



Universidad Nacional Autónoma de México



**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado**

**Programa Único de Especializaciones Médicas
Especialidad en Medicina, Psiquiatría**

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

Determinación de riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría por medio de HCR-20 V3, su correlación con la severidad de síntomas y conciencia de enfermedad mental.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés

Asesores:

Dra. Perla Selene Rodríguez Partida
Tutor teórico

Dr. Juan José Cervantes Navarrete
Tutor metodológico

Ciudad de México, A 18 de febrero de 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

Agradecimientos.....	1
Resumen.....	2
Abreviaturas.....	2
Palabras Clave.....	3
Introducción.....	4
Antecedentes.....	4
a. De la definición de violencia a la violencia en población psiquiátrica.....	4
b. La predicción de la conducta violenta en el ámbito legal y su adecuación clínica.....	4
c. El uso de la HCR-20 en población psiquiátrica.....	6
Marco teórico.....	7
a. ¿Por qué hablar de la violencia en psiquiatría?.....	7
b. La expresión de la violencia en trastornos psiquiátricos.....	8
c. Violencia y trastornos psicóticos: relación sociodemográfica y neurobiológica.....	9
d. El rol del riesgo de violencia en los trastornos psicóticos y la conducta violenta.....	12
e. El concepto de riesgo de violencia.....	13
f. HCR-20.....	14
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivo Específico.....	16
Hipótesis.....	16
Material y métodos.....	17
Tipo de estudio.....	17
Población de estudio.....	17
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	18
Variables y escalas de medición.....	19
Variables sociodemográficas y clínicas.....	19
HCR-20 versión 3.....	22
PANSS de 5 dominios.....	27
SUMD.....	30
Recolección de datos y análisis de resultados.....	32
Cronograma de actividades.....	35
Implicaciones éticas en el estudio.....	35
Resultados.....	38
Discusión.....	42
Conclusiones.....	44
Referencias.....	46
Anexos.....	53
Anexo I. Consentimiento informado.....	53

Anexo II. HCR-20 V3.....	56
Anexo III. PANSS de 5 factores.....	57
Anexo IV. SUMD.....	58
Anexo V. Solicitud de autorización a la Subdirección de Hospitalización.....	59
Anexo VI. Solicitud a Responsable Operativa del Archivo Clínico.....	60
Anexo VII. Tríptico informativo.....	61

LISTA DE TABLAS:

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas.....	19
Tabla 2. Operacionalización de variables de HCR-20V3.....	22
Tabla 3. Operacionalización de variables de PANSS de cinco dominios.....	27
Tabla 4. Operacionalización de variables de SUMD.....	30
Tabla 5. Cronograma de actividades.....	35
Tabla 6. Correlación de muestras pareadas.....	42

LISTA DE GRÁFICOS:

Figura 1. Flujograma de actividades.....	34
Figura 2. Días de estancia intrahospitalaria.....	39
Figura 3. Eventos de sujeción.....	39

AGRADECIMIENTOS

En la elaboración de un proyecto de vida siempre es imprescindible el enaltecimiento no solo de la persona que se encuentra al frente, si no de todas aquellos que en su acompañamiento, apoyo y solidaridad construyen el mismo logro.

Mi principal agradecimiento a mi hija, mi esposa y a mi madre por todo el apoyo, sin su presencia y motivación día con día este proyecto no sería posible. Agradezco enormemente a mi familia, hermanos, sobrinos y abuelos., por su solidaridad y apoyo a lo largo de toda la vida.

Quiero agradecer a mis profesores, especialmente a mis asesores la Dra. Perla Rodríguez y el Dr. Juan José Cervantes por todo el aprendizaje, paciencia y ayuda en la elaboración y sus contribuciones para mi formación profesional y humano.

RESUMEN

*Una casa de alienados es un instrumento de curación;
entre las manos de un médico hábil es el agente
más potente contra las enfermedades mentales.*
Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840)

Las personas que a lo largo de su vida han cursado con el desarrollo de trastornos dentro del espectro de los síntomas psicóticos, de modo sistematizado y en base a la pobre cultura en salud mental y la influencia obtenida de los grandes medios de comunicación, han sido estigmatizados, encasillándolos como individuos peligrosos e incluso llegando a considerar que representan un peligro para terceros, considerando su aislamiento social como altamente necesario pero ¿Qué tanto es cierto?

Existen herramientas estandarizadas que nos brindan una visualización objetiva acerca de los predictores de conducta violenta en los individuos. En psiquiatría, se ha implementado su uso con la intención de optimizar las intervenciones terapéuticas a realizar en cada uno de ellos. El objetivo de este estudio será implementar una de estas herramientas, la HCR-20, en pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría en dos momentos, al ingreso y al egreso, a los pacientes que sean hospitalizados y que cursen con trastornos psicóticos a fin de valorar si existe un impacto en el riesgo de violencia con nuestro modelo de intervención hospitalaria, realizando igualmente una medición de la gravedad de síntomas psicóticos basal y final para realizar una correlación por medio de t pareadas entre las medidas de inicio y término de la hospitalización, correlacionándolos con dos variables de interés que históricamente han sido relacionadas con la exacerbación de la conducta violenta en individuos con trastorno psiquiátricos: la severidad de los síntomas psicóticos y el grado de conciencia de enfermedad de cada uno.

ABREVIATURAS:

HCR-20: Historical Clinical Risk Management-20.

PANSS: The Positive and Negative Syndrome Scale.

SUMD: Escala de Valoración de la No Consciencia de Trastorno Mental.

PALABRAS CLAVE:

Violencia, riesgo de violencia, trastornos psicóticos, HCR-20, PANSS, SUMD.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

A. De la definición de violencia a la violencia en población psiquiátrica.

Podría decirse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana, pese a que la finalidad y los motivos de la misma han tenido una transición importante a lo largo de los siglos. En fechas recientes, el fenómeno de la violencia ha tomado matices y números alarmantes. Cada año, 1,6 millones de personas pierden la vida como parte de la violencia autoinfligida, personal y colectiva siendo una de las principales causas de muerte en el mundo (“WHO | injury” s.f. 2000).

La psiquiatría toma parte en este complejo tema. Pese a que la conducta violenta ha acompañado a la humanidad misma desde su concepción como tal y comprende a un fenómeno complejo dentro de la interrelación entre diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, es un hecho demostrado que los adultos que padecen una enfermedad mental tienen un riesgo incrementado de violencia, ya sea como perpetradores (Corrigan y Watson, 2002) o receptores de la misma (Khalifeh et al. 2015).

Cierta sintomatología psiquiátrica ha sido relacionada como predictora de conducta violenta como los síntomas afectivos y síntomas psicóticos, que guardan un potencial incrementado cuando existen comorbilidades con el uso o abuso de sustancias, sin embargo, la gran mayoría de los individuos que viven con algún trastorno mental no reportan la presencia de violencia o victimización, aunque el dinamismo de los factores acrecentantes y atenuantes a lo largo de la vida nos mantiene siempre expectantes. (Johnson et al. 2016).

B. La predicción de la conducta violenta en el ámbito legal y su adecuación clínica.

La importancia de la detección radica en la posible intervención adecuada previo a las consecuencias y la rehabilitación oportuna en las distintas intervenciones de daño, desde la simple premeditación hasta el consumado para los individuos violentos y las víctimas de ello.

Siendo la conducta violenta una interrelación tan compleja entre los diversos factores y aún en su presencia de los mismos, poco óptimo para la predicción de la misma, las diversas instituciones tanto clínicas como legales han desarrollado diversas herramientas en búsqueda de tener una aproximación predictora. La determinación del riesgo de conducta violenta comprende entonces un proceso de

obtención de información a fin de entender el potencial de conducta agresiva con el fin de crear diversas intervenciones para que esto no ocurra. (Hart y Logan, 2011)

La predicción de la violencia surgió inicialmente en las instituciones de justicia a mediados del siglo XIX en los Estados Unidos de América, con la intención de determinar que individuos requerían un seguimiento mayor a largo plazo o extender la atención prestada a los individuos en base a la posibilidad de una nueva conducta delictiva, aunque esto correspondido más bien a un juicio empírico de las valoraciones clínicas y forenses realizadas en dichos individuos. (Gottfredson, 1987).

Dichas herramientas surgieron para la predicción de la violencia por parte de los profesionales en los contextos clínicos y penitenciarios, con formas variables para ello. Inicialmente comprendían, como bien fue mencionado anteriormente, de valoraciones clínicas no estructuradas, derivando de un débil planteamiento teórico en base a criterio de expertos y abordándolo de la forma individualista desde la perspectiva de cada profesional. (Pueyo e Illescas, 2007).

Posteriormente, el enfoque empírico fue derivándose a partir de herramientas estandarizadas provenientes del ejercicio clínico en las que fuera demostrada la validez para la discriminación entre grupos de alto y bajo riesgo de agresividad. Uno de las primeras herramientas utilizadas de este tipo fue el Inventario Minnesota Multifásico de la Personalidad, desarrollado hacia mediados del siglo XX, de la cual pertieron diversos ítems para determinar una subescala denominada « Hostilidad excesivamente controlada » con la cual se pretendía estadificar a los diversos grupos de riesgo (Megargee et al., 1967).

Las valoraciones actuariales surgen en base a un registro cuidadoso y detallado de todos los datos de relevantes en la historia del sujeto, sobretodo de aquella información relacionada con la conducta o criterio a predecir para la determinación de riesgo. Los procedimientos actuariales implican una ponderación adecuada de cada uno de los datos para determinar con mayor exactitud el comportamiento a predecir. Dicho calculo no se enfoca en causalidad, solo comprende a un calculo probabilístico de que un hecho pasado vuelva a ocurrir en el futuro (Pueyo e Illescas, 2007). Entre los más destacados se encuentran Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Quinsey et al. 1998 citado por Pueyo e Illescas, 2007), Static 99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders (Hanson, 1999, citado por Pueyo e Illescas, 2007), o el Iterative Classification Tree : ICT (Monahan

et al, 2000 citado por Pueyo e Illescas, 2007). Su principal limitación radica en que consiste en una herramienta generalizada con dificultades en la valoración individual.

Las valoraciones clínicas estructuradas surgieron a finales del siglo XX también, comprendiendo una evaluación mixta clínico actuarial donde es requerido el conocimiento de la violencia aunado a una guía de valoración cuya base esta asentada en análisis actuariales, incluyendo una serie explícita y una guía en la colecta de la información para la toma de decisiones. Generalmente, no introduce recomendaciones o restricciones en base a la información obtenida. Se consideran como de mayor utilidad ya que aplican diversas estrategias para evitar fallas frecuentes como omisiones del clínico al recabar información o sesgo del juicio, añadiendo y ponderando a éste la toma de decisiones (Pueyo e Illescas, 2007).

Las guías de juicio estructurado han sido numerosas en las últimas décadas. Entre las más destacadas se encuentran el grupo del HCR-20 (Historical Clinical Risk) dentro de las cuales están SVR-20 (Sexual Violence Risk), SARA (Spouse Assault Risk Assessment), SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth), EARL-B (Early Assessment Risk List for Boys), derivadas originalmente de los trabajos canadienses de Webster y Hart. Otra gran familia comprende la PCL-R (Psychopathy Checklist–Revised) que abarca PCL-SV (Psychopathy Checklist: Screening Version) y PCL-YV (Psychopathy Checklist: Youth Version), trabajos iniciales desarrollados por Hare. Existen otras guías menos utilizadas, como las guías de Andrews y Bonta o la de Campbell, específicas para uxoricidio (Pueyo e Illescas, 2007).

C. El uso de la HCR-20 en población psiquiátrica.

Ahora bien, al encontrarse que la violencia corresponde a un complejo fenómeno para que ésta se lleve a cabo, las diferentes herramientas han tenido diferentes aplicaciones a fin de brindar un soporte adicional al juicio clínico a la hora de la toma de decisiones como el internamiento o las diferentes intervenciones terapéuticas a realizar. Muchas de éstas han sido realizadas a fin de determinar un grado de validez predictiva de riesgo de violencia en pacientes psiquiátricos.

Uno de los trabajos más importantes de parte del grupo de trabajo bajo el que estuvo la traducción y adaptación al español de la HCR-20 e implicó la determinación de la validez predictiva de esta escala, es decir, su efectividad para la predicción de la violencia al analizar su relación de acuerdo a

la Escala de Agresión Explícita determinó una área bajo la curva aceptable para la predicción de riesgo de eventos de violencia por medio de la determinación de área bajo la curva de 0.77 (IC95% .67-.88) en total de seguimiento de 78 de pacientes por un tiempo promedio de estancia intrahospitalaria de 1472 días (Arbach-Luicioni et al, 2011).

Se encontró un metanálisis actual en el que se evaluaron diversas escalas con la intención de determinar su validez predictiva. En cuanto a la HCR-20, se incluyeron un total de 13 estudios en el que se determinó una sensibilidad de 0.75 (0.65-0.83 IC 95%), especificidad 0.56 (0.46-0.66 IC 95%), valor predictivo positivo de 0.55 (0.30-0.75 IC 95%) y valor predictivo negativo de 0.75 (0.58-0.95 IC 95%) en los análisis de escalas implementadas a largo término, calificando en lo particular como una escala de moderada a alta eficiencia para la predicción de la violencia (Ramesh et al., 2018).

Aunque se han realizado algunos protocolos similares en los que se ha evaluado la eficacia de un tratamiento establecido en la disminución del riesgo de violencia, en particular, determinado por medio de la HCR-20 debido a la posibilidad de evaluar factores dinámicos y no solo bajo de premisa de las evaluaciones históricas o demográficas. De los estudios que lo han evaluado, en población psiquiátrica forense sueca se han realizado seguimientos por lapsos prolongados de hasta 18 meses en que pacientes han tenido seguimiento por medio de la mencionada escala para verificar la posible disminución del riesgo conforme se realizaban las diferentes intervenciones terapéuticas enocontrando una asociación significativa entre la reducción del riesgo conforme a un tratamiento establecido. (Belfrage and Douglas, 2002). Este tipo de intervenciones no ha sido reportado en la literatura o población mexicana previamente, sin contar que no se ha evidenciado si el modelo de tratamiento o intervención psiquiátrica en nuestro país puede llegar a intervenir favorablemente en una disminución de los riesgos de violencia..

Marco de referencia.

A. ¿Por qué hablar de violencia en psiquiatría?

Las actitudes hacia las enfermedades mentales varían mucho dependiendo de cada cultura. Algunas de éstas son derivadas de concepciones erróneas acerca de las enfermedades mentales, quizás aunado a las imágenes provenientes de los medios masivos de comunicación lo que ha contribuido a la

concepción de los pacientes psiquiátricos como individuos peligrosos, a los que es necesario temerles, pueriles o incapaces de ser autónomos (Gabbard y Gabbard, 1992), lo que lleva a la exclusión, al miedo, a la creencia de que los pacientes psiquiátricos deben de permanecer aislados de las poblaciones generales y deben de ser cuidados por otros debido a que son incapaces de ser autónomos, siendo necesaria la tutoría y toma de decisiones por terceros involucrados. (Taylor y Dear, 1981).

De acuerdo a la literatura, se ha demostrado el gran impacto de esto principalmente hacia los padecimientos psicóticos, muy diferente al concepto acerca de los trastornos del afecto o del espectro ansioso. (Wood et al. 2014). El género femenino, hospitalizaciones psiquiátricas, mayor tiempo de duración de psicosis sin tratamiento y la severidad de síntomas positivos han sido determinados como fuertes predictores de estigma (Ho et al. 2018), catalogándolos como individuos impredecibles, peligrosos y propensos a la violencia. (Mak et al. 2014).

Con el paso del tiempo, los indiscutibles avances dentro del área de la psiquiatría, la comprensión fisiopatológica de los padecimientos mentales, los logros dentro de la psicofarmacología y las diversas intervenciones terapéuticas han logrado una rehabilitación de los padecimientos psiquiátricos, incluidos los más severos, que previamente no habría sido concebida. La difusión en salud mental y el entendimiento cada vez más amplio ha permitido poco a poco una transición dentro de los esquemas y conceptos de nuestros padecimientos. Sin embargo, la brecha sigue siendo enorme.

B. La expresión de la violencia en trastornos psiquiátricos.

La violencia física en los pacientes psiquiátricos que cursan con un primer episodio agudo o bien la agudización de un trastorno mental puede ser un potencial problema dentro y fuera de las estancias hospitalarias. Los efectos de la exposición a la misma puede causar enojo, ansiedad o miedo en quienes fungen como cuidadores primarios o en quienes les brindan atención en salud. Las consecuencias de dicha conducta pueden derivar en un deterioro de las relaciones interpersonales, aislamiento social, aumento en el estigma, retraso en la atención médica, costos mayores en la atención y una pobre respuesta y acompañamiento terapéutico (Iozzino et al., 2015).

Hablando dentro del contexto institucional, la evidencia en la literatura nos habla de una relación directamente proporcional entre los síntomas de una enfermedad mental grave y el riesgo de cometer

actos violentos. El metáanálisis de Iozzino, en el cual se abarcaron 35 estudios con los que se cotejó por medio de eventos explícitos de agresión institucional en un total de 23,972 pacientes en los que la prevalencia de al menos un acto violento fue de 17% (Iozzino et al., 2015).

C. Violencia y trastornos psicóticos : relación sociodemográfica y neurobiológica.

Hay evidencia robusta que ampara el hecho de que los síntomas psicóticos están relacionados a violencia. Un meta-análisis de 204 estudios resaltó una tasa de violencia en individuos con psicosis de 49% a 68% más alta que en individuos sin dicho diagnóstico. Entender la conducta violenta entre los individuos con psicosis disminuiría el impacto emocional y financiero al manejarla, además de ayudar a reducir el estigma ya que, a pesar de ser concebidos como generalmente peligrosos solo una pequeña parte de los pacientes con psicosis actúan violentamente. (Douglas et al., 2009).

Pese a que han sido determinados algunos factores de riesgo que incrementan el riesgo de conducta violenta en psicosis, poco se ha estudiado a los mecanismos que llevan al ejercicio de la violencia, entendiendo más la correlación que la causa. Los más frecuentemente citados en la literatura son los factores demográficos y sociales, edad joven, delirios persecutorios y alucinaciones, trastornos de personalidad antisocial, uso de sustancias, pobre insight, no adherencia terapéutica y factores fisiológicos.

Lamsma y Harte en 2015 publicaron una revisión narrativa tratando de explicar las posibles vías causales entre dichos factores citados previamente y el fenómeno de la violencia. Muchos de éstos, establecidos como un tercer factor implicado ya que es posible que la psicosis y la violencia no sean una relación por completo establecida y sea explicado de modo, cuando mucho, como parcial.

Los factores demográficos son frecuentemente implicados en violencia. El género masculino, grupos etarios jóvenes, individuos solteros, sin hogar fijo, desempleados, nivel educativo bajo, bajo estatus socioeconómico, pertenecer a una minoría étnica y antecedente de hospitalización por psicosis o condena por conducta criminal (Bo et al., 2011). Su principal contribución a la conducta violenta no está bien establecida. Algunos de éstos, como el pobre control de impulsos están relacionados al género masculino e individuos jóvenes. El bajo nivel socioeconómico y educativo nos pueden orientar a situaciones adversas socialmente como pobre integración social y mala dinámica familiar de origen. Algunos de éstos pueden estar relacionados a la severidad de sintomatología y las

comorbilidades, como su estado civil, laboral, pobre estatus socioeconómico y educativo como parte de las consecuencias de la enfermedad e incluso, los antecedentes de violencia podrían explicar la necesidad de hospitalización psiquiátrica, siendo parte de los criterios de realización y el antecedente de conducta criminal, implicando altas posibilidades de reincidencia. (Lamsma y Harte, 2015).

En cuanto a factores sociales, los pacientes psicóticos que exhiben conducta violenta frecuentemente muestran historia familiar de abuso de sustancias, historia de conducta criminal y antecedentes de maltrato físico y sexual (Witt et al., 2013). Estas circunstancias pueden dirigir a la conducta violenta por aprendizaje social o factores genéticos relacionados. Crecer en regiones con pobres ingresos, con mala cohesión social, normas y convenios que normalizan o aprueban la violencia, alta diversidad étnica y mal control social formal incrementa el riesgo de la victimización criminal directamente e indirectamente, exponiendo al uso de sustancias o exacerbando la psicopatología. (Markowitz, 2011).

Los delirios persecutorios y las alucinaciones de comando no solo son cruciales para el establecimiento de la presencia de psicosis, sino además establece el inicio y oscilación de los síntomas a lo largo de la vida, y se ha demostrado que la severidad de dicha sintomatología esta relacionado a la conducta violenta del paciente (Fresán et al., 2005). Hay evidencia importante en cuanto a que la violencia incitada por delirios y alucinaciones esta relacionada a una respuesta emocional como miedo, enojo o ansiedad intensa. (Björkly, 2002a; Björkly, 2002b), sin dejar de lado que esto representa un deficiente insight (Björkly, 2006) al atribuirle una identidad a los comandos y actuar en base a un estrés generado por los mismos y la resistencia.

Hay una particular y consistente asociación entre los trastornos de la conducta, el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía con la conducta violenta en psicosis (Bo et al., 2011; Douglas et al., 2009). Caracterizados por el desagrado y rechazo a las normas sociales, el engaño, impulsividad, ausencia de remordimiento y pobre empatía antes de la aparición de la enfermedad puede conducir a la violencia en múltiples vías, con un límite bajo *per se* para el comportamiento violento, exhibiendo un patrón persistente de conducta conductas aversivas e incluso criminal que puede ser exacerbada por los síntomas psicóticos, actuando típicamente en episodios agudos de la misma (Goethals et al., 2008).

Bien demostrado como uno de los principales predictores de conducta violenta se encuentra demostrado el uso y abuso de cualquier tipo de sustancia (Witt et al., 2013). Hay diversas vías que

explican dicha asociación. Entre sus efectos neurobiológicos, se encuentra la disminución de la inhibición y la exacerbación de síntomas psicóticos, y en cuanto a las drogas ilegales, su proveniencia, uso y distribución generalmente esta asociada a lugares de alta criminalidad. Es de resaltar que, paradójicamente, su uso generalmente disminuye el impacto emocional de los síntomas psicóticos como el miedo o ansiedad. (Gregg et al., 2007).

Otra asociación positiva es la presencia de efectos adversos a los medicamentos, principalmente acatisia y síndrome neuroléptico, los cuales obstaculizan la experiencia y el reconocimiento de emociones, aumentan la reactividad a estresores, incrementan impulsividad y generan sesgos cognitivos en favor de la respuesta agresiva a situaciones estresantes o provocativas. El deterioro cognitivo puede contribuir al bajo nivel educativo y la susceptibilidad al uso de sustancias (Seo y Patrick, 2008).

Una de las nuevas líneas de investigación se ha centrado en los componentes neurobiológicos en la etiología de la conducta violenta en psicosis, particularmente en la esquizofrenia. Hay hallazgos particularmente robustos que apuntan a la baja actividad de un polimorfismo del gen codificante de la enzima COMT (catecol-o-metiltransferasa), involucrada en el metabolismo dopaminérgico, hipofunción serotoninérgica y anomalías de lóbulo frontal y temporal. Asimismo, la hiperactividad de la vía dopaminérgica mesolímbica incrementa la severidad de las alucinaciones y delirios. (Soyka, 2011).

Partiendo de la teoría neurobiológica previamente descrita, han sido encontrados ciertos hallazgos en neuroimagen. En resonancia magnética han sido descritas conectividad anómala entre la amígdala y la corteza orbitofrontal, anomalías estructurales en la amígdala y se ha relacionado la impulsividad con disminución en el volumen de la materia gris del giro orbitofrontal y del hipocampo (Hoptman et al., 2002).

En los estudios de Tomografía Computada por Emisión de Positrones SPECT de series de pacientes con historial de conducta violenta repetitiva encontraron áreas de hipometabolismo en regiones temporales izquierdas sin cambios significativos en áreas frontales (Wong et al., 1997) sin embargo, se demostró que no se mostraron cambios significativos en dichas áreas en condiciones de reposo, no así al ser sometidos a condiciones estresantes donde las funciones prefrontales fueron ampliamente reducidas, principalmente en las ejecutivas (Spalleta et al., 2001).

En resonancia magnética funcional han sido encontrados ciertos hallazgos con una correlación positiva entre pacientes esquizofrénicos con o sin violencia, pacientes con trastornos de personalidad antisocial y controles sanos en donde se evidencian que los individuos con psicosis e historial de violencia mostraban una activación deficiente en regiones bilaterales de corteza frontal y precúnea comparados con los controles sanos y una hipoactividad en la región parietal inferior derecha comparado con individuos con psicosis no violentos (Kumari et al., 2006). Otro estudio que evaluó a pacientes con esquizofrenia con y sin comorbilidades (trastorno de personalidad antisocial o abuso de sustancias) encontró una hipofuncionalidad en corteza frontal basal y una hiperactividad en las regiones corticales motoras, premotoras y corteza cingulada anterior en aquellos individuos con comorbilidades asociadas (Joyal et al., 2007). Adicionalmente, Hoptman encontró una asociación fuertemente significativa a la violencia en psicosis cuando existe una deficiente conectividad entre la amígdala y corteza prefrontal (Hoptman et al. 2010).

A pesar de estar bien demostrada, la relación entre la psicosis y la violencia no está completamente explicada, comprendiendo una compleja interrelación entre diversos factores y la interacción entre diversos factores de riesgo que pueden o no llevar a una conducta violenta, sin embargo, no son determinantes para que deriven en ella. (Lamsma y Harte, 2015).

D. El rol de la consciencia de enfermedad en los trastornos psicóticos y conducta violenta,

El insight debe ser comprendido como un fenómeno dinámico y multidimensional a través del tiempo que incluye diferentes dimensiones independientes entre sí: consciencia de enfermedad, el entedimiento de los síntomas como patológicos y la importancia del tratamiento. Igualmente Amador propuso tres dimensiones principales para la diferenciación entre la no consciencia de enfermedad y una mala interpretación de síntomas psicóticos: la no consciencia de enfermedad, la no consciencia de necesidad de tratamiento farmacológico y la no consciencia de las consecuencias sociales de su enfermedad (Amador et al., 1993).

La reducción en la consciencia de enfermedad guarda una relación importante y juega un rol crucial con el desempeño terapéutico y manifestaciones clínicas. Una firme convicción de que los delirios y alteraciones sensoriales son reales tienen mayor probabilidades de ser actuados y la negación de la misma contribuye a una pobre adherencia terapéutica (Bjørkly, 2006), lo que lleva a un

empeoramiento de los síntomas psicóticos y una asociación recíproca con el abuso de sustancias (Swartz et al., 1998).

A lo largo del tiempo, se ha buscado comprender las bases biológicas y psicopatológicas de la pérdida de consciencia de enfermedad, con numerosos intentos de correlacionarlo con los hallazgos clínicos y las mediciones neuropsicológicas con el fin de entender si constituye un epifenómeno de los síntomas clínicos, una disfunción neurocognitiva o esta dentro de los síntomas propios de la esquizofrenia. Diversos metanálisis y revisiones sistemáticas han encontrado una asociación significativa entre altos niveles de insight y menor cantidad y severidad de psicopatología, en particular de síntomas positivos y negativos, con niveles altos de depresión, una cognición total, coeficiente intelectual y funciones ejecutivas (Boban et al., 2015) (Belvederi-Murri et al., 2015).

Entre esta búsqueda, uno de los trabajos más interesantes consiste en parrear la severidad de las diferentes dimensiones de la no consciencia de enfermedad con la psicopatología de la esquizofrenia aplicando el Modelo de cinco factores de la PANSS y la Escala de Valoración de la No Consciencia de Trastorno Mental (SUMD) en un total de 248 pacientes de un estudio multicéntrico que sugiere que la necesidad de medicación, la malinterpretación de sus síntomas y las consecuencias sociales de su enfermedad constituyen una variable independiente de la severidad, en contraste con la percepción total de no consciencia de enfermedad que sí guarda relación proporcional, por lo que se entiende que la pérdida de consciencia de enfermedad más que solo psicopatología añadida constituye un fenómeno de múltiples fases (Pousa et al., 2017).

E. El concepto de riesgo de violencia.

Hacia finales del siglo XIX surgió el concepto de peligrosidad, el cual corresponde a un término jurídico de amplio uso común con el cual se sustentaban una serie de características y atributos psicológicos de un sujeto que justificaría el riesgo de futuros actos violentos. En su contexto clínico inicial, la peligrosidad era considerada como un estado patológico mental de origen constitucional, con lo que el concepto se ha mantenido ligado a la enfermedad psiquiátrica grave y así se mantiene hasta la actualidad (Pueyo e Illescas, 2007). La determinación clínica de que un paciente es considerado como « peligroso » no necesariamente indica que el acto violento será llevado a cabo (Gottfredson y Gottfredson 1988a).

A lo largo del siglo XX, dicho concepto se ha ido modificando y adaptando más a un contexto jurídico y actuarial, propagando dicho concepto en el ámbito médico y psicológico, de donde no ha sido posible ser deslindado del concepto de enfermedad mental grave el ejercicio de la violencia, con diversas repercusiones en el medio sanitario y laboral por la etiqueta con la cual han sido determinados algunos de estos pacientes (Pueyo e Illescas, 2007).

La estimación del riesgo de violencia, que por encima del concepto de peligrosidad, se trata de un constructo variable y dinámico como los factores de riesgo que llevan al ejercicio de la misma, y toma consideraciones en base a cada individuo para el enfoque de las estrategias de control y tratamiento individualizado en un contexto si bien inicialmente legal, con un uso en los medios clínicos cada vez más difundido (Pueyo e Illescas, 2007).

La estimación del riesgo de violencia es un proceso relativamente común en los hospitales psiquiátricos a través de diferentes herramientas que buscan predecir el riesgo de violencia inmediata y futura que han mostrado diferente capacidad predictora.

F. HCR-20.

Historical Clinical Risk constituye una de las herramientas más utilizadas a nivel del mundial. La versión 1 de Webster, Eaven, Douglas y Wintrup fue publicada en 1995 y la versión 2 de Webster, Douglas, Eaves y Hart en 1997, ampliamente difundida y utilizada con diversas traducciones por su utilidad clínica (Douglas et al., 2014). En términos de riesgo estandarizado, tiene marcado el grado más alto en la determinación del riesgo de violencia institucional (Campbell et al., 2009).

Como guía estandarizada de juicio, HCR-20 ofrece una herramienta dinámica y moldeable de los factores de riesgo a medir además de la determinación de su relevancia. Su juicio profesional no algorítmico provee una mejor estimación en el riesgo de futura violencia al ser comparada con instrumentos actuariales (Guy, 2008). Comprende de 3 subescalas : la escala histórica, que analiza antecedentes ocurridos a lo largo de la vida del individuo a evaluar a través de 10 ítems, la escala clínica con 5 ítems en que se realiza una evaluación clínica profesional actual y una tercera de riesgo futuro consistente en 5 ítems también (Douglas et al., 2013).

Hacia el 2013, después de 16 años de uso de la popular y extendida versión 2 fue publicada la versión 3. Pese a mantenerse sustancialmente el mismo concepto que las anteriores versiones, se le realizaron

algunos cambios en cuanto a la modificación y adaptación de ciertos conceptos que involucraran factores de riesgo analizados recientemente y la eliminación y añadimiento de algunos otros. Algunos de los cambios realizados, de modo general, abarca la consideración de la naturaleza y severidad de la violencia, el desarrollo de la misma, los antecedentes de victimización en la infancia y edad adulta, psicopatía y otros trastornos de la personalidad así como comportamientos y actitudes antisociales no violentas como antecedentes y actuales, prescindiendo del empleo del PCL o alguna de sus variables como concomitante (Douglas et al., 2014).

Se ha demostrado una buena validez y acercamiento entre las versiones 2 y 3 del HCR-20 pese a las diferencias previamente señaladas, demostrando que la versión 3 contribuye a una evaluación más sistemática y detallada de la violencia y una oportunidad de mayor precisión en la evaluación del riesgo de violencia (Bjørkly et al, 2014).

Su uso en español ha sido adaptado de modo profesional por Pueyo y Arbach-Lucioni. En nuestro país, su validez ha sido ratificada. Más recientemente, se ha demostrado que la validez concurrente entre las versiones 2 y 3 es sólida, considerándola como un instrumento válido para la toma de decisiones en la práctica clínica en el ejercicio de la determinación del riesgo de violencia futura en pacientes psiquiátricos mexicanos. (Farah-Phérez, 2019).

Justificación

La evidencia en la literatura históricamente ha relacionado el curso de los síntomas de una enfermedad mental grave con un riesgo incrementado de violencia hacia sí mismo y a terceros. En los pacientes con trastornos psicóticos se ha demostrado un riesgo mayor de violencia que a pesar de no ser representativamente en la mayoría, comprende un complejo fenómeno de diversos factores que podríamos asociar a un riesgo incrementado de una conducta que, pese a ello, podría no estar presente.

Una de las premisas para un internamiento psiquiátrico está basada en la predicción de que el paciente represente un riesgo para sí mismo y para los demás, siendo implícita la conducta violenta como una de dichas categorías. A pesar de ello, dicha predicción no resulta tan sencilla de realizar, y deja incompletos más interrogatorios como evaluar las posibilidades de que esto nuevamente ocurra, con el fin de realizar las intervenciones adecuadas en beneficio del paciente y colectivo.

La importancia de este estudio radica en determinar el riesgo de violencia en pacientes que cursen con síntomas psicóticos y su modificación a través del modelo de hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría con una prueba cuya validez predictora en población psiquiátrica mexicana ha sido demostrada, evaluando conjuntamente dos de los parámetros que se asociado a este riesgo: la severidad de la sintomatología por medio de la PANSS de cinco dominios y un énfasis adicional para la evaluación de consciencia de enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el impacto de la hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente sobre el riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos.

Objetivos Específicos

1. Determinar el riesgo de violencia al ingreso y al egreso en pacientes que cursen con trastornos psicóticos por medio de la escala Historical Clinical Risk Management - 20 (HCR-20) versión 3.
2. Determinar la severidad de los síntomas psicóticos al ingreso y al egreso por medio de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos para la esquizofrenia de cinco dominios
3. Determinar la no consciencia de enfermedad al ingreso y al egreso por medio de la Escala de Valoración de la No Consciencia de Trastorno Mental SUMD.
4. Evaluación de las características sociodemográficas de la población.
5. Realizar una correlación entre el riesgo de violencia, la gravedad de los síntomas psicóticos y la consciencia de enfermedad en las evaluaciones de ingreso y egreso del paciente así como su impacto en la determinación del riesgo de violencia al término de la hospitalización.

Hipótesis

Se hipotetiza que parte del impacto de la hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente implica la reducción del riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

De acuerdo a la clasificación realizada por Alvan R. Feinstein se trata de un estudio:

- Por intervención, de impacto y descriptivo, ya que se evalúa el efecto de la maniobra hospitalización sobre la variable riesgo de violencia.
- Por temporalidad, de tipo longitudinal, al analizar las variables tanto el ingreso y al término de la hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Por su propósito, de tipo analítico, ya que se analiza el impacto de la hospitalización en la variable de riesgo de violencia, sintomatología psicótica y no consciencia de enfermedad.
- Por los componentes de los grupos, de tipo homodémico, ya que la población se trata de los mismos pacientes psicóticos y hospitalizados.
- Por recolección de información, de tipo prolectivo, dado que la obtención de los datos a partir de cuestionarios, es posterior a la realización del proyecto.
- Por sede, de tipo unicéntrico, al pertenecer la población a la misma institución.

(Feinstein, 1985).

Población en estudio y tamaño de la muestra

La población de estudio será determinada por los pacientes que sean ingresados al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el lapso de tiempo establecido en el cronograma y que cumplan con los criterios en que sean señalados por medio del procedimiento de ingreso hospitalario en que se realiza una entrevista exhaustiva así como la recopilación de una historia clínica de modo simultánea que podría, es decir, pacientes de ambos sexos que tengan entre 18 y 65 años, con un diagnóstico de ingreso y egreso dentro de los grupos propuestos y que no cuenten con una comorbilidad médica o neurológica que impacte en su comportamiento, por lo que el tamaño de población estará dado por una muestra objetivo de 20 participantes.

Es importante señalar en este punto que del universo total de pacientes que cursen con trastornos psicóticos y que reciben atención de salud mental, más aún, de los que la reciben en el Instituto Nacional de Psiquiatría corresponden a una pequeña fracción del mismo. Por ende, es de esperarse que a pesar de la severidad de su sintomatología, solo un pequeño porcentaje llegan a alcanzar el área de hospitalización debido al poco espacio físico disponible con el que cuenta el instituto y los criterios administrativos necesarios para la realización del mismo.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos masculino y femenino.
- Edad entre 18 y 65 años. Punto de corte de 18 años corresponde a pautas establecidas por parte del instrumento a utilizar y punto de corte superior corresponde a una medida arbitraria por mayor incidencia de comorbilidades.
- Ingresados al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el período comprendido en el cronograma de actividades para recolección de muestra.
- Que al momento de su ingreso cuenten con algún diagnóstico comprendido dentro del espectro de los síntomas psicóticos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -5 en el Capítulo del Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Los criterios de exclusión:

- Pacientes que cursen con alguna neurológica que impacte en el comportamiento como trastornos neurocognitivos mayores.
- Pacientes con trastornos psicóticos secundarios a causa médica como síndrome confusional agudo.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico o presunción diagnóstica de trastorno afectivo (depresión o manía) y trastornos psicóticos secundarios a consumo de sustancias.
- Pacientes en que se cuente con el diagnóstico previo o de egreso de déficit intelectual.

Los criterios de eliminación:

- Pacientes que a su egreso sea desestimado el diagnóstico inicial dentro de los grupos propuestos.
- Pacientes que a su egreso no cuente con diagnóstico definitivo debido a alta voluntaria o fallecimiento del paciente.

Variables y escalas de medición

Variables sociodemográficas. En la realización de este protocolo se tomarán en cuenta ciertas variables sociodemográficas con la intención de evaluar su participación y la relación que guarda con la presencia de síntomas psicóticos. Históricamente, han sido asociados varios de éstos para la determinación del riesgo de violencia. Debido a que no consiste en la principal finalidad de éste, solo se determinaran algunos de éstos con la intención de brindar un panorama general del mismo.

Las variables a determinar consisten en el género, los grupos etarios que serán delimitados de modo aleatorio por el evaluador, si cuentan con pareja estable, si tienen una ocupación fija y los años de escolaridad. Dicha información puede ser obtenida de modo directo mediante la entrevista con el paciente e indirecto por parte del expediente clínico del paciente en la institución. Se incluirá así mismo el nivel socioeconómico asignado por la institución, cabe señalar que éste será el consignado en el expediente clínico y el cual es procedente de la entrevista estructurada por el personal competente para ello en la institución.

Variables clínicas. Se obtendrán así mismo por medio del expediente clínico información acerca de la evolución a lo largo de la intervención hospitalaria. Cabe señalar que de modo similar a las variables sociodemográficas constituyen solo algunas pocas considerando que brindarán una visión general de su estancia intrahospitalaria y no como parte de la principal finalidad de este protocolo, abarcando los días de estancia intrahospitalaria total y cantidad de eventos que requirieron de sujeción gentil.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Género	Independiente, categórica y dicotómica.	Roles que son socialmente construidos, comportamiento, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico.	Masculino Femenino
Edad	Independiente	Años de vida.	Información obtenida por	18 a 30 años

	e intervalar.		medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	31 a 45 años 46 a 60 años
Estado civil	Independiente, nominal.	Situación jurídica concreta de un individuo con respecto a sus relaciones familiares o sentimentales.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	Soltera(o), casada(o), unión libre, divorciada(o), viuda(o).
Ocupación fija	Independiente, nominal y dicotómica.	Actividad laboral remunerada.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	Si empleo/ocupación fija No empleo/ocupación fija
Años de estudio.	Independiente, de razón.	Años de estudio realizados por el individuo.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	0, 1, 2...
Nivel socioeconómico	Independiente y ordinal.	Estatus determinado por medio de los ingresos económicos de paciente.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	1, 2, 3, 4, 5 y 6.
Días de estancia intrahospitalaria.	Independiente, cuantitativa y discreta.	Duración total medido en días de estancia intrahospitalaria.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	1, 2, 3...
Cantidad de eventos que requirieron restricción física .	Independiente, cuantitativa y discreta.	Eventos intrahospitalarios que requirieron de restricción física médica.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	0, 1, 2...
Psicofármacos de egreso	Independiente y nominal.	Fármacos que actúan a nivel de sistema nervioso central y modifican procesos cognitivos, conductuales, afectivos o perceptuales presentes al egreso.	Información obtenida por medio de entrevista estructurada y a partir del expediente clínico	Risperidona, clozapina, lorazepam, fluoxetina...

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.

La escala a utilizar para la determinación del riesgo de violencia será la Escala HCR-20 V3 *Historical Clinical Risk Management Scheme 20* versión 3, constituye una herramienta cuyo empleo puede ser realizado en individuos institucionalizados tanto de población psiquiátrica como forense, inicialmente de origen canadiense, su uso ha sido ampliamente implementado en diversos países, con múltiples traducciones oficiales y uso oficial en diversas instancias legales en países europeos cuyos empleos principales se encuentran la orientación en toma de decisiones como el ingreso a hospitales psiquiátricos, seguimiento de individuos con antecedente de conducta violenta o reubicación de los reos en centros penitenciarios.

La traducción al español y sus validaciones estuvo a cargo del grupo de Estudios Avanzados en Violencia de la Universidad de Barcelona por parte de Pueyo y Arbach-Lucioni. En nuestro país,

permanece como una escala utilizada de modo infrecuente a pesar de su validez y amplia difusión, recientemente ha sido determinada la validez concurrente entre la versión más difundida que es la 2 y la más reciente versión 3 en población mexicana en una tesis avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México (Farah-Phérez, 2019).

Tras la aplicación de un estudio en el cual se realizó la aplicación de las versiones 2 y 3 a 50 pacientes institucionalizados con la finalidad de determinar la validez concurrente, se determinaron correlaciones de Spearman estadísticamente significativas para la subescala H ($r=0.91$, $p<0.002$), para la subescala C ($r=0.82$, $p<0.002$) la subescala R ($r=0.82$, $p<0.002$) y total ($r=0.92$, $p<0.002$) por lo cual es sugerido que su empleo y uso en población psiquiátrica mexicana para la determinación de riesgo de violencia es factible (Farah-Phérez, 2019).

La HCR-20 constituye una escala aplicada por parte de un evaluador la cual está integrada por tres subescalas que agrupan 20 ítems planteando tres perspectivas: pasado, presente y futuro que proporciona un valor numérico. La subescala histórica (H) contiene 10 ítems las cuales pueden ser documentadas por parte de fuentes confiables, presumiblemente el expediente clínico o si es posible el interrogatorio indirecto por cuidadores primarios acerca de los antecedentes, una subescala clínica (C) en la cual se realiza una evaluación clínica del estado psiquiátrico actual del paciente por medio de 5 ítems y la subescala de riesgo (R) consistente en 5 ítems, para la valoración de riesgos situacionales futuros y desde las cuales se determina el riesgo de violencia potencial en los individuos evaluados.

Su uso es altamente extendido en ámbitos diversos : en medios clínicos psiquiátricos, legales o con población civil, no necesita un antecedente de violencia o contar con algún diagnóstico psiquiátrico o de abuso de sustancias para su empleo. Entre sus aplicaciones típicas se incluyen la toma decisiones como admisión hospitalaria o la transición a sitios de máxima seguridad de reclusos. Se puede usar de modo indistinto entre hombres y mujeres mayores de 18 años, incluso puede usarse en personas entre 16 y 17 años en el caso de que vivan de modo independiente (Douglas et al. 2104).

Para tal determinación de riesgo, la evaluación de determina en dos pasos. En un primer tiempo, se le determinará un valor numérico a cada uno de los 20 ítems desde el 0 al 2. El valor “0” indica que la variable evaluada está ausente o no se cuenta con la información suficiente para determinar su

presencia, “1” muestra que el factor evaluado esta parcial o posiblemente presente si que se encuentra cierta evidencia de lo mismo pero no corresponde a una información confirmada y el valor “2” se asigna en caso de que dicha información este confirmada o sea evidenciado claramente. Esto es una valoración análoga de la versión 2, ya que debido a los cambios presentados entre versiones el valor numérico fue modificado por una denominación siendo 0=No, 1=posiblemente y 2=definitivamente. Para fines de este estudio y para el análisis estadístico se utilizarán los valores numéricos.

Cabe señalar que, en caso de que una información no sea confirmada o la evidencia que lo respalde se considere como insuficiente y se asigne el valor de “omitido” será equivalente a un valor de “0”.

Los ítems correspondientes a la subescala de riesgo contienen una codificación adicional denominada “In” para hacer referencia a la valoración de riesgo de violencia institucional y “Out” para la valoración de riesgo de violencia comunitaria, en las que se presume se intentará predecir el riesgo de actos futuros previo a que el paciente este en planes de reintegración a sociedad.

El valor total se evalúa en base a un valor máximo posible de 40 puntos. Pese a que se entiende como parte de un razonamiento lógico que a mayor valor obtenido hay mayor riesgo de violencia, la asignación de un categoría de riesgo como “Bajo”, “Moderado” o “alto” corresponde al juicio clínico del evaluador de acuerdo al Manual del Evaluador de la aplicación HCR-20 V3.

Para la operacionalización de variables, es importante considerar que en la evaluación basal corresponden a variables independientes puesto que no han estado sujetas a la maniobra de hospitalización y en la segunda determinación corresponde a variables dependientes puesto a que se considera que ya se han sometido a dicha intervención.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Escala histórica: historia de problemas con	Independiente / Dependiente ordinal	Ajuste pasado: historia de la violencia en la persona y su comportamiento psicosocial.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	0=No / Omitido 1=Posiblemente 2=Definitivamente

H1. Violencia	Independiente / Dependiente ordinal	El uso intencional de la fuerza física contra otra persona o grupo que tiene como consecuencia o es muy probable que la tenga como un traumatismo, daño o muerte	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H2. Otras conductas antisociales.	Independiente / Dependiente ordinal	Comportamiento antisocial no violento físicamente: robar, mentir, falsificar.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H3. Relaciones interpersonales.	Independiente / Dependiente ordinal	Patrón de relaciones interpersonales y forma de relacionarse con terceros.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H4. Trabajo.	Independiente / Dependiente ordinal	Actividad laboral de tipo remunerada.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H5. Consumo de drogas.	Independiente / Dependiente ordinal	Consumo de sustancias psicoactivas y problemas o trastornos derivados de su consumo.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H6. Trastorno mental grave.	Independiente / Dependiente ordinal	Diagnóstico previo de un trastorno mental de acuerdo a un sistema nosológico adecuado.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H7. Trastorno de personalidad.	Independiente / Dependiente ordinal	Diagnóstico previo de un trastorno de personalidad de acuerdo a un sistema nosológico adecuado.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H8. Experiencias traumáticas.	Independiente / Dependiente ordinal	Antecedente de exposición a eventos adversos o traumáticos a lo largo de la vida..	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H9. Actitudes violentas.	Independiente / Dependiente ordinal	Antecedente de eventos que representen un daño verbal o estructural sin que sea realizado un daño físico.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
H10. Respuesta al tratamiento o la supervisión.	Independiente / Dependiente ordinal	Historia de incumplimiento al seguimiento terapéutico, o falta de apego o respuesta a un tratamiento farmacológico.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
Escala clínica: problemas recientes con:	Independiente / Dependiente ordinal	Ajuste presente: comportamiento actual o presente.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	0=No / Omitido 1=Posiblemente 2=Definitivamente
C1. Insight	Independiente / Dependiente ordinal	Capacidad de comprender los procesos mentales y autoconocimiento de enfermedad.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
C2. Ideas o intentos de violencia.	Independiente / Dependiente ordinal	Actitudes negativas que pueden convertirse en eventos violentos, ideas de daño o planes de violencia.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
C3. Síntomas de Trastorno mental grave.	Independiente / Dependiente ordinal	Presencia de síntomas afectivos, ansiosos, psicóticos negativos o positivos.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
C4. Inestabilidad.	Independiente	Inestabilidad conductual,	Puntaje de evaluación y	

	/ Dependiente ordinal	emocional o afectiva.	gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
C5. Respuesta al tratamiento o supervisión.	Independiente / Dependiente ordinal	Respuesta al tratamiento o supervisión actual.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
Escala de gestión de riesgo: problemas futuros con:	Independiente / Dependiente ordinal	Ajuste futuro: comportamiento previsto a la luz de los planes u objetivos.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	0=No / Omitido 1=Posiblemente 2=Definitivamente
R1. Servicios y planes profesionales.	Independiente / Dependiente ordinal	Capacidad de aceptar y seguir programas de reinserción o tratamiento.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
R2. Condiciones de vida.	Independiente / Dependiente ordinal	Contar con condiciones de vida lo suficientemente estables que no desestabilicen al individuo.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
R3. Apoyo personal.	Independiente / Dependiente ordinal	Probabilidad de contar con apoyo de familiares e iguales.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
R4. Respuesta al tratamiento o la supervisión.	Independiente / Dependiente ordinal	Motivación y voluntad de apego al tratamiento farmacológico.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	
R5. Afrontamiento al estrés.	Independiente / Dependiente ordinal	Reacción a situaciones estresantes.	Puntaje de evaluación y gestión del riesgo de violencia en una persona de acuerdo a la HCR-20 V3.	

Tabla 2. Operacionalización de variables de HCR-20 V3.

Debido al enfoque que se realizará en este protocolo de investigación, se consideró pertinente la correlación del riesgo de violencia con la presencia de un escala que evalúe y estadifique la presencia y severidad de los síntomas psicóticos por lo que se consideró la Escala de Síntomas Positivos y negativos de la Esquizofrenia PANSS.

La escala PANSS fue diseñada originalmente para hacer una valoración de la severidad de los síntomas positivos y negativos, la evaluación de respuesta al tratamiento farmacológico así como una medición de la psicopatología general y su influencia en la gravedad de los síndromes positivos y negativos (Kay et al., 1987).

Consta de 30 reactivos dentro de los cuales 7 corresponden a la Subescala Positiva en los que se evalúa la presencia y severidad de delirios, desorganización conceptual, conducta alucinada, excitación, grandiosidad, suspicacia/persecución y hostilidad, 7 ítems conforman la Subescala

Negativa en los que se evalúa el embotamiento afectivo, el aislamiento afectivo, empatía limitada, aislamiento social, dificultad de pensamiento abstracto, dificultad para la fluidez del discurso y pensamiento estereotipado y 16 reactivos más constan la Subescala de Psicopatología General en los que se evalúa la presencia de síntomas variados como ansiedad, depresión, desorientación, preocupación, etc. Cada uno de estos se les estadifica de acuerdo a su severidad en un valor numérico entre 1 a 7, siendo uno el menor y siete el mayor grado de afección posible (Kay et al., 1991).

La calificación de la PANSS estará determinada a lo largo de un período específico de una semana. La información debe de derivar de parte de la entrevista clínica, de los reportes del personal encargado del paciente y de los familiares o cuidadores primarios del mismo. La variedad de fuentes de información será la complementación entre los diversos ítems de la escala en base a preguntas dirigidas (Kay et al., 1987).

En base a los grados de severidad, se obtiene una puntuación total de cada subescala y una global cuyos extremos posibles van de 30 a 210 puntos. No cuenta con un punto de corte en específico, algunos estudios farmacológicos han considerado como punto de severidad de síndrome positivo un puntaje igual o mayor a 15 puntos o haber obtenido un número 4 en alguno de los siguientes: delirios, desorganización conceptual, comportamiento alucinatorio y suspicacia, para el síndrome negativo se considera la severidad si es que se encuentra un puntaje igual o mayor a 15 total o haber obtenido un puntaje de 4 en los ítems que evalúan el embotamiento afectivo, aislamiento emocional, disminución de la empatía y evitación social activa/pasiva. Se considerará que no existe PANSS total y por tanto no es valorable si más de 3 reactivos no se contestan. En caso de que estén faltantes 3 o menos ítems, para determinar el valor total se utilizará el valor obtenido de la PANSS de los elementos faltantes, se multiplicará por 30 y se dividirá entre el total de elementos no faltantes (Apiquían et al., 2000).

Se han examinado las propiedades de esta escala encontrándose correlaciones interobservadores para las tres subescalas de la PANSS que van de 0.83 a 0.87 con alto grado de significancia ($p < 0.0001$). Además, como parte del mismo estudio se valoró la validez concurrente con las Escalas de Andreasen, con la correlación para subescalas positivas ($r = 0.77$, $p < 0.0001$) y para subescala negativa fue igual ($r = 0.77$, $p < 0.0001$) (Kay et al., 1987).

La escala PANSS cuenta con una versión en español creada por los propios autores. Cuenta con una reproductibilidad muy similar a la estandarización de la versión original en la que para evaluarlo se aplicaron ambas a un total de 57 pacientes y donde se encontró que la correlación entre ambas fue adecuada para las diferentes subescalas ($r=0.92$ para la escala positiva y $r=0.83$ para la negativa, $p<0.0001$). Dichos datos aportan la información suficiente para sugerir que la versión en español tiene propiedades clinimétricas similares a la versión original y puede ser empleado en hispanohablantes (Kay et al., 1990).

En México, se realizó un estudio de confiabilidad de la PANSS en 13 pacientes de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con el diagnóstico de esquizofrenia. Fue calificado por 6 diferentes evaluadores y se determinó un coeficiente de correlación interevaluador en un rango de 0.81 a 0.99 y se analizó su consistencia interna encontrando un alfa de Cronbach de 0.92 de la calificación total, lo cual sugiere una alta reproductibilidad en nuestro medio (Herrera-Estrella, 1993).

La psicopatología de la esquizofrenia comprende una compleja y heterogénea serie de síntomas por lo que su comprensión podría quedar limitada por los modelos de comprensión en los que históricamente se ha entendido: los síntomas negativos y positivos, por lo que se han desarrollado diversos modelos de comprensión con intención de abarcar los diferentes procesos psicopatológicos. Diversos estudios han estado a favor del modelo de cinco dominios: positivos, negativo, cognitivo, ansiedad/depresión y excitación, y se consideran necesarios para la comprensión del padecimiento (Emsley et al., 2003).

En cuanto a población psiquiátrica mexicana, se ha determinado la validez concurrente del modelo pentagonal de la PANSS en un protocolo de estudio realizado en nuestra institución con un total de 150 pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia determinando la validez concurrente al ser contrastada con la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica en cuanto a los síntomas positivos y negativos, la Escala Calgary para la Depresión en la Esquizofrenia para el dominio de depresión/ansiedad, el MiniMental de Folstein para el dominio cognitivo y en cuanto a los síntomas de excitabilidad fue comparada con la Escala de Agresión Explícita, todos ellos por medio del coeficiente de correlación de Pearson con un nivel de significancia global establecido de $p=0.01$, con

altos niveles de consistencia interna entre las diversas escalas por lo que se puede emplear en este tipo de población. (Fresán et al., 2005).

Al igual que lo establecido para la HCR-20, en la evaluación al ingreso nuestras variables se consideran independientes puesto que no han estado sujetas a la maniobra de hospitalización y en la evaluación final corresponde a variables dependientes expuestas a la intervención propuesta.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Subescala positiva	Independiente / Dependiente ordinal	Consiste en la presencia de síntomas o fenómenos añadidos a la experiencia normal.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	1= Ausente. 2= Mínimo. 3= Leve. 4= Moderado. 5= Moderadamente severo. 6= Severo. 7= Extremo.
P1. Delirios	Independiente / Dependiente ordinal	Creencia que es falsa, no influenciada por la experiencia y es sostenida con convicción.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
P3. Conducta alucinatoria.	Independiente / Dependiente ordinal	Conducta que indica percepciones que no han sido generadas por estímulos externo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
P5. Grandiosidad.	Independiente / Dependiente ordinal	Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
P6. Susplicia/Persecución.	Independiente / Dependiente ordinal	Ideas irreales o exageradas de persecución reflejada en actitudes cautelosas y desconfiadas, hiperalerta.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N7. Pensamiento estereotipado.	Independiente / Dependiente ordinal	Disminuida fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento rígido, repetitivo o contenido estéril.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G1. Preocupación somática.	Independiente / Dependiente ordinal	Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G9. Contenido inusual del pensamiento.	Independiente / Dependiente ordinal	Caracterizado por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas que oscila entre lo peculiar y lo ilógico o absurdo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G12. Falta de juicio y discernimiento.	Independiente / Dependiente ordinal	Trastorno de la consciencia o comprensión del propio padecimiento.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
Subescala negativa	Independiente / Dependiente ordinal	Síntomas y fenómenos añadidos que representan la pérdida de una función previa del individuo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N1. Embotamiento	Independiente /	Respuesta emocional disminuida	Determinación de la	1= Ausente. 2= Mínimo. 3= Leve. 4= Moderado. 5=

afectivo	Dependiente ordinal	caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones y gestos de comunicación.	gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	Moderadamente severo. 6= Severo. 7= Extremo.
N2. Retraimiento emocional.	Independiente / Dependiente ordinal	Falta de interés, participación o preocupación afectiva de los hechos cotidianos.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N3. Pobre relación	Independiente / Dependiente ordinal	Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta y sensación de proximidad e interés.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N4. Retraimiento social	Independiente / Dependiente ordinal	Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debido a la pasividad, apatía, falta de energía o voluntad.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N6. Espontaneidad y fluidez de la conversación.	Independiente / Dependiente ordinal	Reducción de la fluidez normal de la conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G7. Retardo motor.	Independiente / Dependiente ordinal	Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y lenguaje.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G16. Evitación social activa.	Independiente / Dependiente ordinal	Conducta social disminuida que se asocia a temor injustificado, hostilidad o desconfianza.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
Subescala cognitiva	Independiente / Dependiente ordinal	Signos y síntomas del funcionamiento cognitivo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	1= Ausente. 2= Mínimo. 3= Leve. 4= Moderado. 5= Moderadamente severo. 6= Severo. 7= Extremo.
P2. Desorganización conceptual.	Independiente / Dependiente ordinal	Proceso desorganizado del pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas a la consecución de objetivos.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
N5. Pensamiento abstracto.	Independiente / Dependiente ordinal	Deterioro en el uso del modo del pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G5. Manierismo y posturas.	Independiente / Dependiente ordinal	Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G11. Atención deficiente.	Independiente / Dependiente ordinal	Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G13. Alteración de la voluntad.	Independiente / Dependiente ordinal	Trastorno de la iniciativa voluntaria, mantenimiento y control de pensamiento, conducta, movimiento y lenguaje.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G15. Preocupación.	Independiente /	Preocupación por pensamientos y	Determinación de la	

	Dependiente ordinal	sentimientos internamente generados en detrimento de la conducta adaptativa.	gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G10. Desorientación.	Independiente / Dependiente ordinal	Falta de consciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, lugar y tiempo	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
Subescala de excitabilidad.	Independiente / Dependiente ordinal	Signos y síntomas del individuo que representan un estado de aumento en la actividad psicomotriz.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	1= Ausente. 2= Mínimo. 3= Leve. 4= Moderado. 5= Moderadamente severo. 6= Severo. 7= Extremo.
P4. Excitación	Independiente / Dependiente ordinal	Hiperactividad, aumento en la velocidad de la conducta motriz, aumento de la respuesta a estímulos.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
P7. Hostilidad	Independiente / Dependiente ordinal	Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento que incluye sarcasmos, insultos y violencia física.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G8. Falta de colaboración.	Independiente / Dependiente ordinal	Rechazo activo a acceder a deseos de los demás.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G14. Deficiente control de impulsos.	Independiente / Dependiente ordinal	Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos lo que resulta en una descarga súbita no modulada y sin tener en cuenta las consecuencias.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
Subescala de ansiedad y depresión	Independiente / Dependiente ordinal	Signos y síntomas afectivos y del espectro ansioso.	Determinación de la gravedad de síntomas depresivos y ansiosos por medio de PANSS.	
G2. Ansiedad	Independiente / Dependiente ordinal	Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión o inquietud que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	1= Ausente. 2= Mínimo. 3= Leve. 4= Moderado. 5= Moderadamente severo. 6= Severo. 7= Extremo.
G3. Sentimientos de culpa.	Independiente / Dependiente ordinal	Remordimiento o autorreproches sobre sucesos reales o imaginarios ocurridos en el pasado.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G4. Tensión motora.	Independiente / Dependiente ordinal	Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa o inquietud.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	
G6. Depresión.	Independiente / Dependiente ordinal	Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.	Determinación de la gravedad de síntomas psicóticos por medio de PANSS.	

Tabla 3. Operacionalización de variables de PANSS de cinco dominios.

A fines de la determinación del riesgo de conducta violenta, punto central del protocolo, se ha establecido lo particularmente importante que resulta el concepto de consciencia de enfermedad en el

rol de la conducta violenta, estableciendo de acuerdo a diversos investigadores, la relación directamente proporcional entre ambas.

El concepto de consciencia de enfermedad fue surgiendo como un modelo de entendimiento que abarcaba no solo el aspecto de poseer una enfermedad, si no también evaluando la atribución de los signos y síntomas como parte de una enfermedad, la necesidad de tratamiento y el impacto social de su diagnóstico. Una de las escalas más ampliamente difundidas fue la Escala de Valoración de la no Consciencia de Trastorno Mental (SUMD), diseñada por Amador y colaboradores, quienes estandarizaron un instrumento de 17 ítems para valorar en el que se estableció un cociente de correlación intraclase de entre 0.52 a 0.94 en una muestra de 43 pacientes psicóticos (Amador et al., 1993).

Desde su creación, ha mostrado amplia difusión y uso. Consiste en una escala estandarizada a base de una entrevista semiestructurada directa con el paciente que evalúa tres ítems generales para evaluar la consciencia de enfermedad, la consciencia del tratamiento farmacológico y las consecuencias sociales de un padecimiento mental, así como de 17 ítems que evalúan un síntoma en específico y la consciencia y atribución que el paciente realiza del mismo. Así se conforman dos subescalas: la media de la sumatoria de las puntuaciones de acuerdo a los ítems puntuados y la de atribución de los síntomas, que es la media de las puntuaciones de los síntomas que han podido ser evaluados por tener el paciente consciencia de sí mismos (Ruíz et al., 2008).

La escala asigna un total de cinco puntuaciones: uno por cada uno de los tres ítems generales, un cuarto para una subescala de conciencia y el quinto por la escala de atribución con una puntuación total de uno a cinco en el que a mayor puntuación se relaciona con una peor conciencia de trastorno y una atribución más incorrecta. Los tres ítems generales siempre deben de ser evaluados mientras que de los 17 ítems que hacen referencia a los síntomas solo se valoran si la conciencia de los mismos está claramente presentes y posteriormente, solo se valora la atribución si el paciente tiene conciencia total o parcial del mismo (puntuación de uno a tres), por tanto, la escala de atribución es dependiente de la escala de conciencia (Ruíz et al., 2008).

La validación en español de la SUMD fue realizado en el 2008 con un grupo de 32 pacientes con diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia en el que se determinó un cociente de valoración intraclase entre 0.75 a 0.99 y se determinó que la subescala de conciencia y subescala de atribución no se correlacionaron de forma significativa con una $Rho=0.22$, la cual no es significativa y sugiere que ambas evalúan fenómenos independientes. La validez externa fue determinada por medio del ítem 12 de la PANSS.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
1. Conciencia de trastorno mental	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de comprensión de padecer un trastorno mental y consecuencias del mismo.	Puntaje de evaluación de la conciencia de enfermedad mental de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	0= No puede ser valorado. 1= Conciencia: el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental, los beneficios del tratamiento y consecuencias sociales del mismo. 2-3= Conciencia intermedia: está inseguro de tener un trastorno mental, beneficios del tratamiento, y consecuencias sociales de su padecimiento pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo 4-5= No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental, no conoce beneficios del tratamiento ni las consecuencias sociales del tratamiento.
2. Conciencia sobre los efectos obtenidos con medicamento	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de comprensión de los efectos benéficos y la importancia del uso de medicamentos.	Puntaje de evaluación de la conciencia de enfermedad mental de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	
3. Conciencia de las consecuencias sociales sobre trastorno mental	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de comprensión de la representación de su enfermedad mental en el entorno.	Puntaje de evaluación de la conciencia de enfermedad mental de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	
4. Alucinaciones	Independiente / Dependiente ordinal	Percepciones sensoriales sin objeto.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	0= No puede ser valorado o ítem no relevante. 1= <i>Correcta</i> : el síntoma se debe a un trastorno mental.
5. Delirios.	Independiente / Dependiente ordinal	Ideas falsas y fijas que son sostenidas ante las pruebas de realidad.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	2-3= <i>Parcial</i> : está inseguro, pero puede considerar la posibilidad de que se deba a un trastorno mental.
6. Trastorno del pensamiento.	Independiente / Dependiente ordinal	Formas extrañas o ilógicas de la forma o el contenido del pensamiento.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	4-5= <i>Incorrecta</i> : el síntoma no está relacionado con un trastorno mental.
7. Afecto inapropiado	Independiente / Dependiente ordinal	Afecto no congruente con el contexto en que se desenvuelve.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.	

8. Apariencia o vestimenta inusual.	Independiente / Dependiente ordinal	Vestimenta no congruente con el contexto en que se desenvuelve.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
9. Comportamiento estereotipado o ritualista.	Independiente / Dependiente ordinal	Actos repetitivos o secuenciales.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
10. Juicio social empobrecido.	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de comprensión de conducta en medio social distorsionado.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
11. Control pobre de los impulsos agresivos.	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de control de impulsos de contenido agresivo hacia sí mismo o terceros.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
12. Control pobre de los impulsos sexuales.	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de control de impulsos de contenido sexual hacia sí mismo o terceros.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
13. Alogia.	Independiente / Dependiente ordinal	Ausencia o disminución del lenguaje espontáneo o pobreza de contenido.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
14. Aplanamiento o embotamiento afectivo.	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de incongruencia entre el estado emocional y el afecto expresado.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
15. Desgana o apatía.	Independiente / Dependiente ordinal	Desinterés o falta de motivación o interés a realizar actividades.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
16. Anhedonia - asociabilidad.	Independiente / Dependiente ordinal	Dificultades en la capacidad de disfrutar actividades o inicio de relaciones interpersonales.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
17. Atención pobre.	Independiente / Dependiente ordinal	Dificultades para el inicio o mantenimiento de la aplicación voluntaria de la actividad mental.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
18. Confusión-desorientación.	Independiente / Dependiente ordinal	Grado de alteración en la conciencia de sí mismo, su alrededor y la circunstancias en que se encuentra.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
19. Contacto visual inusual.	Independiente / Dependiente ordinal	Alteraciones en el contacto visual con el entrevistado: evitado o inapropiado.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.
20. Relaciones sociales pobres.	Independiente / Dependiente ordinal	Dificultades para el inicio o mantenimiento de relaciones interpersonales significativas.	Puntaje de evaluación de la conciencia de síntomas de acuerdo a SUMD: promedio de sumatoria.

Tabla 4: Operacionalización de variables de SUMD.

Recolección de datos y análisis de los resultados

De acuerdo a las actividades del cronograma, la recolección de los datos que serán muestra de estudio será realizada dentro del plazo establecido a partir del 01 de diciembre de 2020 al 31 de diciembre de 2021. El análisis de los resultados será realizado entre el 01 de enero a 28 de febrero de 2022. Cabe destacar que serán pacientes ingresados en la primer fecha y que sean egresados hasta la segunda fecha, sin incluir a aquellos en el que proceso de egreso hospitalario no se concrete posterior a la fecha propuesta.

Se considera importante acotar que fechas propuestas recibieron modificaciones en el curso de la evaluación debido a, tras el establecimiento de la pandemia por virus SARS-COV2 se realizaron múltiples restricciones en la atención clínica involucrando operación a menos de 80% de la capacidad total de atención intrahospitalaria, por lo que se ampliaron los tiempos de recolección de muestra.

Consistirá en:

1. Búsqueda y selección de pacientes en el área de hospitalización que cumplan con los criterios propuestos.
2. Propuesta de aceptación de pertenecer a grupo de estudio y firma de consentimiento informado. A cada paciente se le asignará un folio único secuencial para facilitar su seguimiento brindándoles la confidencialidad de sus datos.
3. Evaluación inicial dentro de la primer semana en la que se incluirán datos sociodemográficos del paciente que abarcarán sexo, edad, ocupación, si cuenta con pareja estable y años de escolaridad; así como el diagnóstico de ingreso agrupado dentro de los grupos propuestos por parte del DSM-5; además de la aplicación de los instrumentos de medición a implementar en este protocolo por medio del expediente físico y electrónico o por medio de familiar responsable si lo hubiera y evaluación clínica del paciente, que incluye aplicación de escalas HCR-20 V3 y PANSS.
4. Segunda evaluación comparativa al egreso de estancia intrahospitalaria, que incluya una nueva valoración clínica de las tres subescalas Histórica, Clínica y de Riesgo de la HCR-20, PANSS y la recaudación del diagnóstico de egreso definitivo. La intención de realizar una nueva valoración de la subescala Histórica es determinación si se ha añadido nueva

información de parte de fuentes que se consideren confiables (expediente electrónico o a la valoración médica psiquiátrica al paciente o por medio de familiares).

5. Análisis de resultados: se reportarán frecuencias, rangos y proporciones de las variables nominales. Se realizará correlación entre las variables riesgo de violencia y síntomas psicóticos al ingreso (basal) y al final de la hospitalización. Para determinar el impacto de la hospitalización en el riesgo de violencia se realizará prueba t pareada comparando los valores basales y finales a la hospitalización de dicha variable.

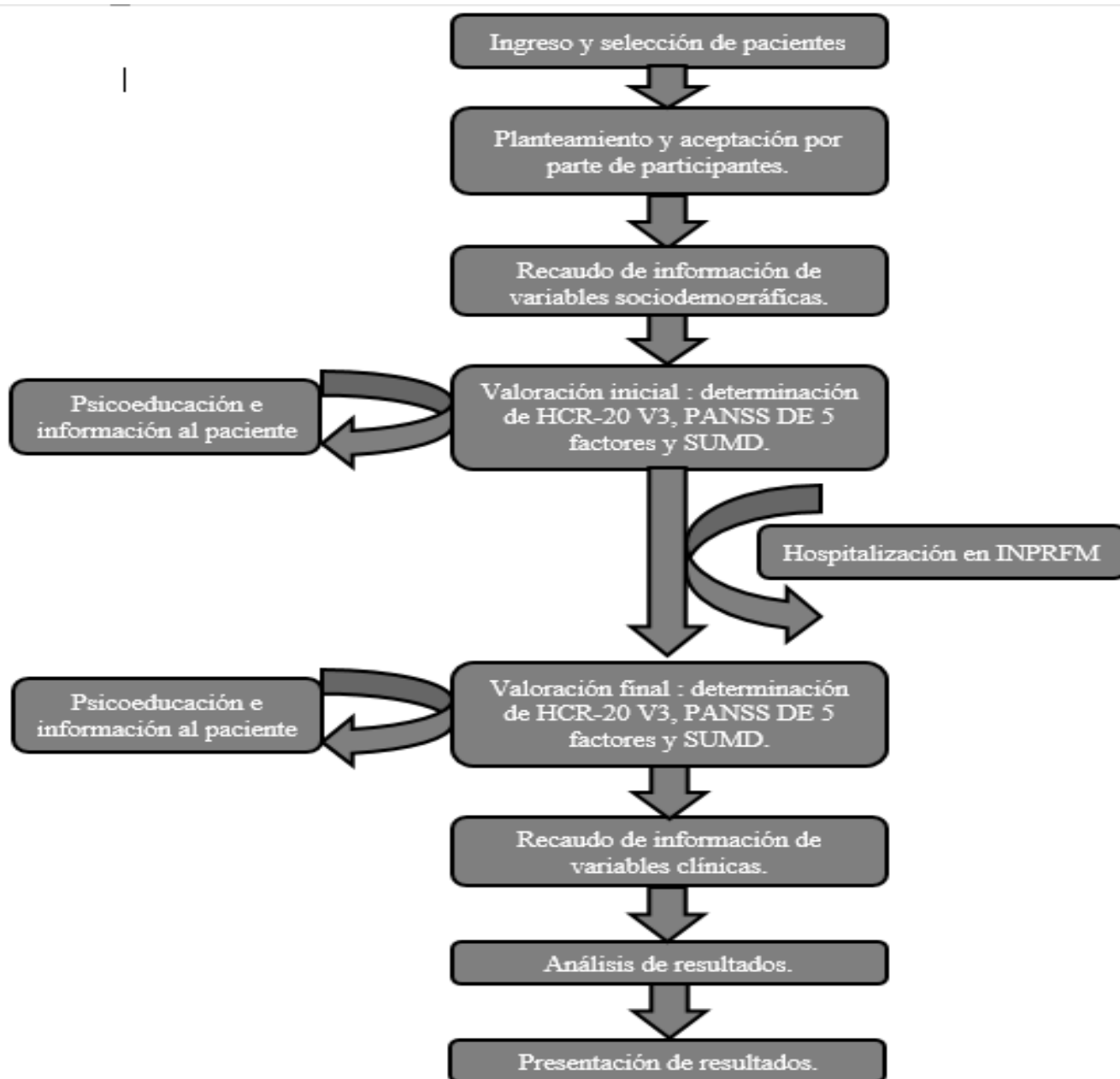


Fig. 1 Flujograma de actividades.

Cronograma de actividades

Año de realización	2019					2020												2021												2022		
Mes	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
Reunión informativa	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Propuesta de tema	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Realización de anteproyecto	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Entrega de proyecto	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Seminario de investigación	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Recolección de muestra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	
Entrega de avance	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
Análisis de resultados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	
Elaboración de informe final	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
Entrega de tesis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	

Tabla 5: Cronograma de actividades.

Implicaciones Éticas del Estudio

La realización de estudios en seres humanos tiene como principal finalidad la ponderación de los beneficios potenciales a obtener de determinadas patologías que aquejan al sufrimiento de nuestros participantes y sus familiares para poder comprender y diagnosticar de modo correcto y así, brindar estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas.

De acuerdo a las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud en Seres Humanos, corresponde a un estudio de riesgos mínimos al considerarse que se realizará una intervención de tipo entrevista clínica sin procedimientos invasivos al paciente. Sin embargo, se debe de considerar que al momento de la valoración se puedan exacerbar los síntomas psicopatológicos de cada paciente e incluso la presencia de riesgos físicos como un aumento en la actividad psicomotriz, y un potencial daño de riesgo auto o heterodirigido en base al padecimiento de cada participante. En ambos casos se debe de resaltar que al permanecer en un entorno controlado como el área de

hospitalización se cuenta con los recursos humanos, farmacológicos o físicos necesarios para llevar a cabo dicha contención apropiada en cada nivel de intervención y asegurar la integridad de los participantes. En caso de ser necesaria intervenciones de dicha magnitud, la intervención se dará por finalizada. (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica, 2016).

En cuanto a los lineamientos implementados dentro de nuestro país, nuestra investigación respeta lo propuesto por parte del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título Segundo acerca de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos y dentro del Capítulo I: Disposiciones Comunes y Capítulo III: de la Investigación en Menores de Edad o Incapaces.

Es importante aclarar que se garantizará de modo confiable la confidencialidad de los datos de los participantes, tanto sociodemográficos como de los derivados de la valoración clínica por medio de asignación de un folio único secuencial con el fin de evitar la revelación de actitudes personales o grupales que puedan conducir a la estigmatización, la discriminación o el prejuicio. En caso de que el paciente así lo desee, se le proporcionarán los datos obtenidos de sus evaluaciones.

Uno de los puntos centrales a considerar es la capacidad de toma de decisiones para el grupo de pacientes que se pretenden evaluar en este estudio. Se debe de entender como capacidad al ejercicio de la autonomía y, por tanto, de nuestros participantes y para ello se exigen al menos tres condiciones: actuar libremente fuera de coacciones externas, contar con información suficiente acerca de la decisión, sus alternativas, beneficios y posibles riesgos así como contar con una serie de aptitudes psicológicas, cognitivas, volitivas y afectivas para gestionar y valorar dicha información (Lorda, 1997).

La valoración de la capacidad debe de ser un elemento esencial al momento de valorar la toma de decisiones y, por tanto, del consentimiento informado el cual corresponde a un deber del médico. Ante la ausencia de una razón para cuestionar la capacidad de un participante, la presunción de capacidad prevalecerá (Appelbaum, 2007).

Entrando de lleno en lo que aquí compete, para que un consentimiento se pueda determinar cómo válido requiere que se haya proporcionado la información pertinente a un paciente clínicamente competente para que así la toma de decisión sea voluntaria. Si el paciente no cuenta con dicha capacidad para el consentimiento, se deben de buscar alternativas. Dicha necesidad de buscarlas corresponde al ejercicio clínico.

En el área de salud mental, diversos estudios han ubicado la falta de capacidad mental en pacientes que cursen con internamiento en área psiquiátrica hasta en un 60%, mucho mayor que en pacientes que en los pacientes admitidos a hospitales generales. La prevalencia varía de acuerdo al grupo de padecimientos siendo más alta en pacientes con trastornos dentro del espectro de la esquizofrenia y bipolares que en los pacientes con depresión o trastornos de la personalidad (Raymont et al., 2004).. Algunos de los factores clínicos que más inciden en esto corresponden a la prominencia de síntomas positivos como las ideas delirantes y una pobre conciencia de enfermedad (Owen et al., 2008).

Los pacientes que cursan con síntomas psicóticos del espectro de la esquizofrenia corresponden a un grupo muy heterogéneo, con una alteración mayor o menor en cuanto a la capacidad para tomar decisiones y además, no se puede considerar estable a través del tiempo (Kovnick et al., 2003).

Derivado de lo anterior comentado y en respeto a los derechos y capacidad de consentimiento de los participantes, para la realización del mismo serán necesarios tanto un consentimiento informado por parte de un familiar responsable, el cual se adhiere a los lineamientos del Instituto para denominarse como tal (familiar directo) y un asentimiento informado del participante, en conformidad con la realización del mismo.

De acuerdo al diseño de nuestro estudio, se solicitó la autorización por parte de la subdirección de Hospitalización y a la Responsable Operativa del Archivo Clínico (Anexos VI y VII) para la realización de las entrevistas clínicas así como para el acceso de datos por medio del expediente clínico.

Adicionalmente, vale la pena mencionar que la falta de conocimiento con respecto a las enfermedades, tanto por parte del paciente como de su círculo primario de apoyo resulta en una

comprensión deficiente y una capacidad limitada para afrontar las diversas expresiones clínicas del paciente, expectativas poco claras con respecto a los objetivos y lineamientos del tratamiento han estado implicado en un peor pronóstico y mayor índice de recaídas de los sujetos afectados (Fresán et al., 2001).

Ante esto, por parte de nuestro equipo de trabajo, se brindará un tríptico informativo al respecto de la sintomatología estudiada para con ello brindar una herramienta adicional a su tratamiento a los pacientes que sean candidatos a participar en nuestro estudio, de modo independiente a que decidan aceptar participar voluntariamente en él y sin que esto proporcione de ningún modo un medio coercitivo para la participación del mismo. Dicho tríptico se encuentra señalada en el Anexo VI.

De acuerdo a lo anterior, los protocolos de investigación en humanos evalúan dos grupos potenciales de beneficios, los beneficios obtenidos a los participantes y los beneficios a terceros. En el caso de nuestro protocolo de estudios, el beneficio directo con los pacientes será proporcionar una serie de pautas apropiadas para la autorregulación y control de impulsos, considerando como beneficios indirectos a largo plazo en individuos con padecimientos similares en los cuales puedan aplicarse las conclusiones que de éste se deriven y en un plano más indirecto, los beneficios hacia grupos sociales cercanos a los mismos con la implementación de medidas de contención adecuadas e individualizadas de acuerdo a sus valoraciones.

Cabe señalar que dicha propuesta será presentado al Comité de Ética correspondiente, en espera de las señalizaciones que éste considere pertinente, de acuerdo al cronograma adherido al Comité de Tesis Institucional el cual ha tenido modificaciones pertinentes a la contingencia sanitaria y los ajustes realizados a la modalidad de trabajo del instituto derivados de éste.

RESULTADOS

Durante el período de tiempo propuesto para la recolección de muestra, se recabaron los datos de un total de 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (n=50) los cuales se recolectaron durante un tiempo estimado de doce meses desde diciembre de 2020 a diciembre de 2021, tiempo en

el cual transcurrió su estancia intrahospitalaria en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Con respecto a las características socio demográficas, se estudiaron variables correspondientes a edad, sexo, estado civil, años de escolaridad cursados y si presentaban un empleo u ocupación fija.

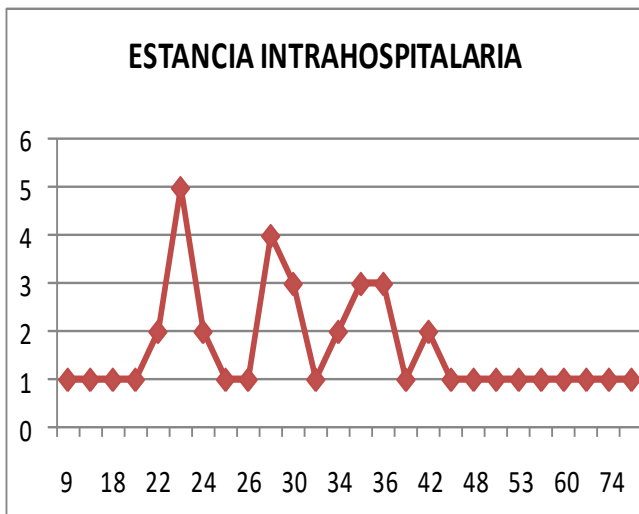


Fig. 2. Días de estancia intrahospitalaria

Del total de 50 individuos en la muestra, el rango de edad abarcó desde los 18 a 64 años al momento de las mediciones, obteniendo una media de edad de 31.12 años, *de +/-11.104*. En cuanto al sexo, se incluyó a 23 hombres (46%) y 27 mujeres (54%). En cuanto a si contaban con pareja o relación de pareja, 41 de los participantes no mantenían relación de pareja (82%) mientras que 9 de dicha muestra si (18%).

El promedio de años de escolaridad fue de 12.44 con *de +/- 2.779*, y un rango de 6 a 18 años de escolaridad. Del total, un 16% (n=8) contaban con un empleo fijo y un 84% (n=42) estaban desempleados al momento de la primera valoración. El nivel socioeconómico asignado por la institución, en una escala de uno a cinco, resultó un valor de la media de 2.2 en una escala institucional de 1 a 5, con moda en el segundo nivel.

Se analizaron de forma descriptiva las variables relacionadas al curso del internamiento. Respecto a la estancia intrahospitalaria se obtuvo una media de



Fig. 3 Eventos de sujeción reportados durante estancia hospitalaria

32.9 días de estancia, *de* +/- 15.874, rango de 9 a 89 días, moda de 21 días. Con respecto a eventos de agresividad que requirieron de sujeción gentil, del total un 16% (n=8) presentaron eventos que ameritaron dicha intervención, siendo innecesario en el 84% (n=42).

En el grupo que requirió de sujeción (n=8), cinco casos requirieron la sujeción hasta en 3 ocasiones (62.5%) y tres en cuatro o más ocasiones (37.5%). En cuanto al tratamiento para alcanzar el alta por mejoría, se indicaron hasta dos psicofármacos al 54% (n=27), más de dos psicofármacos en el 38% (n=19), y uso de TEC agregado al manejo farmacológico en 8% (n=4).

En cuanto a la estadística descriptiva para los puntajes obtenidos en las escalas aplicadas, se analizaron las medidas de tendencia central y dispersión correspondientes a variables escalares, así en la HCR-20 la medición basal la media fue de 24.82, *de* +/-6.057, rango de 14 a 27 puntos, y la HCR-20 medición final una media de 17.40, *de* +/- 5.959, con rango de 6 a 33 puntos. En la PANSS total basal una media de 129.86, *de* +/- 18.893, rango 82 a 174, y PANSS final media de 75, *de* +/- 19.538, rango de 43 a 131 puntos. En la SUMD basal la media fue de 46.40, *de* +/- 7.690, rango de 29 a 55 puntos, con moda de 55 puntos, y la SUMD final con media 27.68 y *de* +/- 10.342, rango de 11 a 51 puntos, con moda de 15 puntos.

Para el análisis estadístico inferencial se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 28, con el cual en primer lugar se exploró la relación entre las variables con la prueba de correlación Spearman, contrastando los datos escalares de las variables sociodemográficas, las del curso en la hospitalización y el nivel basal del puntaje en las escalas HCR-20, PANSS total, y SUMD. Los resultados significativos se obtuvieron para una tendencia a la correlación positiva entre el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico $r= 0.234$, $p= 0.051$; una correlación inversa entre los años de escolaridad y el puntaje basal en HCR-20 $r= -0.273$, $p= 0.28$; una tendencia a la correlación inversa entre el nivel socioeconómico y el puntaje basal en HCR-20 con $r= -0.242$, $p= 0.45$; asimismo se identificó una correlación positiva entre el puntaje basal del PANSS total y el puntaje basal en la HCR-20, $r= 0.277$, $p= 0.026$, por último se encuentra una tendencia estadística a la correlación positiva entre el PANSS basal y el puntaje en la SUMD, $r= 0.216$, y $p = 0.066$.

Como objetivo central del análisis inferencial, se aplicó la prueba de comparación estadística de medias t de Student, para muestras relacionadas, admitiendo las mediciones en las escalas HCR-20 y PANSS total, en razón de las características de la distribución de los puntajes en estas mediciones. Con lo anterior se rechaza la hipótesis estadística nula.

Para el contraste de medias entre la HCR-20 basal y final (media basal =24.82, media final=17.40), se obtuvo una $t=18.987$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 2.763, IC 95% 2.084-3.280; entre la PANSS basal (media=129.86) y final (media= 75.0) resultó una $t=20.549$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 18.878, IC 95% 2.266-3.540.

Al encontrar niveles de significancia estadística se procedió a replicar el análisis inferencial con la misma prueba para las subescalas de la HCR-20 y los dominios de la PANSS. Así en la HCR-20 subescala clínica, la comparativa basal (media=8.7) y final (media=3.64) resultó en una $t=19.052$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 1.878, IC 95% 2.091-3.291. En la HCR-20 subescala riesgo futuro se obtuvieron una media= 6.16 basal y media final=3.64, una $t=11.091$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 1.607, IC 95% 1.149-1.980.

En la PANSS dominio síntomas positivos con una media inicial=39.2 y media final= 21.14, se obtuvieron una $t=20.126$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 6.345, IC 95% 2.217-3.469. En la PANSS dominio síntomas negativos con media inicial=30.72 y media final=21.68, una $t=13.082$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 4.886, IC 95% 1.388-2.305. En la PANSS dominio cognitivo se obtuvo una media inicial= 27.74 y media final=15.30, una $t=13.272$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 6.628, IC 95% 1.411-2.336. En la PANSS dominio excitación (media inicial=17.72, media final 7.90), una $t=18.395$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 3.736, IC 95% 2.015-3.182. En la PANSS dominio depresión y ansiedad (media inicial= 14.18, final=8.62 respectivamente), se obtuvo una $t=7.872$, $gl=49$, $p < 0.001$, d de Cohen 4.995, IC 95% 0.756-1.463, destacando este rango en el intervalo de confianza.

Debido a las características en la distribución de las frecuencias en los puntajes resultantes en la escala SUMD basal y final, se optó por un análisis estadístico inferencial mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas, con las transformaciones en las variables

escalares que permite el paquete estadístico SPSS statistics versión 28. Se obtuvo entre la SUMD basal y final una $z = -6.096$, $p = <0.001$, encontrando una diferencia significativa entre el nivel basal de la SUMD y el nivel final.

Prueba de muestras relacionadas	Media	Lím inf (IC95%)	Lím sup (IC 95%)	T student	Significancia
HCR20inicial - HCR20TFin	7.42	6.635	8.205	18.987	0
SubsCinic – SubsCFin	5.06	4.526	5.594	19.052	0.094
SubsRinic – SubsRFin	2.52	2.063	2.977	11.091	0.001
PANSSTinic – PANSSTFin	54.86	49.495	60.225	20.549	0
PANSSPinic – PANSSPFin	18.06	16.257	19.863	20.126	0
PANSSNinic – PANSSNFin	9.04	7.651	10.429	13.082	0
PANSSCogninic – PANSSCongFin	12.44	10.556	14.324	13.272	0.036
PANSSExcinic – PANSSExcFin	9.72	8.658	10.782	18.395	0
PANSSDepAnsanic – PANSSdepanFin	5.56	4.141	6.979	7.872	0
SUMD – SUMDfin	18.72	15.879	21.561	13.24	0.003

Tabla 6. Correlación de pruebas pareadas.

DISCUSIÓN

Con respecto a la muestra total, no se considera que existan diferencias significativas en cuanto a sexo de los participantes. El grupo etario también mostró una asociación consistente entre la media aritmética y moda, con gran concordancia entre las medidas de tendencia central por lo que se consideró relativamente homogénea.

Se destaca dentro de las variables sociodemográficas que el promedio de edades de los pacientes atendidos dentro del área de hospitalización se encuentran mayoritariamente dentro del grupo en donde se espera encontrar población económicamente activa o en desarrollo académico, lo que pudiera traducirse en un promedio de años cursados menor a la media nacional para ingreso a estudios profesionales de licenciatura, con limitación económica y pobre promoción de desarrollo personal y profesional asociada ampliamente en la literatura a la caracterización de los padecimientos psiquiátricos graves abarcados en esta muestra y cual tiene repercusión sobre su acceso a oportunidades laborales y por ende al nivel socioeconómico, lo que se asocia ampliamente a factores

psicosociales para el origen y perpetuación a la violencia como pobre integración de red de apoyo adecuada y acceso a servicios básicos de salud, desarrollo y crianza dentro en un entorno social adverso con normalización a cultura de la violencia, con acceso a medios potencialmente riesgosos como consumo de sustancias o riesgo de ser víctima de violencia.

A pesar de lo heterogéneo que se muestra el rango de días de estancia intrahospitalaria, parece importante señalar que el promedio del mismo no distó sustancialmente del rango promedio de estancia para el resto de padecimientos atendidos en la mencionada institución. Otra de las variables estudiadas dentro de las medidas de estancia intrahospitalaria incluyó la cantidad de eventos de agresión explícita que requirieron, debida a su gravedad, la necesidad de contención mediante la restricción física delimitando que la gran cantidad de muestra de pacientes no lo requirió a lo largo de su hospitalización. Dichos hallazgos aclaran que en nuestro medio el gran estigma asociado al riesgo de violencia o expresión inminente de agresión no corresponde a una fracción significativa de la muestra y además, que el acceso a medidas no mecánicas de control y reducción de daño como la contención verbal o farmacológica suelen ser una medida suficiente en gran parte de los eventos pese a la gravedad de psicopatología y del padecimiento, sin embargo debido a la poca información y acceso a educación de los padecimientos mentales no es práctica habitual de la población general.

Con respecto a las pruebas *t* de muestras relacionadas, a nivel global con respecto a lo reportado a través de la muestra de pacientes se observó una reducción estadísticamente significativa en el puntaje de HCR-20 para la predicción del riesgo de violencia posterior a la intervención evaluada, es decir, la hospitalización. Sin embargo, es importante precisar un desglose de dichos datos ya que de los diferentes dominios evaluados en la escala HCR-20, la subescala histórica de egreso no presenta modificaciones con respecto al ingreso ya que abarca factores presentados previo a hospitalización y con respecto a subescala clínica, mostró un valor de *p* no estadísticamente significativo únicamente encontrándolo en la subescala de riesgo a futuro.

La falta de significancia estadística en el pareo de muestras relacionadas para la subescala clínica podría representar un sesgo en las evaluaciones con respecto a las preguntas dirigidas a la valoración clínica de dicha prueba, que mide únicamente la presencia o ausencia de dichas características sin una ampliación de la severidad de la psicopatología y que, siendo la atención hospitalaria enfocada al

episodio agudo, no tiene como finalidad la remisión completa de dicha sintomatología sino el establecimiento de un tratamiento que encause a la mejoría y contención de conductas potencialmente riesgosas para la integridad del paciente y de terceros.

Esto tiene sustento en los resultados estadísticamente significativos obtenidos en las pruebas estadísticas para la escala PANSS y en la valoración de la escala SUMD, ambas abarcando tanto la severidad de la psicopatología en distintos dominios y el grado de consciencia y atribución de enfermedad, en donde influyen mayoritariamente las principales estrategias de la hospitalización como el establecimiento de una estrategia farmacológica de contención en los síntomas psicóticos y el grado de consciencia de enfermedad además de la psicoeducación brindada a pacientes y familiares, que impacta propositivamente en la disminución del riesgo de violencia.

Ahora bien, es de destacarse la presencia de hallazgos que correlacionan la presencia y severidad de la psicopatología con el riesgo de violencia presentado por estos pacientes, con una tendencia franca sobre los resultados a la disminución de la gravedad de la psicopatología, situación relacionada ampliamente con el riesgo de violencia en pacientes que cursan con trastornos psicóticos por lo que al reducir su severidad con la hospitalización se considera el potencial beneficio que se obtendría de la misma en la reducción del riesgo de violencia.

CONCLUSIONES

La violencia constituye un fenómeno social complejo y multidimensional que abarca una serie de factores predisponentes sumados a través de la historia de vida, la presencia o ausencia de síntomas clínicos y situaciones predisponentes en el entorno social inmediato a desenvolverse.

Históricamente, el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico ha sido cultural e históricamente asociada a mayor riesgo de violencia, adicionalmente vista aún más plausible ante la aparición de diagnósticos que involucre los síntomas psicóticos y pobre consciencia de la enfermedad, lo que ha traído consigo un círculo de marginación, estigma y deterioro de oportunidades de desarrollo profesional y entorno seguro que los acerca a factores contribuyentes y detonantes de conductas potencialmente riesgosas.

Ahora bien, la presencia de riesgo de violencia en los trastornos psiquiátricos graves y más específicamente dentro del espectro de la esquizofrenia, si bien impresiona un hecho aislado y asociado a la gravedad de la psicopatología, sigue siendo un evento potencialmente plausible. Las intervenciones de atención en salud mental como el acceso a tratamiento farmacológico, psicoeducación y posible necesidad de manejo intrahospitalario sigue siendo un paradigma de potencial beneficio y control de daño de los mismos, con oportunidad de mejora de padecimiento y con respecto al pronóstico psicosocial ulterior al mismo.

Es importante enfatizar que debido a los beneficios demostrados con respecto a los instrumentos aplicados, en al menos este grupo de población con dichos padecimientos seguimos presentando una deuda enorme de atención, control y manejo tanto farmacológico como psicosocial del mismo por lo que encausar la necesidad y establecimiento de políticas públicas de salud y salud mental a nuestra población de interés debería de establecerse como necesaria y asequible.

Referencias

1. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., Gorman, J.M., 1993. Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 150:873–879.
2. Apiquián, R., Fresán, A., Nicolini, H., (2000). Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español, Ciudad de México, México. *Ciencia y Cultura Latinomérica*. 1ra edición, pp. 26-35.
3. Appelbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834-1840.
4. Arbach-Lucioni, K., Andrés-Pueyo, A., Pomarol-Clotet, E., Gomer-Soñes, J. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: a prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 22(2), 203-222.
5. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5R), 5a Ed. Arlington, VA, *Asociación Americana de Psiquiatría*, 2014.
6. Belfrage, H., & Douglas, K. S. (2002). Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 25–36.
7. Belvederi Murri, M., Respino, M., Innamorati, M., Cervetti, A., Calcagno, P., Pompili, M., Lamis, D.A., Ghio, L., Amore, M., 2015. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.003>
8. Bjørkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others — A literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 617–631.
9. Bjørkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others — A literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7(6), 605–615.
10. Bjørkly, S. (2006). Empirical evidence of a relationship between insight and risk of violence in the mentally ill — A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 11(4), 414–423.
11. Bjørkly, S., Eidhammer, G., & Selmer, L. E. (2014). Concurrent validity and clinical utility of the HCR20 V3 compared with the HCR-20 in forensic mental health nursing: similar tools but improved method. *Journal of Forensic Nursing*, 10(4), 234-242.

12. Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U.H., & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 711–726
13. Boban, J., Narayanaswamy, J.C., Venkatasubramanian, G., 2015. Insight in schizophrenia: relationship to positive, negative and neurocognitive dimensions. *Indian J. Psychol. Med.* 37:5–11.
14. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión; Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Última Reforma 02-04-2014. *Diario Oficial de la Federación* e, 5-10.
15. Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders: A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 567–590.
16. Cox J, Fairfax-Columbo J, DeMatteo D, et al. An update and expansion on the role of the Violence Risk Appraisal Guide and Historical Clinical Risk Management-20 in United States case law. *Behav Sci Law*. 2018;1–15
17. Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 679–706
18. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR20V3: Assessing risk for violence – User guide. Burnaby, Canada: *Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University*
19. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS & Wilson CM, (2014) Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview, *International Journal of Forensic Mental Health*, 13:2, 93-108.
20. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D. y Belfrage, H. (2015). HCR-20 V3: Valoración del riesgo de violencia: guía del evaluador. (K. Arbach-Lucioni y A. Andrés-Pueyo, Eds.) (Adaptación). Barcelona: *Universitat de Barcelona*.
21. Emsley, R., Rabinowitz, J., Torreman, M., 2003. The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophr. Res.* 61, 47– 57.
22. Farah-Phérez, A. (2019). Validez concurrente entre las versiones 2 y 3 de la Guía para la valoración de riesgo de comportamientos violentos, HCR-20, en población psiquiátrica mexicana. Especialidad en Psiquiatría. Hospital Español de México, *Universidad Nacional Autónoma de México*.

23. Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research* . W. B. Saunders Company.
24. Fresán, A., Apiquian, R., de la Fuente-Sandoval, C., Loyzaga, C., García-Anaya, M., Meyenberg, N., & Nicolini, H. (2005). Violent behavior in schizophrenic patients: relationship with clinical symptoms. *Aggressive Behavior*, 31(6), 511–520
25. Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud Mental*, 24(4), 36-40.
26. Fresán A, De la Fuente-Sandoval C, Loyzaga C, García-Anaya M, Meyenberg N, Nicolini H, Apiquian R. A forced five-dimensional factor analysis and concurrent validity of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in Mexican schizophrenic patients. *Schizophrenia Research* 72, p.p. 123-129, 2005
27. Gabbard GO. Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. *Stigma and mental illness*. Washington: *American Psychiatric Press*; 1992. pp. 113–126
28. Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), 819–831.
29. Goethals, K.R., Vorstenbosch, E.C.W., & van Marle, H.J.C. (2008). Diagnostic comorbidity in psychotic offenders and their criminal history. A review of the literature. *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(2), 147–156.
30. Gregg, L., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 494–510.
31. Gottfredson, D.M. (1987). Prediction and classification in criminal justice decision making. *Crime and justice*, 9, 1-20.
32. Gottfredson, D.M. and Gottfredson, S.D. (1988a). Stakes and Risks in the Prediction of Violent Criminal Behavior. *Violence and Victims*, 3(4), 247-262.
33. Gottfredson, S.D. and Gottfredson, D.M. (1988b). Violence Prediction Methods: Statistical and Clinical Strategies. *Violence and Victims*, 3(4), 303-333.

34. Guy, L. S. (2008). Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: A metaanalytic survey. Unpublished doctoral dissertation, *Simon Fraser University*, Burnaby, Canada
35. Hart, Stephen & Logan, Caroline. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgement approach. *Forensic Case Formulation*. 10. 83-106.
36. Herrera-Estrella M., Torner C., González G y cols. Estudio de la confiabilidad de la traducción al español de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) para valorar esquizofrenia. *Psiquis* 1993, 2 :47-51.
37. Ho, R. W. H., Chang, W. C., Kwong, V. W. Y., Lau, E. S. K., Chan, G. H. K., Jim, O. T. T., Hui C. L. M. Chan S. K. W., Lee E. H. M., Chen, E. Y. H. (2018). Prediction of self-stigma in early psychosis: 3-Year follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention. *Schizophrenia Research*, 195, 463–468.
38. Hoptman MJ, Volavka J, Johnson G, Weiss E, Bilder RM, Lim KO. Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry*. 2002;52:9–14.
39. Hoptman MJ, D'Angelo D, Catalano D, et al. Amygdalofrontal functional disconnectivity and aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2010;36:1020–1028.
40. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0128536.
41. Johnson, K. L., Desmarais, S. L., Tueller, S. J., Grimm, K. J., Swartz, M. S., & Van Dorn, R. A. (2016). A longitudinal analysis of the overlap between violence and victimization among adults with mental illnesses. *Psychiatry Research*, 246, 203–210
42. Joyal CC, Putkonen A, Mancini-Marie A, et al. Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophr Res*. 2007;91:97–102.
43. Kay SR., Fizbein A., Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13:2, 261-276.
44. Kay SR., Opler LA., Fizbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Manual.. Toronto, Canada 1991; *Multi-Health Systems*.

45. Kay SR., Fiszbein A., Vital-Herme M., Silva L. The Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish adaptation. *J Nerv Ment* 1991; 178 : 510-517.
46. Khalifeh, H., Johnson, S., Howard, L.M., Borschmann, R., Osborn, D., Dean, K., Hart, J., Hogg, P., Moran, P., 2015. Violent and non-violent crime against adults with severe mental illness. *Br. J. Psychiatry* 206, 275–282
47. Kovnick, J. A., Appelbaum, P. S., Hoge, S. K., & Leadbetter, R. A. (2003). Competence to consent to research among long-stay inpatients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(9), 1247-1252.
48. Kumari V, Aasen I, Taylor P, et al. Neural dysfunction and violence in schizophrenia: an fMRI investigation. *Schizophr Res.* 2006;84:144–164.
49. Lamsma, J., & Harte, J. M. (2015). Violence in psychosis: Conceptualizing its causal relationship with risk factors. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 75–82.
50. Litwack, T. R., Kirschner, S. M., & Wack, R. C. (1993). The assessment of dangerousness and predictions of violence: Recent research and future prospects. *Psychiatric Quarterly*, 64(3), 245–273.
51. Lorda, P. S. (1997). La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas. In *Estudios de bioética* (pp. 119-154). Dykinson.
52. Mak WWS, Chong ESK, Wong CCY. Beyond attributions: understanding public stigma of mental illness with the common sense model. *Am. J. Psych.*, 84 (2014), pp. 173-18
53. Markowitz, F.E. (2011). Mental illness, crime, and violence. Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 36–44
54. Megargee, E. I., Cook, P. E., & Mendelsohn, G. A. (1967). Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(6), 519–528.
55. Meyer, L. F., Telles, L. E. de B., Mecler, K., Soares, A. L. A. G., Alves, R. S., & Valença, A. M. (2018). Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(4), 310–317
56. Morrissey, C., Beeley, C., & Milton, J. (2013). Longitudinal HCR-20 scores in a high-secure psychiatric hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(3), 169–180.

57. O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2015). The HCR-20 as a measure of reliable and clinically significant change in violence risk among secure psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 132–140.
58. Olsson, H., Strand, S., Kristiansen, L., Sjöling, M., & Asplund, K. (2013). Decreased Risk for Violence in Patients Admitted to Forensic Care, Measured With the HCR-20. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 191–197.
59. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (2016), Cuarta Edición. Ginebra: *Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)*.
60. Østergaard, S. D., Lemming, O. M., Mors, O., Correll, C. U., & Bech, P. (2015). PANSS-6: a brief rating scale for the measurement of severity in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 436–444.
61. Owen, G. S., Richardson, G., David, A. S., Szmukler, G., Hayward, P., & Hotopf, M. (2008). Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *Bmj*, 337, a448.
62. Pousa, E., Ochoa, S., Cobo, J., Nieto, L., Usall, J., Gonzalez, B., García-Ribera, C. (2017). A deeper view of insight in schizophrenia: insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. *Schizophrenia research*, 189, 61-68.
63. Pueyo AA, Illescas SR. (2007). Predicción de la violencia : entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del psicólogo*, 28(3), 157-173.
64. Ramesh, T., Igoumenou, A., Vazquez Montes, M., & Fazel, S. (2018). Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 52, 47–53.
65. Raymont, V., Bingley, W., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Wessely, S., & Hotopf, M. (2004). Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *The Lancet*, 364(9443), 1421-1427.
66. Ruiz, A. I., Pousa, E., Duñó, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., & García-Ribera, C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2).

67. Seo, D., & Patrick, C.J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and Violent Behavior*, 13(5), 383–395.
68. Soyka, M. (2011). Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 913–920.
69. Spalletta G, Troisi A, Alimenti S, et al. Reduced prefrontal cognitive activation associated with aggression in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2001;50:134–135.
70. Swartz, M.S., Swanson, J.E., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., & Burns, B.J. (1998). Violence and severe mental illness. The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226–231.
71. Taylor SM. Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1980; 7: 225–240.
72. Webster, C., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). HCR-20: Assessing risk for violence, Version 2. Burnaby, Canada: *Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University*.
73. WHO | Injury : a leading cause of global burden of disease, 2000. S.f. Recuperado 12 de diciembre de 2019 de WHO website : http://www.who.int/violence.injury.prevention/publications/other_injury/injury/en/
74. Witt, K., Van Dorn, R.A., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis. Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, 8(2), 1–15.
75. Wong MT, Fenwick PB, Lumsden J, et al. Positron emission tomography in male violent offenders with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1997;68:111–123.
76. Wood I, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression and anxiety. *Psychiatry Res.*, 220 (2014), pp. 604-608.

ANEXOS

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES.

Determinación de riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría por medio de HCR-20 V3, su correlación con la severidad de síntomas y conciencia de enfermedad mental.

Folio: _____

Se le hace una atenta invitación para que sea participante en este estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que para su realización requiere de que usted brinde un consentimiento informado. La decisión de participar es completamente voluntaria y no interfiere ni condiciona de alguna forma su estancia y atención en esta institución, tanto en la área hospitalaria o en su seguimiento posterior a su egreso. Todas las preguntas serán contestadas por su investigador principal por lo que sí, así lo desea, no dude en preguntar.

1. **OBJETIVO:** Consiste en determinar el riesgo de presentar actos que involucren un potencial daño propio o de terceros en individuos que cursan con síntomas psicóticos. Esto se determinará por medio de tres cuestionarios: uno para la evaluación de ciertos factores de riesgo, la severidad de los síntomas que presenta y el grado de conciencia de enfermedad. Con nuestra información se busca contribuir a disminuir las creencias negativas que existen hacia este grupo de padecimientos en la sociedad.
2. **PLAN DE PROGRAMA:** Si usted así lo consiente, será entrevistado por un médico residente de psiquiatría. El estudio consiste en básicamente una serie de preguntas. Es necesario señalarle que:
 - a. Las entrevistas serán sin un costo económico alguno.
 - b. Se realizarán dos entrevistas, cada una con una duración aproximada de 60 minutos a realizarse en la primera semana de su hospitalización y la segunda en la última semana previo a su egreso.
 - c. Si usted así lo consiente, se obtendrán datos de su expediente clínico en cuanto a sus antecedentes personales y patológicos, antecedentes de salud mental previa, así del curso de su estancia hospitalaria con respecto a las decisiones médicas tomadas por medio de una revisión de su expediente clínico.
 - d. En caso de cambiar de opinión o decidir no continuar con su participación en este estudio, se puede retirar al participante en el momento que nos lo solicite.

3. VENTAJAS:

- a. Las valoraciones realizadas a lo largo del estudio puede ayudar a una mejor comprensión global del padecimiento y a una mejor propuesta terapéutica.
- b. Se brindará material psicoeducativo con respecto a mis síntomas con la finalidad de que este proporcione una mejor comprensión de mi padecimiento a mí y a mis familiares. Respecto a éste, puedo hacer las consideraciones y preguntas que considere pertinente con el investigador principal.

4. RIESGOS:

- a. Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que los participantes recibirán ayuda inmediata por alguno de los médicos involucrados en el proyecto con la contención verbal tanta como sea requerida hasta que la misma sea remitida en su totalidad.

5. CONFIDENCIALIDAD:

- a. Acerca de la confidencialidad, se le notifica que toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible la identificación del participante en nuestra base de datos. Dicha información no contendrá datos que hagan posible su identificación y no será revelada su identidad en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados y solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio. Si usted desistiera de su participación, el investigador principal se compromete a eliminar los datos obtenidos. Esta información se encontrará resguardada en un equipo electrónico, el cual se encontrará protegido con una contraseña confidencial, dicho equipo electrónico se encontrará bajo resguardo en un gabinete con seguro dentro de la institución. Esta información se podrá utilizar el tiempo que dure este estudio (aproximadamente diez meses) y será eliminada posteriormente.
- b. Se le entregará una copia del consentimiento informado aquí presente.

CONTACTO

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar al Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés, localizado en el 4to piso de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101 colonia San Lorenzo Huipulco delegación Tlalpan de las 08:00 a las 17:00 horas. Teléfono : 4734591826 Correo: jibetancourt@imp.edu.mx o joiv.bet93@gmail.com.

Consiento libre y voluntariamente mi participación en este proyecto de investigación. Entiendo que mi participación en el proyecto es completamente voluntaria y que puedo retirarme del mismo sin que esto afecte mi atención en esta institución. Se me ha aclarado que mi identidad no será revelada en ningún momento en el estudio o en la presentación de resultados. He hablado directamente con el investigador y se me ha aclarado todas mis preguntas en términos que puedo entender y en caso de surgir nuevas dudas puedo volver a expresarlas y tengo derecho a que sean nuevamente explicadas. Recibo copia de consentimiento informado.

SI

NO

Autorizo la consulta de mi expediente clínico por única ocasión para fines del presente estudio de investigación.

SI

NO

Nombre y firma del participante.

Fecha

Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés. Investigador principal.

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

II: HCR-20 V3.

HCR-20^{V3}

Apéndice A

HCR-20^{V3} Formulario breve de valoración con el HCR-20^{V3}
 Kevin S. Douglas, Stephen D. Hart, Christopher D. Webster y Henrik Belfrage

Nombre		Número de registro							
Fecha		Sexo							
Naturaleza / propósito de la evaluación									
ÍTEM DEL HCR-20 ^{V3}	PRESENCIA					RELEVANCIA			
	Omitido	N	P	S	Omitido	B	M	A	
ESCALA HISTÓRICA (HISTORIA DE PROBLEMAS CON...)									
H1	Violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Otras conductas antisociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Relaciones interpersonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Consumo de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Trastorno mental grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Trastorno de personalidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Experiencias traumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H9	Actitudes violentas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H10	Respuesta al tratamiento o la supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-H	Otros factores de riesgo históricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA CLÍNICA (PROBLEMAS RECIENTES CON...)									
PERÍODO QUE SE VALORA:									
C1	Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Ideas o intentos de violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Síntomas de trastorno mental grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Inestabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Respuesta al tratamiento o la supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-C	Otros factores de riesgo clínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE GESTIÓN DEL RIESGO (PROBLEMAS FUTUROS CON...)									
PERÍODO QUE SE VALORA: <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out									
R1	Servicios y planes profesionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R2	Condiciones de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R3	Apoyo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R4	Respuesta al tratamiento o la supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R5	Afrontamiento del estrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OC-R	Otros factores de gestión del riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIESGO DE VIOLENCIA FUTURA / PRIORIDAD DEL CASO		RIESGO DE DAÑO FÍSICO GRAVE			RIESGO DE VIOLENCIA INMINENTE			FECHA RECOMENDADA DE REEVALUACIÓN	
<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto		<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto			<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto			DD/MM/AA	
Evaluador		Firma			Fecha				

III. PANSS de cinco dominios.

ESCALA DE SINTOMAS POSITIVOS Y NEGATIVOS PARA LA ESQUIZOFRENIA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque con un círculo la evaluación apropiada para cada ítem de la entrevista clínica que se especifica a continuación. Consulte el manual de evaluación para las definiciones de los ítems, la descripción de los puntos concretos y el procedimiento para la puntuación.

1 = ausente; 2 = mínimo; 3 = leve; 4 = moderado; 5 = moderadamente severo; 6 = severo; 7 = extremo.

1) SUBESCALA POSITIVA

P1 Delirios	1	2	3	4	5	6	7
P3 Conducta alucinatoria	1	2	3	4	5	6	7
P5 Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
P6 Susplicacia/persecución	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensamiento estereotipado			1	2	3	4	5 6 7
G1 Preocupación Somática	1	2	3	4	5	6	7
G9 Contenidos de pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
G12 Falta de juicio y discernimiento	1	2	3	4	5	6	7

2) SUBESCALA NEGATIVA

N1 Afecto adormecido o embotado	1	2	3	4	5	6	7
N2 Retirada emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3 Empatía limitada	1	2	3	4	5	6	7
N4 Retirada social apática/pasiva	1	2	3	4	5	6	7
N6 Dificultad para la conversación fluida			1	2	3	4	5 6 7
G7 Retraso motor	1	2	3	4	5	6	7
G16 Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

3) SUBESCALA COGNITIVA

P2 Desorganización conceptual			1	2	3	4	5 6 7
N5 Dificultad para pensar en abstracto	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manerismo y actitud postural	1	2	3	4	5	6	7
G11 Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
G13 Alteración de la voluntad	1	2	3	4	5	6	7
G15 Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
G10 Desorientación	1	2	3	4	5	6	7

4) SUBESCALA DE EXCITABILIDAD

P4 Excitación	1	2	3	4	5	6	7
P7 Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
G8 Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7
G14 Deficiente control de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7

5) SUBESCALA DE ANSIEDAD/DEPRESION

G2 Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
G3 Sentimiento de culpabilidad			1	2	3	4	5 6 7
G4 Tensión	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresión	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA

TOTAL

PERCENTIL

Positiva	_____	_____
Negativa	_____	_____
Cognitiva	_____	_____
Excitabilidad	_____	_____
Ansiedad/Depresión	_____	_____
TOTAL	_____	_____

IV. Escala SUMD



4.7. Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
Puntuación total de los 3 ítems: _____	
4a. Conciencia de poseer alucinaciones	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo	7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
8a. Conciencia de poseer anhedonia	8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución
9a. Conciencia de poseer asociabilidad	9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Atribución 2. 3. Atribución intermedia 4. 5. No hay atribución

Anexo V. Solicitud de autorización a la Subdirección de Hospitalización



Ciudad de México, México, a 28 de febrero de 2020.

Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez
Subdirector de Hospitalización y APC.
Presente

A través de la presente me permito solicitar su autorización para el uso de expedientes clínicos y la realización de entrevistas clínicas a pacientes que se encuentren hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" con la finalidad de obtener información para la realización de tesis de especialidad en psiquiatría que pretendo realizar "Determinación del riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos hospitalizados por medio de HCR-20 V3 y su correlación con la severidad de síntomas psicóticos y conciencia de enfermedad".

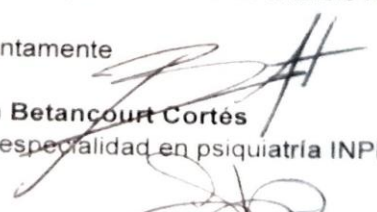
Cabe señalar que se realizarán dos entrevistas clínicas, al ingreso y previo al egreso las cuales serán únicamente realizados en el área de hospitalización correspondiente a fin que en caso de ameritarlo, brindar la contención necesaria.

Una vez recabadas las variables sociodemográficas y clínicas de interés, se asegurará que el manejo de su información será completamente confidencial con asignación de folios y posterior al asentimiento del paciente participante y consentimiento de su familiar responsable.

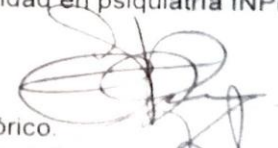
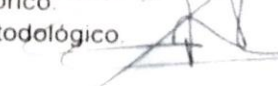
Para la realización de dicho proyecto, estoy siendo supervisado por mis tutores de tesis, como tutor teórico la Dra. Perla Selene Rodríguez Partida y como tutor metodológico el Dr. Juan José Cervantes Navarrete.

Agradezco de antemano su atención, quedo pendiente de su amable respuesta.
Reciba un cordial saludo.


Atentamente


Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés
Residente de primer año de la especialidad en psiquiatría INPRFM.

Vo. Bo.


Dra. Perla Selene Rodríguez Partida, Tutor teórico.

Dr. Juan José Cervantes Navarrete, Tutor metodológico.

C.c.p


Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez Subdirector de Hospitalización y APC
Dra. Liliana Mondragón Presidente Comité Bioética
Dra. Mónica Flores Ramos Presidenta de Comité de Tesis.

Scanned by TapScanner

Anexo VI. Solicitud de autorización a la Responsable Operativa del Archivo Clínico



Ciudad de México, México, a 02 de marzo de 2020.

Dra. Lourdes García Fonseca
Responsable Operativa del Archivo Clínico.
Presente

A través de la presente me permito solicitar su autorización para el uso de expedientes clínicos de pacientes que se encuentren hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" con la finalidad de obtener información para la realización de tesis de especialidad en psiquiatría que pretendo realizar "Determinación del riesgo de violencia en pacientes con trastornos psicóticos hospitalizados por medio de HCR-20 V3 y su correlación con la severidad de síntomas psicóticos y conciencia de enfermedad".

Constituye un estudio longitudinal y prolectivo en el que por la naturaleza propia de dicho grupo de padecimientos es necesario recabar información de fuentes confiables para la corroboración de datos y la obtención de variables sociodemográficas y clínicas de interés asegurando que el manejo de la misma será completamente confidencial con asignación de folios y posterior al asentimiento del paciente participante y consentimiento de su familiar responsable.

Cabe señalar que el uso de dichos expedientes será únicamente realizado en el área de hospitalización por lo que no se tomarán del archivo clínico. Éstos serán recabados en el periodo comprendido del 01 de abril de 2020 al 31 de marzo de 2021, con un aproximado de 40 a 50 participantes.

Para la realización de dicho proyecto, estoy siendo supervisado por mis tutores de tesis, como tutor teórico la Dra. Perla Selene Rodríguez Partida y como tutor metodológico el Dr. Juan José Cervantes Navarrete.

Agradezco de antemano su atención, quedo pendiente de su amable respuesta.
Reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés

Residente de segundo año de la especialidad en psiquiatría INPRFM.

Vo. Bo.


Dra. Perla Selene Rodríguez Partida. Tutor teórico.


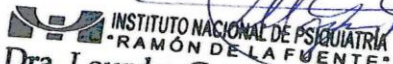
Dr. Juan José Cervantes Navarrete. Tutor metodológico.

C.c.p

Dr. Manuel Alejandro Muñoz Suárez Subdirector de Hospitalización y APC

Dra. Lilliana Mondragón Presidente Comité Bioética

Dra. Mónica Flores Ramos Presidenta de Comité de Tesis.



Dra. Lourdes García Fonseca
Responsable Operativa del Archivo Clínico

Anexo VII. Tríptico para pacientes.

¿Qué es y por qué hay recaídas?

Si los síntomas reaparecen, empeoran de forma significativa o nos lleva a situaciones que ponen en riesgo la integridad física del paciente o sus familiares.

- Abandono de la medicación antipsicótica.
- Estresores añadidos en su vida diaria.
- Consumo de sustancias.
- Mala red de apoyo o dificultades en núcleo de apoyo principal.



¿Cuáles son las señales de alarma?

Gran parte de familiares y pacientes podrían identificarla, pero para ello, es importante conocerlos para recibir atención médica a tiempo con los profesionales adecuados.

- Dificultades para concentrarse.
- Falta de motivación o energía.
- Ánimo depresivo.
- Problemas con el sueño.
- Ansiedad.
- Aislamiento social.
- Conducta desconfiada.
- Deterioro en el desempeño de actividades u obligaciones.
- Irritabilidad.

Dr. Jorge Iván Betancourt Cortés
Médico Residente de Psiquiatría



Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la
Fuente Muñiz

PSICOSIS



¿Qué pasa cuando no
podemos distinguir lo real de
lo que no es?

¿Qué es psicosis?

Constituyen síntomas de una enfermedad mental grave caracterizada por la pérdida de contacto con la realidad. Hasta el 3% de la población llega a experimentar estos síntomas.



¿Cómo se presenta la psicosis?

La severidad es variable entre las personas. Puede aparecer gradualmente o de un modo repentino.

Puede producir cambios en nuestro estado de ánimo y en nuestro comportamiento, el cual puede resultar extraño ante la vista de nuestros familiares, quienes no entienden que ocurre y les genera malestar y gran preocupación.

Así como la severidad, la forma en que se expresa también suele ser muy diversa y cambiante entre cada individuo.

Los síntomas psicóticos pueden disminuir en intensidad o incluso remitirse por completo con un tratamiento adecuado.

Síntomas positivos

Se trata de síntomas que se añaden a nuestro funcionamiento mental previo. Puede ser la presencia de ideas que no son ciertas para los demás pero sí para quien lo padece, como el miedo a ser dañado o buscado por terceros o una o varias personas hablan de él o percepciones de algo que no existe por medio de nuestros sentidos, siendo lo más frecuente las auditivas, percibidas como "Voces" que hablan de la persona o se dirigen hacia él. Menos frecuente puede ser visuales, táctiles, olfativas o gustativas. También se presenta como alteraciones en la forma del pensamiento, con dificultades para asociar ideas o cambiar de tema.

Síntomas negativos

Son síntomas que afectan el funcionamiento social, por ejemplo, aislándose de los demás, falta de energía y motivación, descuido de la higiene, dificultad para expresar emociones, pobre habla, dificultad para concentrarse o mostrar interés.

¿Por qué se presenta la psicosis?

Existen múltiples factores que contribuyen a su desarrollo y que lo vuelven vulnerable a presentarlo, sin que ninguno solo de éstos lo explique por completo:

- **Genética:** predisposición si existen familiares con síntomas relacionados. Es mayor dependiendo el grado de cercanía de familiar.
- **Biológicos:** alteraciones en la química de ciertas áreas cerebrales, principalmente en una sustancia llamada dopamina. Otros se relacionan a daños en el embarazo y dificultades en el parto.
- **Ambientales:** se han relacionado ciertas infecciones en la infancia, eventos traumáticos y el uso de sustancias psicoactivas.

¿Cómo puedo recuperarme?

Llegar a la disminución en la intensidad de los síntomas y un restablecimiento en su función. Es un proceso individualizado, el tiempo y grado de recuperación varía entre pacientes. Es importante:



- Uso de medicamentos prescritos.
- Incorporación progresiva a alguna actividad.
- Red de apoyo familiar y social.
- Desarrollo de habilidades personales.