



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
INVESTIGACION

**Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”**

**Escuela Profesional de Medicina**

**TRASTORNOS MENTALES DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CON  
CONDUCTAS VIOLENTAS ATENDIDOS POR EMERGENCIA DEL  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN DEL DISTRITO  
DE SANTA ANITA, LIMA, 2018**

**Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**AUTOR:**

**Rivas Huanca, Renzo**

**ASESOR:**

**Dr. Miraval Rojas, Edgar**

**JURADO:**

**Dr. Diaz Diaz, Luis**

**Dr. Cerna Iparraguirre, Fernando**

**Dr. Piña Perez, Alindor**

**Dr. Sandoval Diaz, Wilder**

**Lima – Perú**

**2019**

**Dedicatoria**

Le dedico a mi padre Bernardino, a mi madre Fidela y a mi hermana Briza. Por todo el apoyo que me brindaron, gracias por estar siempre a mi lado.

**Agradecimiento**

Agradezco a mi asesor Dr. Miraval Rojas Edgar, por su apoyo en el desarrollo del trabajo de investigación y a la Lic. Esther Cordova Meniz, por su apoyo en mi etapa de pregrado.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	8
<b>Abstrac</b> .....	9
<b>I. Introducción</b> .....	10
1.1. Descripción y formulación del problema.....	11
1.2. Antecedentes .....	13
1.3. Objetivos .....	17
1.4. Justificación.....	18
<b>II. Marco Teórico</b> .....	19
2.1. Bases teóricas sobre trastornos mentales .....	19
2.2. Bases teóricas sobre conductas violentas .....	25
<b>III. Método</b> .....	30
3.1. Tipo de investigación .....	30
3.2. Ámbito espacial y temporal .....	30
3.3. Variables .....	31
3.4. Población y muestra .....	32
3.5. Instrumento .....	33
3.6. Procedimientos .....	33
3.7. Análisis de datos .....	34
<b>IV. Resultados</b> .....	35
<b>V. Discusión</b> .....	61

<b>VI. Conclusiones</b> .....	64
<b>VII. Recomendaciones</b> .....	66
<b>VIII. Referencias</b> .....	68
<b>IX. Anexos</b> .....	72

## Índice de tablas

Tabla 1 Frecuencias sobre los trastornos mentales .....	35
Tabla 2 Frecuencias sobre el motivo de consulta .....	37
Tabla 3 Frecuencias según el sexo .....	38
Tabla 4 Frecuencias sobre la edad cronológica .....	39
Tabla 5 Frecuencias según el distrito de procedencia.....	40
Tabla 6 Frecuencias según la nacionalidad.....	42
Tabla 7 Frecuencias según el estado civil.....	43
Tabla 8 Frecuencias según el grado de instrucción .....	44
Tabla 9 Frecuencias según el tiempo de enfermedad .....	46
Tabla 10 Frecuencias según el tiempo de episodio actual .....	48
Tabla 11 Frecuencias según los antecedentes de hospitalizaciones.....	49
Tabla 12 Frecuencias según los antecedentes de otras enfermedades .....	50
Tabla 13 Frecuencias según los antecedentes de tratamientos .....	52
Tabla 14 Frecuencias sobre los antecedentes de trastornos mentales.....	53
Tabla 15 Frecuencias sobre los antecedentes de trastornos mentales en familiares .....	55
Tabla 16 Frecuencias según examen físico.....	57
Tabla 17 Frecuencias según exámenes auxiliares previos.....	58
Tabla 18 Frecuencias según el seguimiento.....	59
Tabla 19 Frecuencias sobre la terapéutica .....	60

## Lista de figuras

Figura 1: Prevalencia de los trastornos depresivos por región de la OMS .....	23
Figura 2: Prevalencia de los trastornos de ansiedad por región de la OMS. ....	23
Figura 3: Trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos .....	36
Figura 4: Motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos .....	37
Figura 5: Sexo de los pacientes psiquiátricos .....	38
Figura 6: Edad cronológica de los pacientes psiquiátricos .....	39
Figura 7: Distrito de procedencia de los pacientes psiquiátricos .....	40
Figura 8: Nacionalidad de los pacientes psiquiátricos .....	42
Figura 9: Estado civil de los pacientes psiquiátricos .....	43
Figura 10: Grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos.....	44
Figura 11: Tiempo de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos .....	46
Figura 12: Tiempo de episodio actual de los pacientes psiquiátricos.....	48
Figura 13: Antecedentes de hospitalizaciones de los pacientes psiquiátricos .....	49
Figura 14: Antecedentes de otras enfermedades de los pacientes psiquiátricos .....	50
Figura 15: Antecedentes de tratamientos de los pacientes psiquiátricos .....	52
Figura 16: Antecedentes de trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos .....	54
Figura 17: Antecedentes de trastornos mentales en familiares de los pacientes psiquiátricos .....	55
Figura 18: Examen físico de los pacientes psiquiátricos .....	57
Figura 19: Exámenes auxiliares previos de los pacientes psiquiátricos .....	58
Figura 20: Seguimiento de los pacientes psiquiátricos .....	59
Figura 21: Terapéutica de los pacientes psiquiátricos .....	60

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar los trastornos mentales con conductas violentas en pacientes psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. En el aspecto metodológico, todo el proceso de desarrollo de esta investigación se dio bajo las líneas del enfoque cuantitativo, tipo de estudio descriptivo y transversal, el diseño fue no experimental. La población se conformó por 184 pacientes con sus respectivas historias clínicas atendidas por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán, de donde se extrajo una muestra de 58 pacientes por medio del muestreo no probabilístico, durante el mes de diciembre del 2018. Para el recojo de datos se utilizó el instrumento denominado formato de atención de emergencia de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica del MINSA”. Los resultados han evidenciado que los trastornos mentales son: 60,3% “F20.0 (Esquizofrenia paranoide)”, el 13,8% “F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas)”, el 6,9% “F31.2 (Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos)”, el 5,2% “F06.2 (Trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme orgánico)”, el 3,4% “F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)” y hay otros trastornos mentales que cada uno llegan al 1,7 %. En conclusión, se ha determinado que los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán, que presentaron mayor predisposición de conductas violentas fueron la Esquizofrenia paranoide (F20.0), seguidos de los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19).

Palabras clave: Trastornos mentales y conductas violentas.

## Abstrac

The objective of this research was to determine mental disorders with violent behaviors in psychiatric patients attended by emergency Hermilio Valdizán Hospital, Santa Anita district, Lima, 2018. In the methodological aspect, the entire development process of this research was conducted under the lines of the quantitative approach, type of descriptive and transversal study, the design was non-experimental. The population was formed by 184 patients with their respective medical records attended by emergency Hermilio Valdizán Hospital, from which a sample of 58 patients was extracted through non-probabilistic sampling, during the month of December 2018. For the data collection was used the instrument called emergency care format of the NTS No. 139-MINSA / 2018 / DGAIN "Health Technical Standard for the Management of the Clinical History of the Ministry of Health". The results have shown that mental disorders are: 60.3% "F20.0 (Paranoid Schizophrenia)", 13.8% "" F10-F19 (Mental and behavioral disorders due to the consumption of psychotropic substances) ", the 6.9% "F31.2 (Bipolar affective disorder, manic episode present with psychotic symptoms)", 5.2% "F06.2 (Organic schizophreniform delusional disorder disorder)", 3.4% "F41.2 (Mixed anxiety-depressive disorder) "and there are other mental disorders that each reach 1.7%. In conclusion, it has been determined that mental disorders of psychiatric patients with violent behavior attended by emergency Hermilio Valdizán Hospital, who presented a greater predisposition of violent behaviors were paranoid schizophrenia (F20.0), followed by mental and behavioral disorders. due to the consumption of psychotropic substances (F10-F19).

Key words: Mental disorders and violent behaviors.

## I. Introducción

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental; entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco. (OMS, 2004, p.16)

Respecto a la violencia, Ruiz (1981), citado por Casarotti (2010) señalo. “Los actos violentos en los enfermos mentales solo se considera las conductas heteroagresivas, es decir, las dirigidas directamente contra otros y no el suicidio ni otras lesiones consecuencia de conductas negligentes” (p.13).

Motivo por el cual surge la necesidad de estar en constante conocimiento de la conducta violenta de los pacientes psiquiátricos para que el ministerio de salud, puedan dar las intervenciones tempranas, mejorando el estado de salud mental de los pacientes y sus familiares. Este trabajo tiene como objetivo determinar los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

Rodríguez, Kohn & Aguilar (2010) sobre la situación de trastornos mentales en América latina y el Caribe señalaron:

En las Américas los trastornos mentales representan el 22,4% de la carga general de enfermedad y, junto con otros problemas psicosociales, representan una importante y significativa parte de la morbilidad que se atiende en los centros de atención primaria; asimismo, demuestran que la mayoría de los trastornos mentales severos comienzan durante la niñez y la adolescencia. De hecho, 75% de los trastornos mentales se inician antes de los 24 años de edad. La población adulta mayor se ha incrementado en los países de América latina y el Caribe, al igual que han aumentado los trastornos mentales asociados a esta etapa de la vida, como la depresión, las demencias, los cuadros delirantes y el abuso. Se estima que 30% de las personas mayores de 65 años padecen de depresión. (p.1)

Los servicios de salud mental tradicionalmente se han dedicado fundamentalmente a la atención de los trastornos mentales y a los que están bajo la categoría más amplia de trastornos neuropsiquiátricos, como la epilepsia. Algunos países, dependiendo de sus recursos y de su forma habitual de llevar a cabo la planificación, limitan los programas de salud mental al tratamiento exclusivo de los trastornos mentales más graves. Una visión tan estrecha de lo que constituye la atención de la salud mental podría no ser suficiente dadas las cambiantes estructuras poblacionales. Se espera que la atención de la salud mental desempeñe un papel cada vez más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y los trastornos emergentes con componentes conductuales. (Rodríguez et al, 2009, p.30)

Por su parte, Rondón (2006) sostuvo:

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes (ansiedad y depresión) son frecuentes. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%<sup>3</sup>, en la sierra peruana de 16,2%<sup>4</sup> y en la Selva de 21,4%<sup>5</sup>. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas. La violencia contra mujeres y niñas es uno de los indicadores de cuan desatendida esta la salud mental en el Perú. (p.1)

### **Problema general:**

- ❖ ¿Cuáles son los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018?

### **Problemas específicos:**

- ❖ ¿Cuáles son los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto al motivo de consulta, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018?
- ❖ ¿Cuáles son los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto a la edad cronológica, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018?

- ❖ ¿Cuáles son los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto al grado de instrucción, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018?

## **1.2. Antecedentes**

### **A nivel internacional**

Quílez (2016), realizó la tesis titulada: Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico en la Universidad de Barcelona, España, cuyo objetivo fue determinar el peso significativo que tienen los factores de riesgo individuales de conductas violentas que presentan los pacientes esquizofrénicos hacia el personal de enfermería de las unidades psiquiátricas del Parc Sanitari Sant Joan de Déu entre los años 2012-2014. Estudio descriptivo, observacional, longitudinal de 146 pacientes ingresados en unidades de salud mental. Los factores de riesgo se clasificaron de acuerdo al modelo conceptual de Chappell y Di Martino. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas mediante la escala de predicción y evaluación de riesgo de violencia (EPERV-55) y la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV) y registros de incidentes violentos. Resultados: Los factores de riesgo que presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron, para la violencia verbal hacia el personal de enfermería: el sexo masculino ( $p=0,033$ ), el consumo de cannabis ( $p=0,001$ ), la ausencia de permisos ( $p<0,001$ ), el consumo de tóxicos en la infancia ( $0,023$ ), la presencia de medidas restrictivas ( $p<0,001$ ) y el Factor 4: Consumo de drogas ( $p=0,016$ ). Y para la violencia física hacia el personal de enfermería: la ausencia de permisos ( $p=0,007$ ), la presencia de medidas restrictivas ( $p<0,001$ ) y el Factor 5: Control de la automutilación ( $p=0,019$ ).

Conclusión: El uso de escalas de predicción de la violencia ayuda a reducir su riesgo y mejorar la asistencia sanitaria.

Dummar (2015), realizó la tesis titulada: *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia* en la Universidad de Oviedo, España, cuyo objetivo fue Estudiar la relación entre salud mental y exclusión social a partir del análisis de la realidad psicosocial de personas con diagnóstico de esquizofrenia. La investigación fue de enfoque cualitativo, tipo descriptivo secuencial. Se recurrió a la entrevista a profundidad. La población fue constituida por cinco grupos de personas con diagnóstico de esquizofrenia usuarias de servicios públicos de salud mental, sus cuidadores o familiares más cercanos (madres y padres), profesionales de salud mental de servicios públicos (psicólogos y psiquiatras). La muestra se conformó por 87 profesores universitarios/investigadores, 8 profesionales de salud mental, 24 personas con diagnóstico de esquizofrenia y 11 familiares de los pacientes con esquizofrenia. Los resultados fueron que todos los profesionales de salud mental concuerdan que el tratamiento prioritario para este tipo de casos es el farmacológico y programas de prevención, de intervención precoz y rehabilitación psicosocial. Concluye señalando que se ha podido constatar que los problemas de salud mental y exclusión social están altamente correlacionados.

Finalmente, Pinzón (2014), realizó la tesis titulada: *Prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios* en la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia de Trastornos Depresivos, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, conductas suicidas y consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de pregrado de la Universidad Industrial de Santander (UIS) Sede Bucaramanga. El estudio es de carácter observacional descriptivo cuantitativo, de corte

transversal, la muestra fue un total de 162 estudiantes. Los resultados evidenciaron prevalencia de vida del Trastorno Depresivos Mayor (23%). El Trastorno Depresivo Mayor fue mayor en mujeres que en hombres con valor de prevalencia global del 12,4%. La Fobia Social y el Trastorno Obsesivo Compulsivo y el Abuso o Dependencia a Sustancias fueron más frecuentes en hombres que en mujeres con prevalencia global de 12,9%, 6,8% y 4,3% respectivamente. Las conclusiones fueron: La prevalencia de vida del último año y del último mes para el Trastorno Depresivo Mayor, Fobia Social, y Trastorno Obsesivo Compulsivo fue mayor a la reportada en el último Estudio Nacional de Salud Mental, pero comparables con resultados internacionales en poblaciones similares. Este aumento en la frecuencia de trastornos mentales, puede reflejar las intensas presiones académicas y sociales a las que están expuestos los estudiantes universitarios.

### **A nivel nacional**

Al respecto, García (2017), realizó la tesis titulada: *Factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo* en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú, cuyo objetivo fue Determinar si la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo Junio – Septiembre 2016. El estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La muestra de estudio estuvo constituida por 96 pacientes con esquizofrenia según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con o sin agresividad. Los resultados evidenciaron, ideación suicida es factor de riesgo asociado a agresividad en pacientes esquizofrénicos con un odds ratio de 4.2. el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ). Concluye señalando

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

De la misma forma, Talavera (2016), realizó el estudio denominado: *Bienestar espiritual y agresividad en internos con adicciones a sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Lima, Perú* en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú, el objetivo fue determinar la relación entre el bienestar espiritual y la agresividad; describir el bienestar espiritual con base en la religión, género; relacionar con agresividad de ira, hostilidad física y verbal. El método de estudio fue hipotético, deductivo, no experimental, la muestra estuvo conformada por 306 internos con adicciones a Sustancias Psicoactivas en Centros de Rehabilitación de Lima. Como instrumentos se utilizaron la sub-escala de la dimensión religiosa de la escala de bienestar espiritual de Paloutzian y Ellison y la escala de agresividad de Buss y Perry. Los resultados demostraron que existe relación significativa entre bienestar espiritual y agresividad; así mismo, existe relación significativa entre bienestar espiritual y los componentes de la agresividad siendo estos: física, verbal y hostilidad; sin embargo, con el componente de ira no se encontró una relación significativa. Concluye señalando que el componente de la adicción al Internet con la agresividad en estudiantes de secundaria de diversas regiones del Perú existe una relación positiva y significativa.

Finalmente, Aldave (2016), presentó la investigación denominado: *Asociación entre depresión y violencia familiar en Centro Médico EsSalud – Ascope* en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo Perú, el objetivo fue Determinar si existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016. El tipo de investigación fue analítico, observacional, transversal. La población de estudio

estuvo constituida por 125 pacientes adultos; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin violencia familiar, se precisó el grado de asociación y significancia estadística. Los resultados fueron que el grupo con violencia familiar presento frecuencias significativamente mayores de sexo femenino y de nivel socioeconómico E en comparación con el grupo sin violencia familiar. La frecuencia de violencia familiar en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatria fue 82%. La frecuencia de depresión en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatria fue 35%. La depresión es factor asociado violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatria con un odds ratio de 3.1 el cual fue significativo. Las conclusiones señalaron que existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatria del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016.

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo General**

- ❖ Determinar los trastornos mentales con conductas violentas de los pacientes psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

#### **Objetivos Específicos**

- ❖ Identificar los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto al motivo de consulta, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.
- ❖ Identificar los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto a la edad cronológica, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

- ❖ Identificar los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas respecto al grado de instrucción, atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

#### **1.4. Justificación**

##### **Teórica:**

La justificación teórica se da porque se buscó profundizar el caudal de conocimientos sobre las variables trastornos mentales y conductas violentas, para luego incorporarlos al campo gnoseológico de la medicina, lo que finalmente servirá como antecedentes en futuras investigaciones. Consecuentemente, servirá para la realización de la discusión de los resultados de la presente investigación.

##### **Práctica**

Se justifica de manera práctica porque los resultados obtenidos en esta investigación a través de la descripción y corte transversal de las dos variables servirá para abordar el problema existente en dicho nosocomio sobre los trastornos mentales y conductas violentas de pacientes psiquiátricos que acuden a la atención de emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, 2018, situación que conllevará a conocer y determinar las causas sobre las conductas violentas en este tipo de pacientes.

##### **Metodológica**

Se justifica metodológicamente, porque esta investigación se ha desarrollado bajo el enfoque de los estudios cuantitativos desde la formulación del problema hasta la obtención de los resultados, en todo este proceso se ha tomado en cuenta el uso de la estadística descriptiva y específicamente en la fiabilidad del instrumento.

## II. Marco Teórico

### 2.1. Bases teóricas sobre trastornos mentales

Sobre los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud (2004) señaló:

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el Informe de Salud Mundial 2001 de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta<sup>1</sup> a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental; entre los niños en desventaja, la proporción es uno de cada cinco.

Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs) que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo (OMS, 2004). Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión, consumo de alcohol, esquizofrenia y trastornos compulsivos (Murray & Lopez, 1996). Las proyecciones estiman que para el año 2020 las condiciones neuropsiquiátricas serán responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola será responsable del 5.7% de los DALYs. (p.16)

Según, Rodríguez, Kohn & Aguilar (2009):

La salud mental es un componente fundamental e inseparable de la salud y está directamente relacionada con el bienestar personal, familiar y comunitario, aunque muchas veces sea subestimada frente a la salud física. Como se destaca en este libro, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, y resulta evidente que los mismos tienen un impacto importante en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida. (p.7)

### **Trastornos mentales: La esquizofrenia y otras psicosis**

Este grupo de enfermedades constituyen los trastornos mentales graves que pueden llegar a un establecimiento de salud. Si bien su frecuencia no es muy alta en la población, cuando se presentan, causan discapacidad en las personas afectadas, desorganizando su vida personal, familiar y laboral. La forma de presentación de estas enfermedades puede ser dramática y producir gran impacto familiar debido a las alteraciones y conductas extrañas e impredecibles que genera. (Ministerio de Salud/Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005, p.6)

La esquizofrenia es una de las psicosis que tradicionalmente se han calificado como locura. Es también la más conocida y desconcertante a nivel mundial. Las personas que están con esquizofrenia pasan por períodos en donde pueden estar mejor o peor, es decir, presentan remisiones y recaídas. La esquizofrenia suele ser una enfermedad crónica por lo que requiere de atención médica continua, como ocurre con otras enfermedades físicas tales como la diabetes o la hipertensión. (Ministerio de Salud/Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005, p.7)

### **Características de los trastornos mentales: La esquizofrenia y otras psicosis**

Al respecto, el Ministerio de Salud/Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005) señalaron que una persona que padece este grupo de enfermedades presenta varias de las siguientes características:

Conducta o comportamiento social que resulta extraño o raro a las otras personas que lo rodean: por ejemplo, puede comenzar a vestirse de una manera extravagante, hablar sólo y en voz alta, hacer muecas a la gente, acumular objetos de manera desordenada y desproporcionada, esconderse porque siente que le persiguen, o en ocasiones puede volverse agresivo.

Alucinaciones: las personas escuchan cuchicheos o voces que le hablan o gritan de manera incesante o esporádica, o bien escuchan sonidos de campanas o música, pero que otras personas no pueden oír (alucinaciones auditivas).

Aunque es menos frecuente, también la persona afectada por una psicosis puede ver cosas que otras personas no pueden ver (alucinaciones visuales). Mucho menos frecuente es cuando la persona experimenta otras sensaciones sin causa alguna, como picazón, o que se le quema la piel, o siente que animales o bichos recorren su cuerpo (alucinaciones táctiles).

Desajuste laboral o en los estudios: la persona inicialmente tiene dificultades de rendimiento en la escuela o en el centro laboral. Falta o asiste irregularmente hasta abandonar las actividades que estaba realizando. Puede manifestar indiferencia, sufrimiento o irritabilidad cuando se le interroga respecto al cese de sus actividades.

Sin conciencia de enfermedad: cuando las personas son confrontadas con lo que les está ocurriendo, niegan que exista algún problema. O manifiestan indiferencia o tienden a acusar a los demás de propósitos perversos al tratar de sugerir que ellos tienen algún problema.

Falta de contacto con la realidad (trastorno del juicio): las características anteriores ilustran que las personas que padecen una psicosis, carecen de un buen contacto con la realidad. El mundo en el que viven está distorsionado por un conjunto de ideas y fantasías que muchas veces permanecen ocultas y no son manifestadas ante otras personas, porque pueden creer que los demás se burlarán de ellos o los acusarán injustamente de algún problema.

Pueden presentar depresión: tristeza, decaimiento, fatiga, falta de interés en hacer las cosas cotidianas.

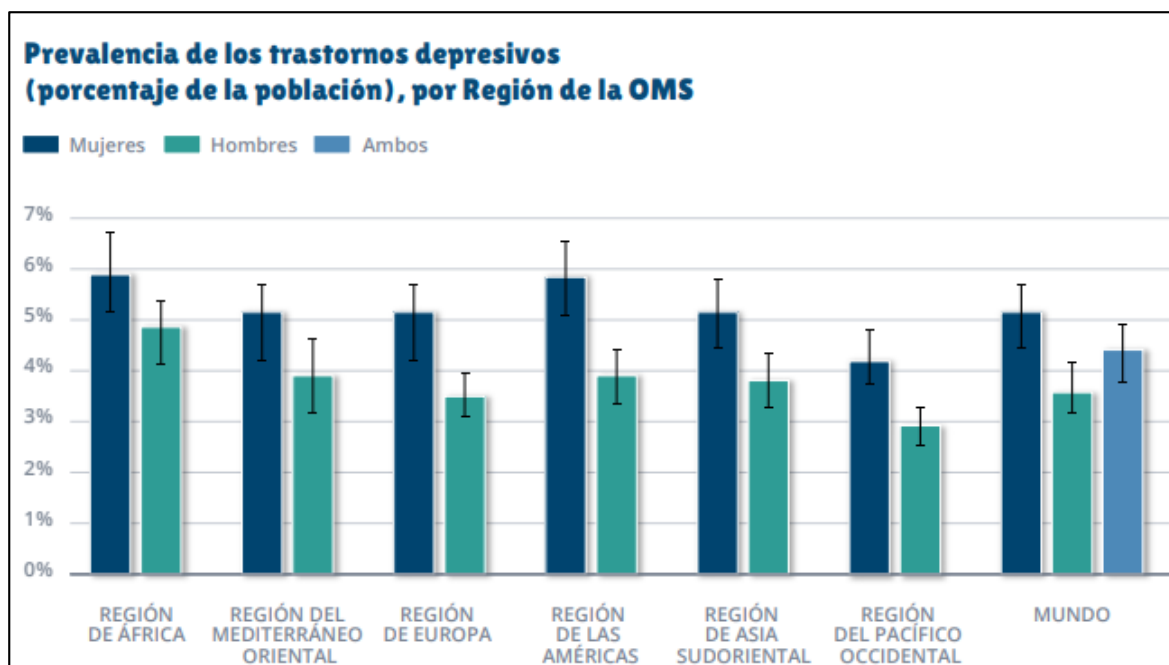
Pueden estar agitados: excitados, agresivos, con gran irritabilidad y desconfianza en el medio que lo rodea.

Pueden presentar confusión y desorientación en cuanto al lugar en el que están (espacio), fechas o días de la semana, mes o año (tiempo), o desconocer a la gente que le rodea, aún sean sus familiares cercanos (persona). (p.7)

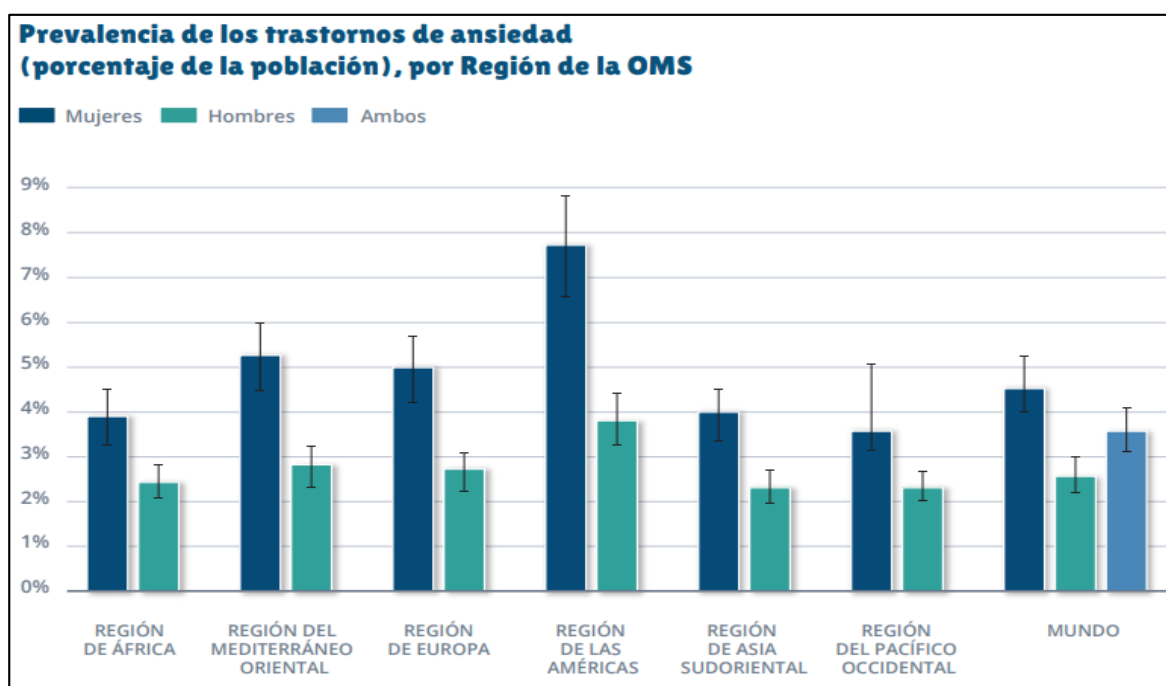
### **Trastornos mentales comunes**

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017) señalaron:

Los trastornos mentales comunes se refieren a dos categorías principales de diagnóstico: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población (de ahí que se consideren “comunes”) y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años). Estos trastornos son condiciones de salud diagnosticables y se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida. (p.5)



*Figura 1:* Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por región de la OMS  
 Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017, p.9)



*Figura 2:* Prevalencia de los trastornos de ansiedad (porcentaje de la población), por Región de la OMS.  
 Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2017, p.9)

### **Prevención de los trastornos mentales**

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (2004) sostuvo:

Las afecciones de salud mental se refieren a los problemas, síntomas y trastornos de salud mental, incluyendo la tendencia y síntomas de salud mental relacionados con un padecimiento temporal o continuo. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental. (p.17)

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad. Mrazek & Haggerty, 1994, (citado por la Organización Mundial de la Salud, 2004, p.17)

### **Clasificación de trastornos mentales según el CIE 10**

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (1994) clasifica:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoafectivos.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F70-79 Retraso mental.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

F99 Trastorno mental sin especificación. (p.23)

## **2.2. Bases teóricas sobre conductas violentas**

Violencia. En el diccionario de la Real Academia Española se define “agresivo” como aquel que tiende a la violencia, y “violento” a quien obra con ímpetu y fuerza, bruscamente y con intensidad extraordinarias. Si bien con las palabras agresión y violencia es habitual hacer referencia a actitudes o conductas lesivas para sí mismo o para los demás (sentido negativo), en esta presentación se utiliza la palabra “violencia” en un sentido más amplio y no exclusivamente peyorativo. (citado por Casarotti, 2010, p.12)

Por su parte la American Psychiatric Association (1995) sostuvo:

La agresión es una conducta intencionadamente dirigida a provocar un daño físico a otros. En virtud de esta definición, quedan agrupadas en el mismo concepto conductas diferentes por el hecho de tener una consecuencia parecida; por otro lado, no se consideran agresiones conductas tales como el insulto o la degradación verbal ni, por ejemplo, las medidas de presión laboral ejercidas para forzar la dimisión de un empleado. (citado por Saiz & Carrasco, 2001, p.821)

Por su parte, Averill, (1983) señaló:

La intencionalidad de una conducta agresiva conlleva el deseo de dañar, ridiculizar o impedir el acceso a un recurso y convierte a la misma conducta en el punto final de la motivación. La conducta agresiva debe ser una conducta lesiva. La lesión es generalmente física, aunque el ataque puede ser también verbal o mediante expresiones no verbales como la mirada o los gestos. En el caso prototípicamente psiquiátrico, la agresión está siempre acompañada de un estado emocional, la ira o rabia. Este componente es probablemente el más cercano al término psicoanalítico de pulsión agresiva. Sin embargo, en algunos casos la intención de dañar aparece desprovista, al menos aparentemente, de una emoción negativa, particularmente en el terreno limítrofe entre lo psicótico y lo psicopático. En algunos casos, además, la emoción asociada a la agresión no es claramente de ira, pudiendo existir desde un estado de irritación o disforia hasta incluso un estado de exaltación. (citado por Saiz & Carrasco, 2001, p.822)

### **Tipos psicopatológicos y actos violentos**

Al respecto, Ruiz (1981), señaló “Los actos violentos en los enfermos mentales solo se considera las conductas heteroagresivas, es decir, las dirigidas directamente contra otros y no el

suicidio ni otras lesiones consecuencia de conductas negligentes” (citado por Casarotti 2010, p.13).

El contexto que se debe tener en cuenta al considerar los actos violentos de los enfermos mentales es: a) que la mayor parte de los delitos es cometida por personas que no son enfermos mentales; b) que si bien estos pacientes son peligrosos (e incluso más peligrosos que la generalidad del género humano por su agresividad “contenida” (inmanente), sin embargo, su peligrosidad está “contenida” (controlada), porque en la mayor parte de los enfermos solo es potencial o virtual; c) que la mayoría de los actos agresivos de los pacientes mentales severos (psicosis agudas y crónicas) son agresiones menores (por ejemplo, contra los bienes) y que en cambio, la mayor parte de los delitos graves (por ejemplo, contra las personas: rapiñas, violación, lesiones, homicidio, etc.) es realizada por pacientes con trastornos psicopatológicamente menores (trastornos de personalidad). Skodol, 1998, (citado por Casarotti, 2010, p.13)

Sobre los actos violentos de pacientes psiquiátricos, Ey (1964) señaló:

Es práctico ordenar los actos violentos en patología mental siguiendo su clasificación de las enfermedades mentales en agudas y crónicas. Procediendo de ese modo se perfilan tres eventualidades clínicas como contextos posibles del acto agresivo y en oportunidades violento: a) a veces las agresiones suceden en crisis más o menos súbitas y persistentes que contrastan con la vida habitual y normal del sujeto; b) otras veces los actos suceden en enfermedades mentales que se manifiestan como un déficit progresivo de las capacidades de adaptación; y c) en otros casos, se trata de pacientes lúcidos y conscientes. En esta última posibilidad, las reacciones peligrosas son más temibles por la dificultad en percibir la existencia de la enfermedad mental. (citado por Casarotti, 2010, p.14)

Por su parte, Casarotti (2010) clasificó las conductas violentas de la siguiente manera:

- a) Conductas peligrosas en las crisis paroxísticas de los episodios psíquicos agudos: las enfermedades mentales agudas constituyen estados patológicos donde frecuentemente se presentan violencias clásicas y heteroagresivas. Por ser los casos más dramáticos aparecen en el imaginario popular como el prototipo de la violencia por enfermedad mental, aunque con frecuencia por la alteración de conciencia que los caracteriza, no son las formas de violencia más severas.
- b) Los actos peligrosos durante los trastornos mentales en evolución progresiva: en esta línea, corresponden en su mayor parte a deterioros demenciales o al déficit propio de los trastornos esquizofrénicos. Son casos en los que la alteración de la organización de la personalidad (con desintegración del comportamiento y deterioro intelectual) se instala frecuentemente de modo insidioso y se acentúa progresivamente.
- c) Agresiones en los enfermos mentales crónicos sin déficit: aquí están los pacientes que no están sufriendo un episodio agudo, ni presentan un trastorno mental de evolución manifiesta. Sin embargo, este grupo de pacientes lúcidos y capaces de adaptación al entorno, no tiene conciencia de estar enfermo, razón por la cual su enfermedad puede quedar oculta y pasar desapercibida. Es decir, son pacientes en quienes su peligrosidad es tanto mayor cuanto que su enfermedad no se manifiesta o sus conductas no parecen patológicas. En este grupo cabe distinguir pacientes severos (delirantes crónicos) y otros menos graves desde el punto de vista psicopatológico, aunque muy “graves” en cuanto a la posibilidad de agresiones (algunas neurosis y trastornos de personalidad). (p.14)

### **Dimensiones de la conducta agresiva**

Las dimensiones de la conducta agresiva han sido planteadas por Saiz & Carrasco (2001), siendo estas:

- Conducta agresiva a pesar de la inexistencia de un estímulo suficiente.
- Intensidad excesiva de la conducta agresiva.
- Agresividad impulsiva y episódica recurrente.

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El tipo de estudio es descriptivo y de corte transversal, porque solo se limitó a la descripción de la realidad existente de las variables trastornos mentales y conductas violentas de pacientes psiquiátricos atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

Al respecto Esteban (2012) señaló:

En esta investigación el objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades, aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales. La investigación descriptiva, comprende la colección de datos para probar hipótesis o responder a preguntas concernientes a la situación corriente de los sujetos del estudio. Un estudio descriptivo determina e informa los modos de ser de los objetos. (p.2)

#### **3.2. Ámbito espacial y temporal**

##### **Espacial**

Esta investigación se ejecutó irrestrictamente en la emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

##### **Temporal**

Los datos considerados en el proceso de esta investigación fueron tomados de las historias clínicas de la atención en emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, en el periodo del 1 al 31 de diciembre del 2018.

### 3.3. Variables

#### **Variable independiente: Trastornos mentales**

Al respecto, el Ministerio de Salud/Universidad Peruana Cayetano Heredia (2005) señaló:

Los trastornos mentales son enfermedades graves que pueden llegar a un establecimiento de salud. Si bien su frecuencia no es muy alta en la población, cuando se presentan, causan discapacidad en las personas afectadas, desorganizando su vida personal, familiar y laboral.

La forma de presentación de estas enfermedades puede ser dramática y producir gran impacto familiar debido a las alteraciones y conductas extrañas e impredecibles que genera. (p.6)

#### **Variable dependiente: Conductas violentas**

Al respecto, Skodol (1998), citado por Casarotti (2010) señaló:

El contexto que se debe tener en cuenta al considerar los actos violentos de los enfermos mentales es: a) que la mayor parte de los delitos es cometida por personas que no son enfermos mentales; b) que si bien estos pacientes son peligrosos (e incluso más peligrosos que la generalidad del género humano por su agresividad “contenida” (inmanente), sin embargo, su peligrosidad está “contenida” (controlada), porque en la mayor parte de los enfermos solo es potencial o virtual; c) que la mayoría de los actos agresivos de los pacientes mentales severos (psicosis agudas y crónicas) son agresiones menores (por ejemplo, contra los bienes) y que en cambio, la mayor parte de los delitos graves (por ejemplo, contra las personas: rapiñas, violación, lesiones, homicidio, etc.) es realizada por pacientes con trastornos psicopatológicamente menores (trastornos de personalidad). (p.13)

### **3.4. Población y muestra**

#### **Población**

La población seleccionada la conformó 184 pacientes con sus respectivas historias clínicas atendidas por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018.

Los criterios de inclusión y exclusión que fueron considerados para la delimitación poblacional son los siguientes:

#### ***Criterios de Inclusión***

Todos los pacientes psiquiátricos que presentaron conductas heteroagresivas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, en el mes de diciembre del 2018.

#### ***Criterios de Exclusión***

Todos los pacientes psiquiátricos que no presentaron conductas heteroagresivas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, en el mes de diciembre del 2018

#### **Muestra**

La muestra está constituida por los 58 pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, en el mes de diciembre del 2018.

La muestra fue no probabilístico al respecto Martínez & Rodríguez (2012) señalaron; “Se cumple la función no probabilística cuando el investigador elige su muestra por conveniencia o situación de contexto, no sometiendo a ninguna probabilidad” (p.24).

### **3.5. Instrumento**

El instrumento utilizado fue el formato de atención de emergencia de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica del MINSA”. Sobre este aspecto, Behar (2008) sostuvo “Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que mida, básicamente, podemos hablar de dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas” (p.62).

### **3.6. Procedimientos**

La presente investigación se llevó a cabo a través de las siguientes fases claramente definidas, siendo estas:

- ❖ Primera fase: Se dio en todo lo relacionado al planteamiento y formulación del problema a investigar; para lo cual se tomó en cuenta el contexto, la unidad de análisis y la temporalización.
- ❖ Segunda fase: En esta etapa se desarrolló todo el campo gnoseológico del marco teórico y los respectivos antecedentes que fortalecieron las variables trabajadas.
- ❖ Tercera fase: En esta fase se sistematizó la estructura de la investigación con la matriz de consistencia que orienta todo el proceso técnico y metodológico de la investigación.
- ❖ Cuarta fase: En esta fase se ejecutó el recojo y sistematización de la información de cada historia clínica a través del formato de atención de emergencia de la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN “Norma Técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica del MINSA”.

- ❖ Quinta fase: En esta fase se obtuvo los resultados, se desarrolló la discusión, se formuló las conclusiones y las recomendaciones.

### **3.7. Análisis de datos**

Los datos obtenidos a través de los instrumentos mencionados fueron procesados por el software SPSS 23, a partir de allí se ha utilizado la estadística descriptiva, en ese sentido, Martínez & Rodríguez (2012) señalaron:

Una vez recogida y procesada la información, es necesario presentar los resultados de manera adecuada, de forma tal que contribuya a una mejor comprensión y exposición de dichos resultados, en función de los objetivos del trabajo. Existen tres tipos fundamentales de presentación: Textual, Tabular (cuadro estadístico) y Gráfica (figuras). (p.33)

## IV. Resultados

### 4.1. Descripción de los resultados

Tabla 1

*Frecuencias sobre los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
F20.0 (Esquizofrenia paranoide)	35	60,3	60,3	60,3
F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas)	8	13,8	13,8	74,1
F23.9 (Trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado)	1	1,7	1,7	75,9
F02.8 (Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte)	1	1,7	1,7	77,6
Trastornos mentales F60.3 (Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable)	1	1,7	1,7	79,3
F06.2 (Trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme orgánico)	3	5,2	5,2	84,5
F29 (Psicosis de origen no orgánico, no especificada)	1	1,7	1,7	86,2
F31.2 (Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos)	4	6,9	6,9	93,1
F32.1 (Episodio depresivo moderado)	1	1,7	1,7	94,8
F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)	2	3,4	3,4	98,3
F23.1 (Trastorno psicótico agudo polimorfo, con síntomas de esquizofrenia)	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

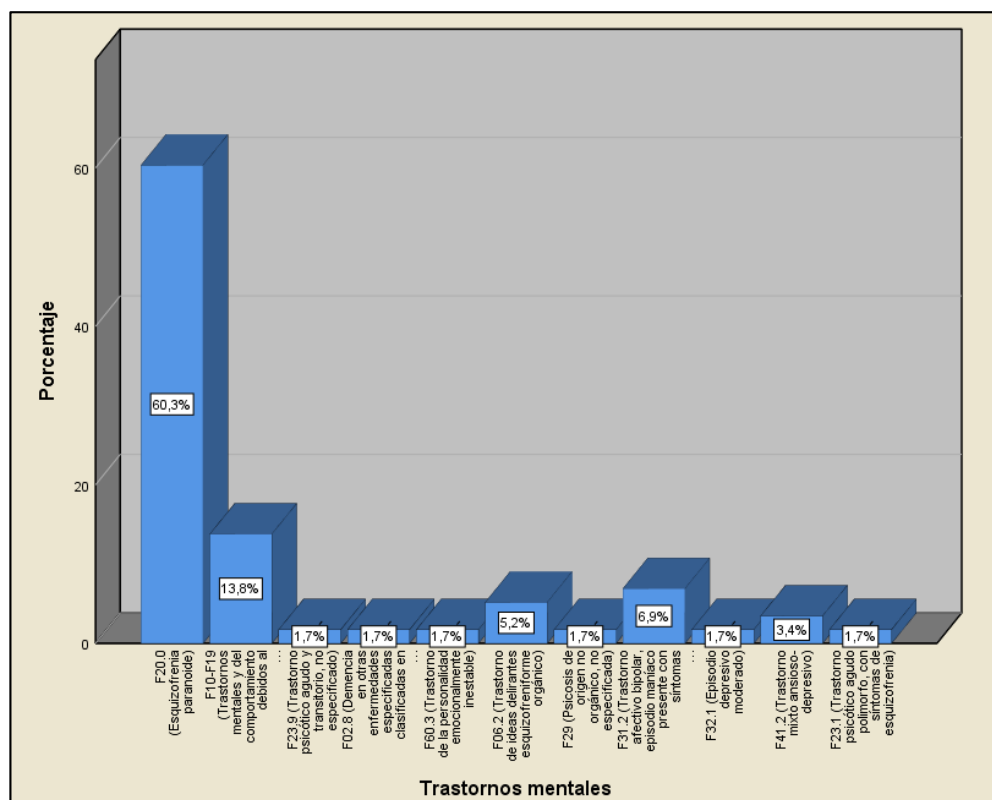


Figura 3: Trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 1 y figura 3 evidencian: el 60,3% “F20.0 (Esquizofrenia paranoide)”, el 13,8% “F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas)”, el 6,9% “F31.2 (Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos)”, el 5,2% “F06.2 (Trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme orgánico)”, el 3,4% “F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)” y hay otros trastornos mentales que cada uno llega al 1,7 %; estos resultados hacen notar que la mayoría que presenta conducta violenta es por la esquizofrenia paranoide (F20.0), seguidos de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19).

Tabla 2

*Frecuencias sobre el motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Motivo de consulta	Agresión física	6	10,3	10,3
	Agresión verbal	14	24,1	34,5
	Agresión física y verbal	38	65,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

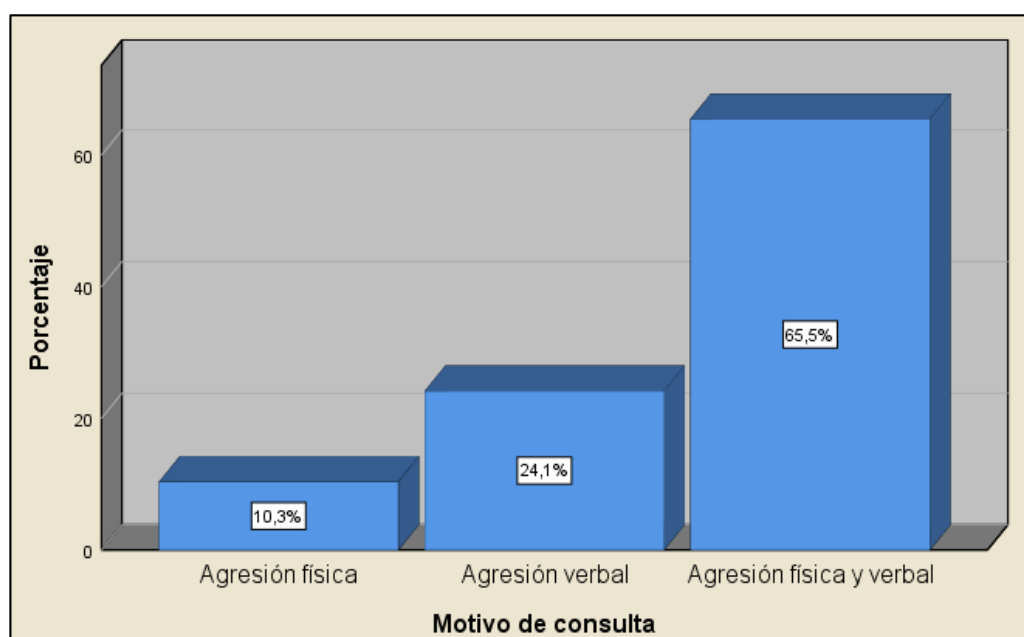


Figura 4: Motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre el motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 2 y figura 4 evidencian: el 65,5% “Agresión física y verbal”, el 24,1% “Agresión verbal” y el 10,4% “Agresión física”; estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales presentan agresión física y verbal simultáneamente, siendo afectado su entorno familiar y laboral.

Tabla 3  
Frecuencias según el sexo de los pacientes psiquiátricos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexo	Hombre	41	70,7	70,7
	Mujer	17	29,3	100,0
	Total	58	100,0	100,0

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

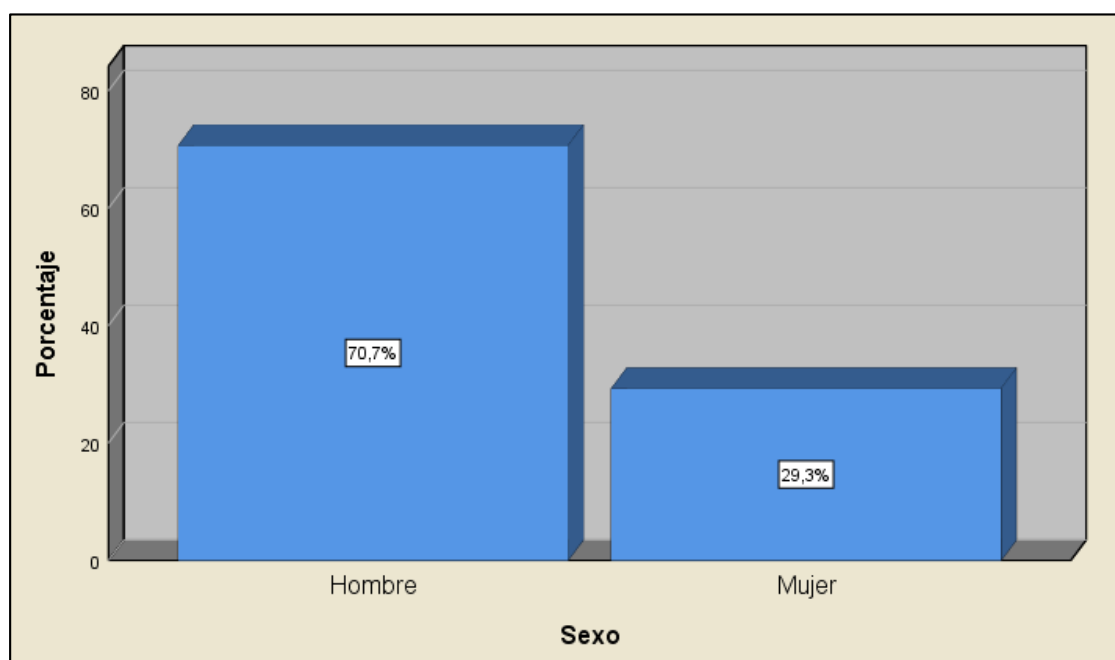


Figura 5: Sexo de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados según el sexo de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 3 y figura 5 evidencian: el 70,7% “hombres” y el 29,3% “mujeres”; estos resultados hacen notar que mayores problemas psiquiátricos presentan los hombres.

Tabla 4

*Frecuencias sobre la edad cronológica de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Entre 12 y 17 años	6	10,3	10,3	10,3
Entre 18 y 29 años	18	31,0	31,0	41,4
Edad Entre 30 y 59 años	28	48,3	48,3	89,7
De 60 años a más	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

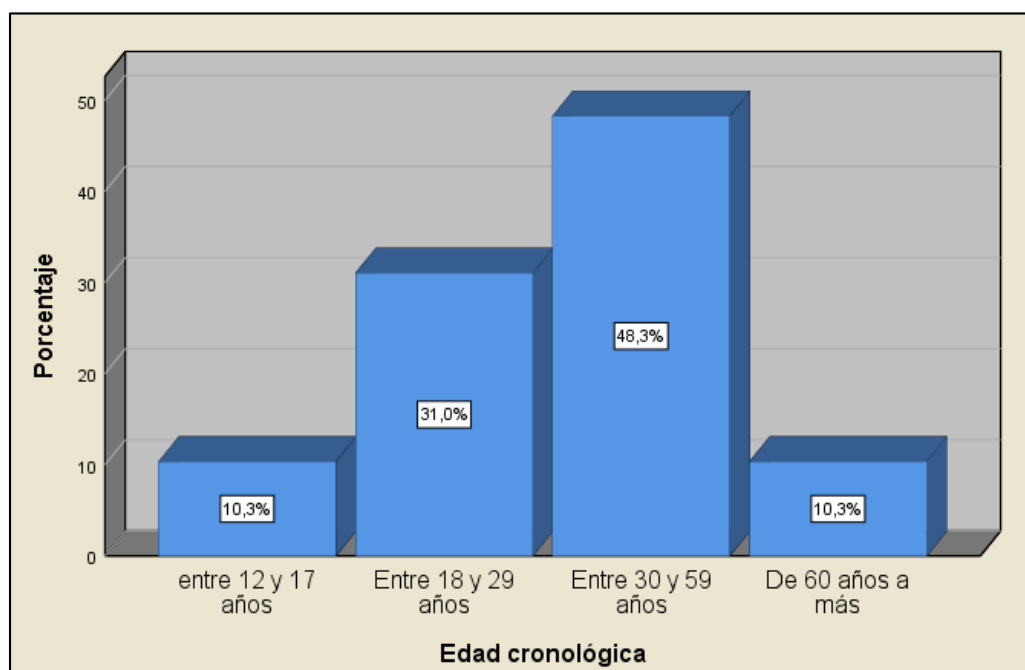


Figura 6: Edad cronológica de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados descriptivos según la edad cronológica de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 4 y figura 6 evidencian: el 48,3% “entre 30 y 59 años”, el 31,0% “entre 18 y 29 años”, el 10,3% “entre 12 y 17 años” y el 10,3% “de 60 años a más”; estos resultados hacen notar que mayores problemas psiquiátricos se presentan entre los 18 y 59 años en un 79,3%.

Tabla 5

*Frecuencias según el distrito de procedencia de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ate	12	20,7	20,7	20,7
Chaclacayo	1	1,7	1,7	22,4
El Agustino	6	10,3	10,3	32,8
La Molina	1	1,7	1,7	34,5
Lurigancho Chosica	2	3,4	3,4	37,9
Santa Anita	4	6,9	6,9	44,8
Otros distritos	32	55,2	55,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

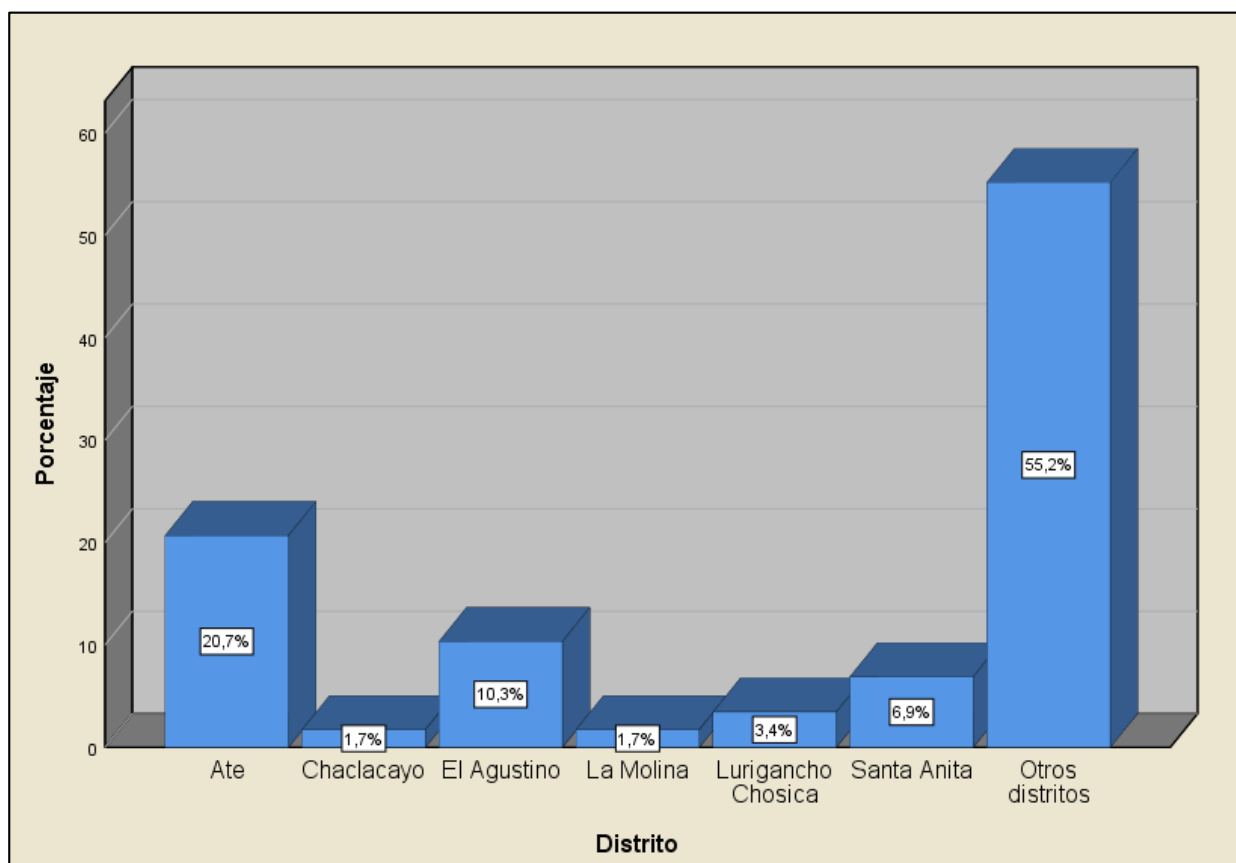


Figura 7: Distrito de procedencia de los pacientes psiquiátricos

### **Interpretación**

Los resultados sobre el distrito de procedencia de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas para ser atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 5 y figura 7 evidencian: el 55,2% “otros distritos”, el 20,7% “Ate”, el 10,3% “El Agustino”, el 6,9% “Santa Anita”, el 3,4% “Lurigancho-Chosica”, el 1,7% “Chaclacayo” y el 1,7% “La Molina”; estos resultados hacen notar que mayores problemas psiquiátricos se presentan en los distritos con mayores problemas económicos y sociales, resaltando los distritos de Ate y El Agustino. Respecto a otros distritos son aquellos pacientes que viven fuera de la jurisdicción del hospital o vienen de provincias.

Tabla 6

*Frecuencias según la nacionalidad de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nacionalidad	Peruano	55	94,8	94,8	94,8
	Extranjero	3	5,2	5,2	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

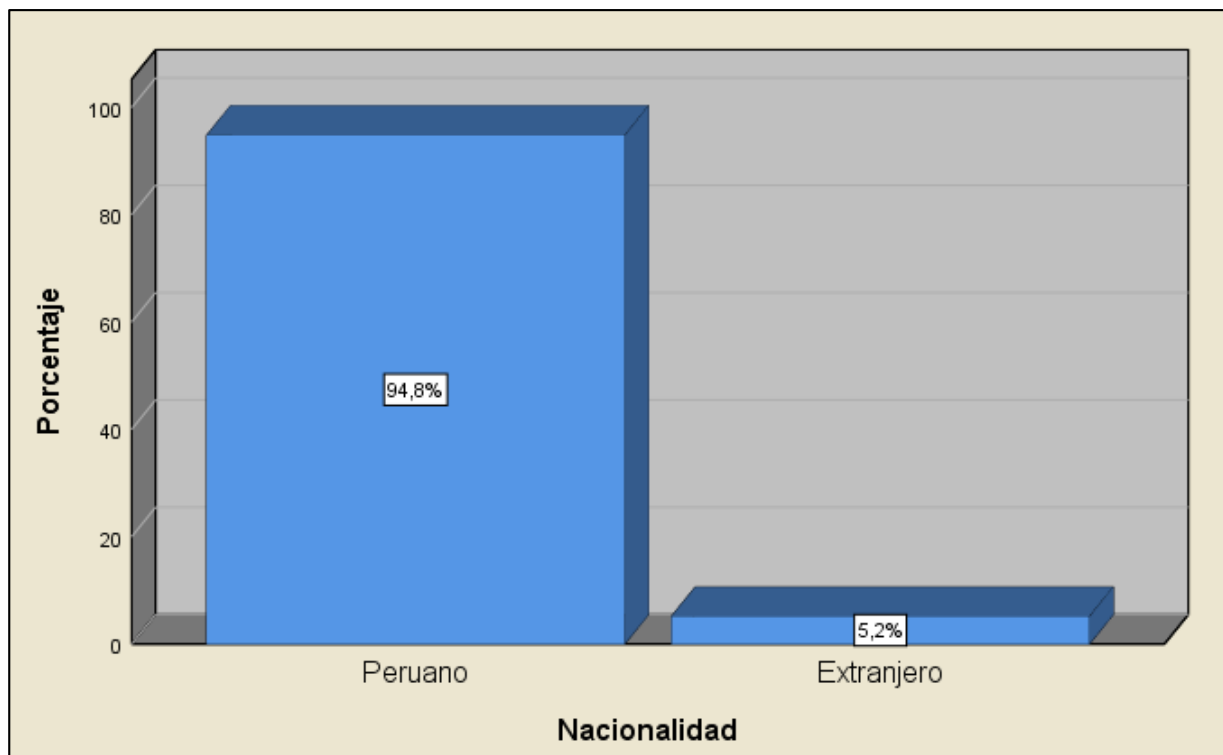


Figura 8: Nacionalidad de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre la nacionalidad de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 6 y figura 8 evidencian: el 94,8% “peruanos” y el 5,2% “extranjeros”; estos resultados hacen notar que la atención no es exclusivamente de los peruanos, existe un pequeño porcentaje de extranjeros que acuden a emergencia por trastornos mentales.

Tabla 7

*Frecuencias según el estado civil de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estado civil	Soltero (a)	49	84,5	84,5	84,5
	Casado (a)	9	15,5	15,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

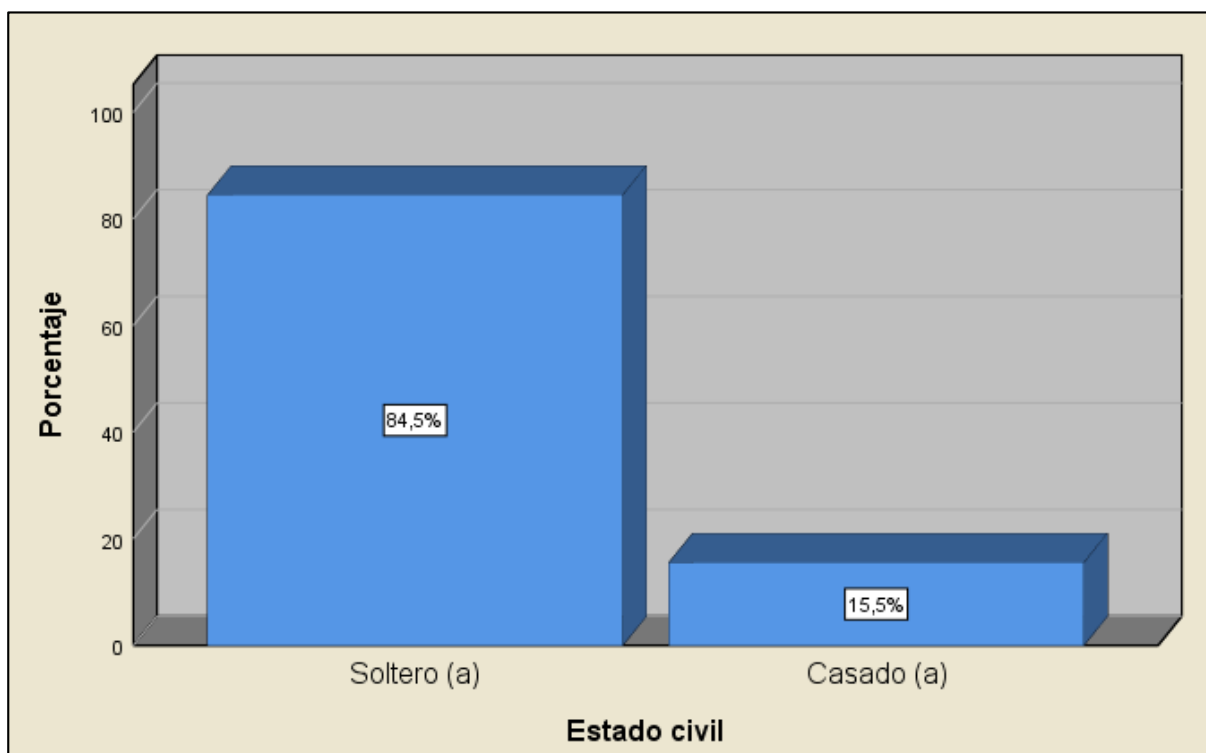


Figura 9: Estado civil de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre el estado civil de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 7 y figura 9 evidencian: el 84,5% “solteros” y el 15,5% “casados”; estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales están solteros.

Tabla 8

*Frecuencias según el grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Analfabeto	1	1,7	1,7	1,7	
Primaria incompleta	3	5,2	5,2	6,9	
Primaria completa	3	5,2	5,2	12,1	
Grado de instrucción	Secundaria incompleta	20	34,5	34,5	46,6
	Secundaria completa	20	34,5	34,5	81,0
	Superior incompleta	9	15,5	15,5	96,6
	Superior completa	2	3,4	3,4	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

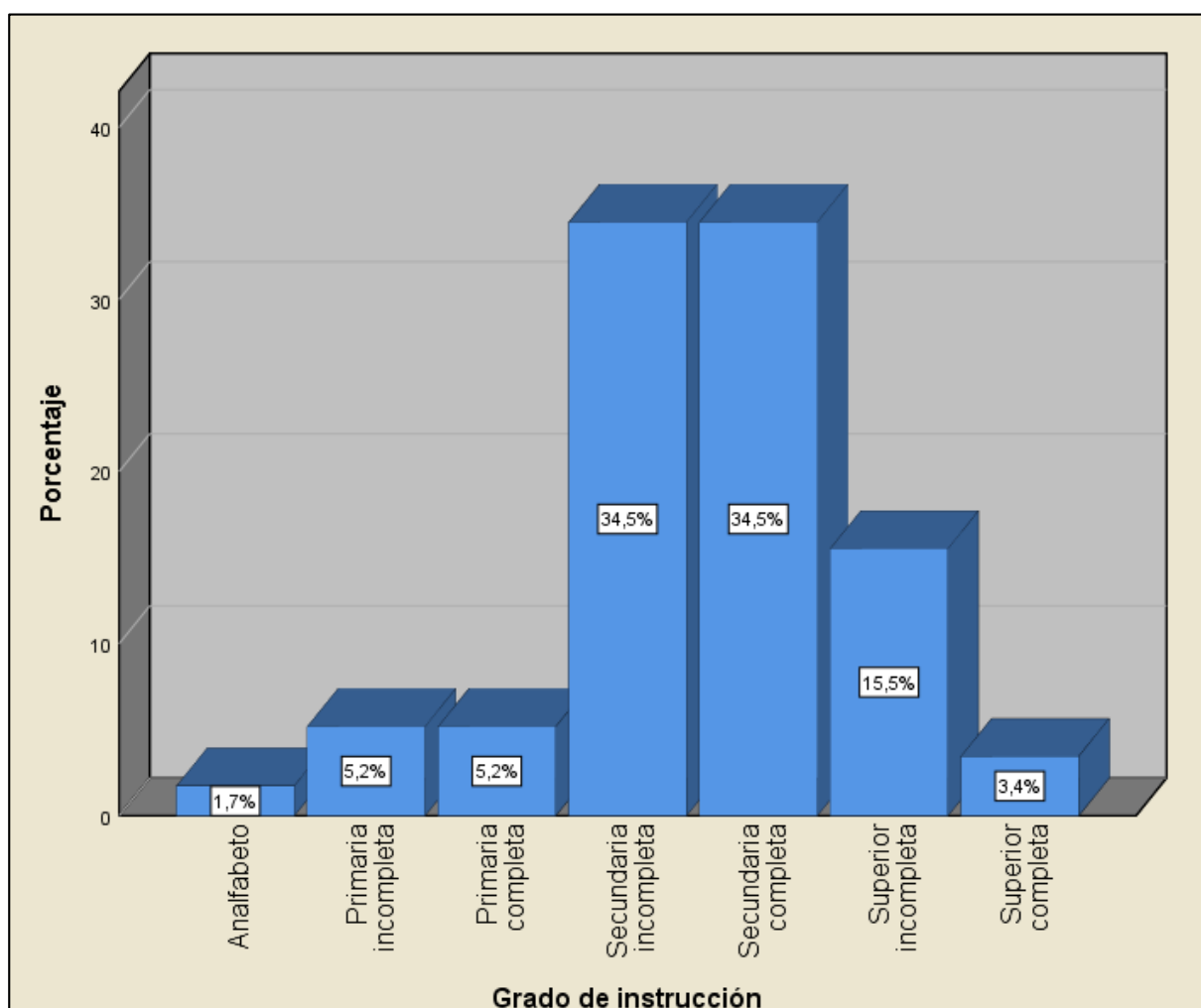


Figura 10: Grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos

### **Interpretación**

Los resultados sobre el grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 8 y figura 10 evidencian: el 34,5% “secundaria incompleta”, el 34,5% “secundaria completa”, el 15,5% “superior incompleta”, el 5,2% “primaria incompleta”, el 5,2% “primaria completa”, el 3,4% “superior completa” y el 1,7% “analfabeto”; estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales solo llegan al grado de instrucción secundaria con el 69%.

Tabla 9

*Frecuencias según el tiempo de enfermedad de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Tiempo de enfermedad	Menor a 6 meses	4	6,9	6,9	6,9
	De 6 a 12 meses	7	12,1	12,1	19,0
	De 13 a 24 meses	7	12,1	12,1	31,0
	De 25 a 36 meses	4	6,9	6,9	37,9
	De 3 a 5 años	5	8,6	8,6	46,6
	De 5 a 10 años	7	12,1	12,1	58,6
	De 10 a 20 años	12	20,7	20,7	79,3
	Mayor a 20 años	12	20,7	20,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

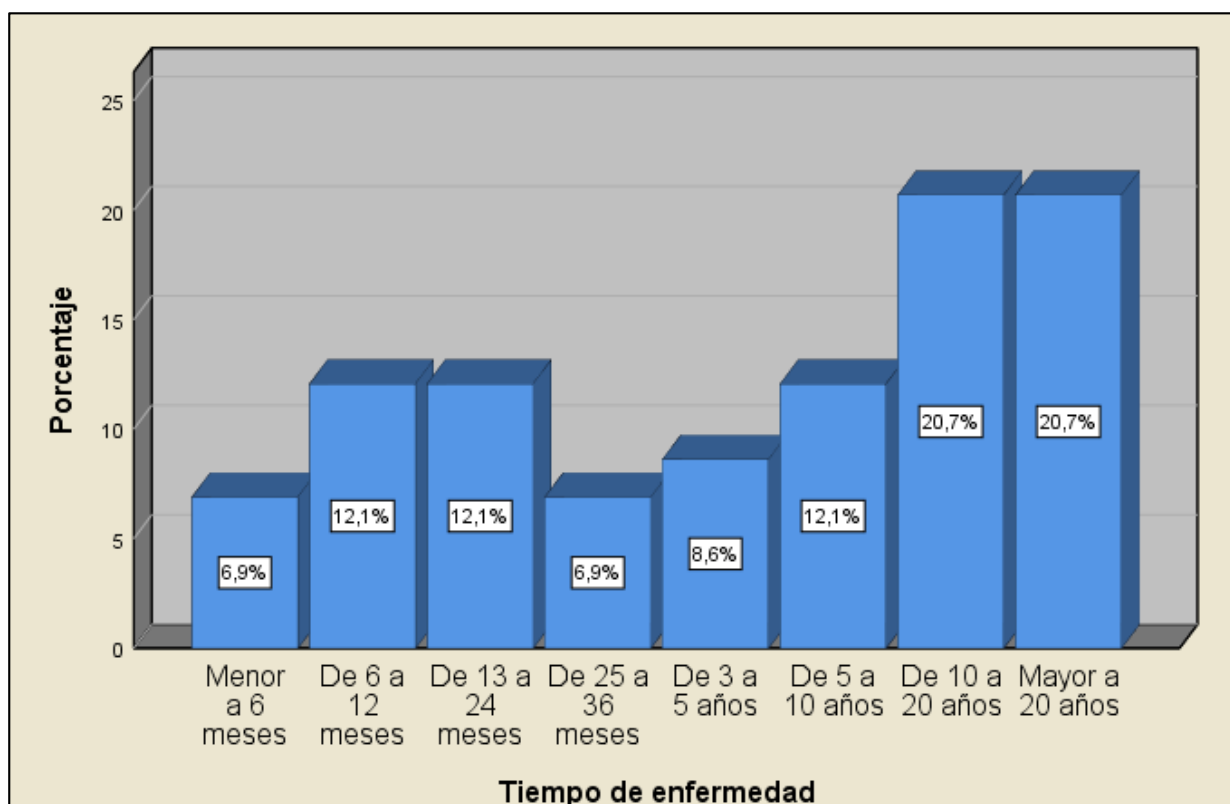


Figura 11: Tiempo de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos

### **Interpretación**

Los resultados sobre el tiempo de la enfermedad de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 9 y figura 11 evidencian: el 20,7% “de 10 a 20 años”, el 20,7% “mayor a 20 años”, el 12,1% “de 6 a 12 meses”, el 12,1% “de 13 a 24 meses”, el 12,1% “de 5 a 10 años”, el 8,6% “de 3 a 5 años”, el 6,9% “menor a 6 meses” y el 6,9% “de 25 a 36 meses”; estos resultados hacen notar que hay un porcentaje significativo de pacientes que tienen muchos años con la enfermedad, el 41.4% presenta de 10 a más años.

Tabla 10

*Frecuencias según el tiempo de episodio actual de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Episodio actual	1 día	13	22,4	22,4
	De 2 a 4 días	4	6,9	29,3
	De 5 a 7 días	11	19,0	48,3
	Más de 7 días	30	51,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

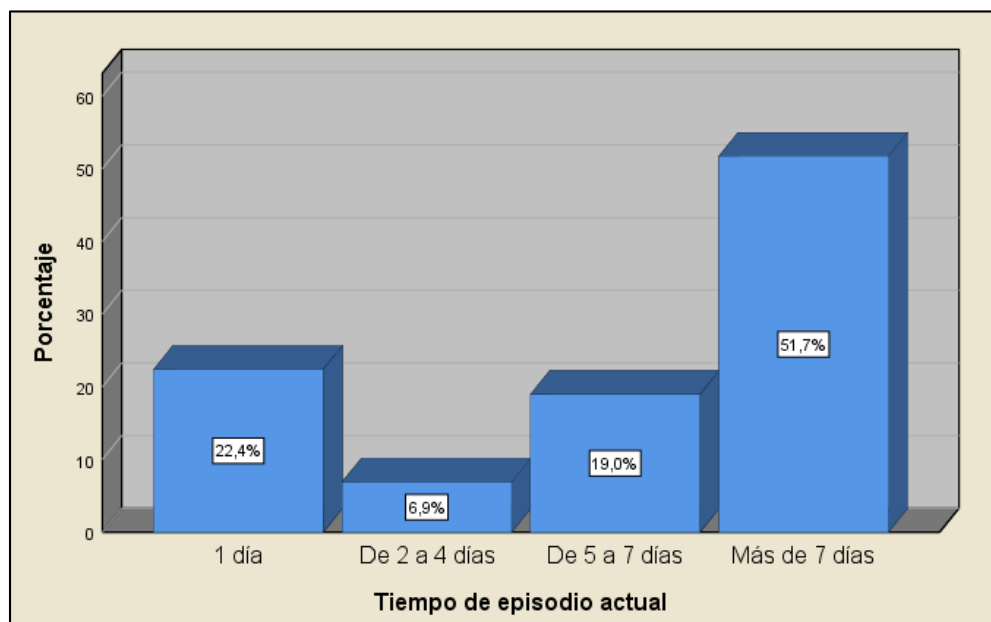


Figura 12: Tiempo de episodio actual de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre el tiempo de episodio actual de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 10 y figura 12 evidencian: el 51,7% “más de 7 días”, el 22,4% “1 día”, el 19,0% “de 5 a 7 días” y el 6,9% “de 2 a 4 días”; estos resultados hacen notar que el 70,7% de los pacientes no acuden inmediatamente a la atención por emergencia sino que demoran de 5 a más días en acudir y es la minoría los que acuden el mismo día o al día siguiente de la conducta violenta.

Tabla 11

*Frecuencias según los antecedentes de hospitalizaciones de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna vez	42	72,4	72,4	72,4
1 vez	5	8,6	8,6	81,0
2 veces	3	5,2	5,2	86,2
3 veces	2	3,4	3,4	89,7
De 4 veces a más	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

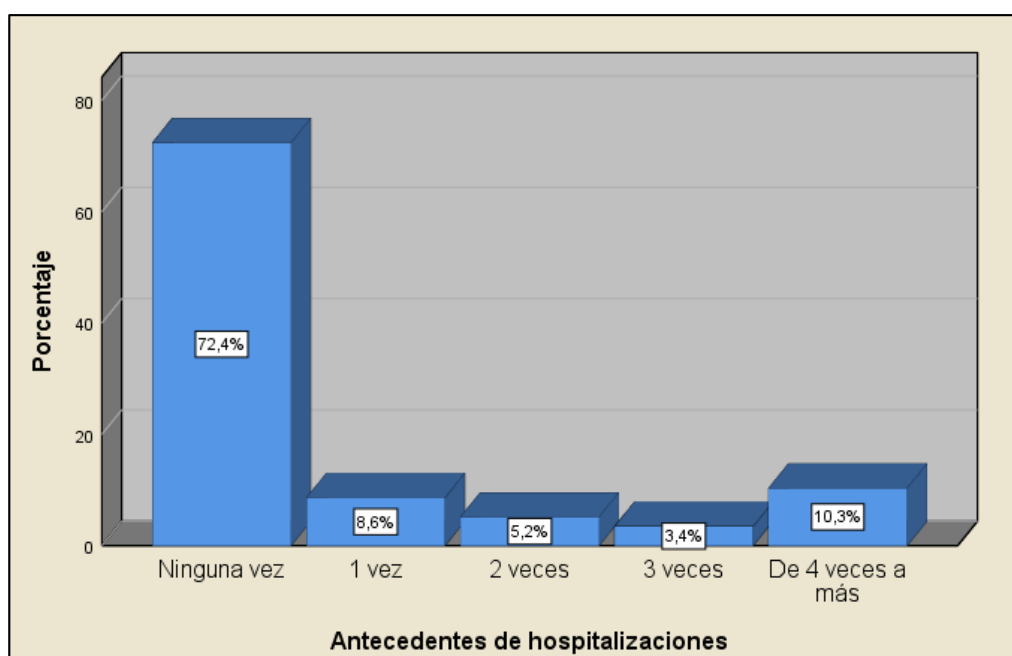


Figura 13: Antecedentes de hospitalizaciones de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre los antecedentes de hospitalización de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 11 y figura 13 evidencian: el 72,4% “ninguna vez”, el 10,3% “de 4 veces a más”, el 8,6% “1 vez”, el 5,2% “2 veces” y el 3,4% “3 veces”; estos resultados hacen notar que el 27.6% de los pacientes con trastorno mental necesitan en algún momento hospitalizarse.

Tabla 12

*Frecuencias según los antecedentes de otras enfermedades de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No registra	39	67,2	67,2	67,2
Diabetes mellitus	3	5,2	5,2	72,4
VIH	1	1,7	1,7	74,1
Antecedentes de otras enfermedades	Parálisis cerebral infantil	1	1,7	75,9
	Meningitis	1	1,7	77,6
	TBC	4	6,9	84,5
	TEC	3	5,2	89,7
	Intervenciones quirúrgicas	6	10,3	100,0
	Total	58	100,0	100,0

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

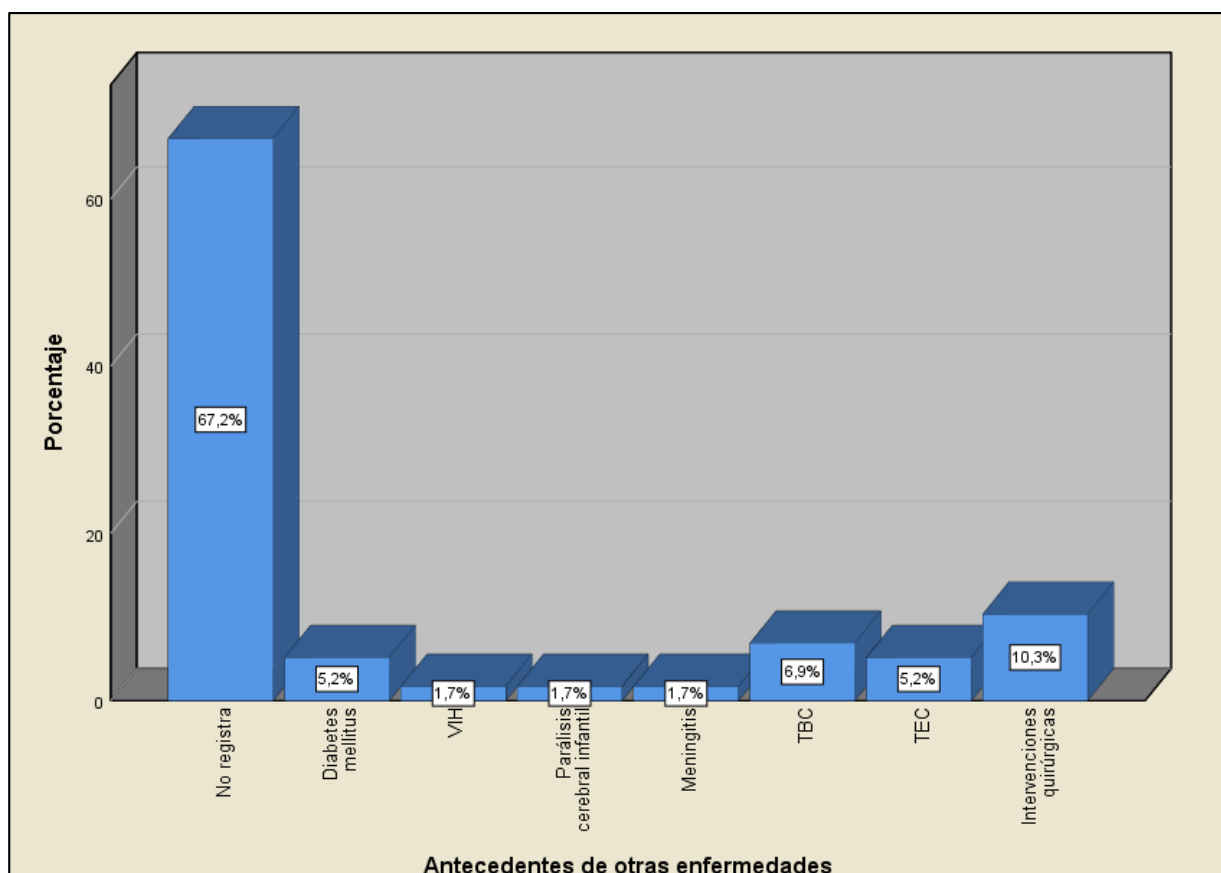


Figura 14: Antecedentes de otras enfermedades de los pacientes psiquiátricos

### **Interpretación**

Los resultados sobre los antecedentes de otras enfermedades de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 12 y figura 14 evidencian: el 67,2% “no registra”, el 10,3% “Intervenciones quirúrgicas”, el 6,9% “TBC”, el 5,2% “Diabetes Mellitus”, el 5,2% “TEC” el 1,7% “VIH”, el 1,7% “Parálisis cerebral infantil” y el 1,7% “Meningitis”; estos resultados hacen notar que solo el 32.8% de pacientes han tenido como antecedente alguna otra enfermedad.

Tabla 13

*Frecuencias según los antecedentes de tratamientos de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antecedentes de tratamiento psiquiátrico	Sí	46	79,3	79,3	79,3
	No	12	20,7	20,7	100,0
Total		58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

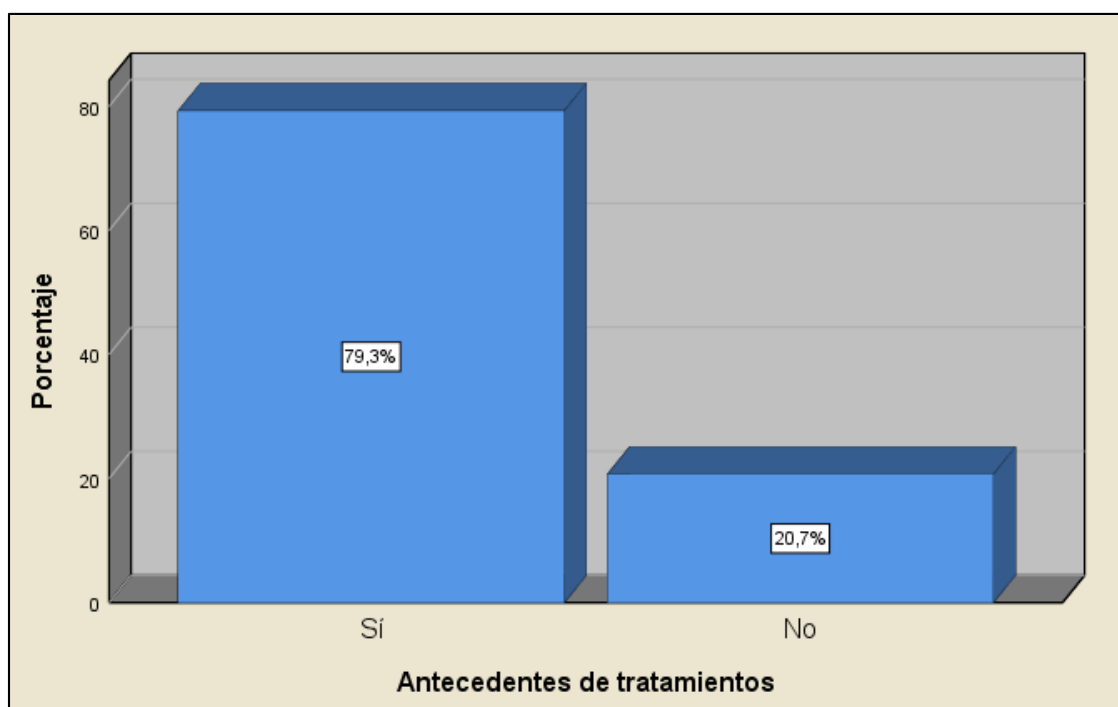


Figura 15: Antecedentes de tratamientos de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre los antecedentes de tratamientos de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia en el Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 13 y figura 15 evidencian: el 79,3% “sí” y el 20,7% “no”; estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes que acuden por emergencia ya han recibido tratamiento psiquiátrico y en algunos casos hay abandono del tratamiento.

Tabla 14

*Frecuencias sobre los antecedentes de trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No registra antecedentes	4	6,9	6,9	6,9
F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas)	13	22,4	22,4	29,3
F20.0 (Esquizofrenia paranoide)	30	51,7	51,7	81,0
F31.2 (Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos)	3	5,2	5,2	86,2
Antecedentes de trastornos mentales				
F02.8 (Demencia en otras enfermedades especificadas clasificadas en otra parte)	1	1,7	1,7	87,9
F29 (Psicosis de origen no orgánico, no especificada)	1	1,7	1,7	89,7
F25.0 (Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco)	1	1,7	1,7	91,4
F06.8 (Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física)	1	1,7	1,7	93,1
F99 (Trastorno mental, no especificado)	1	1,7	1,7	94,8
F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)	2	3,4	3,4	98,3
F32.3 (Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos)	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

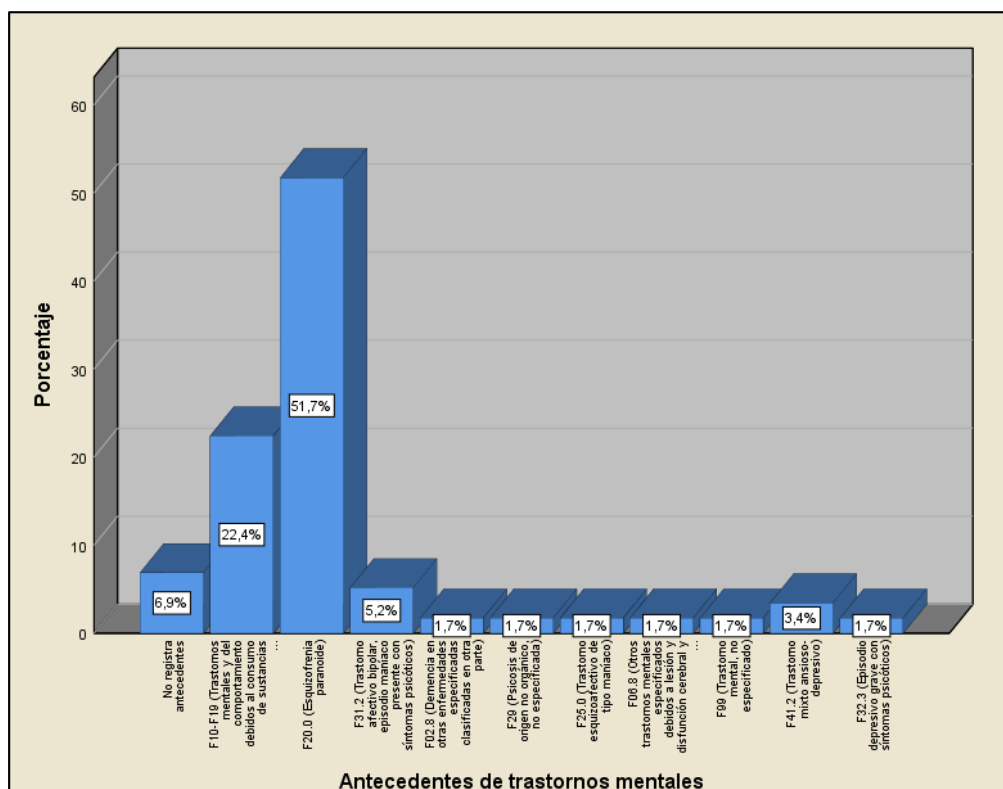


Figura 16: Antecedentes de trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre los antecedentes de trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 14 y figura 16 evidencian: el 51,7% “F20.0 (Esquizofrenia paranoide)”, el 22,4% “F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas)”, el 6,9% “no registra”, el 5,2% “F31.2 (Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos)”, el 3,4% “F41.2 (Trastorno mixto ansioso-depresivo)” y los otros trastornos mentales llegan cada uno al 1,7%; estos resultados hacen notar que la mayoría de pacientes que acuden por emergencia ya vienen con antecedentes de trastorno mental, de ellos gran parte son los pacientes con Esquizofrenia paranoide (F20.0), seguidos de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19).

Tabla 15

*Frecuencias sobre los antecedentes de trastornos mentales en familiares de los pacientes psiquiátricos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antecedentes psicopatológicos familiares	No registra antecedentes	46	79,3	79,3
	F10-F19 (trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas)	7	12,1	12,1
	F20.0 0 (Esquizofrenia paranoide)	5	8,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

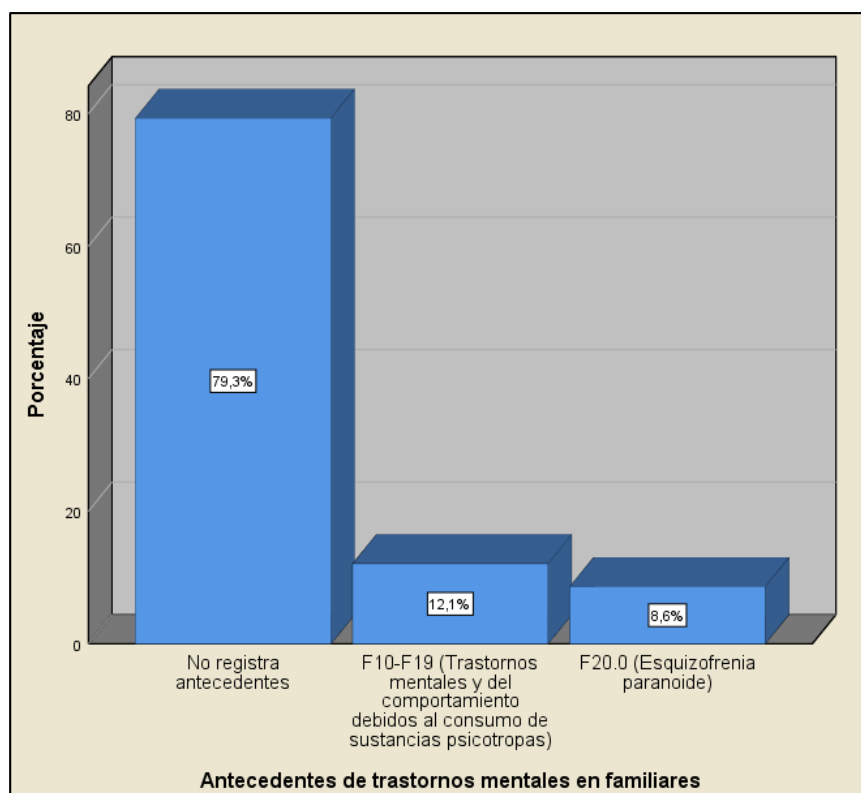


Figura 17: Antecedentes de trastornos mentales en familiares de los pacientes psiquiátricos

### **Interpretación**

Los resultados sobre los antecedentes de trastornos mentales en familiares de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 15 y figura 17 evidencian: el 79,3% “no registra”, el 12,1% “F10-F19 (trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas)” y el 8,6% “F20.0 (Esquizofrenia paranoide)”, estos resultados hacen notar que la mayoría no registra antecedentes psicopatológicos familiares.

Tabla 16

Frecuencias según examen físico de los pacientes psiquiátricos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Examen físico	Normal	57	98,3	98,3	98,3
	Anormal	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

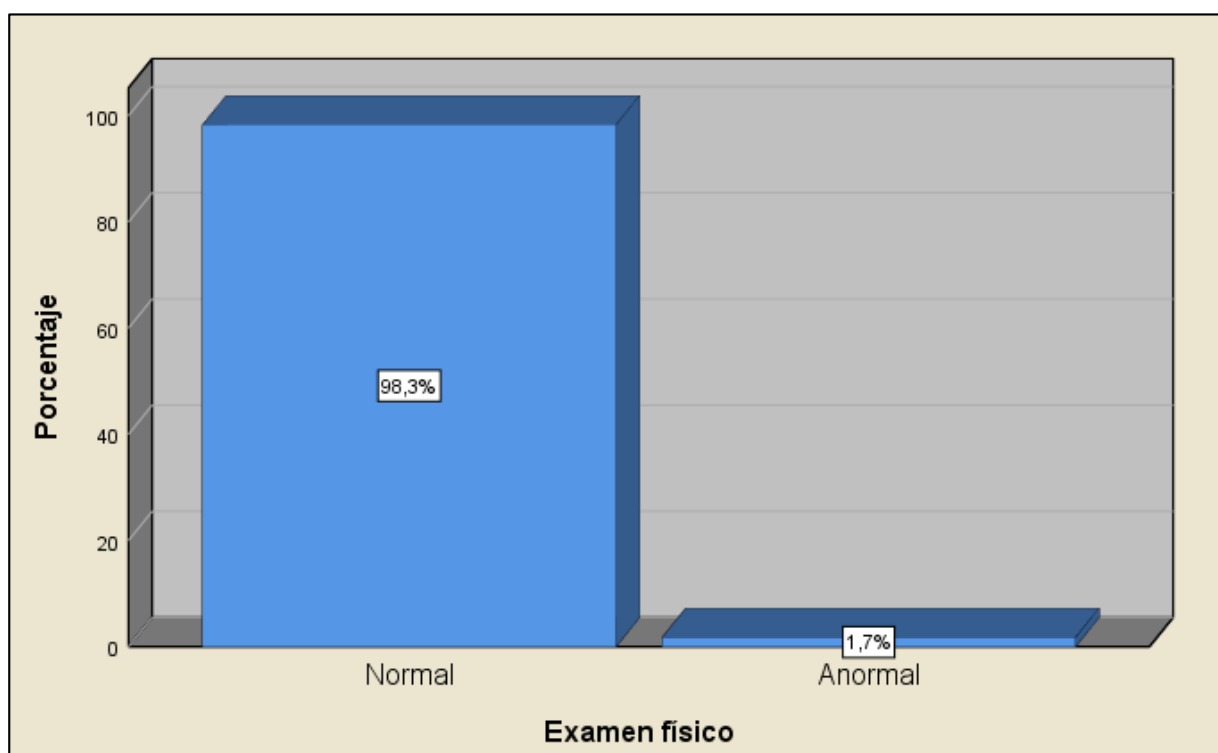


Figura 18: Examen físico de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre el examen físico de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 16 y figura 18 evidencian: el 98,3% “normal” y el 1,7% “anormal”, estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes que son atendidos por emergencia deben estar en un estado físico normal.

Tabla 17

*Frecuencias según exámenes auxiliares previos de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Exámenes auxiliares	Ninguno	57	98,3	98,3	98,3
	Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda y Glucosa: hiperglicemia	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

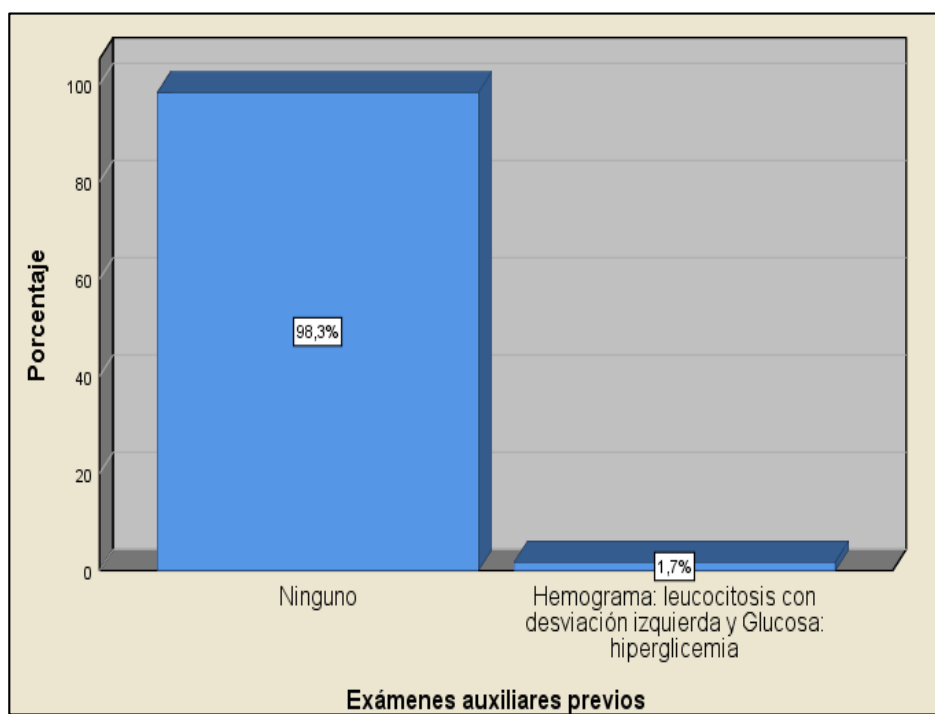


Figura 19: Exámenes auxiliares previos de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre los exámenes auxiliares previos de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 17 y figura 19 evidencian: el 98,3% “ninguno” y el 1,7% “exámenes previos: hemograma y glucosa”, estos resultados hacen notar que en su mayoría los pacientes no acuden con exámenes auxiliares previos, debido a su buen estado físico.

Tabla 18

*Frecuencias según el seguimiento de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Seguimiento	Hospitalización	36	62,1	62,1	62,1
	Consultorio externo	21	36,2	36,2	98,3
	Alta voluntaria del familiar	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

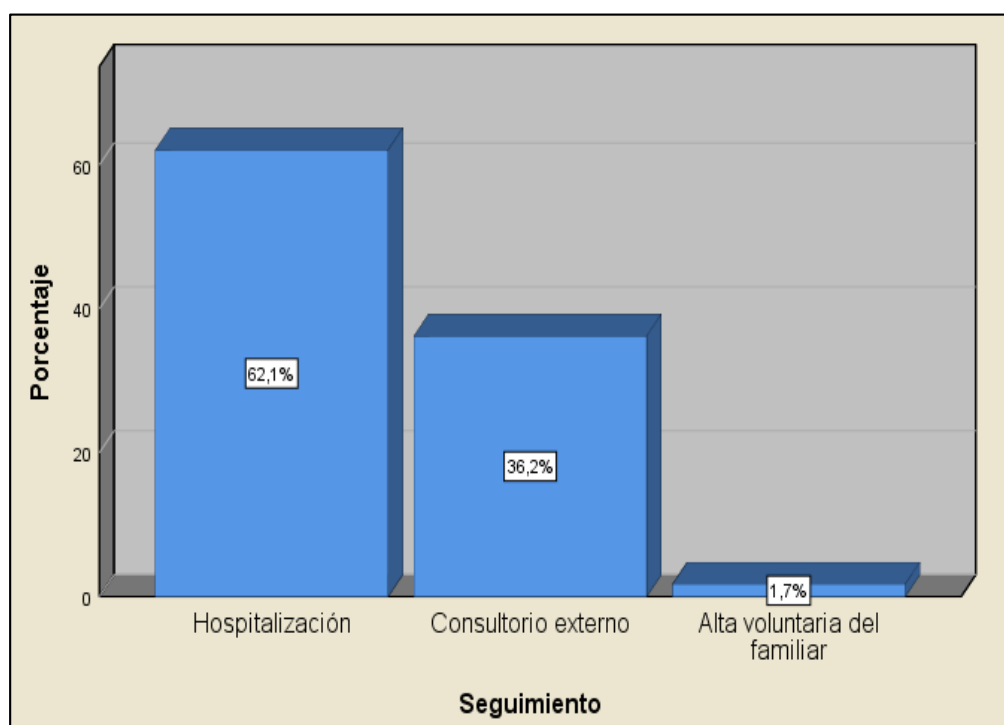


Figura 20: Seguimiento de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre el seguimiento de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 18 y figura 20 evidencian: el 62,1% “hospitalización”, el 36,2% “consultorio externo” y el 1,7% “alta voluntaria del familiar”; estos resultados hacen notar que la mayoría de pacientes con conductas violentas es necesario hospitalizarlos por su alto riesgo de heteroagresión y son pocos los que necesitan una atención ambulatoria.

Tabla 19

*Frecuencias sobre la terapéutica de los pacientes psiquiátricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Terapéutica medica	Tratamiento vía parenteral	35	60,3	60,3	60,3
	Tratamiento vía oral	10	17,2	17,2	77,6
	Tratamiento vía oral y parenteral	13	22,4	22,4	100,0
Total		58	100,0	100,0	

Datos Obtenidos (Elaboración propia)

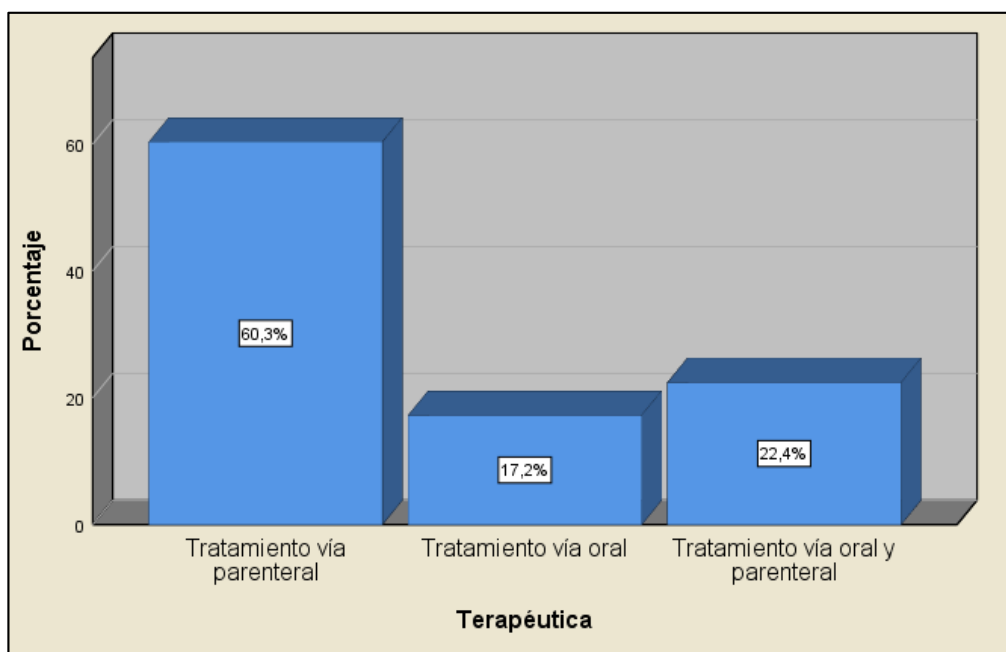


Figura 21: Terapéutica de los pacientes psiquiátricos

### Interpretación

Los resultados sobre la terapéutica de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 19 y figura 21 evidencian: el 60,3% “Tratamiento vía parenteral”, el 22,4% “Tratamiento vía oral y parenteral” y el 17,2% “Tratamiento vía oral”; estos resultados hacen notar que la mayoría de los pacientes reciben tratamiento vía parenteral que suele usarse el haloperidol y midazolam en ampollas, debido al rechazo de ingerir tratamiento vía oral por la conducta violenta.

## V. Discusión

A nivel interno los resultados sobre los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018, en la tabla 1 y figura 3 se evidencian: el 60,3% “F20.0 (Esquizofrenia paranoide)” y el 13,8% “F10-F19 (Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas)”; estos dos resultados son los que destacan en los trastornos mentales y son lo que presentan mayor conducta violenta.

Respecto al motivo de consulta, en la tabla 2 y figura 4 se evidencian: el 65,5% “Agresión física y verbal”, el 24,1% “Agresión verbal” y el 10,4% “Agresión física”; estos resultados hacen notar que el tipo de agresión es física y verbal, simultáneamente en los pacientes con trastornos mentales.

Respecto a la edad cronológica, en la tabla 4 y figura 6 evidencian: el 48,3% “entre 30 y 59 años”, el 31,0% “entre 18 y 29 años”, el 10,3% “entre 12 y 17 años” y el 10,3% “de 60 años a más”; estos resultados hacen notar que mayores problemas psiquiátricos se presentan entre los 18 y 59 años.

Respecto al grado de instrucción, en la tabla 8 y figura 10 evidencian: el 34,5% “secundaria incompleta” y el 34,5% “secundaria completa”, estos dos resultados son los que destacan y hacen notar que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales solo llegan al grado de instrucción secundaria.

Se compararon con investigaciones a nivel internacional, como la de Quílez (2016), con su tesis *Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico en la Universidad de Barcelona, España*. Donde se concluye que el

uso de escalas de predicción de la violencia ayuda a reducir su riesgo y mejorar la asistencia sanitaria.

Dummar (2015), con su tesis *salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia en la Universidad de Oviedo*, España. Donde se concluye que se ha podido constatar que los problemas de salud mental y exclusión social están altamente correlacionados.

Finalmente, Pinzón (2014), con su tesis *Prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en la Pontificia Universidad Javeriana*, Colombia. Donde se concluye que la prevalencia de vida del último año y del último mes para el trastorno depresivo mayor, fobia social, y trastorno obsesivo compulsivo fue mayor a la reportada en el último estudio nacional de salud mental, pero comparables con resultados internacionales en poblaciones similares. Este aumento en la frecuencia de trastornos mentales puede reflejar las intensas presiones académicas y sociales a las que están expuestos los estudiantes universitarios.

En cuanto, a trabajos nacionales, como de García (2017), con su tesis *Factores asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia atendidos en el Hospital Belén de Trujillo*, en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Se concluye, que la ideación suicida, la no adherencia terapéutica, el consumo de estupefacientes, el menor grado de instrucción y el antecedente de hospitalizaciones son factores de riesgo asociados a agresividad en pacientes con esquizofrenia.

Talavera (2016), con su tesis *Bienestar espiritual y agresividad en internos con adicciones a sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación*, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Donde se concluye que el componente de la adicción al internet con la

agresividad en estudiantes de secundaria de diversas regiones del Perú existe una relación positiva y significativa.

Finalmente, Aldave (2016), con su tesis *Asociación entre depresión y violencia familiar en Centro Médico EsSalud - Ascope* en la Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo. Perú. Donde se concluye que existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud - Ascope 2016.

Como puede apreciarse en estos estudios internacionales y nacionales, presentan conclusiones similares, haciendo notar que los trastornos mentales están directamente relacionado a las conductas violentas de los pacientes psiquiátricos.

## VI. Conclusiones

- ❖ Los resultados sobre los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 60,3% presentan Esquizofrenia paranoide (F20.0), seguidos con el 13,8% a los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19), concluyendo que estos dos trastornos mentales presentan mayor predisposición de conductas violentas.
- ❖ Los resultados sobre el motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia en el Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 65,5% “Agresión física y verbal”, el 24,1% “Agresión verbal” y el 10,4% “Agresión física”; concluyendo que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales presentan agresiones físicas y verbales simultáneamente, siendo afectado su entorno familiar y laboral.
- ❖ Los resultados sobre la edad cronológica de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 48,3% “entre 30 y 59 años”, el 31,0% “entre 18 y 29 años” y en menor porcentaje los extremos de edades. Concluyendo que la etapa joven y adulta son los que mayor problema presentan en enfermedades de salud mental.

- ❖ Los resultados sobre el grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencian que el 34,5% “secundaria incompleta”, el 34,5% “secundaria completa” y en menor porcentaje los otros grados de instrucción. Concluyendo que este grupo de pacientes tienen un limitado nivel educativo porque solo llegan hasta la secundaria.

## VII. Recomendaciones

- ❖ Visto los resultados sobre los trastornos mentales de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 60,3% presentan Esquizofrenia paranoide (F20.0) y el 13,8% a los Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19); por lo que se recomienda al ministerio de salud elaborar un formato de atención en emergencias psiquiátricas acorde a los estándares internacionales para una mejor focalización de las enfermedades de salud mental.
  
- ❖ Visto los resultados sobre el motivo de consulta de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 65,5% “Agresión física y verbal”, el 24,1% “Agresión verbal” y el 10,4% “Agresión física”; por lo que se recomienda prevenir las agresiones físicas y verbales, mediante la promoción de la educación en salud mental y el control de los síntomas agudos que conllevan a la agresión.
  
- ❖ Visto los resultados sobre la edad cronológica de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 48,3% “entre 30 y 59 años” y el 31,0% “entre 18 y 29 años”; por lo que se recomienda al ministerio de salud, gestionar y difundir una política de Salud Mental preventiva al alcance de toda la población.

- ❖ Visto los resultados sobre el grado de instrucción de los pacientes psiquiátricos con conductas violentas que son atendidos por emergencia del Hospital Hermilio Valdizán del distrito de Santa Anita, Lima, 2018. Se evidencia que el 34,5% “secundaria incompleta”, el 34,5% “secundaria completa” y en menor porcentaje los otros grados de instrucción; por lo que se recomienda considerar el grado de instrucción, para mejorar la educación en prevención de conductas violentas de los pacientes con trastornos mentales y su incremento en las emergencias psiquiátricas.

## VIII. Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Aldave, J. (2016). *Asociación entre depresión y violencia familiar en Centro Médico EsSalud - Ascope*. Trujillo, Perú: (Trabajo de grado/Tesis de Medicina). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo.
- Averill, J. (1983). Studies on anger and aggression. *American Psychologist*. 38, 1145-1160.
- Bandura, A. (2003). *Agression: A social learning analysis*. New York: Prentice Hall.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Argentina: Editorial Shalom.
- Behar, D. (2008). *Metodología de la Investigación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Shalom .
- Casarotti, H. (2010). Actos violentos en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 11-22.
- Dummar, A. d. (2015). *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia*. Oviedo, España: (Trabajo de grado/Tesis Doctoral). Universidad de Oviedo.
- Esteban, N. (2012). Tipos de investigación. *Investigación científica*, 1-4.
- Ey, H. (1964). Discussion à propos de: Ochonisky A. *Le parricide, Entretiens psychiatriques*, 153-154.
- Hernández, A. (2008). El método hipotético-deductivo como legado del positivismo lógico y el racionalismo crítico: Su influencia en la economía. *Ciencias Económicas*. 26/2, 183-196.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. México: McGraw-Hill.
- Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad. (2009). *Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales*. Castilla, España: Sacyl.

- Martínez, R., & Rodríguez, E. (2012). *Manual de Metodología de la Investigación Científica*. México: PRAXIA.
- Martínez, R., & Rodríguez, E. (2012). *Manual de Metodología de la Investigación Científica*. Ecuador: Grafic Solier.
- Ministerio de Salud/Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental 7. La enfermedad mental*. Lima, Perú: MINSA/UPCH.
- Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Salud Carlos III. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Madrid, España: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Moyer, K. (1996). *The psychobiology of aggression*. New York: Harper and Row.
- Mrazek, P., & Haggerty, R. (1994). *Reduciendo los riesgos para trastornos mentales: Fronteras para la investigación de intervención preventiva*. Washington: National Academy Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Pinzón, A. (2014). *Prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios*. Bogotá, Colombia: (Trabajo de grado/Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

- Quílez, J. (2016). *VARIABLES predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico*. Barcelona, España: (Trabajo de grado/Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. España.
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.: OPS/OMS.
- Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar, S. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 28 N.º 2*, 1-2.
- Rondón, M. (2006). Salud Mental: Un problema de Salud Pública en el Perú. *Revista Peru Med Exp Salud Publica 23(4)*, 1-2.
- Ruiz-Maya, M. (1981). *Psiquiatría penal y civil*. Madrid, España: Plus Ultra.
- Saiz, J., & Carrasco, J. (2001). Conductas violentas. *Tratado de psiquiatría*, 821-830.
- Skodol, A. (1998). *Psychopathology and violent crime*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Talavera, J. (2016). *Bienestar espiritual y agresividad en internos con adicciones a sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Lima, Perú*. Lima, Perú: (Trabajo de grado/Tesis de Maestría en Neurología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Turpo, E. (2018). *Factores asociados y conciencia de enfermedad (INSIGHT) en pacientes diagnosticados con esquizofrenia en consulta externa en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018*. Arequipa, Perú: (Trabajo de grado/Tesis de Medicina). Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa.

Vásquez, A. (2018). *Características clínicas y epidemiológicas de la esquizofrenia paranoide en adultos de 20 a 87 años en el “Hospital Central FAP Comandante FAP Médico Juan Benavides Dorich”- Miraflores en el año 2017*. Lima,Perú: (Trabajo de grado/Tesis de Medicina).Universidad Privada San Juan Bautista.Lima.

## **IX. Anexos**

### **Anexo 1: Instrumento**

#### **NTS N°139 – MINSA/2018/DGAIN**

#### **Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica**

Elementos a considerar en el formato de atención de emergencias:

- a) N° de historia clínica.
- b) Fecha y hora de atención.
- c) Filiación.
- d) Anamnesis, enfermedad actual, motivo principal de la consulta.
- e) Antecedentes.
- f) Examen físico.
- g) Hoja de consentimiento informado de ser el caso.
- h) Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico de ser el caso.
- i) Exámenes auxiliares.
- J) Diagnostico presuntivo.
- k) Plan de trabajo.
- l) Terapéutica y seguimiento.
- m) Epicrisis y/o resumen de historia clínica.
- n) En caso de parto llenar la historia clínica perinatal y el partograma.
- o) Firma y sello del médico tratante.