

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Proyecto de Investigación para obtener el título de Especialista
en
Psiquiatría

Modalidad: Residentado Médico

TITULO

**“ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN ESCALA
CRAFFT COMO PREDICTOR DE LA AGRESIVIDAD
MANIFIESTA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL
PERIODO AGOSTO 2018 Y JULIO 2019”**

AUTOR

MC. Liz Candy Garrido Mercado

ASESORA:

Dra. Rosa Lozano Ibáñez

2019

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I. GENERALIDADES:

1. TITULO:

Abuso de sustancias psicoactivas según escala Crafft como predictor de la agresividad manifiesta en pacientes con esquizofrenia en el periodo agosto 2018 y julio 2019

2. PERSONAL INVESTIGADOR:

AUTOR:

Liz Candy Garrido Mercado.

ASESORA:

Dra. Rosa Lozano Ibáñez.

Médico Psiquiatra Asistente del Hospital Víctor Lazarte Echegaray

Docente Facultad Medicina Universidad Privada Antenor Orrego

3. MODELO DE INVESTIGACIÓN:

Aplicada.

4. REGIMEN DE INVESTIGACIÓN:

Libre

5. DEPARTAMENTO Y AREA DEL PROYECTO:

Facultad Medicina Humana – Escuela de Medicina Humana – Unidad Segunda

Especialización. Universidad Privada Antenor Orrego.

6. LUGAR:

Hospital Víctor Lazarte Echegaray, provincia de Trujillo.

7. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO:

12 meses

8. FECHA PROBABLE DE INICIO Y TERMINACIÓN:

1.1. Inicio : 01 de agosto del 2018

1.2. Terminación : 30 de julio del 2019

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN:

RESUMEN:

En el presente proyecto de investigación se plantea determinar si el abuso de sustancias psicoactivas valorado según la escala de Crafft es predictor de violencia utilizando como la escala de agresividad manifiesta en pacientes con Esquizofrenia. Se ha documentado que cuando el aumento del consumo de bebidas alcohólicas junto al consumo de drogas psicoactivas se adicionan a la esquizofrenia adicional al riesgo de que estos pacientes se tornen violentos o cometan algún crimen se duplica.

Se obtuvo la información de las historias clínicas de aquellos pacientes que tienen el diagnóstico de Esquizofrenia y que habían sido atendidos por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray desde el mes de agosto del 2018 hasta el mes de julio del 2019 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

2.1. Planteamiento del problema:

La esquizofrenia puede iniciar durante la adolescencia o infancia o al inicio de adultez, siendo ambos sexos afectados igualmente. En los varones, la edad de inicio más frecuente alrededor de los 30 años, siendo el comienzo más lento en el sexo femenino. Al comienzo se puede presentar como un episodio agudo de curso gradual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio multicéntrico en ocho lugares de siete países y el informe preliminar, mostró un rango de incidencia de Esquizofrenia entre 7 y 14 por 100.000.

Factores relacionados a la pérdida de la eficiencia y al gasto que realizan las familias, se calcularon aproximadamente en \$ 46.000 millones. El porcentaje con falta de empleo entre el 70-80% en patologías graves^{2,3}.

En pacientes con esquizofrenia se ha descrito entre 3 a 5 veces más riesgo de tabaquismo; en relación al abuso de alcohol se ha descrito prevalencias que

oscilan de 9.4% a 20.6% en la población con este trastorno psiquiátrico. Respecto al consumo de marihuana este se reporta con una frecuencia que oscila de 16% a 27%. En cuanto al uso de pasta básica de cocaína y sus derivados se ha reportado en grupos de pacientes con esquizofrenia una frecuencia de consumo mayor que la población en general⁴.

Se ha documentado que el riesgo de violencia y el crimen en los pacientes con esquizofrenia se multiplica por dos cuando esta enfermedad se asocia al diagnóstico de abuso de alcohol y de otras sustancias. Se ha visto también que estos diagnósticos tienden a presentarse juntos cuando los pacientes son hombres, jóvenes y de bajo nivel socio económico⁵

En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray pertenece al sistema de ESSALUD y constituye un centro de referencia a nivel local y regional, cuenta con el Servicio de Psiquiatría para la atención de los pacientes esquizofrénicos, en el cual se ofrece diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad; habiendo sido identificados durante el periodo enero – diciembre 2015 un aproximado de 136 casos evaluados ambulatoriamente por consultorios externos; de los cuales en el 30% se registra la comorbilidad de abuso de sustancias.

PROBLEMA

¿Es el abuso de sustancias psicoactivas según escala Crafft predictor de la agresividad manifiesta en pacientes con esquizofrenia en el periodo agosto 2018 y julio 2019?

2.2. Antecedentes del problema

Bertini M, y cols; realizaron investigación con la finalidad de determinar el uso y adicción a bebidas alcohólicas incluyendo drogas psicoactivas aplicando la escala C.R.A.F.F.T. Con los siguientes porcentajes: 52 % género femenino; con una edad promedio: 16,6 años; evidenciando una sensibilidad de la escala C.R.A.F.F.T del 59 %; asimismo una especificidad del 88 %; un valor predictivo positivo de la escala C.R.A.F.F.T del 0,74; con un valor predictivo

negativo del 0,78; tomando como prueba de oro el criterio clínico del médico psiquiatra tratante ⁴.

Kandemir H, y cols; llevaron a cabo un estudio con la finalidad de identificar el abuso de sustancias psicoactivas, por medio de un diseño prospectivo de pruebas diagnósticas en el que se incluyeron a 124 pacientes, empleando el cuestionario CRAFFT; encontraron que este instrumento alcanzó una sensibilidad de 82% y una especificidad de 88% en el diagnóstico de abuso de sustancias, tomando como referente el punto de corte de 2 y tomando como prueba de oro el criterio clínico del médico psiquiatra tratante ⁵.

Belli H, y cols; efectuaron una investigación teniendo como finalidad la evaluación de los causantes de la evolución de conductas agresivas así como actitud homicida, ante validez además de los efectos deseados de los fármacos elegidos por los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia; mediante un estudio minucioso de las investigaciones en Psiquiatría. En tal sentido se ejecutó el estudio exhaustivo y elección de notas y escritos en guías y tutoriales en bibliotecas y datos de corte internacional, que comprende el lapso de tiempo entre los años 1970 y 2010; llegando a tener como evidencia que la prevalencia de la conducta agresiva valorada con la Escala de agresividad manifiesta; tenía una oscilación entre el 5% al 20%; teniendo en asociación los siguientes causantes: dependencia a bebidas alcohólicas (valor de p menor a 0.05), consumo incrementado de drogas (valor de p menor a 0.05) y el abandono de la medicación (valor de p menor a 0.05)⁶.

Martín A, y cols; realizaron una investigación con el propósito de evidenciar la existencia de actos violentos en aquellos que padecen alteraciones mentales y alto índice de agresividad. Mediante la identificación de factores relacionados a la ocurrencia de actos de violencia en un lapso de corto y de mediano tiempo, con el análisis del contexto poblacional, contexto demográfico, y contexto clínico. Asimismo, se empleó 3 escalas a un pequeño grupo de 30 esquizofrénicos ambulatorios; siendo uno de ellos la Escala de

agresividad manifiesta; evidenciándose que el 60% es el porcentaje predominante en conductas violentas. Se determinó como resultado interrelación de las variables, siendo la conducta violenta la que llegó a manifestarse al inicio; teniendo como cofactor el incremento del uso de drogas (valor de p menor a 0.05)⁷.

Fresan A. y cols; efectuaron una investigación con la finalidad de identificar la interrelación entre los factores sociales, de población y sintomatología del comportamiento violento en esquizofrénicos. Con un total de 106 pacientes esquizofrénicos. Anotándose los factores demográficos y clínicos de los afectados con Esquizofrenia a través de un diseño específico. Empleándose el cuestionario de agresividad manifiesta para determinación de actos violentos. Encontrando que el uso incrementado de bebidas alcohólicas (valor de p es menor a 0.05) y el abuso de sustancias psicoactivas (valor de p es menor a 0.05); resultaron ser factores que predicen actos violentos en Esquizofrenia⁸.

Bobes J, y cols; realizaron un estudio, teniendo como finalidad aclarar la interrelación entre las cualidades relacionadas al desarrollo y evolución de la actitud violenta en pacientes esquizofrénicos, mediante una investigación de casos y controles retrospectivo incluyen 895 personas con diagnóstico de Esquizofrenia ; con evidencias de agresividad en un 6%; con un notable predominio de la agresividad hablada que el ataque agresivo; en cuanto a los causantes riesgosas fueron: haber estado hospitalizado anteriormente (el valor de p es menor a 0.05); y el incremento en el uso de drogas (el valor de p es menor a 0.05).⁹.

Blanco J, y cols; realizaron trabajo de investigación, que se centra en analizar las conductas agresivas en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, con una muestra de 51 pacientes esquizofrénicos reclutados de forma aleatoria en dispositivo extra hospitalario de referencia, con un periodo de seguimiento fue de un año. Entre los principales resultados se evidenció que el 21.6% han presentado algún tipo de comportamiento agresivo durante el seguimiento anual, encontrándose éste relacionado con la presencia de sintomatología

positiva, dirigido al entorno más cercano. Serán los varones (90%), el subtipo paranoide (72.5%), el mal cumplimiento del tratamiento oral (55%) y el consumo de cocaína y alcohol (54,5%) los factores que más incidirán en el desarrollo de las conductas.¹⁰

2.3. Justificación:

Los beneficios del presente proyecto permitirán concientizar a la población acerca del abuso de sustancias psicoactivas y su consumo en nuestra sociedad en una enfermedad tan prevalente en nuestro medio como Esquizofrenia, de tal manera que haciendo una adecuada y oportuna evaluación mental y psicológica, contando con una herramienta que permita predecir conductas violentas en pacientes con abuso de sustancias y evitar mayores riesgos y peligros para los familiares y población en general, así poder educar a la población en cuanto a conductas de riesgo en aquellos que además de consumir drogas psicoactivas padecen de trastornos psiquiátricos, promoviendo el apoyo y el compromiso de instituciones que determinen fondos de ayuda a los pacientes con abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos a través de emplear estrategias institucionales con programas de tratamiento promoviendo adecuada implementación de orientación psicológica y otros tipos de terapia de conducta y de tratamiento farmacológico a cargo de médicos psiquiatras, con miras a reducir el riesgo de desarrollar conductas violentas y de reducir la disfunción familiar y social relacionada con este trastorno lo cual redundará en una mejoría en la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno inmediato, reduciendo el estigma y concientizar más a los pacientes y los profesionales de la salud en cuanto al valor y al tratamiento de la adicción y su relación al abuso de sustancias, con estas medidas se busca establecer redes de apoyo terapéuticas entre instituciones de salud mental y/o centros de salud mental comunitaria para contribuir a un adecuado manejo de patología dual (abuso de sustancias y trastorno psiquiátrico) promoviendo el empleo e inserción social en pacientes previamente estabilizados y con adecuado tratamiento.

2.4. Objetivos:

Objetivos generales:

Determinar si el abuso de sustancias psicoactivas valorado según la escala Crafft es predictor de violencia según escala de agresividad manifiesta en pacientes con esquizofrenia

Objetivos específicos:

1. Determinar las características edad, sexo, ideación suicida, antecedente de hospitalización y grado de instrucción de los pacientes
2. Determinar la agresividad manifiesta en pacientes esquizofrénicos que abusan de sustancias psicoactivas según la escala de Crafft
3. Determinar la agresividad manifiesta en pacientes esquizofrénicos que no abusan de sustancias psicoactivas según la escala de Crafft

2.5. Marco Teórico:

La esquizofrenia se define como un patrón psicótico se caracteriza por la alteración del funcionamiento de la mente. Se presenta con manifestaciones básicas caracterizados por signos y síntomas.

Los síntomas afectan los procesos psicológicos: percepción (alucinaciones), ideación, comprobación de la realidad (delirios), procesos de pensamiento (asociaciones laxas), sentimientos (afecto plano, afecto inapropiado), conducta (catatonía, desorganización), cognición (atención, concentración), motivación y juicio¹¹.

En la mayoría de pacientes hay alternancia en episodios psicóticos agudos con fases de estabilidad de síntomas. Su prevalencia es variable, siendo los resultados de la mayoría de los estudios que establecen un promedio de 1 caso por cada 100 habitantes¹².

La Esquizofrenia presenta dos grandes grupos de síntomas: los positivos y los negativos, además, de la desorganización. Asimismo, estos síntomas no se presentan en conjunto en todos los pacientes con tal diagnóstico, es decir pueden presentarse en otras enfermedades¹³.

Dentro de los criterios diagnósticos que establece el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders), son dos o más síntomas : ideas delirantes ;alucinaciones; lenguaje desorganizado, incoherencia; desorganización conductual; apatía, anhedonia; disfunción laboral, problemas sociales con una duración de al menos seis meses, excluyendo problemas anímicos, abuso de drogas, afecciones médicas e interrelación con alteraciones generalizadas¹⁴.

Para el tratamiento de la esquizofrenia se requiere la estimación del paciente; sus privaciones, sus fines y propósitos; los problemas relacionados consigo mismo y tendencias instintivas; las maneras de afrontar sus problemas; aptitudes y actitudes; la influencia de su biología, la sociedad y la cultura con la integración de las intervenciones psicosociales y farmacológicas.¹⁵.

Hasta inicios de los años 80 había un consenso en Esquizofrenia, trastorno que no tenía mayor relación con cuadros de violencia que los pacientes no afectados.

Por otro lado, ante las nuevas evidencias en Epidemiología, un pequeño grupo de pacientes con Esquizofrenia, los cuales, están relacionados en grado mayor con actos violentos que los ciudadanos en general¹⁶.

La adicción a las sustancias psicoactiva, constituyen el principal problema de Salud Pública en Estados Unidos llegando a un costo mayor de \$ 414 billones anuales Siendo relacionada a más de 400 000 muertes que se pueden prevenir anualmente, que afecta a hombres y mujeres cada año, de todas las edades y todos los estratos socioeconómicos^{17,18}

Las escalas de tamización, permiten identificar precozmente a aquellos individuos que tienen alguna patología son herramientas de gran valor para seleccionar pacientes afectados por esta patología. Médicos psiquiatras especialistas en farmacodependencias crearon la escala CRAFFT en Boston. Esta escala está conformada por 6 preguntas que evalúan el consumo y riesgo de consumo. Las preguntas están elaboradas para ser aplicadas por el clínico o ser autoaplicadas. La alerta para el clínico sobre consumo o el riesgo de

consumo es sobre más de 2 puntos.

La sensibilidad y especificidad (0.80 y 0.86 respectivamente) más alta, está demostrada con un puntaje de corte mayor de 2^{19,20}.

Los actos violentos en pacientes esquizofrénicos pueden ir aumentando con el tiempo al compararlo con otros pacientes esquizofrénicos que no consumen sustancias. A mayor consumo de sustancias ilícitas, mayor será la probabilidad de actos violencia^{21,22}.

En un estudio epidemiológico a nivel de Lima Metropolitana, se corroboran las tasas de prevalencia de alrededor del 1% y se puso de manifiesto cierta correlación con los niveles de pobreza. Si asumimos esta tasa, y de acuerdo a los resultados censales, se esperaría que, en el Perú, actualmente haya más 260 mil personas viviendo con esta enfermedad, y en Lima cerca de 80 mil.²³

La Libertad es la tercera región después de Lima y Piura con mayor número de personas con este tipo de discapacidad; asimismo, es una de las regiones con más casos diagnosticados de esquizofrenia del tipo paranoide²⁴

Perales et al (2001) evidenció problemas relacionados con uso/ abuso de sustancias, (fundamentalmente de alcohol) en estudio de adolescentes de Las Delicias, asociado a sintomatología depresiva y ansiedad, conductas violentas y distorsión de la personalidad, lo que amplía la probabilidad de trastornos mentales propios de la adolescencia en una población específica.²⁵

2.6. Hipótesis

El abuso de sustancias psicoactivas valorado según la escala Crafft es predictor de violencia según escala de Agresividad Manifiesta en pacientes con Esquizofrenia.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Población

El presente estudio tendrá como población al total de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital antes mencionado, comprendidos entre los meses de agosto del 2018 – julio del 2019.

Se verifican 2 cohortes:

Cohorte expuesta: pacientes esquizofrénicos que abusan de sustancias psicoactivas

Cohorte no expuesta: pacientes esquizofrénicos que abusan de sustancias psicoactivas

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 15 años.
- Pacientes de género femenino y género masculino.
- Pacientes con factores de riesgo en estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Retraso mental.
- Pacientes con diagnóstico de Autismo.
- Pacientes con trastorno neurológico crónico.
- Pacientes con deterioro físico.

Análisis de la Muestra

Unidad de Análisis:

Cada paciente con Esquizofrenia, evaluado en consulta externa Psiquiátrica del Nosocomio Víctor Lazarte Echegaray del periodo comprendido entre agosto 2018– julio 2019.

Unidad Muestral:

Es cada una de las historias clínicas de los pacientes con Esquizofrenia

evaluados por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray del periodo comprendido entre agosto 2018 – julio 2019 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Tamaño muestral

El tamaño de muestra fue determinado empleando la fórmula de tamaño de muestra para estudios de cohortes:

$$n = \frac{\left[z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

En la cual:

n: Representa la cantidad de expuestos

m: Representa la cantidad de no expuestos

c= 1 Número de no expuestos por expuestos

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ Valor normal con 5% de error tipo I

$Z_{1-\beta} = 1.282$ Valor normal con 10% de error tipo II

$p_1 = 73.7$ Proporción de pacientes esquizofrénicos con conducta violenta entre los que abusan de alcohol⁸

$p_2 = 43.7$ Proporción de pacientes esquizofrénicos con conducta violenta entre los que no abusan de alcohol⁸

$p = 58.7$ Proporción de pacientes esquizofrénicos con conducta violenta⁸

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{\left[1.96\sqrt{2 * 0.587 * 0.413} + 1.282\sqrt{0.737 * 0.263 + 0.437 * 0.563} \right]^2}{(0.437 - 0.737)^2}$$

n = 55 pacientes esquizofrénicos que consumen alcohol

n = 55 pacientes esquizofrénicos que no consumen alcohol

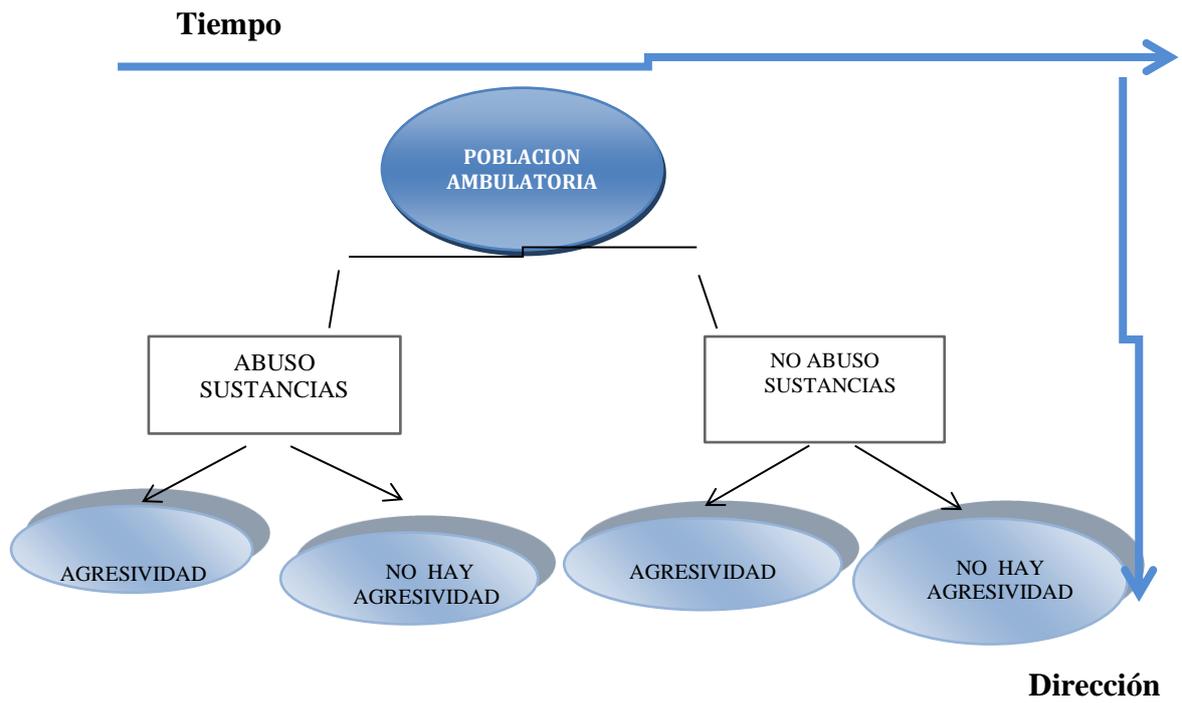
DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

Analítico, observacional, prospectivo, longitudinal.

Diseño específico

Diseño de cohortes



3.2. Operacionalización de variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
Agresividad	Cuantitativa	Nominal	Escala de agresión manifiesta (OAS)	>7PUNTOS Agresividad <=7PUNTOS No hay agresividad
INDEPENDIENTE:				
Abuso de sustancias	Cuantitativa	Nominal	Escala C.R.A.F.F.T (Carro, Familia/amigos Relajarse, Solo, Olvidos, Problema)	> 2PUNTOS <=2 PUNTOS
Edad				
Sexo	Cuantitativa	Discreta	Documento de identidad	Años
	Cualitativa	Nominal	Documento de identidad	Masculino - Femenino
Ideación suicida	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Si - No Si - No
Antecedente de hospitalización	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Si- No No sabe leer ni
Menor grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Hoja de información	escribir Estudios primarios Estudios secundarios Estudios

				superiores
--	--	--	--	------------

3.3. Definición operacional:

Agresividad: Cualquier forma de conducta física o verbal destinada a dañar o destruir, al margen de que se manifieste como hostilidad o como medio calculado para alcanzar un fin; para fines de la presente investigación se valorará por medio de la escala de agresividad manifiesta; la cual valor agresividad verbal, agresividad contra uno mismo, agresividad contra objetos y agresividad contra otras personas; la puntuación en esta escala oscila de 0 a 20 y se considera como presencia de agresividad cuando el puntaje es mayor de 7 puntos; esta escala se aplicara a la persona que se encuentre mayor tiempo en contacto con el paciente. El alfa de Cronbach obtenido para las subescalas es de .79, .82 y .84 respectivamente; con una exactitud diagnóstica de 60%⁷.

- **Abuso de sustancias psicoactivas:**
- Es el patrón de uso drogas que conduce a alteraciones conductuales y del comportamiento manifestada por agresiones, deserción laboral, e incluso problemas legales relacionados, que puede desencadenar adicción tanto a nivel psíquico como a nivel físico. Se utilizó en el presente trabajo, la ESCALA DE CRAFFT el cual es un instrumento clínico constituido por 6 preguntas; por cada pregunta la correspondiente respuesta afirmativa o negativa; con un puntaje de 1 al responder afirmativamente en cada pregunta. Con un punto de corte superior de 2; reportaron una sensibilidad de .59 una especificidad de .88, el alfa de Cronbach resultó de .89⁴.

3.4. Procedimientos:

Ingresarán al estudio aquellos pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia atendidos por Consultorios Externos de Psiquiatría del Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo 2017 – 2018 y que cumplan los criterios de selección correspondientes.

Se solicitará el permiso al Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la institución para realizar la presente investigación. Se abordará al paciente de manera directa y a sus familiares durante el tiempo que permanecen en el nosocomio desde el cual se procederá:

Muestreo por grupo

1. Seleccionar a los pacientes mediante muestreo aleatorio simple; luego de aplicar la Escala de Agresividad Manifiesta (ver Anexo2).
2. Recoger los datos referentes correspondiente abuso de sustancias psicoactivas Se empleó como instrumento la Escala de Crafft para sustancias psicoactivas. (Anexo 3), estos datos se colocarán en la ficha recopiladora de información.
3. Proseguir con la recopilación de datos en la ficha de recolección de la información hasta obtener la magnitud de las muestras en los dos grupos estudiados.
4. Reunir los datos en las fichas de recopilación de la información conformando el soporte de información requerida y efectuar el estudio correspondiente.

3.5. Recopilación y estudio de la información:

El registro de datos que estarán consignados en las correspondientes hojas de recolección serán procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics V25 y EPIDAT 4.1.

Estadística Descriptiva: Se elaborará tablas de frecuencias numéricas y porcentuales para la agresividad manifiesta de los pacientes esquizofrénicos que abusan o no de sustancias psicoactivas.

Estadígrafo de estudio: Se reportará el riesgo relativo (RR) de agresividad manifiesta.

Estadística analítica: Se aplicará el test de chi cuadrado para establecer la relación entre la agresividad manifiesta y el abuso de sustancias psicoactivas, considerando la significancia al 5% ($p < 0.05$). Además, se estimará confidencialmente RR al 95%.

3.6. Consideraciones éticas:

La presente investigación se realizará sobre la base de revisión retrospectiva de los datos existentes en las historias clínicas. Como tal no requiere consentimiento informado específico y se mantendrá plena confidencialidad del paciente a través del estudio. Se solicitará la autorización del comité de ética del Hospital Víctor Lazarte Echegaray y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Debido a que es un estudio de pruebas diagnósticas en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomará en atención la Declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)¹⁹ asimismo la Ley General de Salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)²⁷.

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	Acciones	Realizadores del proyecto	CRONOGRAMA EN SEMANAS												
			AGO 2018 - JUL 2019												
			1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1ra sem	2da sem	3ra sem	4ta sem	
I	Bosquejo y realización	Ejecutor Asesor	*	*	*	*	*								
II	Exposición y admisión del estudio.	Ejecutor						*	*						
III	Recopilación de Información.	Ejecutor Apoyo de Especialista en Estadística									*	*			
IV	Desarrollo de la investigación y estudio.	Ejecutor Apoyo de Especialista en Estadística										*	*		
V	Preparación de Investigación Redacción de informe final	Ejecutor												*	*
			Sem I	Sem II	Sem III	Sem IV	Sem V	Sem VI	Sem VII	Sem VIII	Sem IX	Sem X	Sem XI	Sem XII	
CRONOGRAMA TAREAS PROGRAMADAS															

COSTOS:

Gastos	Elementos de escritorio	Número de unidades	Costo	Total
1.- Bienes				
a)	Millar de papel	1	120.00	120.00
b)	Lapicero	10	2.00	20.00
c)	Corrector	3	3.00	9.00
d)	Resaltador	3	2.50	7.50
e)	Regla, tajador, borrador	6	2.00	12.00
f)	Notas adhesivas.	10	5.00	50.00
g)	Disco regrabable	2	7.00	14.00
h)	Bandeja porta papel.	2	10.00	20.00
i)	Memoria USB 64 GB	1	60.00	60.00
j)	Folders de Manila	10	0.50	5.00
k)	Folder plástico	5	3.00	15.00
l)	Cartucho de recarga negro	4	45.00	180.00
m)	Cartucho de recarga de colores	4	50.00	200.00
2.- Servicios				
A.	Luz	2	35.00	70.00
B.	Telefonía	2	30.00	60.00
C.	Transporte	5	40.00	200.00
D.	Anillados	6	5.00	30.00
E.	Pago a facilitadores	2	300.00	600.00
F.	Viáticos	2	100.00	200.00
G.	Encuadernación	6	10.00	60.00
H.	Servicio de Computadora	8	5.00	40.00
I.	Imprevistos	10	5.00	50.00
			TOTAL	2.0225

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Chinchilla A. Las esquizofrenias: sus hechos y valores clínicos terapéuticos . Barcelona: Elsevier Masson. 2012; 4(2):12-19.
- 2.- Kirkbride J, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogenicidad en las tasas de incidencia de Esquizofrenia y otros síndromes psicóticos. Hallazgos del estudio del centro. Arch Gen Psychiatry. 2011; 63(3):250-8.
- 3.-Nielssen O, Large M. Tasas de homicidio durante el primer episodio de psicosis y después del tratamiento: una revisión sistemática y un metanálisis. Schizophr Bull 2010; **36**: 702–12.
- 4.-Bertini M, Busaniche J, Baquero F. Adaptación transcultural y validación de CRAFFT como prueba de detección para el consumo problemático de alcohol y sustancias, abuso y dependencia en un grupo de adolescentes argentinos.
- 5.-Kandemir H, Aydemir O, Ekinçi S. Validez y fiabilidad de la versión turca de la prueba de detección de abuso de sustancias CRAFFT en adolescentes. Enfermedad neuropsiquiátrica y tratamiento. 2015;11: 3-6.
- 6.-Belli H Ural C. Asociación entre la Esquizofrenia y la Conducta Homicida o Violenta. Prevención y Tratamiento del Comportamiento Violento en estos pacientes. West Indian Med J 2012;61(5):538.
- 7.-Martín A, Carrasco M. Riesgo de Violencia y Trastorno Mental. Anuario de Psicología Jurídica. 2011; 21(4):69-81.
- 8.-Fresan A. Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2011;33(3):188-193
- 9.-Bobes J, Fillat O, Arango C. Violencia entre pacientes ambulatorios con Esquizofrenia que cumplen con la medicación: prevalencia y factores asociados. Acta Psychiatr Scand. Acta Psychiatr Scand. 2011;119(3):218-25.

- 10.-Blanco Blanco J, Taboada Díaz O, Docasar Bertolo L; Comportamiento agresivo en pacientes esquizofrénicos. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría Vol. 25 España 2016.
- 11.-McGrath J. Variaciones en la incidencia de Esquizofrenia: datos versus dogma. Schizophr Bull.2012;32(1):195-7.
- 12.-Murray R. Epidemiological evidence concerning the diagnostic status of schizophrenia and bipolar disorder epidemiological [abstract of the XX International Congress on Schizophrenia Research]. Schizophr Bull.2011;33(2):243.
- 13.-Othmer E, Othmer S. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos Barcelona: Editorial Masson; 2011;3 (8): 34-39.
- 14.-Garety P, Craig T, Dunn G, Fornells M, Colbert S, Rahaman N, et al. Atención especializada para la psicosis temprana: síntomas, funcionamiento social y satisfacción del paciente: ensayo controlado aleatorio. Br J Psychiatry.2012;188:37-45.
- 15.-Iritani S. Neuropatología de la Esquizofrenia. una mini revision. Neuropathology 2011; 27:604-8.
- 16.-Andreasen N. La trayectoria de la vida de la Esquizofrenia y el concepto de neurodesarrollo. Dialogues Clin Neurosci. 2011 ;12(3):409-15.
- 17.-Welch KA, McIntosh AM, Job DE et al. El impacto del uso de sustancias sobre la estructura cerebral en personas con alto riesgo de desarrollar esquizofrenia. Schizophr Bull. 2011; 37: 1066–1076.
- 18.-Thoma P, Daum I. Trastorno de uso de sustancias comórbido en la Esquizofrenia: una vision general selectiva de las bases neurobiológicas y cognitivas. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2013; 67: 367–383.

- 19.-Subramaniam M, Cheok C, Verma S, Wong J et al. Validity of a brief screening instrument-CRAFFT in a multiethnic Asian population. *Addictive Behaviors*.2010;35:1102-1104.
- 20.-Cote M, Uribe M, Prieto E. Validación para Colombia de la escala Crafft para cribado de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Rev. Salud Pública*. 15 (2): 203-215, 2013
- 21.Fazel S, Buxrud P, Ruchkin V, Grann M. Homicidio en pacientes dados de alta con Esquizofrenia y otras psicosis: Un estudio nacional de casos y controles. *Schizophr Res* 2010; 123: 263–9.
- 22.SoykaM, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Correlaciones clínicas de violencia posterior y delitos penales en la Esquizofrenia. *Schizophr Res* 2007;**9**: 89–98.
- 23.- Castillo Martel H; Impacto de la Esquizofrenia en la Calidad de Vida y Desarrollo Humano de pacientes y familias de una Institución de Atención en Salud Mental de la ciudad de Lima. *Anales de Salud Mental* 2014/ Volumen XXX (2).
- 24.- Orozco Saavedra PH; Núñez Osorio RM; Adaptación laboral de las personas con esquizofrenia a través del programa de adaptación laboral. *Revista de Psicología* Vol. 17 (2), 2015, pp. 70-79
- 25.- Vicuña Pérez H.A Estresores Psicosociales, Trastornos Mentales y Propuesta de Programa Preventivo de Salud Mental para estudiantes Universitarios. Tesis para optar el grado de Doctor en Planificación y Gestión. Universidad Nacional de Trujillo. Pág. 10 Trujillo 2005.
- 26.-Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Mosby - Doyma; 2004.

27.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

28.-Ley general de salud. N°326842. Concordancias:D.S.N°007-98-SA.3Perú :20 de julio de 2009.

29.- Gonzáles Parra S, Molina J, Huertas D; Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. Archivos de Psiquiatría 2008 Núm. 2-8 Vol. 71, p 109-127

ANEXO

Abuso de sustancias psicoactivas según escala Crafft como predictor de violencia según escala de Agresividad Manifiesta en pacientes con Esquizofrenia.

ANEXO N° 01

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

N° HC.....

Edad:.....

Sexo:.

Lugar de procedencia:

1.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Agresividad: Si () No ()

Puntaje de la escala de agresividad manifiesta: _____

2.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Abuso de sustancias psicoactivas: Si () No ()

Puntaje de la escala CRAFFT: _____

3.-DATOS DE LA VARIABLE INTERVINIENTE:

Ideación suicida: Si () No()

Antecedente de hospitalización: Si () No ()

No cumplimiento del tratamiento: Si () No ()

Menor grado de educación: Si () No ()

ANEXO N °2

ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA (OAS)

AGRAVIO VERBAL:

1. NO SE EVIDENCIA.
2. TONO DE VOZ MUY ALTO, VOCIFERA.
3. IMPROPERIOS PERSONALES SIN MAYOR IMPORTANCIA.
4. PROMESAS JURAMENTADAS CONTINUAS, LENGUAJE GROSERO.
5. CLARAS PROVOCACIONES DE VIOLENCIA A SI MISMO O FAMILIARES.

AUTOAGRESIÓN:

1. NO SE EVIDENCIA
2. SE LASTIMA LA PIEL CON OBJETOS PUNZO-CORTANTES, GOLPES A ASI MISMO, SE ARRANCA EL PELO
3. PROFIERE GOLPES A OBJETOS CON LA CABEZA, SE LANZA AL SUELO
4. LESIONES DE QUEMADURAS LEVES, CONTUSIONES Y HEMATOMAS PEQUEÑOS.
5. LESIONES PUNZOCORTANTES PROFUNDAS, MORDEURAS PROFUNDAS HASTA PRODUCIR SANGRADO, FRACTIRAS, PÉRDIDAS DE DIENTES.

HETEROAGRESIVIDAD:

1. NO SE EVIDENCIA
2. DE3PORTAZOS,4DESPARRAMA3LA3ROPA,4DESORDENA3TODO
3. LANZA OBJETOS DESTRUYENDOLOS, PATEA LOS MUEBLES, DESARREGLA TODO
4. DESTRUYE OBJETOS DE MATERIAL DE VIDRIO O CRISTALES.
5. ENCIENDE FUEGO, BOTA OBJETOS PELIGROSAMENTE

AGRESION2FISICA2CONTRA2OBJETOS:

1. NO SE EVIDENCIA
2. AMENAZAS GESTUALES, AGARRA A LAS PERSONAS DE LA ROPA.
3. PATEA, EMPUJA Y ARRANCA EL PELO A OTRAS PERSONAS
4. ATAQUE FÍSICO CON DAÑOS LEVES A MODERADOS A OTRAS PERSONAS.
5. ATAQUE FÍSICO CON DAÑOS GRAVES

- MAYOR DE PUNTAJE 7: AGRESIVIDAD
- MENOR O IGUAL A PUNTAJE 7: NO HAY AGRESIVIDAD

ANEXO N°3

ESCALA DE CRAFFT PARA SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Criterios	Si	No
1. ¿Se ha transportado en un CARRO que lo ha conducido una persona (incluyendo a Ud.) que estaba en consumo de alcohol, o sustancias psicoactivas?		
2. ¿ Le ha pedido alguna vez a sus amigos o familia que cesen de consumir alcohol ,drogas o sustancias psicoactivas?		
3. ¿ En algún momento Ud. ha usado bebidas alcohólicas , drogas o sustancias psicoactivas para RELAJARSE así mismo o en grupo?		
4. ¿Ha tenido algún conflicto alguna vez , o ha tenido problemas por el uso de alcohol , drogas o sustancias psicoactivas ?		
5. ¿Ha dejado de acordarse en algún momento lo que hizo a beber alcohol o consumir drogas psicoactivas ?		
6. ¿Alguna vez ha ingerido bebidas alcohólicas , drogas o sustancias psicoactivas cuando estaba solo y sin amigos ?		

ESCALA

- MAS DE 2 PUNTOS: ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
- MENOR O IGUAL A 2 PUNTOS: NO ABUSO DE SUSTANCIAS