firme hasta el comienzo de los años 80, donde se manifestaba que los pacientes que padecían esta esquizofrenia, no parecían estar más relacionados con actos violentos que las personas sanas. Sin embargo, al presentarse los resultados de nuevos estudios epidemiológicos se ha podido apreciar que existe un pequeño subgrupo de pacientes con esquizofrenia que ha mostrado su relación con la violencia en un mayor grado que la población general, haciendo cambiar el punto de vista anterior y que han sido completados en recientes estudios epidemiológicos.^{22,23,24}

Actualmente, existe gran interés en determinar los diferentes factores que pueden influir en el aumento o disminución de las conductas violentas de los pacientes con enfermedad mental, ya que, esto supondría el primer paso en la prevención de este tipo de conductas^{25,26,27}.

Se han sugerido algunas variables al respecto. El riesgo de violencia y el crimen en los pacientes con esquizofrenia se multiplica por dos cuando esta enfermedad se asocia al diagnóstico de abuso de alcohol y de otras sustancias. Se ha visto también que estos diagnósticos tienden a presentarse juntos cuando los pacientes son hombres, jóvenes y de bajo nivel socio económico. Además, la probabilidad de que ocurran actos violentos irá aumentando con el tiempo en este tipo de pacientes cuando se les compara con otros pacientes con esquizofrenia que no consumen sustancias. De igual forma, mayor será la probabilidad de violencia mientras mayor sea el número de sustancias ilícitas que se consumen^{28,29,30}.

Otra circunstancia sería la falta de cumplimiento en el tratamiento médico, ya que, esto se relaciona con un aumento en la probabilidad de recaídas y de nuevas hospitalizaciones, así como de consecuencias sociales dadas por lesiones a sí mismos y comportamientos antisociales; enfrentamientos con la justicia por actos potencialmente violentos agresiones y homicidios.^{31,32,33}

1.2. Antecedentes:

Belli H, et al (Turquía, 2011); llevaron a cabo un estudio con el objeto de evaluar los factores de riesgo en el desarrollo de agresividad y el comportamiento homicida, frente a la efectividad y los resultados de los antipsicóticos atípicos preferidos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia; a través de una revisión exhaustiva de la literatura psiquiátrica. Asimismo se realizó un análisis y selección de los artículos en los bancos de datos internacionales, abarcando el periodo entre 1970 y 2010; encontrando que la prevalencia de agresividad osciló entre el 5% a 20%; siendo los factores asociados: edad juvenil ($p<0.05$), alcoholismo ($p<0.05$), abuso de sustancias ($p<0.05$), no cumplimiento con el tratamiento ($p<0.05$), el subtipo paranoico ($p<0.05$), historia de ideación e intentos suicidas ($p<0.05$), así como antecedentes de hospitalizaciones frecuentes ($p<0.05$)³⁴.

Martín A, et al (España, 2011); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de precisar la presencia de conductas agresivas en pacientes con trastorno mental y potencial violento. Se trataba de identificar indicadores de riesgo asociados con la aparición de comportamientos violentos a corto y medio plazo, analizando variables de carácter histórico, sociodemográfico y clínico. Se aplicaron tres instrumentos a una muestra ambulatoria de 30 pacientes; encontrando que la prevalencia de amenazas y/o comportamientos agresivos fue de alrededor del 60%. Los resultados mostraron una asociación de variables, tanto dinámicas como estáticas, con la violencia manifestada en los primeros meses; siendo los factores el antecedente de hospitalizaciones previas ($p<0.05$); la ideación suicida ($p<0.05$); el aislamiento social ($p<0.05$) y el menor grado de instrucción ($p<0.05$)³⁵.

Fresan A. et al (España, 2011); desarrollaron un estudio en 106 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con el objeto de precisar la relación de las variables sociodemográficas y clínicas del padecimiento con la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia. Se registraron las principales características demográficas y

clínicas de cada uno de los pacientes en un formato diseñado previamente. Se utilizó la Escala de Agresión Explícita (EAE) para la evaluación de la conducta violenta. Encontrando que el 49,1 % de los pacientes fueron clasificados como agresivos. El estado civil ($p<0.05$), el abuso de alcohol ($p<0.05$), el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas ($p<0.05$) y la edad de la primera hospitalización ($p<0.05$) fueron variables predictores para la conducta violenta en esquizofrenia³⁶.

Bobes J, et al (Escandinavia, 2011); llevaron a cabo una investigación con el objeto de precisar las características asociadas a la aparición de conducta agresiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, por medio de un estudio de casos y controles retrospectivo en el que se incluyeron a 895 pacientes; en quienes la agresividad fue documentada en el 6%; predominando la agresión verbal sobre la agresión física; y en relación a las variables de riesgo estas fueron: el antecedente de hospitalización previa ($p<0.05$); el consumo de sustancias adictivas ($p<0.05$); el grado de instrucción ($p<0.05$) y la variante clínica de esquizofrenia ($p<0.05$)³⁷.

1.3. Justificación:

La esquizofrenia es un trastorno prevalente en nuestro medio y que compromete el desempeño del individuo en distintas esferas de su quehacer cotidiano llegando al extremo de condicionar un estado de dependencia absoluta con el impacto socioeconómico que ello implica a nivel familiar y comunitario y en algunos casos asociando tasas importantes de morbimortalidad; habiéndose documentado un incremento en la frecuencia de agresividad en este grupo de pacientes, en comparación con la población en general; creemos conveniente precisar aquellas variables que pudieran condicionar un mayor riesgo en la aparición de violencia en pacientes esquizofrénicos; con el objeto de lograr una mejor comprensión de esta circunstancia clínica y por ende mejorar la calidad de vida tanto del pacientes como del entorno inmediato del paciente los cuales podrían verse potencialmente afectados con la aparición de este rasgo conductual; tomando en

cuenta que no hemos identificado estudios similares en nuestro medio es que nos planteamos la siguiente investigación:

1.4 Formulación del problema científico:

¿Son la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo?

1.5 Hipótesis

Hipótesis nula (H₀):

La ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones no son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Hipótesis alterna (H_a):

La ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Determinar si la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos específicos

Determinar si la ideación suicida es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Precisar si la no adherencia terapéutica es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Indicar si el consumo de estupefacientes es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Establecer si el menor grado de instrucción es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

Determinar si el antecedente de hospitalizaciones es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Poblaciones

2.1.1. Población Diana o Universo

El presente estudio tuvo como población diana al total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016.

2.1.2. Población de Estudio

Es aquella parte de la población diana que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión según los cuales se distribuyeron en 2 grupos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión (Casos):

Pacientes:

- Con agresividad
- Mayores de 15 años.
- De ambos sexos.
- En quienes se pueda precisar los factores de riesgo en estudio.

Criterios de inclusión (Controles):

Pacientes:

- Sin agresividad.
- Mayores de 15 años.

- De ambos sexos.
- En quienes se pueda precisar los factores de riesgo en estudio.

Criterios de exclusión (Casos y controles):

Pacientes:

- Con retardo mental.
- Con autismo.
- Con enfermedad neurológica crónica discapacitante.
- Con invalidez física.
- Pacientes con psicosis con diagnóstico por consumo de sustancias y/o problemas orgánicos.

2.2. Muestra

Unidad de Análisis:

Es cada una de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016.

Unidad de Muestreo:

Es la historia clínica de cada una de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Tamaño muestral

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para 2 grupos de estudio³⁸.

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

Donde:

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

p_1 = Proporción de casos que presentan el factor de riesgo.

p_2 = Proporción de controles que presentan el factor de riesgo.

r = Razón de número de controles por caso

n = Número de casos

d = Valor nulo de las diferencias en proporciones = $p_1 - p_2$

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

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

$P_1 = 0.36$ (Ref. 36).

$P_2 = 0.13$ (Ref. 36).

R: 2

Fresan A. et al en España en el 2011; observaron que la frecuencia de consumo de estupefacientes en el grupo con agresividad fue de 36% mientras que en el grupo sin agresividad fue de solo 13%

$$n = 32$$

CASOS: (Pacientes con agresividad) = 32 pacientes

CONTROLES: (Pacientes sin agresividad) = 64 pacientes.

2.3. Diseño del estudio

Tipo de estudio.-

Observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles

Diseño específico:

		G1	X1 X2 X3 X4 X5
P	NR		
		G2	X1 X2 X3 X4 X5

P: Población

NR: No randomización

G1: Pacientes con agresividad

G2: Pacientes sin agresividad

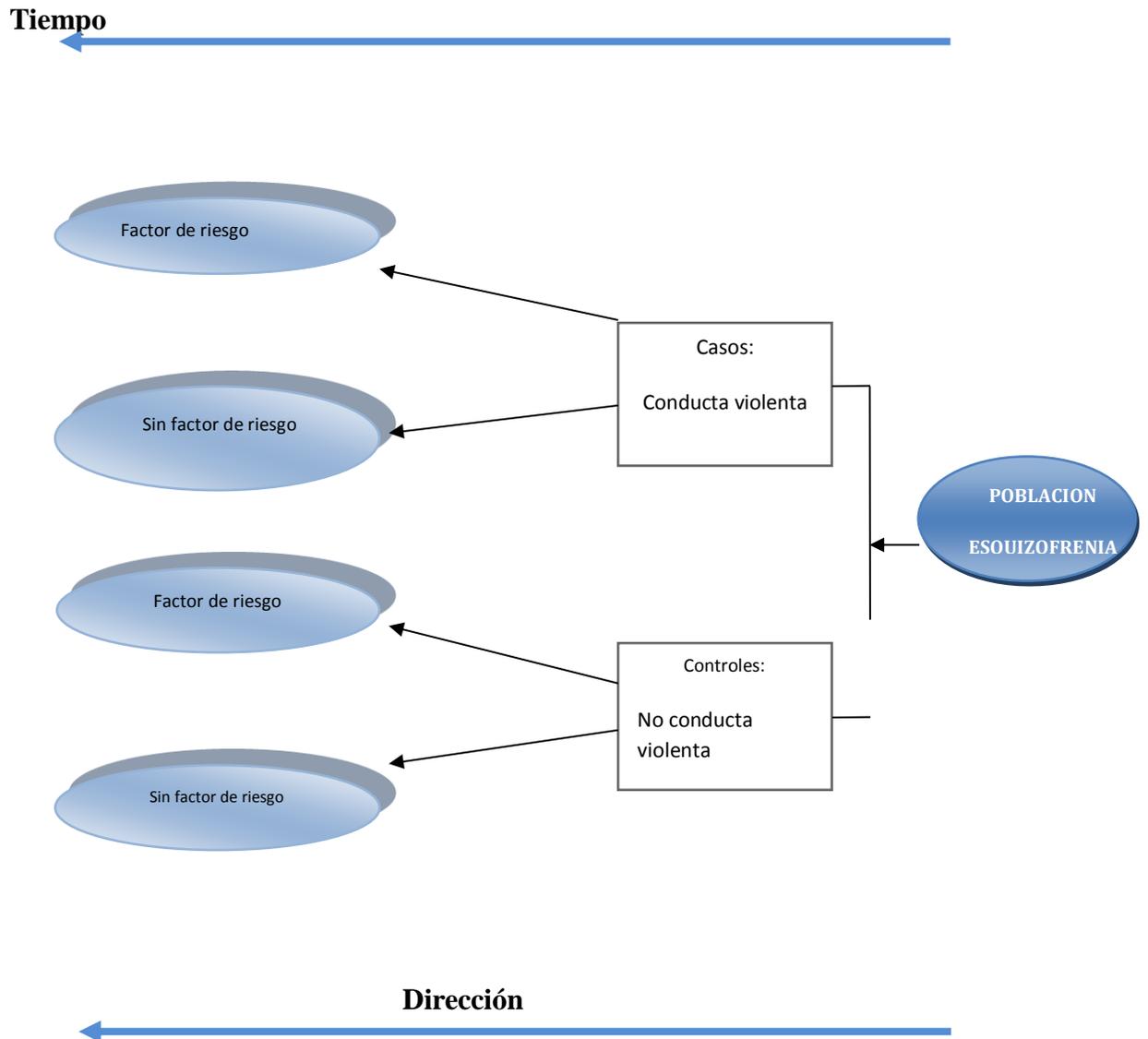
X1: Ideación suicida

X2: No adherencia terapéutica

X3: Consumo de estupefacientes

X4: Menor grado de instrucción

X5: Antecedente de hospitalización.



2.4. Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
DEPENDIENTE:				
Agresividad	Cualitativa	Nominal	Cuestionario	Si > 7 puntos No =< 7 puntos
INDEPENDIENTE:				
Ideación suicida	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si - No
No adherencia terapéutica	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si – No
Consumo de estupefacientes	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si – No
Antecedente de hospitalización	Cualitativa	Nominal	Entrevista	Si – No
Menor grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Si- No Si -No
INTERVINIENTE				
Edad	Cuantitativa Discreta	De razón	Documento de identidad	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Documento de identidad	Masculino - Femenino

2.5. Definiciones operacionales:

Agresividad: Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar o destruir, al margen de que se manifieste como hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin; para fines de la presente investigación se valorará por medio de la Escala de Agresividad Manifiesta; la cual valora agresividad verbal, agresividad contra uno mismo, agresividad contra objetos y agresividad contra otras personas; la puntuación en esta escala oscila de 0 a 20 y se considera como presencia de agresividad cuando el puntaje es mayor de 7 puntos; esta escala se aplicará al paciente, o a la persona que se encuentre mayor tiempo en contacto con el paciente^{34,37}.

Diseñada como un instrumento de medida para ser aplicado por los trabajadores de las plantas psiquiátricas después de la ocurrencia de cualquier episodio violento, las hojas de registro pretenden dejar constancia del nombre del paciente, la fecha, hora, turno e intervención utilizada por el personal para controlar el incidente. Pensada tanto para población adulta como para su utilización en población adolescente, el comportamiento agresivo recogido incluye agresión verbal, agresión física contra uno mismo, agresión física contra objetos y agresión física contra otras personas en una escala con cuatro opciones que recogen la severidad del incidente para cada una de las cuatro categorías. Análisis estadísticos realizados muestran una buena fiabilidad y validez con coeficientes alpha de entre 0.68 a 0.91; así como una buena consistencia interevaluadores³⁴.

- **Ideación suicida:** Presencia de pensamientos, planes o deseos de cometer un acto suicida en las 4 semanas previas a la consulta, en un individuo sin antecedente de intento suicida³⁴.

- **No adherencia terapéutica:** Para la presente investigación corresponderá a la suspensión del tratamiento antipsicótico por más de 48 horas en cualquier momento de su tratamiento y de manera voluntaria³⁵.
- **Consumo de estupefacientes:** Corresponde al consumo de toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, tabaco, alcohol, etc.)³⁵.
- **Menor grado de instrucción:** Se considerara cuando el grado de instrucción alcanzado por el paciente corresponda a las categorías: analfabeta y primaria³⁶.
- **Antecedente de hospitalizaciones:** Paciente que haya requerido internamiento hospitalario en algún momento de la historia natural de su enfermedad³⁷.

2.6 Procedimientos:

Ingresaron al estudio aquellos pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes. Se abordó directamente al paciente y sus familiares durante su estancia en el referido nosocomio desde donde se procedió a:

1. Los datos se obtuvieron mediante entrevista a los pacientes o familiares previa revisión del diagnóstico en la historia clínica, en el horario de atención de la

consulta externa. Toda entrevista al paciente o familiar fue con previo consentimiento informado (Anexo 3).

2. Se seleccionó a aquellos pacientes que pertenezcan a uno u otro grupo según la técnica de muestreo aleatorio simple; tras la aplicación de la Escala de Agresividad Manifiesta (Anexo 2).
3. Se recogió los datos pertinentes correspondientes a los factores de riesgo en estudio las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos.
4. Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos y se completó los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio (Anexo 1).
5. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva y se procedió a realizar el análisis respectivo.

2.7 Recolección y análisis de datos:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Eestadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas.

Estadística analítica:

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo de estudio:

Dado que el estudio evaluó asociación a través de un diseño de casos y controles entre las variables cualitativas se calculó el odds ratio (OR) de los distintos factores de riesgo respecto a la agresividad. Se procedió al cálculo del intervalo de confianza al 95%.

		AGRESIVIDAD	
		SI	NO
FACTORES DE RIESGO	Si	a	b
	No	c	d

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.8. Consideraciones éticas:

La presente investigación se realizó sobre la base de revisión retrospectiva de los datos existentes en las historias clínicas, así como, con entrevista directa con el paciente o familiar, como tal, se realizó el consentimiento informado específico y se mantuvo plena confidencialidad del paciente a través del estudio. Se solicitó la autorización del comité de ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la Declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)³⁹ y la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁰.

III.- RESULTADOS

Tabla N° 01: Ideación suicida como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:

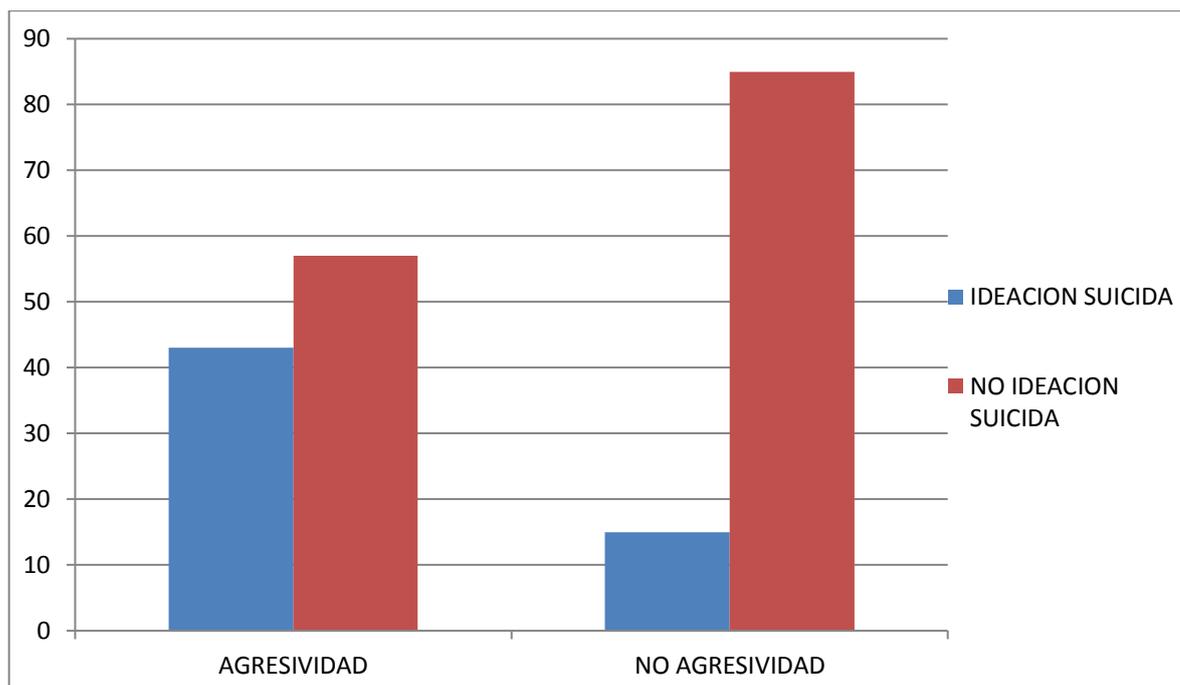
Ideación suicida	Agresividad		Total
	Si	No	
Si	14 (43%)	10 (15%)	24
No	18 (57%)	54(85%)	72
Total	32 (100%)	64 (100%)	96

FUENTE: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-Archivo de historias clínicas: 2016.

- Chi cuadrado: 8.8
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 4.2
- Intervalo de confianza al 95%: (1.44 – 7.46)

En el análisis se observa que la ideación suicida expresa riesgo para agresividad a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Gráfico N° 01: Ideación suicida como factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:



La frecuencia de ideación suicida en los pacientes con agresividad fue de 43% mientras que en los pacientes sin agresividad fue de 15%.

Tabla N° 02: No adherencia terapéutica como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:

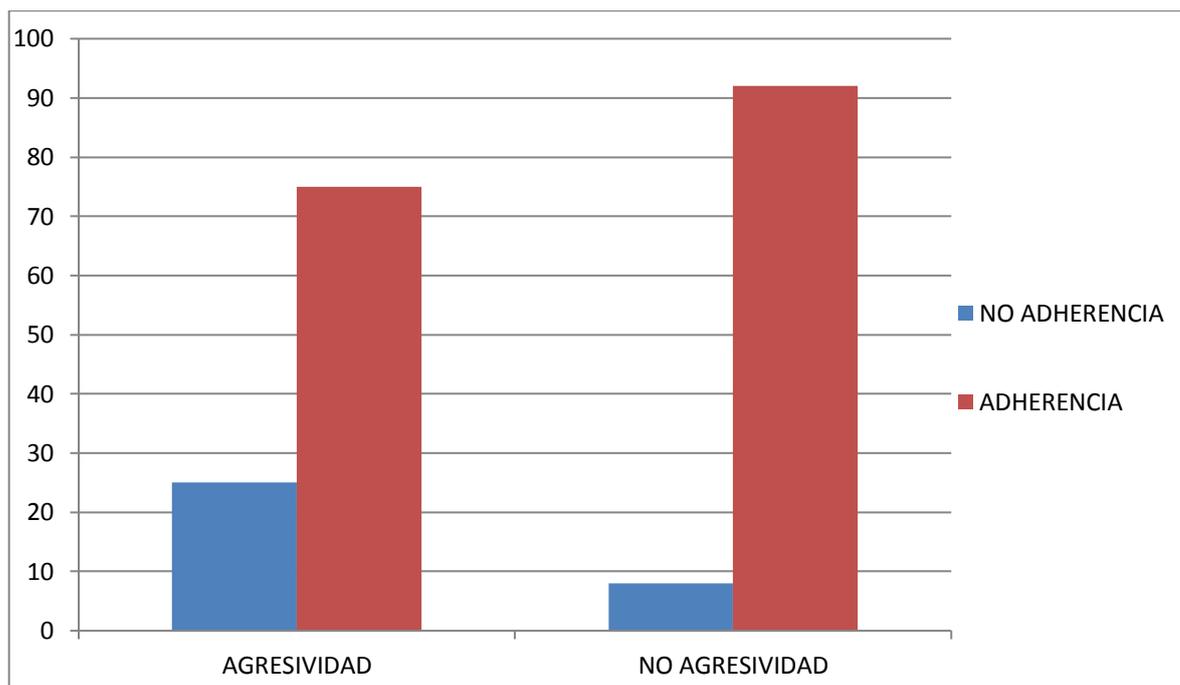
Adherencia terapéutica	Agresividad		Total
	Si	No	
No	8 (25%)	5 (8%)	13
Si	24 (75%)	59(92%)	86
Total	32 (100%)	64 (100%)	96

FUENTE: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-Archivo de historias clínicas: 2016

- Chi cuadrado: 4.1
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 3.77
- Intervalo de confianza al 95%: (1.38 – 7.24)

En el análisis se observa que la no adherencia terapéutica expresa riesgo para agresividad a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Gráfico N° 02: No adherencia terapéutica como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:



La frecuencia de no adherencia terapéutica en los pacientes con agresividad fue de 25% mientras que en los pacientes sin agresividad fue de 8%.

Tabla N° 03: Consumo de estupefacientes como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:

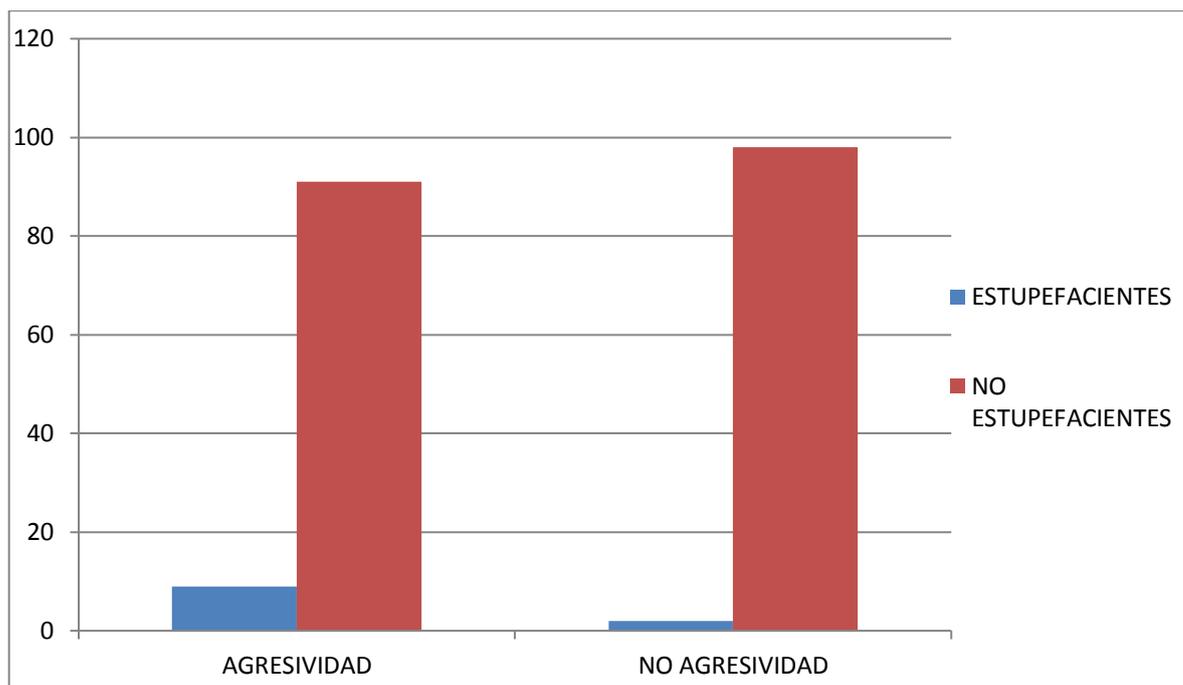
Consumo de estupefacientes	Agresividad		Total
	Si	No	
Si	3 (9%)	1 (2%)	4
No	29 (91%)	63 (98%)	92
Total	32 (100%)	64 (100%)	96

FUENTE: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-Archivo de historias clínicas: 2016

- Chi cuadrado: 4.1
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 6.5
- Intervalo de confianza al 95%: (1.98 – 11.46)

En el análisis se observa que el consumo de estupefacientes expresa riesgo para agresividad a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Gráfico N° 03: Consumo de estupefacientes como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:



La frecuencia de consumo de estupefaciente en los pacientes con agresividad fue de 9% mientras que en los pacientes sin agresividad fue de 2%.

Tabla N° 04: Menor grado de instrucción como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:

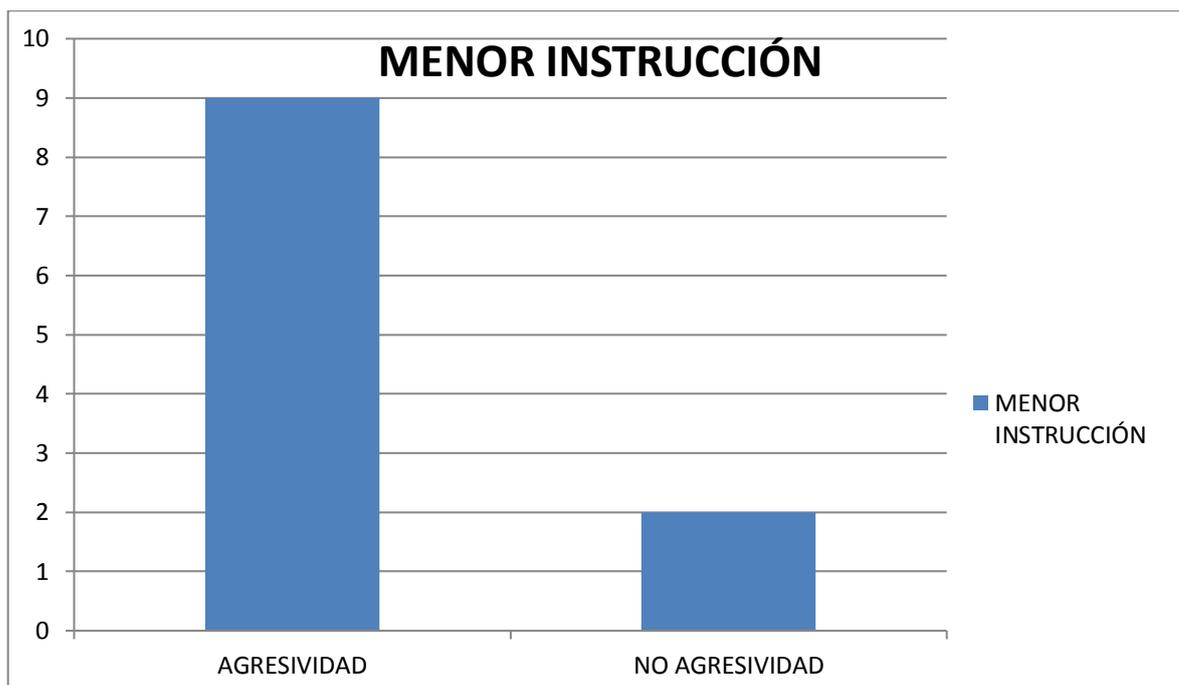
Menor grado de instrucción	Agresividad		Total
	Si	No	
Si	18 (56%)	16 (25%)	34
No	14 (44%)	48 (75%)	62
Total	32 (100%)	64 (100%)	96

FUENTE: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-Archivo de historias clínicas: 2016

- Chi cuadrado: 8.2
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 3.8
- Intervalo de confianza al 95%: (1.28 – 6.36)

En el análisis se observa que el menor grado de instrucción expresa riesgo para agresividad a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Gráfico N° 04: Menor grado de instrucción como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:



La frecuencia de menor grado de instrucción en los pacientes con agresividad fue de 56% mientras que en los pacientes sin agresividad fue de 25%.

Tabla N° 05: Antecedente de hospitalizaciones como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:

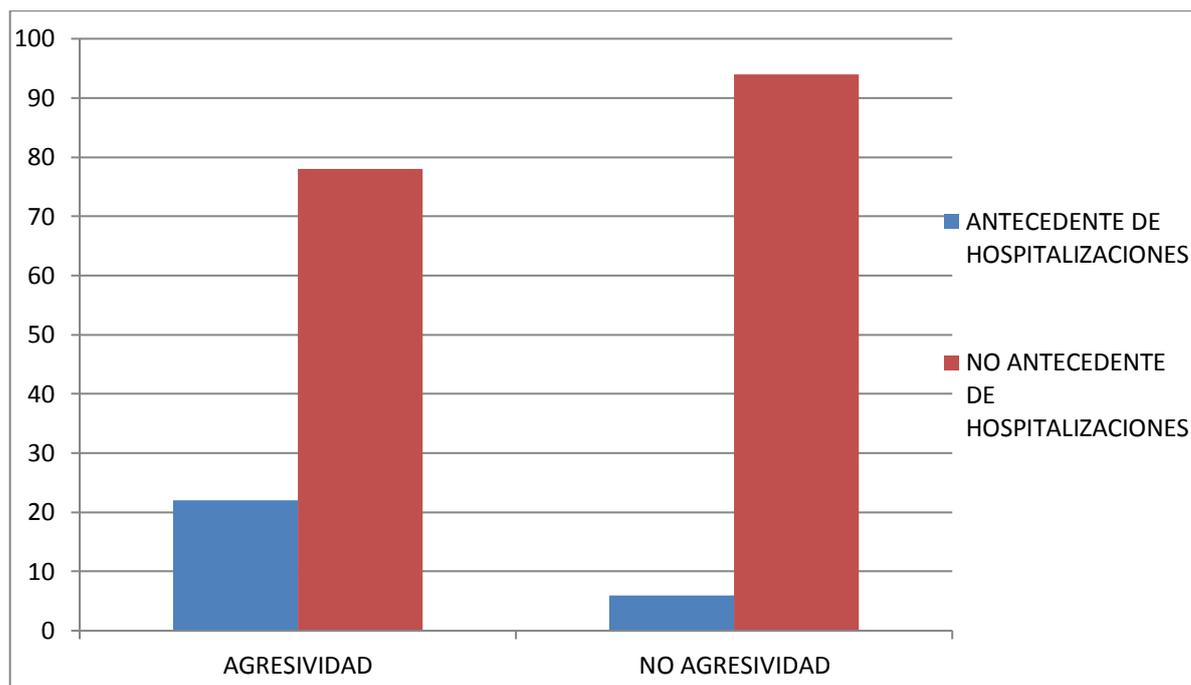
Antecedente de hospitalización	Agresividad		Total
	Si	No	
Si	7 (22%)	4 (6%)	11
No	25 (78%)	60 (94%)	85
Total	32 (100%)	64 (100%)	96

FUENTE: HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO-Archivo de historias clínicas: 2016

- Chi cuadrado: 4.9
- $p < 0.05$.
- Odds ratio: 4.2
- Intervalo de confianza al 95%: (1.44 – 7.88)

En el análisis se observa que el antecedente de hospitalizaciones expresa riesgo para agresividad a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Gráfico N° 05: Antecedente de hospitalizaciones como factor de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo periodo Junio – Septiembre 2016:



La frecuencia de antecedente de hospitalizaciones en los pacientes con agresividad fue de 22% mientras que en los pacientes sin agresividad fue de 6%.

IV. DISCUSIÓN:

Existe un pequeño subgrupo de pacientes con esquizofrenia que ha mostrado su relación con la violencia en un mayor grado que la población general, haciendo cambiar el punto de vista anterior y que han sido completados en recientes estudios epidemiológicos.^{22,23,24} El riesgo de violencia y el crimen en los pacientes con esquizofrenia se multiplica por dos cuando esta enfermedad se asocia al diagnóstico de abuso de alcohol y de otras sustancias. Se ha visto también que estos diagnósticos tienden a presentarse juntos cuando los pacientes son hombres, jóvenes y de bajo nivel socio económico^{28,29,30}. Otra circunstancia sería la falta de cumplimiento en el tratamiento médico, ya que, esto se relaciona con un aumento en la probabilidad de recaídas y de nuevas hospitalizaciones, así como de consecuencias sociales dadas por lesiones a sí mismos y comportamientos antisociales; enfrentamientos con la justicia por actos potencialmente violentos agresiones y homicidios.^{31,32,3}

En la tabla N° 1 y 2 se verifica la asociación de las variables ideación suicida y no adherencia terapéutica con los odds ratios de 4.2 y 3.7; los que traducen riesgo muestral el cual fue verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de riesgo a estas variables.

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de **Belli H, et al** en Turquía en el 2011 quienes evaluaron los factores de riesgo en el desarrollo de agresividad y el comportamiento homicida, en pacientes diagnosticados con esquizofrenia; encontrando que la prevalencia de agresividad osciló entre el 5% a 20%; siendo los factores asociados: alcoholismo ($p < 0.05$), abuso de sustancias ($p < 0.05$), no cumplimiento con el tratamiento ($p < 0.05$), el subtipo paranoico ($p < 0.05$), historia de ideación e intentos suicidas ($p < 0.05$), así como antecedentes de hospitalizaciones frecuentes ($p < 0.05$)³⁴. De esta manera concluyeron que los factores

descritos son potenciales riesgos severos para agresividad en pacientes con esquizofrenia, teniendo relación con los resultados del presente.

Consideramos también las tendencias descritas por **Martín A, et al** en España en el 2011 quienes precisaron la presencia de conductas agresivas en pacientes con trastorno mental y potencial violento; encontrando que la prevalencia de amenazas y/o comportamientos agresivos fue de alrededor del 60%.; siendo los factores relacionados con este rasgo; el antecedente de hospitalización previa ($p<0.05$); la ideación suicida ($p<0.05$); y el menor grado de instrucción ($p<0.05$)³⁵.

En la tabla N° 3 y 4 se valoran las variables consumo de estupefacientes y menor grado de instrucción; observando que la intensidad del odds ratio para ellas fue 6.5 y 3.8 respectivamente; suficientes como para extrapolar esta tendencia muestral a toda la población y por ende reconocer significancia estadística ($p<0.05$) para atribuirles la categoría de factor de riesgo para la aparición de agresividad en este contexto patológico en particular.

Reconocemos los hallazgos descritos por **Fresan A. et al** en España en el 2011 quienes en 106 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, precisaron la relación de las variables sociodemográficas y clínicas del padecimiento con la conducta violenta; encontrando que el 49,1 % de los pacientes fueron clasificados como agresivos; y las variables asociadas fueron el abuso de alcohol ($p<0.05$), el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas ($p<0.05$), el grado de instrucción ($p<0.05$)³⁶.

Se observa también en el estudio realizado por **Bobes J, et al**, que dentro de los factores sociodemográficos, el menor grado de instrucción fue un factor para aumentar el riesgo de agresividad en pacientes con esquizofrenia³⁷. Muestra por lo tanto relación con el presente estudio.

En la tabla N° 5 se toma en cuenta para el análisis el antecedente de hospitalizaciones, observando que el odds ratio para esta variable fue 4.2; valor que tienen impacto en el análisis estadístico en el cual es posible extrapolar esta tendencia muestral a toda la población al corresponderle significancia estadística ($p < 0.05$) reconociendo a esta variable como factor de riesgo para agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Describimos los hallazgos encontrados por **Bobes J, et al** en Escandinavia en el 2011 quienes precisaron las características asociadas a conducta agresiva en 895 pacientes con esquizofrenia, en un estudio de casos y controles retrospectivo; en quienes la agresividad fue del 6%; y en relación a las variables de riesgo estas fueron: el antecedente de hospitalizaciones previas ($p < 0.05$); el consumo de sustancias adictivas ($p < 0.05$); el grado de instrucción ($p < 0.05$)³⁷.

V.CONCLUSIONES

La ideación suicida es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2 el cual fue significativo ($p<0.05$).

La no adherencia terapéutica es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 3.7 el cual fue significativo ($p<0.05$).

El consumo de estupefacientes es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 6.5 el cual fue significativo ($p<0.05$).

El menor grado de instrucción es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 3.8 el cual fue significativo ($p<0.05$).

El antecedente de hospitalizaciones es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2 el cual fue significativo ($p<0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Las asociaciones entre las variables en estudio deberían ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias preventivas que minimicen la aparición de agresividad en pacientes con esquizofrenia y mejoren la calidad de vida en estos pacientes.

2. Considerando el hecho de que la no adherencia terapéutica y el consumo de estupefacientes son características potencialmente modificables y de alto riesgo para agresividad según el estudio realizado; es conveniente comprometer la participación directa de la familia y del personal sanitario con la finalidad de que a través de programas educativos, se pueda neutralizar la influencia de estas variables.

3. Dada la importancia de precisar las asociaciones definidas en la presente investigación; se recomienda la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Chinchilla A. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos terapéuticos. Barcelona: Elsevier Masson. 2012; 4 (2): 12-19.
- 2.-Kirkbride J, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes - Findings from the 3 center AESOP study. Arch Gen Psychiatry. 2011; 63(3):250-8.
- 3.-McGrath J. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull. 2012; 32(1):195-7.
- 4.-Murray R. Epidemiological evidence concerning the diagnostic status of schizophrenia and bipolar disorder epidemiological [abstract of the XX International Congress on Schizophrenia Research]. Schizophr Bull. 2011; 33(2):243.
- 5.-Othmer E, Othmer S. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Editorial Masson; 2011; 3 (8): 34-39.
- 6.-Garety P, Craig T, Dunn G, Fornells M, Colbert S, Rahaman N, et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2012; 188:37-45.
- 7.-Iritani S. Neuropathology of schizophrenia: A mini review. Neuropathology 2011;27:604-8.
- 8.-Pailhez G, Rodríguez A, Ariza J, Palomo AL, Bulbena A. Somatipo y esquizofrenia. Un estudio caso-control. Actas Esp Psiquiatr 2011; 37(5):258-66.
- 9.-Nicholl D, Akhras K, Diels J, Schadrack J. Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: Healthcare utilisation and cost perspective. Curr Med Res Opin. 2011;26:943-55.

- 10.-Petersen L. Paternal Age at Birth of First Child and Risk of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2012; 168:82–88.
- 11.-Mortensen P, Pedersen M, Pedersen C. Psychiatric family history and schizophrenia risk in Denmark: which mental disorders are relevant? *Psychol Med* 2011; 40:201–210
- 12.-Torrey E, Buka S, Cannon T. Paternal age as a risk factor for schizophrenia: how important is it?. *Schizophr Res.* 2011; 114(1-3):1-5.
- 13.-Naserbakht M, Ahmadkhaniha H, Mokri B. Advanced paternal age is a risk factor for schizophrenia in Iranians. *Ann Gen Psychiatry.* 2011; 10:15.
- 14.-Frans E, McGrath J, Sandin S. Advanced paternal and grandpaternal age and schizophrenia: a three-generation perspective. *Schizophr Res.* 2011; 133(1-3):120-4.
- 15.-Andreasen N. The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;12(3):409-15.
- 16.-Kupfer D, Kuhl E, Regier D. DSM-5-the future arrived. *JAMA* 2013; 309 (16): 1691-2.
- 17.-Casey B, Craddock N, Cuthbert B, Hyman S, Lee F, Ressler K. DSM-5 and RDoC: progress in psychiatry research? *Nat Rev Neurosci* 2013; 14 (11): 810-4.
- 18.-Silva H, Jerez C. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5 Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-5. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2014; 52 (1): 9-15.
- 19.-Chan R, Di X, McAlonan G, Gong Q. Brain anatomical abnormalities in high-risk individuals, first-episode, and chronic schizophrenia: an activation likelihood estimation meta-analysis of illness progression. *Schizophr Bull.* 2011;37: 177–88.

20.-Smoller J, Craddock N, Kendler K, Lee P, Neale B, Nurnberger JI et al. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet*. 2013; 381: 1371–1379.

21.-Power R, Verweij K, Zuhair M. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Molecular Psychiatry*. 2014;9: 1201–1204.

22.-Concha M, Arcila M, Cruz C. El consumo de Marihuana, ¿es un factor de riesgo para esquizofrenia?. *Psiquiatría y salud mental*. 2014; 2 (31): 68-75.

23.-French L, Gray C, Leonard G. Early Cannabis Use, Polygenic Risk Score for Schizophrenia and Brain Maturation in Adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2015;26: 13-19.

24.-Hooper S, Giuliano A, Youngstrom E, Breiger D et al. Neurocognition in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;49:52-60.

25.-D’Onofrio BM, Rickert ME, Frans E et al: Paternal age at childbearing and offspring psychiatric and academic morbidity. *JAMA Psychiatry* 2014; **71**: 432.

26.-Kong A, Frigge ML, Masson G et al: Rate of de novo mutations and the importance of father’s age to disease risk. *Nature* 2012; **488**: 471.

27.-Rabinowitz J, Napryeyenko O, Burba B, Martinez G et al. Premorbid functioning and treatment response in recent-onset schizophrenia: Prospective study with risperidone long-acting injectable. *J Clin Psychopharmacol*. 2011; 31:75-81.

28.-Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011; 197:350-356.

29.-Andreasen N. The lifetime trajectory of schizophrenia and the concept of neurodevelopment. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;12(3):409-15.

- 30.-Nielsen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2012; **36**: 702–12.
- 31.-Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluglu E, Namli M, Bayik M et al. Perpetrators o homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry* 2012; **51**: 135–41.
- 32.-Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophr Res* 2012; **123**: 263–9.
- 33.-Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res* 2011; **9**: 89–98.
- 34.-Belli H, Ural C. Asociación entre la Esquizofrenia y la Conducta Homicida o Violenta Prevención y Tratamiento del Comportamiento Violento en Estos Pacientes. *West Indian Med J* 2012; 61 (5): 538.
- 35.-Martín A, Carrasco M. Riesgo de Violencia y Trastorno Mental. *Anuario de Psicología Jurídica*. 2012; 21 (4):69-81.
- 36.-Fresan A. Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;33(3):188-193
- 37.-Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out-patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;119(3):218-25.
- 38.-Kleinbaum D. *Statistics in the health sciences: Survival analysis*. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.
- 39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2010.
- 40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

ANEXOS

Factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo.

ANEXO N°1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:.....

Sexo:.....

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria: Completa () incompleta (); Secundaria: Completa () incompleta (); Analfabeto ()

1.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Agresividad: Si () No ()

2.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Consumo de estupefaciente: Si () No ()

Ideación suicida: Si () No ()

Antecedente de hospitalizaciones: Si () No ()

No adherencia al tratamiento: Si () No ()

Menor grado de instrucción: Si () No ()

ANEXO N °2

ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA

AGRESIÓN 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 SI MISMO
5. CLARAS AMENAZAS DE VIOLENCIA A OTROS O A SI MISMO

AGRESIÓN FÍSICA CONTRA SI MISMO:

1. NO PRESENTA
2. SE RASGA O PUNZA LA PIEL, SE GOLPEA A SI MISMO, SE TIRA DEL PELO
3. GOLPEA OBJETOS ROMOS ON 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.

AGRESIÓN 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

AGRESIÓN 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: AGRESIVIDAD

MENOR O IGUAL A 7 PUNTOS: NO AGRESIVIDAD

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... acepto se me aplique el test de escala de agresividad manifiesta, así como, ofrecer mis datos relacionados con las variables en estudio de este proyecto; luego de haber sido informado/a de manera adecuada sobre el fin de llevar a cabo este proyecto.

FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL PACIENTE:

FIRMA Y HUELLA DIGITAL DEL TESTIGO:

