



Comportamiento violento asociado a trastornos esquizofrénicos

Violent behavior associated with schizophrenic disorders

Comportamento violento asociado a transtornos esquizofrênicos

Kevin Aldair Ortiz-Ortiz^I

kevin.ald98@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-3730-0020>

Jennifer Carolina López-Paredes^{II}

jennifer.caroli@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-9858-200X>

Génesis Camila Romero-Paredes^{III}

genesis.camila@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0001-8557-4158>

Andrés Roberto Estévez-Angulo^{IV}

robertestevez93@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2782-5021>

Correspondencia: kevin.ald98@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 19 de abril de 2024 * **Aceptado:** 03 de mayo de 2024 * **Publicado:** 10 de junio de 2024

- I. Médico General, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- II. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- III. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Ambato, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ibarra, Ecuador.

Resumen

La tasa de conductas delictivas en pacientes con esquizofrenia es más alta que la media en la población general. Este aumento está relacionado con otros factores además de trastornos derivados de la enfermedad en sí. La posible conexión entre violencia y enfermedad mental ha sido objeto de debate a lo largo de la historia de la Psiquiatría. Ha habido controversia sobre si la enfermedad mental predispone a cometer más actos violentos de lo que se esperaría en la población general, y se ha estudiado desde diferentes puntos de vista. Aunque muchos pacientes con esquizofrenia no son violentos y la mayoría de la violencia en la comunidad no se atribuye a la esquizofrenia, esta enfermedad se asocia con un mayor riesgo de violencia dentro de la comunidad.

Palabras Clave: Esquizofrenia; Agresividad; Trastorno de la personalidad; Psiquiatría; Violencia.

Abstract

The rate of criminal behavior in patients with schizophrenia is higher than the average in the general population. This increase is related to other factors in addition to disorders derived from the disease itself. The possible connection between violence and mental illness has been the subject of debate throughout the history of Psychiatry. There has been controversy over whether mental illness predisposes one to commit more violent acts than would be expected in the general population, and it has been studied from different points of view. Although many patients with schizophrenia are not violent and most violence in the community is not attributed to schizophrenia, this illness is associated with an increased risk of violence within the community.

Keywords: Schizophrenia; Aggressiveness; Personality disorder; Psychiatry; Violence.

Resumo

A taxa de comportamento criminoso em pacientes com esquizofrenia é superior à média da população em geral. Esse aumento está relacionado a outros fatores além dos distúrbios decorrentes da própria doença. A possível ligação entre violência e doença mental tem sido tema de debate ao longo da história da Psiquiatria. Tem havido controvérsia sobre se a doença mental predispõe a cometer atos mais violentos do que seria esperado na população em geral, e tem sido estudada sob diferentes pontos de vista. Embora muitos pacientes com esquizofrenia não sejam violentos e a

maior parte da violência na comunidade não seja atribuída à esquizofrenia, esta doença está associada a um risco aumentado de violência na comunidade.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Agressividade; Transtorno de personalidade; Psiquiatria; Violência.

Introducción

Existe dificultad para consensuar valores sobre comportamientos agresivos en pacientes psiquiátricos debido a la amplia definición de agresividad y la escasez de información obtenida de los pacientes. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales o por sus abreviaturas (DSM V) de la Asociación Psiquiátrica Americana contempla la agresión como una conducta intencionada para causar daño físico a otros. Sin embargo, también existen conductas destructivas o lesivas que no han resultado en consecuencias importantes o problemas legales y que a menudo quedan sin ser reconocidas si no se dispone de información adicional. (1) Por todas estas razones, se ha decidido estudiar las conductas en la población esquizofrénica, que, aunque no causen daños irreparables de forma inmediata, a largo plazo pueden tener repercusiones significativas tanto para el paciente como para su entorno cercano. Arechederra Aranzadi propone una clasificación de actos violentos en pacientes psicóticos, por un lado, está la violencia directa que se correlaciona con la presencia de síntomas productivos, especialmente alteraciones en el contenido del pensamiento (ideas delirantes) y en la esfera sensorial. La violencia indirecta estaría condicionada por los signos/síntomas defectuales, generalmente causados por el deterioro progresivo del paciente psicótico. Por último, se encuentra la violencia coincidente, en la que existe una predisposición a cometer actos violentos y un posterior desarrollo de síntomas psicóticos. (2,3)

Relevancia a lo largo del tiempo:

- Estudios retrospectivos de pacientes ingresados en servicios psiquiátricos hospitalarios: En la ciudad suiza de BERNA se hizo un estudio a 282 pacientes varones diagnosticados de esquizofrenia, donde se encontró un incremento de entre 3 y 4 veces en el riesgo de cometer un delito violento por parte de tales pacientes en relación con la población general, además se determinó que este tipo de pacientes tenían tendencia a la agresividad 4 veces más que la población en general. (4,5)
- Un estudio encontró que un alto porcentaje de hombres y mujeres involucrados en homicidios en Copenhague fueron diagnosticados como psicóticos. Sin embargo, se

descubrió que muchas de estas personas también eran consumidores problemáticos de sustancias tóxicas. Esto indica una posible relación entre la psicosis, el abuso de drogas y alcohol, pero no se encontró evidencia de esquizofrenia en este grupo. (2,4)

- La relación entre el trastorno mental y la violencia en la comunidad ha sido investigada en varios estudios. Estos estudios han encontrado que los pacientes mentales tienen tasas significativamente más altas de conducta violenta que la población general, sin importar el diagnóstico específico. Además, se ha observado que el riesgo de conducta violenta se multiplica en personas con trastornos psicóticos y esquizofrenia. En particular, se ha identificado un mayor incremento en pacientes que también consumen sustancias tóxicas. (5,6)
- En la actualidad en Ecuador la prevalencia descrita por parte del instituto nacional de estadística y censos ha determinado que esta patología está presente en el 38% del total de egresos de hospitales psiquiátricos y de un 21.7% de las atenciones en consulta externa. (2)

Factores sintomáticos:

Existen indicios que sugieren que una parte importante de la violencia observada en pacientes esquizofrénicos está motivada por los síntomas psicóticos. Algunos autores lo relacionan con la presencia de delirios, mientras que otros lo relacionan específicamente con delirios persecutorios, varios estudios sugieren que la asociación entre trastorno mental y violencia se limita temporalmente al período en el que los síntomas son agudos; incluso la conducta violenta disminuye por debajo de lo esperado en la población general en casos de esquizofrenia crónica.(7,8) En conclusión, la conducta violenta en pacientes esquizofrénicos parece estar relacionada principalmente con los síntomas psicóticos y suele ser más frecuente durante los períodos de agudización de la enfermedad.(9)

La asociación entre el delirio de perjuicio, el delirio de influencia, la inserción del pensamiento y otros trastornos formales del pensamiento, las sensaciones alucinatorias y la conducta violenta es notable. Además, los pacientes con esquizofrenia que presentan violencia también suelen experimentar disfunciones neurológicas, anomalías electroencefalográficas y deterioro neuropsicológico. (8,10)

Uno de los puntos debatidos es si la hospitalización previa es un predictor de violencia en pacientes esquizofrénicos. Parece haber una mayor incidencia de violencia en aquellos con historial de hospitalizaciones previas en comparación con aquellos que nunca han sido hospitalizados. (4,10)

Además, el número de hospitalizaciones previas y la duración de la estancia en el hospital son los mejores indicadores de violencia en pacientes esquizofrénicos. La relación entre la violencia en pacientes con esquizofrenia y ciertos síntomas, así como la falta de conciencia acerca de estos síntomas, sugiere la posibilidad de que la violencia no sea un resultado directo del proceso patofisiológico de estos trastornos. (9,11)

Factores de comorbilidad:

- **Factores psicopáticos:** Se ha descubierto que el riesgo de tener una personalidad asocial es del 7,2% en hombres y del 12,1% en mujeres que han sido condenados por crímenes violentos. Por otro lado, varios autores estiman que la coexistencia de esquizofrenia y psicopatía es alta en pacientes esquizofrénicos que tienen comportamiento violento (10,12)
- **Comorbilidad con drogas y alcohol:** Estudios muestran una incidencia notablemente superior de conducta violenta entre personas que abusan de sustancias tóxicas en comparación con las que sufren de esquizofrenia. Los trastornos psiquiátricos en delincuentes convictos tienen una baja prevalencia de esquizofrenia en comparación con otros trastornos. La personalidad antisocial y el abuso de sustancias tóxicas se correlacionan más fuertemente con la conducta violenta que la esquizofrenia. (13,14) La coexistencia de abuso de sustancias tóxicas es una variable importante para considerar en la relación entre la esquizofrenia y la violencia. Diferentes estudios han demostrado una mayor incidencia de violencia en pacientes con esquizofrenia que también abusan de sustancias tóxicas. (12,15) El abuso de sustancias tóxicas es la variable más relacionada con la aparición de violencia en pacientes con esquizofrenia. El riesgo de violencia es mucho mayor en pacientes con esquizofrenia y abuso de sustancias tóxicas en comparación con aquellos con diagnóstico único de esquizofrenia. (14,16)
- **Factores sociales:** Los factores asociados con la conducta violenta son bien conocidos, como el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, disfunciones familiares graves, abandono parental, conducta antisocial en la infancia e hiperactividad. Estos factores explican tanto la conducta violenta en la población general como en los enfermos mentales. (17) Estudios en pacientes esquizofrénicos han demostrado una correlación entre la esquizofrenia y conducta violenta, así como el bajo nivel socioeconómico, residencia en comunidades rurales y bajo nivel educativo. Otros factores asociados a antecedentes

criminales incluyen raza, sexo y abuso de sustancias tóxicas, mientras que la presencia de esquizofrenia no resultó significativa. (18,19)

Según el estudio MacArthur, se encontró que el 17% de los pacientes con esquizofrenia mostraban comportamientos violentos, y esta cifra aumentaba al 32% cuando el diagnóstico se asociaba al consumo de drogas. (20) Los factores más significativos de violencia fueron la psicopatía y la historia de malos tratos en la infancia. Sin embargo, se destaca que la enfermedad mental grave solo explica un pequeño porcentaje de la criminalidad violenta, que se asocia más frecuentemente con el consumo de sustancias psicoactivas, la psicopatía y otros trastornos de la personalidad. (20,21)

Variables predictoras de violencia:

Aunque a veces un primer episodio psicótico puede presentar actos violentos, la violencia en la esquizofrenia está más relacionada con la falta de tratamiento y la falta de cumplimiento terapéutico. (22) Muchos pacientes con esquizofrenia no son buenos cumplidores debido a la falta de conciencia de su enfermedad, los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos o los síntomas negativos residuales. Además, el consumo de alcohol y otras drogas puede ser una forma de automedicación para aliviar ciertos síntomas. La adherencia al tratamiento se basa en la conciencia de enfermedad y en la confianza en las medicaciones. (21,22)

Abordaje terapéutico y control de la esquizofrenia:

Es un hecho que los pacientes del espectro de la esquizofrenia son los más frecuentemente ingresados involuntariamente. El tratamiento temprano del primer episodio de psicosis es crucial para la evolución del paciente. El descuido por parte del clínico de no instar el ingreso de un paciente con riesgo de violencia puede constituir una mala praxis en el ejercicio profesional. (20) El tratamiento ambulatorio debe incluir controles periódicos, generalmente cada dos semanas, en los que se administra una inyección de un neuroléptico de depósito, se controla el consumo de sustancias tóxicas y se evalúa la situación clínica y social del paciente. (19,22) Después del inicio de la enfermedad, se ha establecido un período crítico de tres años para evaluar la evolución y el riesgo, en pacientes ya diagnosticados con esquizofrenia, las intervenciones que podrían reducir la incidencia de violencia incluyen la terapia adecuada para el abuso de drogas en personas con un trastorno dual, incluyendo el tratamiento involuntario para aquellos que han cometido delitos relacionados con la intoxicación, así como la supervisión a largo plazo de los pacientes que han cometido delitos violentos graves. (3,19)

Existen otras opciones legales para la prevención de nuevas conductas violentas de algunas personas con esquizofrenia, como el ingreso involuntario y el tratamiento ambulatorio forzoso de forma puntual o en el marco de una tutela o curatela sanitaria o mixta. (6,12,20)

Sedación y analgesia en la unidad de cuidados intensivos

La excitación en la unidad de cuidados intensivos (UCI) puede ser causada por diversas enfermedades y puede ser tratada con analgésicos y sedantes. Es importante investigar las causas de la excitación antes de comenzar el tratamiento sintomático. (20) La ansiedad, el temor y el dolor son causas reconocidas de excitación en pacientes de UCI. El uso de sedantes y analgésicos es importante para evitar la depresión y otros síndromes crónicos. Sin embargo, es importante adaptar el uso de estos medicamentos a las necesidades individuales de cada paciente. (20,21) Los efectos colaterales de los sedantes pueden ser graves, por lo que es necesario llevar a cabo una evaluación clínica frecuente para encontrar el nivel de sedación óptimo y evitar situaciones clínicas riesgosas. (14)

Concordancia en la actualidad:

La obesidad en niños, adolescentes y adultos es un problema de salud pública cada vez más preocupante a nivel mundial. La obesidad que se desarrolla durante la adolescencia puede persistir en la edad adulta. Se ha observado que las dificultades psicosociales en la infancia están relacionadas con un aumento rápido de peso en los niños y un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta, siendo así una causa desencadenante de trastornos dismórficos, psicotípicos, esquizotípicos y progresando a cuadros de esquizofrenia activa, con cuadros de violencia para con la sociedad y en muchos casos con cuadros autolesivos, o suicidas. (18,19)

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son ampliamente utilizados en el tratamiento de la depresión mayor en niños y adolescentes. Sin embargo, existen preocupaciones sobre su eficacia y seguridad en esta población. En esta revisión sistemática, se evaluó la disponibilidad de pruebas concluyentes sobre la eficacia y seguridad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en pacientes con trastorno depresivo mayor. (12,20) Se encontró que los pacientes con depresión mayor tuvieron más probabilidades de responder a la administración de ISRS en comparación con el placebo, aunque solo en dos estudios esta ventaja fue estadísticamente significativa. Además, se observó que esta población tenía más posibilidades

de experimentar efectos adversos graves como síntomas maníacos e intentos de suicidio en comparación con aquellos que recibieron placebo. (20)

Tratamiento del primer episodio:

Es crucial iniciar rápidamente el tratamiento farmacológico, especialmente durante los cinco años posteriores al primer episodio agudo, ya que en esta etapa ocurren la mayoría de los cambios neurofisiológicos asociados con el trastorno mental. Por lo tanto, un tratamiento rápido puede evitar estos cambios. Los objetivos de la terapia para el tratamiento agudo de la esquizofrenia son reducir los síntomas psicóticos y ayudar al paciente a recuperar la funcionalidad. (1,8)

Elección del antipsicótico:

Según las guías clínicas, en general, todos los antipsicóticos son igualmente efectivos para tratar los síntomas positivos en el primer episodio de esquizofrenia. Sin embargo, también se está de acuerdo en que uno de los factores más importantes a considerar al elegir un tratamiento farmacológico es el perfil de efectos secundarios del antipsicótico. (8,13)

No hay datos consistentes que demuestren la superioridad clínica de un antipsicótico o clase de antipsicóticos en particular (es decir, antipsicóticos de segunda generación o atípicos versus antipsicóticos de primera generación o típicos) en el primer episodio de esquizofrenia. Un metaanálisis de estudios en esquizofrenia temprana o primer episodio no encontró diferencias entre las clases de antipsicóticos en términos de eficacia o tasas de abandono, pero sí encontró diferencias claras en los efectos secundarios.(7,8,18) Otro metaanálisis más reciente informó que los antipsicóticos atípicos eran superiores a los antipsicóticos típicos en términos de tasas de abandono por todas las causas, aunque parecían similares en cuanto a los cambios en la psicopatología total.(8)

Los antipsicóticos típicos son eficaces para reducir los síntomas positivos, como alucinaciones, falta de cooperación, hostilidad e ideas suicidas, el panel de expertos está casi completamente de acuerdo en que el tratamiento recomendado para el primer episodio de esquizofrenia es un antipsicótico atípico, como la risperidona, la amisulprida o el aripiprazol, con una cierta preferencia por aquellos de acción prolongada. (9,10)

La elección del medicamento debe basarse en la presentación clínica de la enfermedad, el estado general del paciente y la eficacia del medicamento. También se considera el costo y la disponibilidad de servicios y medicamentos. (8)

Según los expertos, los efectos secundarios son un factor muy importante ya que pueden disminuir la adhesión al tratamiento y la calidad de vida. (8,13)

Duración del tratamiento:

Después de iniciar una medicación antipsicótica en el primer episodio de psicosis, se debe continuar con la medicación durante al menos dos semanas, a menos que haya problemas importantes de tolerabilidad. Este es el periodo mínimo necesario para evaluar la respuesta inicial del medicamento. Durante la fase inicial de prescripción, es importante controlar la dosis y la respuesta del paciente. El objetivo del tratamiento agudo es determinar la dosis y la duración adecuadas. La evidencia sugiere que una duración correcta sería entre cuatro y seis semanas. (8,9)

Mala respuesta a la medicación, ¿Qué hacer?

Cuando hay una mala respuesta a la medicación, se debe evaluar la adherencia a la medicación y el uso de sustancias antes de que se pueda establecer definitivamente la falta de respuesta. Si no hay respuesta a la medicación después de 4-6 semanas, a pesar de la optimización de la dosis, se debe considerar un cambio en el antipsicótico. (11) Cuando se obtenga una respuesta parcial, esta debe reevaluarse después de ocho semanas a menos que existan efectos adversos importantes. Históricamente, la práctica clínica era establecer de forma sistemática altas dosis desde el inicio del tratamiento, con una posible reducción durante la fase S. (5,8)

Los expertos recomiendan evaluar la respuesta clínica en pacientes con esquizofrenia, considerando la disminución de la sintomatología psicótica, la mejoría en los síntomas negativos, la reinserción social y laboral, la función cognitiva y la calidad de vida. Se sugiere utilizar la escala PANSS para medir los cambios en la gravedad de los síntomas. En caso de respuesta parcial, se podría aumentar la dosis del antipsicótico, siempre y cuando no se haya alcanzado la dosis máxima. (10,13) No hay beneficio en pacientes no respondedores a pesar de la dosis y el tiempo adecuado. Aunque no se recomienda la combinación de antipsicóticos, es común en la práctica clínica. La resistencia al tratamiento se define como la falta de respuesta a dos antipsicóticos a dosis adecuadas y con tiempo continuo de uso. En casos de resistencia, la clozapina es la primera opción, seguida por brexpiprazol o risperidona. Se debe descartar la falta de adherencia al tratamiento en todas las etapas. (7-9)

Combinación de antipsicóticos y antidepresivos

La depresión es común en la esquizofrenia, con una prevalencia de síntomas depresivos que varía del 10 al 75% en diferentes estudios. Casi la mitad de los pacientes con un primer episodio de esquizofrenia muestran síntomas clínicos de depresión mayor. La combinación de antidepresivos con antipsicóticos es una práctica clínica común para tratar los síntomas resistentes en la esquizofrenia. (5,9)

Se ha demostrado que la administración continua de medicamentos antipsicóticos después de la recuperación de un episodio psicótico es eficaz para reducir el riesgo de recaída de la psicosis. Las guías recomiendan que el tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos se continúe durante toda la vida después de la resolución de los síntomas positivos del primer episodio de esquizofrenia. (9) Sin embargo, muchos pacientes se muestran renuentes a continuar con la medicación cuando su condición se ha estabilizado, lo cual puede llevar a una falta de adherencia y aumentar el riesgo de recaída psicótica. (8)

Tratamiento en exacerbaciones:

En ocasiones, las exacerbaciones de la esquizofrenia requieren intervención, como ajustes en la dosis de antipsicóticos o cambio a otro antipsicótico. Es importante abordar problemas como la falta de adherencia a los antipsicóticos y el abuso de sustancias a largo plazo. En casos de recaídas sin factores de riesgo claros, se pueden administrar dosis más altas o cambiar a otro antipsicótico. (19,20,22) Si los antipsicóticos fallan, la clozapina es el tratamiento de elección para la esquizofrenia resistente al tratamiento. Ante una exacerbación, se debe reevaluar el tratamiento, la adherencia al tratamiento y los factores ambientales precipitantes, considerando la necesidad de hospitalización. (14)

- **Clozapina:** Se estima que la esquizofrenia aumenta significativamente el riesgo de suicidio, especialmente en hombres y mujeres menores de 35 años. Para los hombres, se estima que el riesgo de suicidio aumenta 30 veces, mientras que en las mujeres el riesgo aumenta hasta 140 veces. Además, se ha observado que aproximadamente el 4.9% de las personas con esquizofrenia acabarán por suicidarse. Existen varios factores de riesgo específicos de la enfermedad que contribuyen a esta situación. (3,16,17) Por ejemplo, la fase temprana de la enfermedad es especialmente peligrosa, ya que dos tercios de los suicidios ocurren dentro de los tres años posteriores al inicio de la esquizofrenia. Otros

factores de riesgo incluyen la hospitalización reciente, el temor al deterioro cognitivo, el incumplimiento del tratamiento, una alta funcionalidad premórbida y una elevada conciencia de los deterioros. (8,12,14) Estos factores en conjunto pueden conducir a la desmoralización y la desesperanza, aumentando el riesgo de suicidio. La clozapina ha demostrado ser el único tratamiento eficaz para reducir las muertes por suicidio en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, cabe mencionar que el estudio que demostró su efectividad solo comparó la clozapina con la olanzapina. Actualmente, la clozapina es el único medicamento aprobado por la Food and Drugs Administration (FDA) para reducir el riesgo de suicidio en esta población. Además, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) también recomienda el uso de clozapina en personas con esquizofrenia si el riesgo de suicidio persiste a pesar de otros tratamientos. (19,20)

- **Medicación inyectable:** Las formulaciones inyectables de acción prolongada (LAI) de medicamentos antipsicóticos se utilizan con menor frecuencia de lo deseado, a pesar de los beneficios que ofrecen a los pacientes, las familias y los médicos. (8) Estos medicamentos se administran mediante inyecciones intramusculares cada 2 a 12 semanas, lo que proporciona una concentración plasmática estable. Los estudios han demostrado resultados mixtos al comparar medicamentos antipsicóticos orales y de acción prolongada, aunque hay una tendencia a una menor incidencia de recaídas con los agentes LAI. (8,15) El estudio REALAI evaluó la tasa de hospitalización asociada con la recaída psicótica en pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos LAI en México y Brasil. El palmitato de paliperidona fue el LAI más utilizado y la mala adherencia y la eficacia limitada del tratamiento fueron las principales razones para el cambio de antipsicóticos orales a LAI. (14)
- **Manejo del evento adverso causado por antipsicóticos:** El cuidado de los pacientes que toman medicamentos antipsicóticos debe incluir la vigilancia de los efectos adversos. Los pacientes con esquizofrenia pueden tener dificultades para comunicar los efectos adversos, especialmente aquellos que son subjetivos, como la agitación, la rigidez o la somnolencia. (8)
- **Cumplimiento de tratamiento:** El único elemento predictivo de recaída en la esquizofrenia es la ausencia de tratamiento médico, superando cualquier otra variable. El cumplimiento adecuado del tratamiento reduce los síntomas agudos y, por lo tanto, también

la conducta violenta. Existe una clara correlación entre la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia y la falta de cumplimiento de la medicación. (8,10)

Conclusiones

La mayoría de los estudios coinciden en que la asociación entre la conducta violenta y el diagnóstico de esquizofrenia es mayor que en la población general, estimándose en varios artículos que se multiplica por 3-4.

Sin embargo, la violencia en la esquizofrenia se relaciona principalmente con la presencia de psicopatía en la personalidad, abuso de drogas, abuso y dependencia del alcohol, historial de hospitalizaciones anteriores, gravedad de la enfermedad mental, falta de conciencia de la enfermedad y falta de adherencia al tratamiento.

Todos estos factores se pueden reducir de manera significativa mediante la implementación de programas específicos para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, que aumenten la conciencia de la enfermedad, controlen los síntomas, prevengan recaídas y fomenten el cumplimiento adecuado de la medicación. En resumen, un tratamiento adecuado es el mejor elemento de prevención para la conducta violenta en la esquizofrenia.

Referencias

1. Vice-president V, Francis A. Gaceta Médica México. 2021;
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuador - Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos 2018. 2018 [Internet]. 2018;1. Available from: <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/574%0Ahttps://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/799/datafile/F35/V1197>
3. Ojeda A [1, 2]. Univ Nac mayor santos marcos. 2020; 1:6-8.
4. Aldunate Ruano J. Esquizofrenia y Violencia Intrafamiliar. Rev Interdiscip Investig Criminológicas [Internet]. 2020;8(1):5-15. Available from: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/06/doctrina41415.pdf#page=9>
5. Fresán A, Apiquian Guitart R, Nicolini Sánchez H, García Anaya M. Asociación de la conducta violenta y la recaída psicótica en la esquizofrenia: ¿una vez más a través de la

- puerta revolviente? *Salud Ment* [Internet]. 2022;30(1):25–30. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2288534&info=resumen&idioma=SPA>
6. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: Un análisis clínico-forense. *Anu Psicol Jurídica* [Internet]. 2019;26(1):70–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>
 7. Bermejo JC, Rodicio SG. Typical antipsychotics. Atypical antipsychotics. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria*. 2020;14(10):637–47.
 8. Antonio Lozano J. Etiopatogenia, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia. *Offarm* [Internet]. 2023;21(09):104–14. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-etipatogenia-sintomas-tratamiento-esquizofrenia-13038007>
 9. Cheung Chung M, Cumella S, Bickerton W-L, Winchester C. La prevalencia de comportamientos agresivos en el hospital, en la familia y en las residencias comunitarias. *Eur J psychiatry* (edición en español). 2023;17(1):5–16.
 10. Fresán A, Robles R, Cota M, Berlanga C, Lozano D, Tena A. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Ment*. 2023;35(3):215–23.
 11. García Martí G, Martí Bonmatí L, Aguilar García-Iturraspe EJ, Sanz Requena R, Alberich Bayarri Á, Bonmatí A, et al. Neuroimagen funcional en el estudio de las conductas agresivas en pacientes con esquizofrenia. *Rev Neurol*. 2023;56(04):193.
 12. Ardura Rodríguez P. El paciente agresivo y la conducta médica en el servicio de urgencias. *NPunto*, ISSN-e 2603-9680, ISSN 2605-0110, Vol 2, No 12, 2019 [Internet]. 2020;2(12):4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8265644&info=resumen&idioma=SPA>
%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8265644
 13. Ballesteros J, Mc M. Biblioteca. 2023;
 14. Clinic AM. Esquizofrenia infantil Descripción general. *MAYO Clin*. 2023; 2:16.
 15. Hasdiana U. No 主観的健康感を中心とした在宅高齢者における 健康関連指標に関する共分散構造分析Title. *Anal Biochem* [Internet]. 2020;11(1):1–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-59379-1%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-420070-8.00002->

- 7%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.ab.2015.03.024%0Ahttps://doi.org/10.1080/07352689.2018.1441103%0Ahttp://www.chile.bmw-motorrad.cl/sync/showroom/lam/es/
16. Ja G, Prados E, Mayo G, Jim R. Esquizofrenia y conducta violenta. 2022;157–65.
 17. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: Un análisis clínico-forense. *Anu Psicol Jurídica*. 2020;26(1):70–9.
 18. Chávez Castillo BA. Factores asociados a ansiedad preoperatoria en pacientes atendidos en el Hospital de Belén de Trujillo. 2022;8–13. Available from: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2128/1/RE_MED.HUMA_BRAYAIN.CHAVEZ_FACTORES.ASOCIADOS.A.PREOPERATORIA_DATOS.PDF
 19. Fresán A. Evaluación del fenómeno de la conducta violenta en la esquizofrenia. *Claves Psiquiatr*. 2023;1(3):3–4.
 20. Msd M. Esquizofrenia. 2021;1–18.
 21. González Parra S, Molina JD, Huertas D, Blasco-Fontecilla H, Mora-Mínguez F, Pascual-Pinazo F. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *Arch Psiquiatr*. 2019;71(2–4):109–27.
 22. Blanco Blanco J, Taboada Díaz O, L. D. Comportamiento agresivo en pacientes esquizofrénicos. *Rev Gall Psiquiatr y neurociencias [Internet]*. 2018;(6):24–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5159088.pdf>

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).