



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Autónoma de México
Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

TESIS

**Violencia y su asociación con diagnósticos psiquiátricos en pacientes
del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**

En opción al título de:

Médico Especialista en Psiquiatría

Autora.

Dra. Norma Elena Cabrera Flores.

Médico Residente de cuarto año de la especialidad en Psiquiatría

Coordinadores

TUTOR TEÓRICO: Dr. Jorge Julio González Olvera.

TUTORA METODOLÓGICA: Dra. Luciana Ramos Lira.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Marco Teórico.....	3
Planteamiento del problema y pregunta de investigación.....	12
Justificación.....	13
Hipótesis.....	14
Objetivo general y específico.....	15
Material y Método.....	16
Resultados.....	20
Discusión.....	32
Conclusiones.....	38
Referencias Bibliográficas.....	40

MARCO TEÓRICO

I. El concepto de violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS, 2014)

Es conveniente distinguir la agresividad de la violencia, “la agresividad es una conducta innata que se despliega de manera automática ante determinados estímulos y que, asimismo, cesa ante la presencia de inhibidores muy específicos, es biología pura. La violencia es agresividad, sí, pero agresividad alterada, principalmente, por la acción de factores socioculturales que le quitan el carácter automático y la vuelven una conducta intencional y dañina (Sanmartín, 2006).” La conducta violenta puede ser activa o pasiva, es decir, hay violencia por acción, pero también violencia por inacción u omisión la cual recibe el nombre de negligencia. (Sanmartín, 2006)

La violencia es algo que se ubica en nuestra conciencia (que aprehende y genera símbolos) y se manifiesta a través de lo que sentimos, pensamos y verbalizamos, inmersa en un “mundo” conflictivo ante el cual da unas determinadas respuestas, que evaluamos como negativas en la medida en que tenemos unas normas culturales y unos valores que así lo aconsejan. Con la progresión de los estudios sobre la violencia, se ha llegado a descubrir su carácter multifacético y su ubicuidad en diversas escalas (micro, meso, macro o mega) y ámbitos (individuos, familias, grupos, instituciones, civilizaciones). (Jiménez, 2012). “Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: el dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas” (Mandela, 2002)

En el mundo actual la violencia se hace evidente en las guerras y en todas las instituciones que las soportan (ejércitos, armamentismo) como el ejército (obediencia irreflexiva del soldado, castigos fuertes, autoritarismos, jerarquización), pero también puede manifestarse de manera indirecta, como lo plantea Galtung (2016) al hablar de violencia estructural en la que se priva de los derechos humanos fundamentales, y la disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas. Así, asociada por ejemplo a una mutilación, “se encuentra la vulneración de necesidades humanas provocadas por los asedios/bloqueos (términos clásicos) y las sanciones (terminología moderna). Para algunos, estas acciones no pueden clasificarse como un tipo de violencia, ya que se evitan muertes directas e inmediatas. Para las víctimas, sin embargo, puede significar una muerte lenta pero intencionada a través de la malnutrición y la falta de atención médica, en la que, por si fuera poco, los que sufren en primer término las acciones son los grupos más vulnerables: los niños, los ancianos, los pobres, las mujeres” (Galtung 2016: 152).

La violencia directa y estructural por lo tanto se observa en la economía (falta de recursos, explotación, discriminaciones, marginación), en la política (dominio de uno o varios partidos, totalitarismo, exclusión de los ciudadanos en la toma de decisiones, lucha armada por el poder), en la ideología (subordinación de la información a intereses ajenos a la “verdad”, manipulación de la opinión pública, propaganda de conceptos de trasfondo violento y discriminatorio), en la familia (autoritarismo, discriminación de la mujer, subordinación de los hijos), en la enseñanza (pedagogías no liberadoras, autoritarismos pedagógicos, castigos corporales, intransigencias, desobediencia injustificada), en la cultura (etnocentrismo, racismo, xenofobia, discriminación de género, androcentrismo, consumismo). La violencia es una manifestación cultural propia de la especie humana, aprendida y transmitida, muchas veces, de forma inconsciente, de generación en generación (Jiménez, 2012).

I.1 Clasificación de la violencia directa según tipo y naturaleza.

La violencia directa hace referencia exclusiva a aquellos actos cometidos por seres humanos hacia otros seres humanos. Las acciones que buscan generar daños contra las cosas suelen denominarse vandalismo y, contra los animales, crueldad. La violencia admite diversas formas de clasificación, por lo que puede catalogarse según el tipo de víctima, el tipo de agresor, el daño causado o según el escenario (el contexto) en el que ocurre (Sanmartín, 2006). La clasificación más utilizada desde la perspectiva de salud, es la

propuesta por la OMS en 2002, donde se habla de tipos y naturaleza de la violencia. Entre los tipos, se hace referencia a la violencia dirigida hacia sí mismo, a la que ocurre en el ámbito de las relaciones interpersonales y a la que se manifiesta a nivel colectivo; en cuanto a la naturaleza de dicha violencia, se mencionan la física, la sexual, la psicológica y la privación o desatención (OMS, 2002).

Como mencionamos previamente la naturaleza de la violencia puede ser física la cual resulta más evidente, porque el daño producido deja huella, generalmente en el cuerpo de la víctima. Se manifiesta en golpes, heridas, mutilaciones, quemaduras, y otras. La violencia psicológica produce daño en la esfera emocional y vulnera la integridad psíquica del sujeto. Se manifiesta en insultos, sarcasmos, coacción, engaños, intimidación, manipulación, desprecio, y otras (Almodovar et al, 2015).

La violencia interpersonal es la que es de más interés para este proyecto, y puede a su vez clasificarse en dos subcategorías: (OMS, 2002).

- **Violencia comunitaria:** se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. Se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y a violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos (OMS, 2002).

- **Violencia intrafamiliar o de pareja:** Se encuentra en todas las clases sociales y provoca un grave y profundo deterioro de la familia y sus miembros; comprende, toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia, la violación al derecho pleno y al bienestar del otro miembro en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. (OMS, 2002) (Almodovar, Triana, Montesinos, y Plá, 2015).

Ambas tienen en común diversos factores de riesgo. Algunos consisten en características psíquicas y del comportamiento, como un escaso control de éste, una baja autoestima, y trastornos de la personalidad y la conducta. Otros están ligados a experiencias como la falta de lazos emocionales y de apoyo, el contacto temprano con la violencia en el hogar (ya sea como víctimas directas o como testigos) y las historias familiares o personales marcadas por divorcios o separaciones.

I.2 Violencia intrafamiliar:

Violencia contra la pareja: Se produce en todos los países, en todas las culturas y en todos los niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones de bajos ingresos corren mayor riesgo que otras. Además de las agresiones físicas, como los golpes o las patadas, este tipo de violencia comprende las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia. En un estudio realizado en México se comprobó que aproximadamente la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de agresiones físicas habían sufrido también abusos sexuales por parte de su pareja (OMS, 2012). Hasta el momento, no se sabe con certeza por qué los bajos ingresos elevan el riesgo de violencia. Puede deberse a que los bajos ingresos proporcionan un motivo fácil de discordia conyugal o dificultan a la mujer el abandono de relaciones violentas o insatisfactorias por otras razones. Las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres, rigidez en los roles de los géneros, normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer. Estos factores pueden determinar que para una mujer sea difícil o peligroso abandonar una relación en la que se producen malos tratos. Y ni siquiera cuando lo hace queda garantizada su seguridad, ya que la violencia puede a veces continuar, e incluso agravarse, después de que una mujer ha abandonado a su pareja. Este tipo de situación se observa en todos los países (OMS, 2012).

Violencia o maltrato infantil: En todo el mundo hay niños que sufren maltrato y abandono por parte de sus padres u otros cuidadores. Como ocurre en la violencia de pareja, el maltrato de menores comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono, solo que en el caso de los menores las agresiones físicas pueden llegar a ocasionar la muerte, el grupo de edad más vulnerable es el de los 0 a los 4 años, la causa más frecuente de muerte la constituyen los traumatismos craneales, seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada. No se conoce el número de menores que son víctimas de abusos sexuales en el mundo, pero las investigaciones indican que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%–10% de los hombres los han sufrido durante la infancia. Las investigaciones indican que, en muchos países, las mujeres recurren al castigo físico más a menudo que los hombres, probablemente porque son las que pasan más tiempo con los hijos. Sin embargo,

cuando la violencia física causa lesiones graves o mortales, es más frecuente que la hayan perpetrado hombres, y también son ellos los que cometen la mayor parte de los abusos sexuales (OMS, 2012). Todas las modalidades de violencia intrafamiliar son capaces de producir alteraciones graves en el desarrollo de la personalidad de niños y adolescentes (Almodovar et al, 2015).

Violencia hacia adultos/as mayores: Cada vez está más extendida la convicción de que el maltrato de los ancianos a manos de sus parientes u otros cuidadores es un problema social grave. Además, es probable que vaya en aumento, porque en muchos países la población está envejeciendo rápidamente. Por ejemplo, se prevé que, entre 1995 y 2025, la población mayor de 60 años se duplique y pase de 542 millones a 1200 millones aproximadamente. Los ancianos son especialmente vulnerables a los abusos económicos, es decir, al uso inadecuado de sus fondos y recursos por parte de parientes u otros cuidadores. Se dispone de poca información sobre la magnitud del maltrato de ancianos. Las escasas encuestas de base poblacional sobre esta cuestión indican que entre el 4% y el 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar y que esta situación podría ser más frecuente de lo que se cree en las residencias de ancianos. Hay diversas situaciones que aumentan particularmente el riesgo de que los ancianos sean víctimas de la violencia. En algunos casos, las relaciones familiares tensas empeoran debido al estrés y la frustración a medida que la persona de edad avanzada se vuelve dependiente. En otros, el hecho de que el cuidador dependa del anciano para su alojamiento o sustento económico es fuente de conflictos. En centros como hospitales y residencias de ancianos, el maltrato es más frecuente cuando los niveles de atención son bajos, el personal está mal preparado o tiene exceso de trabajo, las interacciones entre el personal y los ancianos son difíciles o el entorno físico es deficiente, y allí donde las políticas favorecen más a los intereses del centro que a los internos (OMS, 2012).

Violencia Sexual: Comprende una gran diversidad de actos, como las relaciones sexuales bajo coacción en el matrimonio y en las citas, las violaciones por parte de extraños, las violaciones sistemáticas durante los conflictos armados, el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de menores, la prostitución forzada y la trata de personas, los matrimonios precoces y los actos violentos contra la integridad sexual de las mujeres, como la mutilación genital y las inspecciones obligatorias de la virginidad. La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas, y son perpetradas por hombres y niños. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres es un problema constatado, y se registran igualmente

coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales (OMS, 2012). En México se han realizado investigaciones que documentan la prevalencia, características e impactos de otras expresiones de la violencia en contra las mujeres, entre las que destacan la violación, el abuso sexual en la infancia y el maltrato infantil. En la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM, 2003) la violencia sexual fue notificada por 17.3% de las mujeres (Olaiz, Rojas, Valdez, Franco y Palma, 2006)

I.3 Prevalencia y dificultades de medición de la violencia

La violencia afecta la vida de millones de personas y tiene consecuencias que perduran. Se estima que en 2012 hubo 475 000 muertes por homicidio. Sesenta por ciento eran varones de entre 15 y 44 años, lo que convierte al homicidio en la tercera causa principal de muerte para los varones de ese grupo etario (OMS, 2014)

Las mujeres, los niños y las personas mayores son quienes soportan la mayor parte del maltrato físico y psicológico y los abusos sexuales no mortales: (OMS, 2014)

- Una cuarta parte de toda la población adulta ha sufrido maltrato físico en la infancia.
- Una de cada cinco mujeres ha sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.
- Un 6% de los adultos mayores ha sufrido maltrato en el último mes.

Muchos casos de violencia contra las mujeres, los niños y las personas mayores no se ponen en conocimiento de las autoridades o los prestadores de servicios, de modo que las encuestas poblacionales pasan a ser una fuente esencial de información para documentar la naturaleza y alcance de estos problemas. Más de la mitad de los países encuestados indicaron que recogían datos sobre violencia sexual y de pareja; sin embargo, menos de la mitad señalaron haber efectuado encuestas poblacionales sobre otros tipos de violencia, como el maltrato infantil, la violencia juvenil y el maltrato de personas mayores. La encuesta reveló que muchas veces había planes de acción nacionales pese a no haber datos procedentes de encuestas nacionales, lo que sugiere que gran parte de la planificación y el establecimiento de normas se lleva a cabo sin datos

(OMS, 2014).

II. Violencia y salud

La Organización Mundial de la Salud en 2005, creó la Comisión de Asuntos Sociales y Determinantes de la Salud con la finalidad de ordenar la evidencia sobre lo que se puede hacer para promover la equidad en salud y fomentar un movimiento global para lograrlo. Esta comisión investiga a través de una visión holística los determinantes sociales de salud en general, proponiendo que la mala salud de los pobres, el gradiente social en salud dentro de los países, y las marcadas inequidades en salud entre los países son causados por la distribución desigual de poder, ingresos, bienes y servicios, a nivel mundial y nacional, con la consiguiente injusticia en las circunstancias inmediatas y visibles de las vidas de las personas: su acceso a la atención médica, las escuelas y educación, sus condiciones de trabajo y ocio, sus hogares, comunidades, pueblos o ciudades. Esta distribución desigual que produce daños a la salud en ningún sentido es un fenómeno "natural", por el contrario, es el resultado de una combinación tóxica de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y malos diligentes políticos. En conjunto los determinantes estructurales y las condiciones de la vida cotidiana constituyen los determinantes sociales de la salud y son responsables de una gran parte de las inequidades en salud entre y dentro de los países. (WHO, 2008)

La violencia contribuye a que la mala salud se prolongue durante toda la vida –especialmente en el caso de las mujeres y los niños– y a una muerte prematura, puesto que muchas de las principales causas de muerte, como las enfermedades coronarias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y el VIH/sida, están estrechamente vinculadas con experiencias de violencia a través del tabaquismo y el consumo indebido de alcohol y drogas, y la adopción de comportamientos sexuales de alto riesgo. Asimismo, la violencia impone una pesada carga en los sistemas de salud y de justicia penal, los servicios de previsión y asistencia social y el tejido económico de las comunidades. (OMS, 2014).

II.1 Violencia y sus repercusiones en salud mental

La OMS define *salud mental* como: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido, la ausencia de trastorno mental no significa necesariamente gozar de una buena salud mental, para que esto sea

posible el modelo biomédico que explica los trastornos mentales a través de aspectos y procesos neurobiológicos, resulta ser insuficiente ya que muchos de los conceptos en que se basa el modelo biomédico en el ámbito de la salud mental no han podido ser confirmados por las nuevas investigaciones, por lo que en la Asamblea de las Naciones Unidas celebrada el pasado 6 de junio del 2017, se propuso el modelo psicosocial que va más allá de los factores biológicos (sin excluirlos) y entiende las experiencias psicológicas y sociales como factores de riesgo que contribuyen a una mala salud mental (ONU, 2017). Dentro de las experiencias psicológicas adversas existe una clara asociación entre ser o haber sido víctima de la violencia y la mala salud mental, con varias explicaciones plausibles para dicha relación: La primera es que la exposición a la violencia en la infancia causa una disminución en salud mental, la segunda es que las personas con mala salud mental son más propensas a experimentar violencia, y en tercer lugar, que existen factores de riesgo que comparten la mala salud mental y la violencia, como un nivel socioeconómico bajo, un ambiente social inseguro con predisposición a ser víctima de actos criminales, divorcio de los padres u otra separación de los padres o cuidadores, negligencia y enfermedades infantiles que ponen en peligro la vida, así como inadaptación de los padres, incluyendo enfermedades mentales, abuso de sustancias y criminalidad. (WHO, 2008), (Freeman y Smith, 2014), (Mayers, et al, 2015). La violencia comunitaria, previamente comentada en este texto la cual hace referencia específica a diversos tipos de actos que ocurren en el espacio público cotidiano, y comprende la exposición a armas de fuego, cuchillos, drogas y delitos como robo, rapiña, ataque físico con y sin armas, y homicidio, también se ha encontrado asociada al incremento de riesgo de TEPT y de síntomas internalizados, principalmente depresión y ansiedad (Fairbrook, 2013).

Dentro de las formas de violencia el maltrato y la negligencia infantil, se han relacionado ampliamente en estudios retrospectivos y prospectivos con efectos nocivos para la salud mental, con un riesgo atribuible de hasta el 45%, para que aquellos sobrevivientes a estas experiencias tengan un peor funcionamiento en la vida adulta y mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, sintomatología suicida, psicosis y trastorno de personalidad. (Teicher y Samson, 2016). La infancia y la niñez son periodos de mayor vulnerabilidad física y psicológica a la violencia debido a la falla en la crianza, la mala nutrición y la falta de educación; en la juventud, la falta de oportunidades académicas y laborales, la violencia y la disponibilidad de las drogas son los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades mentales (Chávez, 2017).

En México existe desde hace varios años una situación grave de violencia; de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2015 a nivel nacional se registraron 31 homicidios de hombres por cada 100 000, en comparación con los 3.8 ocurridos por el mismo número de mujeres. Más de la mitad de los hombres que murieron por causa de una agresión violenta tenían entre 20 y 39 años (55.1%), siendo esta proporción muy similar para las mujeres de ese rango de edad (47.9 %) (Ramos, 2017). En el mismo año la primer causa de muerte en la población joven fueron eventos relacionados con violencia, el INEGI dio a conocer que 47% de los jóvenes en México considera peligrosa la ciudad donde radica, 40 % de la población de entre 12 y 29 años señala que sufrió algún tipo de delito o maltrato en 2014, también se determinó que en la mitad de los hogares a nivel nacional, los jóvenes de entre 12 y 29 años registran situaciones de conflicto o peleas entre miembros del hogar (SEGOB, 2015; Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia ECOPRED 2014). Más allá de las muertes y consecuencias físicas que conlleva, la violencia genera una amplia gama de problemas psicosociales y de salud mental, que en algunos casos pueden perdurar toda la vida, entre ellos el de mayor relevancia por estar directamente provocada por sucesos violentos es el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT); sin embargo la exposición a eventos adversos puede generar síntomas de Estrés Postraumático de forma subumbral por lo que no se integraría el diagnóstico y aún así puede haber cierto grado de disfunción en la población que los padece (Mendoza, Márquez, Veytia, Ramos y Orozco, 2017). Como ya se señaló, además, los efectos de la violencia suelen ser más devastadores cuando ocurren en edades tempranas. De aquí la importancia de considerarla como un problema prioritario de salud pública, que requiere ser abordado de manera sensible y especializada.

III. Contextos de adversidad relacionados con la violencia.

La violencia de todo tipo está firmemente vinculada con determinantes sociales como una mala gobernanza, normas culturales, sociales, de género y del estado de derecho deficientes, desempleo, desigualdad de ingresos y de género, cambios sociales rápidos y oportunidades educativas limitadas. Factores de riesgo transversales como la facilidad de acceso a las armas de fuego y otro tipo de armas y el consumo excesivo de alcohol también están estrechamente vinculados con diferentes tipos de violencia. Todos esos factores crean un clima social que propician la violencia, y ante la falta de iniciativas para abordarlos, es difícil conseguir avances duraderos en la prevención de la violencia (OMS, 2014).

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (WHO, 2014)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

Es materia de la psiquiatría, como ciencia médica, el estudio de los factores psicosociales y demográficos que intervienen en el desarrollo del bienestar físico y mental de las personas, así como de aquellos factores que promueven una buena salud mental y los que repercuten de forma directa en el equilibrio biopsicosocial, ya que al comprometerlo se estaría afectando de forma directa la salud mental de un individuo, de una familia y, en consecuencia, de la sociedad.

Según la evidencia internacional (OMS, 2014) uno de los factores determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental graves es la violencia, su impacto depende del tipo de violencia en particular a la que se ha estado expuesto, de la acumulación de diversas violencias, de si se han experimentado de manera aguda o crónica, su ocurrencia o no en edades tempranas, de si se es hombre o mujer, y del contexto en el que ocurre, entre otros. En vista de que la mayoría de la literatura sobre el tema proviene de Estados Unidos u otros países anglosajones, es muy importante abordar esta problemática en nuestro país, con base a las siguientes preguntas:

¿Cuál es la proporción de usuarios de los servicios de Atención Psiquiátrica Continua (APC), de consulta externa (HCCE) y de hospitalización (HCH) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), que reportan algún tipo de violencia como antecedente?

¿Qué tipo de violencia es más frecuente?

¿Con qué características sociodemográficas se asocian los diferentes tipos de violencia?

¿Existe asociación entre tipos de violencia específicos y la presencia de diagnósticos psiquiátricos del eje I y el eje II?

JUSTIFICACIÓN

En las distintas etapas de la vida se ha considerado que los factores socio ambientales repercuten en el bienestar físico y mental de los seres humanos; cuando las personas se encuentran inmersas en ambientes violentos los resultados en su salud mental suelen verse afectados.

En México, la encuesta de maltrato infantil, reportó una prevalencia de maltrato del 20% (OMS, 2013). Para el 54.7% de las mujeres, el maltrato se identificó como de tipo emocional; para el 5.1%, como abuso sexual; para 3.6%, como abandono; y físico para el 18.6% (OMS, 2013). Asimismo, se ha encontrado una correlación entre el antecedente de maltrato infantil y el desarrollo de psicopatología en edad adulta como depresión, síntomas somáticos y trastorno de personalidad. La exposición a sucesos vitales adversos o condiciones extremas de estrés, como desastres naturales, conflictos aislados, reiterados o continuos y disturbios o violencia familiar y doméstica continua, puede tener graves consecuencias para la salud general y mental (OMS, 2013)

Además de la infancia, la transición de la adolescencia a la edad adulta es también un momento vulnerable de vida, un período en donde el riesgo de ser víctima de violencia es alto, incluyendo intimidación, violencia doméstica, maltrato físico, abuso sexual y violencia de pareja, lo que también pone en riesgo para el desarrollo de depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, abuso de sustancias, autolesiones e ideación o intento suicida, así como quejas somáticas. Además de la violencia en la relación de pareja, otros tipos de violencia necesitan ser más explorados (Palm, Danielsson, Skalkidou y Olofsson, 2016).

En la vida adulta se han reportado diferencias notables en cuestión de género, la prevalencia de trastornos afectivos es de casi el doble para las mujeres; 11.4% en comparación con los hombres 6.7%. Los factores de riesgo específicos del género que influyen en los trastornos mentales comunes que afectan en mayor medida a las mujeres incluyen la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos, la condición y rango social bajo o subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otros (García et al, 2015).

Muchos casos de violencia contra poblaciones vulnerables como mujeres, niños o adultos mayores no se ponen en conocimiento de las autoridades o los prestadores de servicios, de modo que muchas veces los planes de acción nacional de la planificación y el establecimiento de normas se lleva a cabo sin información sustentada en artículos de investigación (OMS, 2014).

Hay un creciente reconocimiento de la importancia de la salud mental de la población en las sociedades y la economía nacionales. El 60% de los Estados Miembros de la OMS han desarrollado políticas dedicadas a tratar los trastornos mentales, sin embargo, los artículos publicados en relación a los determinantes sociales y su impacto en la salud mental son escasos. (OMS, 2014) Por ello, es de suma importancia conocer de forma precisa la forma en la que los factores sociales y demográficos impactan en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, para lo cual podríamos realizar un análisis del previamente recabado en entrevistas clínicas.

HIPÓTESIS

La frecuencia de los antecedentes de violencia física, psicológica o sexual mostrarán una relación positiva con distintos diagnósticos psiquiátricos, especialmente con trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.

En cuestión de género, las mujeres reportarán más antecedentes de violencia, mayor gravedad, mayor cronicidad.

Los niveles socioeconómicos más bajos se relacionarán con un número mayor de antecedentes violentos.

Existe una asociación entre el abuso sexual y la presencia de trastornos del espectro afectivo o ansioso.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los tipos de violencia reportados por usuarios de tres servicios clínicos de un tercer nivel de atención, y su relación con los diagnósticos psiquiátricos del Eje I acorde con el código de la CIE-10 y del Eje II. Asimismo, caracterizarlos según variables sociodemográficas clave.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer los tipos de violencia y su frecuencia en la población Psiquiátrica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Describir las características de cada tipo de violencia según variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, lugar de residencia.
- Determinar la asociación entre los antecedentes de violencia y el diagnóstico psiquiátrico del Eje I y el Eje II.
- Establecer la frecuencia con la que las mujeres reportan más antecedentes de violencia, la etapa de la vida en la cual la experimentaron y durante cuántos años fueron o han sido víctimas de violencia.
- Conocer el nivel socioeconómico que le fue asignado al paciente como usuario de la Institución.
- Capturar los antecedentes de violencia sexual reportados específicamente buscando información específica como: la edad en la que fue víctima, si el agresor era conocido o un desconocido, en qué consistió el abuso y si fue un solo evento o varios.

MATERIAL Y METODO:

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico.

Este es un estudio retrospectivo pues consistió en la revisión y análisis de la información contenida en las notas elaboradas en la APC y en las historias clínicas realizadas en consulta externa y hospitalización de usuarios del INPRF. Es transversal porque se revisaron notas y expedientes hasta obtener 373; y es observacional en razón de que únicamente consistió en revisar y analizar las notas y expedientes por lo que no implica la intervención de la investigadora en ningún nivel.

Este estudio no implica ningún riesgo ético, por consistir en revisión de notas y expedientes clínicos en los que se utilizaron códigos numéricos, se guardó el anonimato de los participantes y se manejó la información de forma confidencial, sin embargo, el protocolo se sometió al evaluación por parte del comité de Ética del INPRFM, siendo aprobado en noviembre del 2018.

Posteriormente se procedió a recolectar la información en una base de datos generada para incluir variables sociodemográficas (género, edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y lugar de procedencia); antecedente de violencia interrogado (afirmativo o negativo y el tipo de violencia reportado además de sus características) ; y por último los diagnósticos psiquiátricos registrados según los códigos de la CIE 10 y los diagnósticos del eje I y eje II.

Se revisaron todas las notas y expedientes que cubrían los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 o más años.
- Que dejaran asentados los antecedentes de violencia en la nota de APC, historias clínicas de consulta externa o de hospitalización.
- Que incluyeran la hoja de consentimiento informado firmada por el paciente y el médico que recabó la información.
- Que incluyeran la firma del médico que recabó la información en el caso de la nota de APC, las historias clínicas de consulta externa y de hospitalización

En vista de que el uso de expedientes clínicos puede tener diversas limitaciones incluyendo la carencia de una evaluación encaminada específicamente a la evaluación de violencia y/o la escasa

información que pudieran brindar los pacientes al respecto, se consideraron como criterios de exclusión aquellas notas o historias clínicas en las que se hubiera dejado en blanco el espacio de registro de la violencia, así como aquellos documentos que no contaran con el consentimiento informado debidamente requisitado y firmado por el paciente o bien aquellas notas que no contaran con la firma del médico que está recabando la información, esto por las implicaciones éticas que posee el expediente clínico.

El formato de captura de datos se elaboró en un documento de Excel. La codificación de las variables se expone en la tabla 1, las cuales se correlacionaron con la codificación expuesta en las tabla 2, 3 y 4.

Tabla 1. Variables Sociodemográficas

Variables Sociodemográficas		
Edad	Edad en años cumplidos	
Sexo	Hombre	1
	Mujer	2
Estado Civil	Soltero	1
	Casado	2
	Unión Libre	3
	Viudo	4
	Divorciado	5
	No aplica	99
Ocupación	Empleado con remuneración	1
	Desempleado	2
	Empleado sin remuneración	3
	Ama de casa	4
	Estudiante	5
	No aplica	99
Escolaridad	Analfabeta	1
	Sabe leer y escribir	2
	Primaria	3
	Secundaria	4
	Bachillerato	5
	Licenciatura	6
	Postgrado	7

	Otros	99
Nivel Socioeconómico	Nivel I	1
	Nivel II	2
	Nivel III	3
	Nivel IV	4
	Nivel V	5
	Nivel VI	6
	No Reportado	99
Localidad.	Provincia	1
	CDMX	2
	Foráneo	3
Diagnóstico	Eje I	Código CIE 10
Diagnóstico Eje II Personalidad	CLUSTER A	Solo clúster A. 1
		Paranoide. 2
		Esquizoide. 3
		Esquizotípico. 4
	CLUSTER B	Solo clúster B. 5
		Límite. 6
		Antisocial. 7
		Narcisista. 8
		Histriónico. 9
	Clúster C	Solo clúster C. 10
		Evitativo. 11
		Dependiente. 12
		Obsesivos Compulsivo.13
	Aplazado	14

Tabla 1. Muestra los códigos utilizados para el registro de determinantes sociodemográficas y diagnósticos obtenidos en las entrevistas de APC, HCCE, HCH.

Antecedentes de Violencia por Tipos.

Tabla 2. Características de la Violencia Sexual		
		Códigos
Según lo reportado por el paciente ¿En qué consistió?	Tocamientos	1
	Penetración	2
	Felación	3
	Otros	4
	No reportado	99
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de abuso sexual?	Prescolar (1-5 años)	1
	Escolar (6-12 años)	2
	Pubertad (13-15 años)	3
	Adolescente (16-17 años)	4
	Adulto joven (18-21 años)	5
	Adulto >22 años	6
No reportado	99	
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de abuso sexual?	Una ocasión	1
	Repetidas ocasiones	2
	No reportado	99
A decir del paciente ¿Quién perpetuo el abuso sexual?	Familiar de primer grado	1
	Pareja	2
	Conocido	3
	Desconocido	4
	No reportado	99

Tabla 3. Características de la Violencia Psicológica.		
		Códigos
Según lo reportado por el paciente ¿En qué consistió?	Insultos y devaluaciones	1
	Bullying	2
	Hostigamiento	3
	Acoso laboral	4
	Otros	99
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de abuso psicológico?	Prescolar (1-5 años)	1
	Escolar (6-12 años)	2
	Pubertad (13-15 años)	3
	Adolescente (16-17 años)	4
	Adulto joven (18-21 años)	5
	Adulto >22 años	6
	No reportado	99
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de violencia psicológica?	Una ocasión	1
	Repetidas ocasiones	2
	No reportado	99
A decir del paciente ¿Quién perpetuo el abuso psicológico?	Familiar de primer grado	1
	Pareja	2
	Conocido	3
	Desconocido	4
	No reportado	99

Tabla 4. Características de la Violencia Física		
		Códigos
Según lo reportado por el paciente ¿En qué consistió?	Agresiones que ameritaron atención médica	1
	Agresiones que no ameritaron atención médica	2
	No reportado	99
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de abuso físico?	Prescolar (1-5 años)	1
	Escolar (6-12 años)	2
	Pubertad (13-15 años)	3
	Adolescente (16-17 años)	4
	Adulto joven (18-21 años)	5
	Adulto >22 años	6
No reportado	99	
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de abuso físico?	Una ocasión	1
	Repetidas ocasiones	2
	No reportado	99
A decir del paciente ¿Quién perpetuo el abuso físico?	Familiar de primer grado	1
	Pareja	2
	Conocido	3
	Desconocido	4
	No reportado	99

IMAGEN muestra las tablas con los códigos utilizados para cada una de las características interrogadas y registradas en las notas de APC, HCCE y HCH según el tipo de violencia sexual, psicológica o física.

Los datos se analizaron empleando el paquete estadístico SPSS versión 10.0, utilizando las frecuencias relativas (porcentaje) y absoluta (n) de las clases de cada variable para caracterizar la muestra estudiada. En las variables cuantitativas se llevan a cabo medidas de tendencia central para resumir la información, además de desviaciones estándar para indicar la variabilidad de los datos. Las diferencias entre grupos con presencia de violencia vs los que no, se analizarán utilizando la prueba de ji-cuadrada o la exacta de Fisher cuando sea necesario.

RESULTADOS.

Se obtuvo una muestra de 373 expedientes de los cuales el 43.7% fueron expedientes del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC), el 32.4% fueron de Consulta Externa (HCCE), el 23.9% de Hospitalización (HCH). Las características sociodemográficas de la población se encuentran en la tabla 1, donde se muestra que el 65.4% de la muestra fueron mujeres y el 34.6% varones. El estado civil predominante fue “soltero” con un 66.5 %, el 21.7% de la muestra se encontraba registrado como casado, el 8.3 % en unión libre y solo el 3.5% se encontraba divorciado. El 32.4% refirió tener un empleo remunerado, el 27.9 % un empleo no remunerado dentro de los cuales se contemplaron todos aquellos que se encontraban registrados como estudiantes, el 17.2% de la muestra se encontraba sin ocupación, el 21.4% se dedicaban al hogar. El grado de escolaridad más reportado fue nivel bachillerato con un 35.9 % de la población seguido de nivel licenciatura 28.2% y secundaria con un 25.5%. El nivel socioeconómico más reportado fue el II con un 32.2% seguido del nivel III con un 27.9%, en este rubro cabe mencionar que no se obtuvo el nivel socioeconómico de 40 pacientes por falta de seguimiento en la institución. La mayoría de los pacientes acudió a consulta provenientes de la ciudad de México 78.6%, del Estado de México fue el 15% y de otros lugares de la república o foráneos solo el 6.4%. La edad media de la población fue de 35.59 años con una desviación estándar de 14.95.

Tabla 1. Características Sociodemográficas (n=373)			
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	129	34.6
	Mujer	244	65.4
Estado Civil	Soltero	248	66.5
	Casado	81	21.7
	Unión Libre	31	8.3
	Divorciado	13	3.5
Ocupación	Empleo remunerado	121	32.4
	Empleo no remunerado	104	27.9
	Sin ocupación	64	17.2
	Al Hogar	80	21.4
	jubilado	1	0.3
	No reportado	3	0.8
Escolaridad	Analfabeta	2	0.5
	Sabe leer y escribir	5	1.3
	Primaria	25	6.7
	Secundaria	95	25.5
	Bachillerato	134	35.9
	Licenciatura	105	28.2
Nivel Socioeconómico	Postgrado	7	1.9
	I	60	16.1
	II	120	32.2
	III	104	27.9
	IV	21	5.6
	V	16	4.3
	VI	1	0.3
	Exento	9	2.4
	Metro	2	0.5
	No reportado	40	10.7
Domicilio	CDMX	293	78.6
	Edo.MX	56	15
	Foráneo	24	6.4
Edad	Media	35.59	DE14.95

La Tabla 1. Muestra las características sociodemográficas de la población. (n=373)

De los 373 expedientes revisados, se encontró el registro de 257 personas refirieron haber sido víctimas de violencia en algún momento de su vida, 116 personas negaron antecedentes de violencia (gráfica 1). De las personas que reportaron violencia el 24.9% o 64 personas, refirieron haber sufrido los 3 tipos de violencia interrogados de forma rutinaria, violencia física, psicológica y sexual; el 40,85 %, 105 personas reportaron al menos dos tipos de violencia y el 34.4% equivalente a 88 personas reportaron al menos un tipo de violencia. De los que reportaron antecedente positivo en su mayoría fueron mujeres con una significancia estadística de p de 0.00.

Del total de personas que refirieron antecedentes de violencia 122 de ellas afirmaron haber sido víctimas de violencia sexual, 225 reportaron violencia psicológica y 143 violencia física, (ver tabla 2) para estos resultados se debe tomar en cuenta lo descrito previamente, ya que en la información recabada de los expedientes las personas podían describir antecedentes de diversos tipos de violencia y en diversos momentos de su vida. Se tomo en cuenta como información NO REPORTADA cuando la información no se encontraba negada por el paciente, con la posibilidad de que el entrevistador pudiera haber omitido interrogar o registrar la información completa.

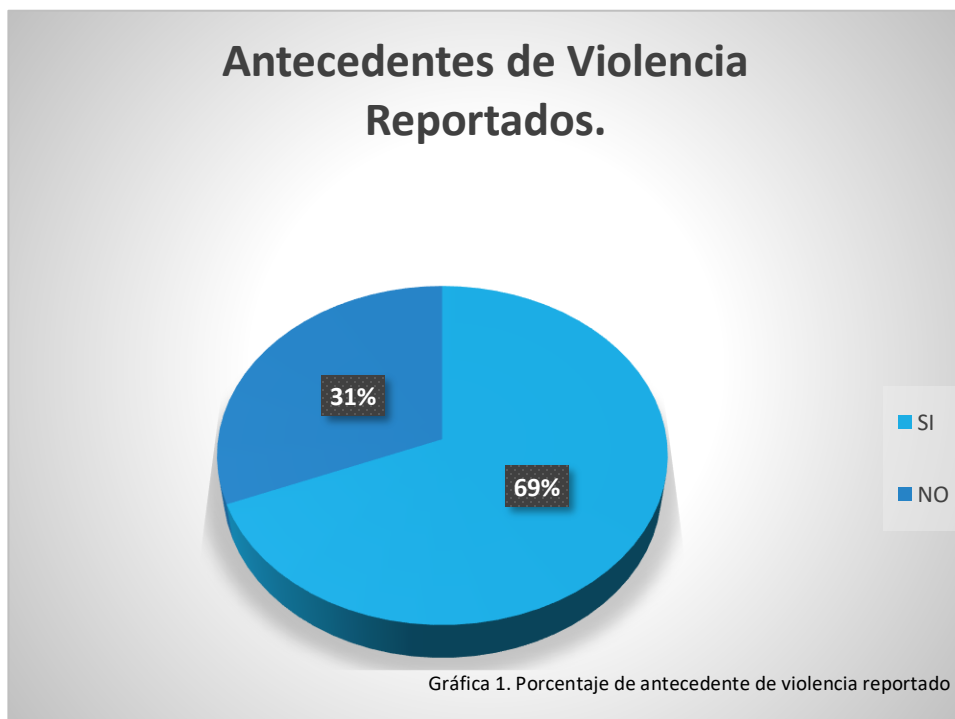


Tabla 2. Tipos de violencia reportados							
		Violencia Psicológica		Violencia Sexual		Violencia Física	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de violencia	SI	225	87.5	122	47.1	143	55.6
	NO	17	6.6	87	33.9	70	27.2
	NO REPORTADA	15	5.8	48	19.1	44	17.1
	Total	257	100.0	257	100.0	257	100.0

Tabla 2. Muestra los tipos de violencia interrogados con frecuencia en las entrevistas iniciales del paciente psiquiátrico. Especifica el porcentaje reportado por cada tipo de violencia

A continuación se hará una descripción detallada de los antecedentes de violencia reportados, ya que de forma rutinaria el entrevistador interroga ciertas características de estos antecedentes; como la edad en la que ocurrió el evento, en qué consistió, el número de ocasiones en las que se perpetuo el abuso o la violencia registrando si fue una o más de una ocasión y por último se registra quién fue el agresor; cuando estas características no se encontraban registradas en el expediente se consideró que la información no se encontraba reportada.

Violencia sexual

Según se muestra en la tabla 3 la violencia sexual más reportada consistió en tocamientos con un 40.2%, en la opción “otros” se incluyeron reportes de exposición a pornografía en la infancia, exposición al acto sexual por parte de los padres del paciente durante su infancia y propagación de fotos íntimas sin el consentimiento del paciente. Hasta en un 50% se encontró registro de abuso sexual en la etapa escolar de los 6 a los 12 años. Fue más prevalente el abuso sexual en múltiples ocasiones que el de evento único con un 69.7% contra un 20.5% respectivamente. Se encontró que el agresor más señalado fue un familiar de primer grado con un 42.6% en donde se incluyeron padre, madre y hermanos; seguido del rubro de conocidos con un 32.8% en donde se incluyeron familiares de segundo grado y cualquier conocido del paciente. La información se encuentra más detallada en la tabla 3.

Tabla 3. Características de la Violencia Sexual			
		Frecuencia	Porcentaje
Según lo reportado por el paciente ¿En qué consistió?	Tocamientos	43	35.2
	Penetración	49	40.2
	Felación	3	2.5
	Otros	16	13.1
	No reportado	11	9.0
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de violencia sexual?	Prescolar (1-5 años)	15	12.3
	Escolar (6-12 años)	61	50.0
	Pubertad (13-15 años)	11	9.0
	Adolescente (16-17 años)	4	3.3
	Adulto joven (18-21 años)	10	8.2
	Adulto >22 años	19	15.6
	No reportado	2	1.6
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de violencia sexual?	Una ocasión	25	20.5
	Repetidas ocasiones	85	69.7
	No reportado	12	9.8
A decir del paciente ¿Quién perpetuo la violencia sexual?	Familiar de primer grado	52	42.6
	Pareja	16	13.1
	Conocido	40	32.8
	Desconocido	13	10.7
	No reportado	1	.8

La Tabla 3. Muestra las características interrogadas para violencia sexual. (n=122)

Violencia psicológica

La violencia psicológica fue la de mayor frecuencia reportada con un total de 225 pacientes de los 373 registrados, de los cuales 127 o el 56.4% refirió haber sido víctima de violencia psicológica consistente en insultos y devaluaciones, seguido de bullying escolar en un 13.3 %, para este rubro se consideró en el apartado de “otros” aquellos reportes en los que se especificaba haber sido víctima de asalto con

armar blanca o arma de fuego, haber sido víctima de robo a casa habitación, aquellos que habían sido extorsionados o habían sufrido el secuestro de algún familiar así como los que habían sido testigos de violencia física o psicológica entre sus padres durante su infancia. La edad escolar fue la más frecuente con un 51.1% seguido de la edad adulta con un 32.9%. Hasta el 91.6% reporto haber sido victima de violencia en repetidas ocasiones. El agresor más reportado fue el familiar de primer grado con un 44.4%, esto incluye a la madre, el padre y hermanos; seguido de la pareja con un 28.4%. Los detalles se

encuentran en la tabla 4.

Tabla 4. Características de la Violencia Psicológica			
		Frecuencia	Porcentaje
¿En qué consistió?	Insultos y devaluaciones	127	56.4
	Bullying escolar	30	13.3
	Hostigamiento	6	2.7
	Acoso laboral	3	1.3
	Otros	21	9.3
	No reportado	38	16.9
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de violencia psicológica?	Prescolar (1-5 años)	2	.9
	Escolar (6-12 años)	115	51.1
	Pubertad (13-15 años)	15	6.7
	Adolescente (16-17 años)	2	.9
	Adulto joven (18-21 años)	12	5.3
	Adulto >22 años	74	32.9
	No reportado	5	2.2
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de violencia psicológica?	Una ocasión	11	4.9
	Repetidas ocasiones	206	91.6
	No reportado	8	3.6
A decir del paciente ¿Quién perpetuo la violencia psicológica?	Familiar de primer grado	100	44.4
	Pareja	64	28.4
	Conocido	50	22.2
	Desconocido	10	4.4
	No reportado	1	.4

La Tabla 4. Muestra las características interrogadas para violencia psicológica. (n=225)

Violencia Física

En la tabla 5 quedan especificadas las características de la violencia física reportada por los pacientes siendo más frecuente aquellas agresiones físicas que no ameritaron atención médica o que no recibieron atención médica en su momento con un 63.6%. La etapa de la vida en la que reportaron mayor violencia fue en la edad adulta con un 40.6%, seguida de la etapa escolar con un 39.2%; hasta el 89.5% refirió haber sido víctima de este tipo de violencia en repetidas ocasiones y el agresor más reportado fue la “pareja” hasta en un 44.1% de los registros, seguido del familiar de primer grado con un 40.6% que incluye al padre, la madre o hermanos.

Tabla 5. Características de la Violencia Física			
		Frecuencia	Porcentaje
¿En qué consistió?	Agresiones que ameritaran atención médica	13	9.1
	Agresiones que no ameritaran atención médica	91	63.6
	No reportado	39	27.3
¿Edad a la que refirió haber sido víctima de violencia física?	Prescolar (1-5 años)	5	3.5
	Escolar (6-12 años)	56	39.2
	Pubertad (13-15 años)	7	4.9
	Adolescente (16-17 años)	2	1.4
	Adulto joven (18-21 años)	12	8.4
	Adulto >22 años	58	40.6
	No reportado	3	2.1
¿En cuántas ocasiones refirió haber sido víctima de violencia física?	Una ocasión	12	8.4
	Repetidas ocasiones	128	89.5
	No reportado	3	2.1
A decir del paciente ¿Quién perpetuo la violencia física?	Familiar de primer grado	58	40.6
	Pareja	63	44.1
	Conocido	13	9.1
	Desconocido	8	5.6
	No reportado	1	.7

La Tabla 5. Muestra las características interrogadas para violencia Física. (n=143)

Diagnóstico	CIE 10	Frecuencia	Porcentaje
DETERIORO NEUROCOGNITIVO	F02	1	0.3
	F03	2	0.5
	F06	1	0.3
TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS	F10.1	3	0.8
	F11.0	1	0.3
	F12.7	1	0.3
	F14.1	4	1.1
	F18.1	1	0.3
	F20	10	2.7
TRASTORNO DEL ESPECTRO PSICÓTICO	F20.0	3	0.8
	F20.1	3	0.8
	F20.9	1	0.3
	F22.0	4	1.1
	F23.2	1	0.3
	F25	1	0.3
	F25.1	3	0.8
	F25.8	1	0.3
	F29	13	3.5
	F31.0	2	0.5
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	F31.1	2	0.5
	F31.2	4	1.1
	F31.3	1	0.3
	F31.4	3	0.8
	F32.0	2	0.5
TRASTORNO AFECTIVO DEPRESIVO	F32.1	24	6.4
	F32.2	18	4.8
	F32.3	5	1.3
	F33.0	2	0.5
	F33.1	68	18.2
	F33.2	24	6.4
	F34.1	27	7.2
	F34.8	28	7.5
	F34.9	2	0.5
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	F40.0	1	0.3
	F40.1	3	0.8
	F41.0	12	3.2
	F41.1	27	7.2
	F41.8	6	1.6
	F41.9	3	0.8
TRASTORNOS DEL ESPECTRO TOC	F42	1	0.3
	F42.0	6	1.6
	F42.1	2	0.5
	F42.8	1	0.3
TRASTORNOS RELACIONADOS AL ESTRÉS	F43.0	2	0.5
	F43.1	21	5.6
	F43.2	3	0.8
TRASTORNO DISOCIATIVO	F44.7	1	0.3
TRASTORNO SOMATOMORFOS	F45	1	0.3
	F45.2	3	0.8
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	F50.2	4	1.1
	F50.8	1	0.3
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	F60.2	1	0.3
	F60.9	1	0.3
TRASTORNO HIPERKINETICO	F90	7	1.9
Total		373	100.0

	Frecuencia	Porcentaje
Rasgos esquizoides	1	0.3
Rasgo esquizotípico	2	0.5
Clúster B	14	3.8
Rasgos límites	104	27.9
Rasgo antisocial.	6	1.6
Rasgos Narcisistas.	11	2.9
Rasgos Histriónicos.	1	0.3
Clúster C	1	0.3
Rasgos evitativos.	2	0.5
Rasgos dependientes.	6	1.6
Rasgos obsesivos.	4	1.1
Aplazado.	213	57.1
Discapacidad Intelectual	2	0.5
No reportado	6	1.6
Total	373	100.0

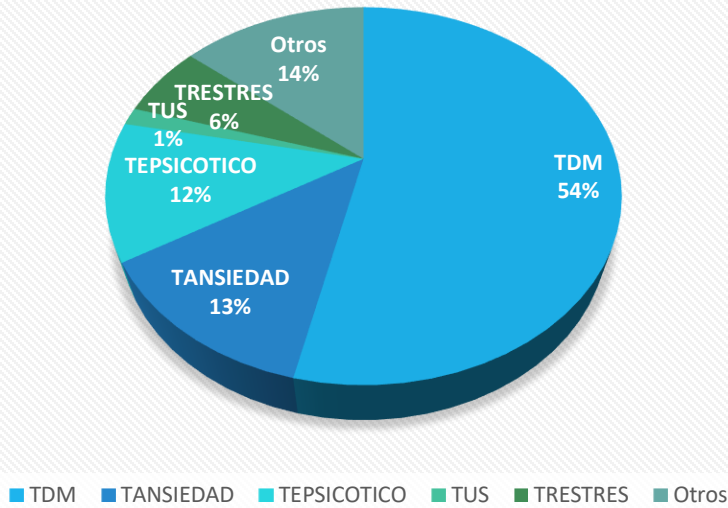
En la Tabla 6, se muestran las frecuencias y porcentajes encontrados para cada diagnóstico de la CIE 10. En la Tabla 7, se encuentran enlistados los diagnósticos de personalidad encontrados en los expedientes. (n=373)

Dentro de los objetivos de este estudio se incluía analizar los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes y los diagnósticos de personalidad. En la tabla 6 se especifican los diagnósticos que fueron reportados en los expedientes, agrupados por espectro según CIE10, y en la tabla 7 se enlistan los diagnósticos de personalidad encontrados.

Resultados considerando los antecedentes de violencia y los diagnósticos con base a la CIE10.

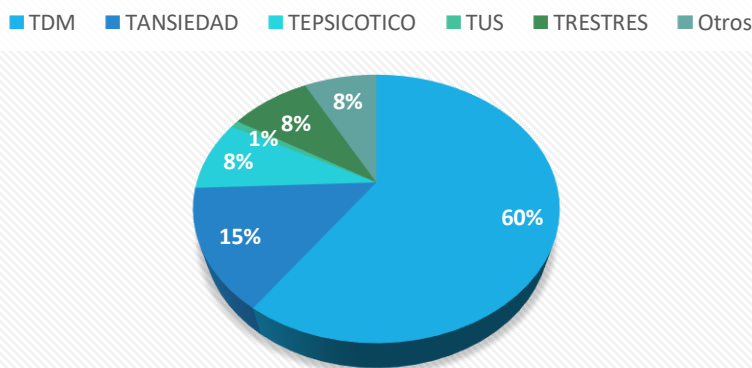
En la gráfica 2 se especifican cuáles son los diagnósticos más frecuentes asociados a los antecedentes de violencia positivos (n=257) siendo el trastorno del espectro depresivo el más frecuente con un 53.3%, seguido del espectro ansioso con un 12.8%, en comparación con la gráfica 3 que muestra los diagnósticos de los pacientes que negaron antecedentes de violencia (n=116), en donde se observa que el 60% reportó un trastorno depresivo y un 15% un trastorno de ansiedad. Debido a que el diagnóstico de trastorno depresivo fue el más frecuente se decidió su análisis independiente pero el resultado no fue significativo con una p de .159, lo mismo se hizo para el diagnóstico de estrés postraumático con una p de .261. De los pacientes con diagnóstico de depresión se estudió aquellos con depresión grave y depresión persistente para ver su relación con sexo y con los antecedentes de violencia, se encontró una significancia estadística para el sexo femenino con una p de 0.05 y con los antecedentes de violencia una significancia estadística para antecedentes positivos de p de .001. Llama la atención que el la proporción del diagnóstico relacionado al estrés fue 2 % mayor en pacientes que negaron los antecedentes de violencia, por lo que se procedió al análisis de los pacientes que tenían más de un diagnóstico psiquiátrico como lo muestran las gráficas 4 y 5, en donde se encontró que los pacientes con antecedentes positivos de violencia presentan en un 56%, más de dos diagnósticos psiquiátricos en comparación con 34% de los pacientes que no reportaron antecedentes de violencia.

GRÁFICA 2. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA POSITIVOS Y DIAGNÓSTICOS PSIQUIATRICOS

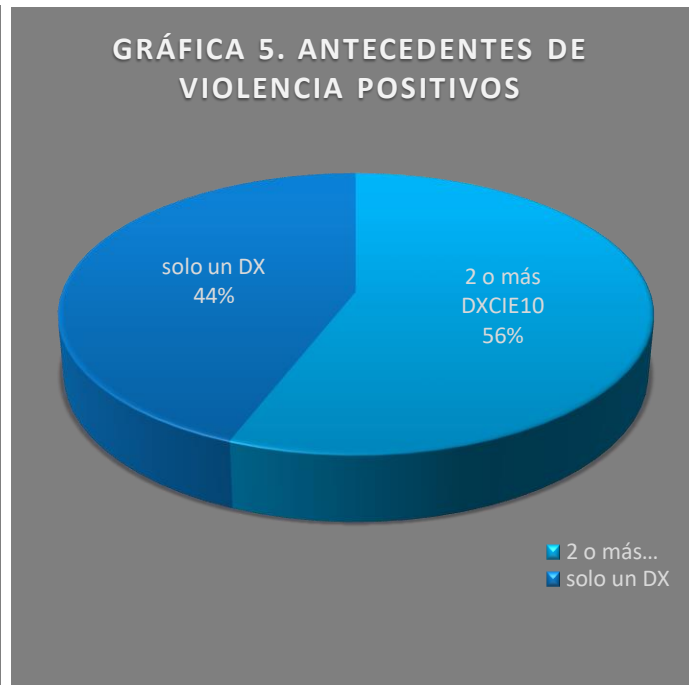
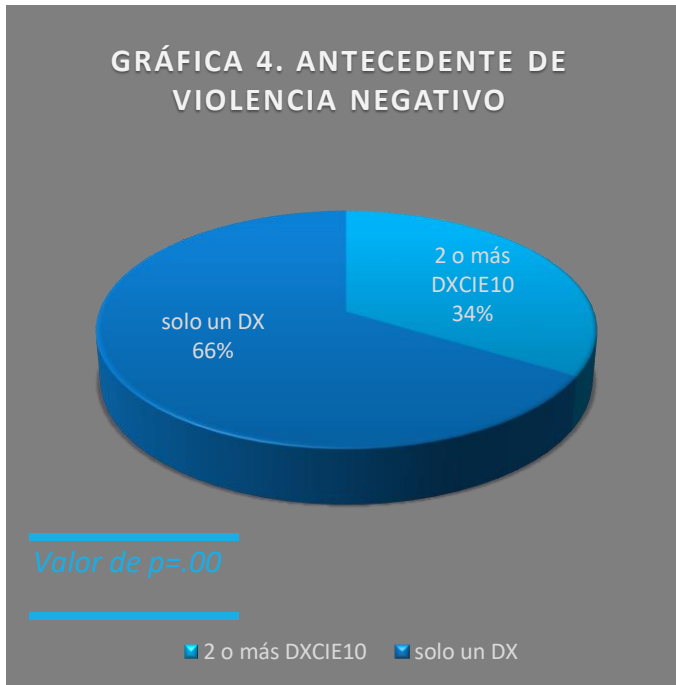


La grafica 2, muestra los porcentajes de los diagnósticos más frecuentes encontrados en personas que reportaron antecedentes de violencia positivos. El espectro de trastorno depresivo (TDM) representó el 54%, los trastornos de ansiedad (TANSIEDAD) el 13%, los trastornos del espectro psicótico (TEPSICÓTICO) el 12%, los trastornos relacionados al estrés (TRESTRES) 6%, trastornos relacionados al uso de sustancias (TUS) con el 1%. En el apartado de otros se representaron los diagnósticos de deterioro neurocognitivo, del neurodesarrollo, de personalidad, de conducta alimentaria, espectro obsesivo y somatomorfos, representaron el 14%.

GRÁFICA 3. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA NEGATIVOS Y DIAGNÓSTICOS CIE10



La grafica 3, muestra los porcentajes de los diagnósticos más frecuentes encontrados en personas que negaron antecedentes de violencia. El espectro de trastorno depresivo (TDM) representó el 60%, los trastornos de ansiedad (TANSIEDAD) el 15%, los trastornos del espectro psicótico (TEPSICÓTICO) el 8%, los trastornos relacionados al estrés (TRESTRES) 8%, trastornos relacionados al uso de sustancias (TUS) con el 1%. En el apartado de otros se representaron los diagnósticos de deterioro neurocognitivo, del neurodesarrollo, de personalidad, de conducta alimentaria, espectro obsesivo y somatomorfos, representaron el 8%.



En la gráfica 4 podemos observar el porcentaje de pacientes que tienen más de un diagnóstico psiquiátrico y antecedentes de violencia negativos. En la tabla 5 los pacientes con más de un diagnóstico psiquiátrico y antecedentes de violencia positivos.

Los resultados considerando los antecedentes de violencia y el diagnóstico de personalidad registrada en las notas se muestran en las gráficas 6 y 7 donde podemos apreciar el tipo de personalidad más frecuentemente reportado en ambos grupos; el reporte aplazado se debe a que las valoraciones psiquiátricas son valoraciones transversales por lo que con frecuencia se aplaza el diagnóstico en personalidad. En el rango del clúster B quedaron incluidos los rasgos narcisistas e histriónicos, se excluyeron los rasgos límites y antisociales por ser los rasgos de personalidad más asociados a antecedentes de violencia positivos y como podemos observar la proporción de personalidad con rasgos límites (Rlímites) fue considerablemente mayor en personas con antecedentes de violencia en comparación con pacientes que negaron los antecedentes de violencia, con una significancia estadística de $p = .001$. En relación a los rasgos antisociales (Rantisocial) la proporción fue mayor para personas que negaron antecedentes de violencia en comparación con los que refirieron antecedentes positivos debido al tamaño de la muestra para este tipo de personalidad no se realizó prueba de ji-cuadrada.

Se agregó la comparación de los antecedentes de violencia según tipo y la personalidad registrada en el expediente, información que se muestra en la tabla 8 en donde se observa que la personalidad más prevalente fueron los rasgos límites manteniéndose en un rango de 36 a 37%, sin embargo, esta

proporción se incrementó cuando se analizaron aquellas personas que reportaban los 3 tipos de violencia, llegando hasta el 44.3%. Los rasgos de personalidad antisocial (R. Antisocial) fueron igualmente mayores en proporción en aquellas personas con los 3 tipos de violencia reportados, en comparación con el análisis individual de cada tipo de violencia.

Tabla 8. PERSONALIDAD Y TIPOS DE VIOLENCIA				
Personalidad	VIOLENCIA SEXUAL (n=122)	VIOLENCIA PSICOLÓGICA (n=225)	VIOLENCIA FÍSICA (n=143)	LOS 3 TIPOS DE VIOLENCIA REPORTADA (n=61)
	Porcentaje			
Clúster A	0	.9	.7	0
Clúster	7.4	6.7	7.0	3.3
R. Límites	36.9	36.0	37.1	44.3
R. Antisocial	1.6	1.3	1.4	3.3
Clúster C	1.6	2.7	1.4	1.6
Aplazado	50.8	50.7	51.7	45.9
No reporte.	1.6	1.8	.7	1.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Tabla 8. Compara los tipos de personalidad reportados en las notas de APC, HCCE y HCH y los antecedentes de violencia según su tipo (sexual, psicológica o física), además de la personalidad registrada en personas que refirieron haber sufrido los 3 tipos de violencia.

Para los resultados según las características sociodemográficas se compararon las variables sociodemográficas de los dos grupos, aquellos que negaron los antecedentes de violencia contra aquellos que refirieron antecedentes de violencia. En la tabla 9 podemos observar que la proporción de mujeres que reportaron violencia fue mayor que las que negaron antecedentes de violencia en comparación con los hombres. El nivel de escolaridad fue mayor para las personas que negaron antecedente de violencia alcanzando la licenciatura en comparación con el nivel bachillerato de las personas con antecedentes positivos. En ambos grupos fue frecuente contar con un empleo remunerado, sin embargo, la proporción de personas que se encontraban sin ocupación fue mayor en el grupo con antecedentes de violencia positivos. La proporción de personas con estado civil “soltero” fue casi del doble para el grupo con estos antecedentes. El nivel socioeconómico y la procedencia fueron similares para ambos grupos.

Tabla 9. Características de los antecedentes de violencia reportados y las variables sociodemográficas

	Antecedentes de violencia positivos (n=257)	Porcentajes	Antecedentes de violencia Negativos (n=116)	Porcentajes
Sexo	Hombres	28.80%	Hombres	47.40%
	Mujeres	71.20%	Mujeres	52.60%
Escolaridad	Bachillerato	38.50%	Licenciatura	33.60%
Ocupación	Empleo remunerado	30.40%	Empleo remunerado	37.10%
	Sin ocupación	19.10%	Sin ocupación	12.90%
Estado Civil	Soltero	66.10%	soltero	37.10%
Nivel socioeconómico	Nivel II	32.30%	NIVEL II	31.90%
Procedencia	CDMX	78.30%	CDMX	79.30%
TOTAL	Positivos	68.90%	Negativos	31.10%

Tabla 9. Compara las variables sociodemográficas del grupo de pacientes con antecedentes de violencia positivos contra aquellos que negaron los antecedentes.

Consideramos de suma importancia realizar tablas de contingencia para la variable de sexo y nivel socioeconómico, el valor de p fue significativo al comparar el sexo con los antecedentes de violencia ($p=0.000$), pero no al comparar los antecedentes de violencia con el nivel II que fue el más reportado ($p=.08$).

En la tabla 10 se muestran las características sociodemográficas según el tipo de violencia, estas fueron similares en cualquiera de los tres tipos de violencia reportados, por tal motivo se seleccionaron los pacientes que presentaron los tres tipos de violencia, encontrándose que el grado escolar fue menor para esta población y que si bien el nivel socioeconómico se mantuvo en II, como el más frecuente, para esta población aumentó la proporción de pacientes exentos de pago a un 6.3%, comparado con el 3.6% de violencia psicológica, el 4.2% de violencia física y el 5.7% de violencia sexual.

Tabla 10. Tipos de violencia reportados y características sociodemográficas

		VIOLENCIA SEXUAL (n=122)	VIOLENCIA PSICOLÓGICA (n=225)	VIOLENCIA FÍSICA (n=143)	LOS 3 TIPOS DE VIOLENCIA REPORTADA (n=61)
Porcentaje en relación al grupo de violencia positivo		32.70%	60.32%	38.33%	24%
Sexo	Mujeres	80.30%	71.60%	72%	85.70%
	Hombres	19.70%	28.40%	28%	14.30%
Estado civil	Soltero	70%	67.10%	63.50%	66.70%
Ocupación	Empleo remunerado	29.50%	29.80%	37.10%	33.30%
	Sin ocupación	18%	24.40%	16.80%	19.00%
Escolaridad	Bachillerato	35.20%	38%	33.60%	secundaria 34.9%
Procedencia	CDMX	74.60%	79.10%	81.80%	82.50%
Nivel Socioeconómico	Nivel II	35.20%	32.90%	32.90%	39.40%

En la tabla 10 se muestran las variables sociodemográficas reportadas para cada tipo de violencia, además de las características sociodemográficas de las personas que reportaron los 3 tipos de violencia.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo general, conocer los tipos de violencia reportados en la población psiquiátrica que acude a los tres servicios clínicos (APC, consulta externa y hospitalización) de un tercer nivel de atención psiquiátrica (INPRFM), y su relación con los diagnósticos psiquiátricos con base al CIE-10 y los diagnósticos de personalidad registrados. Asimismo, caracterizarlos según variables sociodemográficas clave (sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación y lugar de procedencia). Se obtuvo una muestra representativa de la población que acude al INPRFM consistente en 373 expedientes revisados a partir de junio 2018.

Existe evidencia internacional (OMS, 2014) que establece que uno de los factores determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental graves, es la violencia, su impacto depende del tipo de violencia en particular a la que se ha estado expuesto, de la acumulación de diversas violencias, de si se han experimentado de manera aguda o crónica, su ocurrencia o no en edades tempranas, de si se es hombre o mujer, y del contexto en el que ocurre, entre otros, sin embargo a pesar de esta relevancia, estudiar un fenómeno tan complejo como la violencia resulta complicado y se carece de sistematización. En el

presente estudio se realizó un registro de todas las características interrogadas para cada tipo de violencia (física, psicológica y sexual) de forma rutinaria por el clínico (Psiquiatra en formación) que entrevista al paciente, e interroga de forma propositiva si el paciente ha sido víctima de violencia física, psicológica o sexual a lo largo de su vida. En caso de una respuesta afirmativa se procede a interrogar: la edad en la que ocurrió el evento, en qué consistió, quien fue el agresor y si fue en una ocasión o en múltiples ocasiones, de esta forma se obtiene información valiosa sobre los antecedentes de violencia reportados en la población psiquiátrica que acude al INPRF. Al analizar los antecedentes de violencia reportados encontramos que hasta el 69% de la población reportó haber sido víctima de violencia física, psicológica, sexual, o cualquier combinación de estas, de los cuales 71.2% fueron mujeres y el 28.8% fueron hombres, al comparar los antecedentes de violencia en una prueba de X^2 se obtuvo una significancia estadística con un valor de (*p de .000*).

La violencia de género y contra la mujer ha sido un tema prioritario en metas de salud mundial según la OMS, para México, desde el 2001 la Secretaría de Salud a través del Programa de Acción en Salud Mental reconoció que las enfermedades psiquiátricas en conjunto con las neurológicas representan el 18% de las causas de pérdida de años de vida saludable, entre las que destaca la violencia, consumo de alcohol y trastornos depresivos, por lo que puso en marcha 22 programas en pro de la salud mental, uno de ellos el llamado “Mujer y Salud (PROMSA)” (SSA,2002), el cual implemento diversas estrategias para la desnaturalización de violencia intrafamiliar, la identificación y prevención de violencia contra la mujer y dio prioridad a la población de mujeres indígenas víctimas de violencia (Blanco, 2005). El 10 de octubre de 2014, se creó la Comisión para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, posteriormente el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 incluyo un fragmento de atención y prevención de violencia, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 y en el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018 (ONU,2017). A pesar de los esfuerzos, la violencia de género se encuentra lejos de disminuir, y por el contrario en la última década ha incrementado el tráfico de mujeres con fines sexuales en México, se ha planteado que la trata de mujeres es debido a la pobreza estructural, la marginación, la exclusión social y una cultura patriarcal tradicional, aunque se carece de estudios que aporten evidencia de cuáles son los fenómenos que contribuyen a la persistencia de la violencia de género. (Acharya, 2019) (Chong,2014).

Por tal motivo es de relevancia enfatizar las características encontradas en este estudio para cada tipo de violencia interrogada. El tipo de violencia más reportado en la población psiquiátrica fue la violencia psicológica, hasta el 85.7% de la población, consistente en “insultos y humillaciones o agresiones verbales” (56.4%), seguida de violencia física con un 55.6% consistente en “agresiones que no ameritaron manejo físico” (63.6%), por último violencia sexual con un 47.1% consistente en “penetración” (40.2%); como se comentó previamente las mujeres reportaron más violencia que los hombres así mismo de la población que reportó haber sufrido los 3 tipos de violencia hasta el 85% fueron mujeres.

Al registrar la edad en la que habían sido víctimas de violencia se encontró que para la mayoría de los pacientes la respuesta era “la infancia” y en otras ocasiones se registraba el periodo escolar en el que se encontraban cuando sufrieron violencia, para el registro de esta información se consideró la clasificación de infancia reportada en otros artículos (Fonseca,2015) y se incluyó el reporte de “infancia” en el apartado de edad escolar comprendido de los 5 a los 12 años, se encontró que para la violencia psicológica y sexual este fue el periodo de vida más reportado, en el caso de violencia física fue la edad adulta (mayor de 21 años). Al considerar a los agresores más reportados, estos fueron los familiares de primer grado (incluían solamente padres y hermanos) para violencia psicológica y sexual, para la violencia física el más reportado fue la pareja, la frecuencia con la reportaron haber experimentado violencia fue “en múltiples ocasiones” para los 3 tipos de violencia.

Con la descripción de estas características podemos observar de forma cautelosa el comportamiento de la violencia, identificando que la edad más vulnerable para experimentarla sería la infancia, que el agresor más frecuente es un familiar de primer grado, padre, hermano o la pareja y que una vez que se experimenta violencia es frecuente que se experimente en repetidas ocasiones. Esto podría favorecer el pensar que la violencia se gesta y reproduce desde el núcleo fundamental de una sociedad, la pareja y la familia, en donde los más afectados son niños y mujeres, no en vano considerados una población vulnerable. México ha puesto en marcha medidas preventivas de la violencia fatal; feminicidios, tráfico de niños e indígenas, infanticidios, intenta resolver el problema desde la consecuencia más grave de violencia que es la muerte, realiza cambios en su estructura judicial y penal con la finalidad de que los crímenes no queden impunes (ONU,2017) contra estas estrategias plantear, que los esfuerzos y el recurso se dirija a la prevención de violencia psicológica pareciera absurdo, sin embargo las estrategias podrían ir encaminadas de manera conjunta a prevenir la violencia psicológica en el núcleo familiar y

evitar que una agresión verbal se escale a una agresión física, prevenir las agresiones cíclicas y la normalización de la violencia en el ambiente familiar.

Uno de los objetivos específicos de estudio fue relacionar los antecedentes de violencia con un diagnóstico psiquiátrico específico. Diversos estudios han asociado la presencia de violencia a diagnósticos o síntomas psiquiátricos, especialmente la violencia de pareja y la violencia intrafamiliar, Chandan y colaboradores realizaron un estudio en población inglesa sobre la exposición a violencia de pareja y la presencia de diagnósticos psiquiátricos concluyeron que el 49.5% de mujeres en el grupo expuesto a violencia tenían alguna forma de enfermedad mental en comparación 24.0% en el grupo no expuesto (Chandan et al. 2019). En el presente estudio tampoco se encontró una diferencia significativa para asociar la violencia a un tipo específico de patología mental se obtuvo una p de 0.159 para trastorno depresivo, y una p de .261 para Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), esta falta de significancia sobre todo en trastorno de Estrés postraumático podría explicarse porque desde la entrevista inicial realizada en el INPRFM la evaluación es transversal que se enfoca en el motivo de consulta y en el padecimiento de mayor gravedad dejando el resto de los diagnósticos aplazados más no descartados los entrevistadores pueden describir síntomas de TEPT sin precisamente integrar un diagnóstico franco. La tasa de prevalencia de depresión (5-17%) es mayor que la de TEPT (8%) en población general (Kaplan,2015), con lo que se esperaría que el diagnóstico de depresión sea reportado con más frecuencia y esto sucedió en la población estudiada tanto en aquellos que reportaron violencia como en aquellos que no reportaron violencia. Sin embargo, es preciso remarcar que las personas que tuvieron un antecedente de violencia en alguna etapa de su vida presentaban más de un diagnóstico psiquiátrico y al evaluar el valor estadístico de esta variable se encontró una diferencia significativa con una p de .000 por lo que se puede decir que las personas con antecedente de violencia positivo presentan mayor comorbilidad psiquiátrica.

En cuestión de género una de las hipótesis de este estudio se planteó que las mujeres víctimas de violencia tendrían diagnósticos psiquiátricos más graves y persistentes, por tal motivo se estudió de forma precisa a los pacientes que tenían como diagnóstico Depresión Grave y aquellos que se encontraban con Depresión Persistente, se incluyó en el grupo de depresión grave, aquellos pacientes que tenían el diagnóstico de Trastorno Depresivo Persistente con episodio actual grave, se obtuvo una selección de 78 expedientes con estos dos diagnósticos y resultó que el 78.3% de los que tenían

depresión grave eran mujeres con una relevancia estadística de (p de 0.056) y en el caso de la depresión persistente el 54.6% fueron mujeres. De las 49 mujeres que cumplieron con el diagnóstico de depresión grave o depresión persistente el 70% refirió antecedente de violencia con una significancia estadística de p de 0.000. Si bien no obtuvimos un diagnóstico específico que se relacionará con antecedentes de violencia si pudimos caracterizar el diagnóstico depresivo que presentan los pacientes con antecedente de violencia.

Dentro de los objetivos específicos de esta investigación se exploró si algunos rasgos de personalidad específicos se asociaban a antecedentes de violencia, se encontró que la mayor parte de los diagnósticos de personalidad se encontraban aplazados, como se explicó previamente la entrevista clínica es transversal y da prioridad al diagnóstico orgánico contra el de personalidad, sin embargo los rasgos límites de personalidad fueron más frecuentes en pacientes con antecedente de violencia (35%), en comparación con aquellos que negaron estos antecedentes (15%). La importancia de esto radica en que algunos rasgos de esta personalidad como el miedo al abandono, las conductas impulsivas y la desregulación emocional pueden fomentar los ciclos de violencia y pueden tener conductas agresivas que favorecen que la violencia se reincida y se perpetúe exponiéndose a la revictimización como lo refiere también Vanwoerden y colaboradores (2019), quienes realizaron un estudio de seguimiento a 5 años, en mujeres estadounidenses que se encontraban estudiando la secundaria con la finalidad de completar evaluaciones anuales de características de personalidad límite y victimización por violencia de pareja. Los resultados revelaron que entre las mujeres, los rasgos de personalidad límite predijeron mayores niveles de violencia de pareja, psicológica y física, y la violencia psicológica y sexual predijo mayores características límite, concluyen que los hallazgos de su investigación proporcionan evidencia de una asociación longitudinal entre la victimización y la patología límite en la adolescencia y sugieren, especialmente entre las niñas, realizar intervenciones oportunas para el tratamiento de la personalidad límite y que de esta forma se permita reducir la victimización por violencia de pareja entre adolescentes y adultos jóvenes. (Vanwoerden, 2019)

Al abordar el fenómeno de la violencia desde diversos ángulos se incluyó en uno de los objetivos de este estudio las características sociodemográficas de las personas que refiriendo un antecedente de violencia contra aquellas que lo negaron. La relevancia de las condiciones sociodemográficas para la salud de una nación quedó establecida en el 2005 por la OMS, con la creación de la Comisión sobre Determinantes

Sociales de la Salud, la cual, concluyó en su informe final del 2008 que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida diaria. (CDSS, 2008). Por lo tanto, la pobreza, la exclusión social, la vivienda deficiente y los sistemas de salud deficientes se encuentran entre las principales causas sociales de la mala salud. En relación a estas determinantes ya establecidas, no se entraron diferencias sociodemográficas relevantes entre personas con antecedentes positivos de violencia en comparación con los que negaron este antecedente, se encontró que en la población estudiada la ocupación más prevalente registrada en los expedientes fue “empleo remunerado” con un 32.4%, seguida de aquellos que reportaron “dedicarse al hogar” con un 21.4%, lo cual contrasta con la población general mexicana pues según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2019), la población urbana por categoría ocupacional en México era la siguiente: 68.9% eran asalariados, 14.5% trabajaban por cuenta propia, lo que implicaría que más del 83% de la población Mexicana recibe un sueldo en comparación con la población psiquiátrica estudiada en donde solo 32.4% percibe un ingreso. Dicha comisión también reportó para el 2017 la tasa de desempleo fue de 3.8% en comparación con 17.2% de esta población que se registró “sin ocupación”.

En relación al grado de estudios según el INEGI para el 2015 el 21.7% de la población se encontraba con grado de bachillerato y el 18.6% en nivel superior; este estudio arrojó que el 35.9% de la población se encontraba un nivel de bachillerato y el 28.6% en nivel licenciatura, lo que contrasta con lo reportado en la literatura pues se esperaría un nivel de estudios menor al de la población en general sin embargo es preciso considerar que la población psiquiátrica atendida, acude a un de un tercer nivel y podría atribuirse el grado de estudios a la búsqueda precisa de este nivel de atención.

A pesar del grado escolar reportado, el nivel socioeconómico más prevalente fue el nivel II con un 32.2%. Es preciso explicar que para la asignación de nivel de nivel socioeconómico el INPRFM a través del departamento de trabajo social se basa en el “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la secretaría de salud y de las entidades coordinadas por dicha secretaría” emitido en el DOF 2013, en el cual estipulan los criterios a tomar en cuenta para la asignación de nivel y su ponderación, tales como: Ingreso familiar con un 55%, ocupación con un 10%, egresos familiares 10%, vivienda 20% y salud familiar 5%. Tras el estudio socioeconómico

se asigna el nivel según el siguiente puntaje: 0 - 12 1X (Exento); 13 – 24 puntos, nivel I; de 25 - 36 puntos, nivel II; de 37 – 52 puntos, nivel III; 53 – 68 puntos, nivel IV; de 69 – 84 puntos, nivel V; y de 85 a 100 puntos, nivel VI. (DOF, 2013). El siguiente nivel más prevalente asignado fue el nivel III, 27.9% lo que ubica a la población en un nivel socioeconómico bajo o medio bajo, en relación a esta variable se debe considerar que el 78% de la población estudiada se encontraba viviendo en la Ciudad de México y según el INEGI la Ciudad de México presenta un 98% de su territorio con un nivel 7 de 7 en la estratificación socioeconómica de los estados de la federación para lo cual toman en cuenta variables como: Infraestructura de la vivienda, calidad de la vivienda, hacinamiento, equipamiento en la vivienda, salud, educación y empleo. (INEGI,2015). Al realizar las pruebas estadísticas entre el nivel socioeconómico II, que fue el más frecuente, y los antecedentes de violencia no se encontraron diferencias significativas con un valor de p de .706, lo que puede atribuirse a que el estudio se realizó en población psiquiátrica y la patología mental por sí misma disminuye el pronóstico sobre el funcionamiento de las personas por lo que podría esperarse que las personas tengan un nivel socioeconómico bajo, que no tengan una actividad laboral, que no sean capaces de mantener relaciones interpersonales estables y por lo tanto permanezcan solteros y además tengan más riesgo de violencia en comparación con la población general como se describió a lo largo de este trabajo.

Conclusiones.

El 70% de la población psiquiátrica estudiada reportó algún antecedente de violencia en su vida.

La violencia más frecuentemente reportada fue la violencia psicológica, seguida de la violencia física y sexual.

Las características mayormente reportadas para la violencia psicológica fueron las siguientes: Tipo de violencia percibido en la infancia, consistente en agresiones verbales, insultos y devaluaciones, infligida por padres o hermanos, en repetidas ocasiones.

Las características mayormente reportadas para la violencia física fueron las siguientes: Tipo de violencia percibida en la edad adulta, consistente en agresiones que no ameritaron atención médica, infligida por la pareja, en repetidas ocasiones.

Las características mayormente reportadas para la violencia sexual fueron las siguientes: Tipo de violencia percibida en la infancia, consistente en penetración, infligida por padres o hermanos, en repetidas ocasiones.

Existieron correlaciones significativas al determinar la violencia de género contra la mujer, este fenómeno sigue siendo un problema de salud pública por las implicaciones en salud mental que la violencia favorece como Trastorno depresivo mayor grave y Trastorno Depresivo Persistente.

Los antecedentes de violencia positivos no se asociaron de forma significativa a un trastorno psiquiátrico específico, sin embargo, se asociaron de forma significativa a la presencia de comorbilidad psiquiátrica.

Los rasgos límites de personalidad fueron reportados con mayor frecuencia en personas víctimas de violencia.

No se pudo concluir que exista una asociación entre la existencia de un diagnóstico psiquiátrico específico y los antecedentes positivos de violencia, sin embargo, se demostró una diferencia significativa en la gravedad o la cronicidad del Trastorno Depresivo en mujeres con antecedente de violencia.

No hubo una diferencia significativa entre los determinantes sociales de personas víctimas de violencia contra aquellas que negaron este antecedente, sin embargo, hay una diferencia a considerar entre los determinantes sicosociales de la población general mexicana y la población psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia. Recuperado de www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014
2. Jiménez-Bautista F. 2012. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia*,19(58):13–52.
3. World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.
4. García-Fonseca, L, Cerda De la O, B, Mendieta, D, Martínez Romero, Beatriz & Whaley Sánchez, Alfredo & Beatriz, Dra & De La O, Cerda. (2015). Prevalence of childhood maltreatment and domestic, sexual, and partner violence in women with psychiatric disorders. *Archivos hispanoamericanos de sexología*. XX. 46-59.
5. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Plan de acción sobre salud Mental 2013-2020, 2013.
6. Palm, A., Danielsson, I., Skalkidou, A., Olofsson, N., & Högberg, U. (2016). Violence victimisation—a watershed for young women’s mental and physical health. *The European Journal of Public Health*, 26(5), 861-867.
7. World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization.
8. WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization.
9. Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A., & Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *salud pública de méxico*, 48, s232-s238.
10. Sanmartín, J. (2006). ¿ Qué es esa cosa llamada violencia. *Diario de campo*, 40, 11-30.
11. Discriminación e igualdad. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
12. Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud,
13. Almodovar, M. B. M., Triana, A. E. L., Montesinos, A. D., y Plá, M. M. T. (2015). Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas. *Revista Médica Electrónica*, 37(3), 237-245.
14. Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266.
15. Freeman, K., & Smith, N. (2014). Understanding the relationship between crime victimisation and mental health: A longitudinal analysis of population data. *BOCSAR NSW Crime and Justice Bulletins*, 22.
16. Chavez, L. E. (2017). Violencia y Salud Mental. *Dfensor*, ,año 15 vol 9.

- 17 Sarah W. Fairbrook (2013), "The physical and mental health effects of community violence exposure in pre-adolescent and adolescent youth", en *Journal of Student Nursing Research*, año 1, vol. 6, disponible en <<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1019&context=josnr>>, página consultada el 21 de noviembre de 2017.
- 18 Ramos, L. L. (2017) "La violencia y sus efectos en la salud mental de personas jóvenes". en el *Dfensor*, año 15, vol 9.
- 19 Asamblea general de las Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Marzo de 2017.
- 20 SEGOB, INEGI. (2015, 11 agosto). La encuesta de cohesión social para la prevención de la violencia y la delincuencia 2014 [Comunicado de prensa]. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_08_9.pdf
- 21 Mendoza-Mojica, S. A., Márquez-Mendoza, O., Veytia-López, M., Ramos-Lira, L. E., & Orozco-Zavala, R. (2017). Eventos potencialmente traumáticos y sintomatología postraumática en estudiantes de preparatoria. *salud pública de México*, 59(6, nov-dic), 665-674.
- 22 Myers, H. F., Wyatt, G. E., Ullman, J. B., Loeb, T. B., Chin, D., Prause, N., ... & Liu, H. (2015). Cumulative burden of lifetime adversities: Trauma and mental health in low-SES African Americans and Latino/as. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 243.
23. Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuadernos de estrategia*, (183), 147-168.
24. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo? (2005-2008). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/.
25. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008) "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS.
26. Presidencia de la República. Segundo Informe de Gobierno. Gobierno México: Presidencia de la República; 2014. Disponible en: http://cdn.presidencia.gob.mx/segundoinforme/Anexo_estadistico_completo.pdf.
27. CEPALSTAT. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2019 Disponible en: http://interwp.cepal.org/cepalstat/WEB_cepstat/Perfil_nacional_social.asp?Pais=MEX&idioma=e. Consultada 09/06/2019.
28. INEGI. Banco de Información INEGI. [base de datos en Internet]. México: INEGI; 2014. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>.
29. Diario Oficial de la Federación (2013). Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de los pacientes en establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha secretaría.
30. Secretaria de Salud (2002). Programa de Acción en Salud Mental. Consultado el 9/06/2019 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- 31 Rico, B., Troncoso, E., López, M., Nigenda, G., & Langer, A. (2005). Políticas públicas en salud, género y mujer. *Caleidoscopio de la*

salud.

- 32 Arun Kumar Acharya (2019): Prevalence of violence against indigenous women victims of human trafficking and its implications on physical injuries and disabilities in Monterrey city, Mexico, Health Care for Women International.
- 33 Chong, N. G. (2014). Human trafficking and sex industry: Does ethnicity and race matter?. *Journal of Intercultural Studies*, 35(2), 196-213.
- 34 Mujeres, O. N. U., & Méndez, D. (2017). *La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2016*.
35. Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., & Taylor, J. (2019). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 1-6.