

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**Violencia doméstica asociada a esquizofrenia en
acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital
Hermilio Valdizán.
mayo - agosto 2019**

**TESIS PARA
OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
Victoria San Martín Narrea**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**Willer Chanduví Puicón
ASESOR**

**LIMA, PERÚ
2020**

DATOS GENERALES

TÍTULO:

**VIOLENCIA DOMÉSTICA ASOCIADA A ESQUIZOFRENIA EN
ACOMPAÑANTES DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN. MAYO - AGOSTO 2019**

AUTORA:

Victoria San Martín Narrea.

ASESOR:

Dr. Willer Chanduví Puicón

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Ph. D., MSc, MD

DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO:

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal analítico.

DEPARTAMENTO Y SECCIÓN ACADÉMICA:

Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

LUGAR DE EJECUCIÓN:

Población peruana.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis hermanos por ser mi sostén y mi respaldo en los buenos y malos momentos.

Así mismo, agradezco a los docentes de la Universidad Ricardo Palma en especial a mi asesor Willer Chanduví por brindarnos sus conocimientos, enseñanzas y ser mentores en nuestros caminos, por su ética profesional que pronto nos servirá al ejercer la profesión.

Y a Dios por darme esta oportunidad de culminar la carrera de Medicina Humana y ser instrumento de su obra.

DEDICATORIA

*A mis padres David San Martín y Graciela Narrea,
por su amor y guía constante en este largo camino,*

*Y a los docentes de la Facultad de Medicina
Humana, por llenarnos de conocimiento y ser
modelos para nuestra futura carrera.*

RESUMEN

OBJETIVOS: Objetivo General: Determinar si la violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019. Objetivos Específicos: OE1: Determinar si existe asociación entre la violencia física y esquizofrenia. OE2: Determinar si existe asociación entre la violencia psicológica y esquizofrenia. OE3: Determinar si existe asociación entre la violencia sexual y esquizofrenia. OE4: Determinar si existe asociación entre la violencia patrimonial y la esquizofrenia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal analítico. Para medir la violencia doméstica se utilizaron las preguntas de Violencia del Cuestionario de Mujer Unida de los estudios epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. El cual fue adaptado a una ficha de recolección de datos el cual fue nuestro instrumento.

RESULTADOS: Se obtiene de la data un alarmante 92% de acompañantes que sufren o sufrieron algún tipo de violencia doméstica durante su vida, se obtiene una frecuencia de 61,3% de pacientes que sufren de esquizofrenia quienes son nuestra población de interés. La violencia doméstica no se encontró estadísticamente significativa a esquizofrenia ($p=235$). La violencia física no estuvo estadísticamente asociada a la esquizofrenia ($p=0.800$). La violencia psicológica mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,025$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,071-2,843$). La violencia sexual mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,00$) incrementando así en 12,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:4,941 - 32,708$). La violencia patrimonial mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,018$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,103 - 2,917$).

CONCLUSIONES: La violencia doméstica no está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019. No existe asociación entre la violencia física y la esquizofrenia. La violencia psicológica, sexual y patrimonial están asociadas a la esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: Violencia doméstica. Esquizofrenia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: General Objective: To determine if domestic violence is associated with schizophrenia in companions of outpatients of the Hermilio Valdizán Hospital in 2019. Specific Objectives: SO1: Determine if there is an association between physical violence and schizophrenia. SO2: Determine if there is an association between psychological violence and schizophrenia. SO3: Determine if there is an association between sexual violence and schizophrenia. SO4: Determine if there is an association between heritage violence and schizophrenia.

MATERIALS AND METHODS: Quantitative, observational, cross-sectional analytical study. In order to measure domestic violence, the Violence Questions of the United Women's Questionnaire from the epidemiological studies of Mental Health of the National Institute of Mental Health Honorio Delgado - Hideyo Noguchi were used. Which was adapted to a data collection form which was our instrument.

RESULTS: An alarming 92% of companions who suffer or suffered some type of domestic violence during their life is obtained from the data, a frequency of 61.3% of patients suffering from schizophrenia who are our population of interest is obtained. Domestic violence was not found statistically significant to schizophrenia ($p = 0.235$). Physical violence was not statistically associated with schizophrenia ($p = 0.800$). Psychological violence showed statistical significance to schizophrenia ($p = 0.025$) thus increasing the possibility of schizophrenia by 1.7 times (PR = 1,745, CI: 1,071-2,843). Sexual violence showed statistical significance to schizophrenia ($p = 0.00$), thus increasing the possibility of schizophrenia by 12.7 times (PR = 1,745, CI: 4,941 - 32,708). Patrimonial violence showed statistical significance to schizophrenia ($p = 0.018$) thus increasing the possibility of schizophrenia by 1.7 times (PR = 1,745, CI: 1,103 - 2,917).

CONCLUSIONS: Domestic violence is not associated with schizophrenia in companions of outpatients of the Hermilio Valdizán Hospital in 2019. There is no association between physical violence and schizophrenia.

Psychological, sexual and heritage violence are associated with schizophrenia.

KEY WORDS: Domestic violence. Schizophrenia

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I:.....	11
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Justificación de la investigación.....	14
1.4 Línea de investigación	15
1.5 Objetivos.....	15
1.5.1 General	15
1.5.2 Específicos.....	15
1.6 Delimitación	15
1.7 Viabilidad	16
CAPÍTULO II:.....	17
2 MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes de la Investigación	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	21
2.2 Bases teóricas.....	22
2.3 Definiciones de conceptos operacionales	24
CAPITULO III.....	27
3 Hipótesis y variables	27
3.1 Hipótesis de investigación.....	27
3.1.1 Hipótesis general.....	27
3.1.2 Hipótesis específicas	27
3.2 Variables principales de la investigación	27
CAPÍTULO IV:.....	29
4 METODOLOGÍA	29
4.1 Diseño de estudio.....	29
4.2 Población	29
4.3 Muestra.....	29
4.3.1 Marco muestral.....	29
4.3.2 Unidad de muestreo.....	29
4.3.3 Criterios de selección de la muestra.....	30
4.4 Variables de estudio	31

4.4.1	Variable dependiente	31
4.4.2	Variables independientes	31
4.4.3	Operacionalización de variables	32
4.5	Técnicas e instrumento de recolección de datos	33
4.6	Procesamiento de datos y plan de análisis	33
4.7	Aspectos éticos de la investigación	34
CAPÍTULO V:		35
5	Resultados y discusión	35
5.1	Resultados	35
5.2	Discusión	41
CAPÍTULO VI:		45
6	Conclusión y recomendaciones	45
6.1	Conclusión	45
6.2	Recomendaciones	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		47
Anexo 01: Matriz de consistencia		51
Anexo 02: Operacionalización de variables		52

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la violencia doméstica se practica en la mayoría de casos en la población más susceptible, como lo son el sexo femenino, los menores y en poco porcentaje hacia el sexo masculino. Dentro del núcleo doméstico hallamos la violencia hacia los pacientes con discapacidad, enfermos mentales, personas de la tercera edad y los individuos dependientes.

De esta manera, la violencia doméstica ataca de distinta forma a cada grupo etario, es indiferente al género, salud en la que se encuentre el sujeto y la posición social o económica que este posea.

Hablamos de un acontecimiento social de variadas dimensiones, que debería ser tomado con la importancia debida como un problema de salud pública de primer orden por el gobierno del país y por las organizaciones nacionales que les compete. La “Organización Mundial de la Salud” define violencia como “el uso intencional de fuerza o poder físico, real o en forma de amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que resulta en o tiene una alta probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, desarrollo inadecuado o privación”. Las madres que viven con hijos adultos que tienen esquizofrenia soportan riesgo sustancialmente elevado de convertirse en un objetivo de violencia, en comparación con otros miembros de redes sociales según estudio .

Es el deber del personal competente representante de la salud no permanecer ajenos a este gran problema de salud pública. Son necesarias las intervenciones en la prevención, diagnóstico, tratamiento y alineación de este problema, en el que es imprescindible un correcto abordaje, que sea coordinado con otros expertos en el tema de salud mental e instituciones que se dediquen a la difusión de información pertinente.

CAPÍTULO I:

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La violencia doméstica es uno de los hitos de cuan desatendida esta la salud mental en el Perú. En uno de los últimos estudios de la OMS, que se realizó en diez países, con estudio en 12 lugares, se ha encontrado que el sexo femenino en la ciudad del Cuzco se colocaron en el segundo lugar víctimas de violencia a nivel mundial, precedidas por la población femenina de Etiopía.¹

La “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) recolecta data acerca de la violencia doméstica para conocer las características sociodemográficas de este asunto contra las mujeres en edad fértil (15-49 años), lo que nos permite recolectar datos de Perú acerca de la prevalencia de la violencia en el Perú. La violencia doméstica comprende acciones de ofensa que se producen al interior de un hogar, es decir, la violencia ejercida en el seno de la convivencia diaria doméstica, por parte de individuos contra su semejante.²

- Violencia psicológica, es la ofensa a través de palabras, insultos, engaños, exclamaciones, ironías, situaciones de control, deshonras, burlas, amenazas y otras acciones para menguar su autoestima.
- Violencia Física, es la ofensa que se lleva a cabo a través de golpes, sacudidass, cachetadas, pisads, etc.
- Violencia sexual, es el acto de amneaza o chantaje hacia una persona a llevar a cabo un acto sexual la cual la víctima no aprueba, así también la obligación y presión a conllevar relaciones sexuales sin su permiso o consentimiento.

En el año 2014, en Lima-Callao, el 73,6 % de las mujeres sufrieron alguna vez en su vida, alguna clase de violencia ejercida por el esposo o conviviente.

Resalta la violencia psicológica (71,4%); seguido por la violencia física (31,0%) y por último la violencia exual (4,6%)³

La esquizofrenia es un desorden mental difícil, el cual afecta a nivel mundial a más de 21 millones de individuos. Este trastorno tiene por característica la distorsión del pensamiento, emociones, percepción de la realidad, el lenguaje, la conciencia sobre sí mismo, el delirio y la conducta del paciente afectado. Algunas de las experiencias más comunes son el hecho de oír voces y los delirios. Es considerada una discapacidad que podría conllevar a afectar el desempeño laboral y educativo en quien lo sufre. ⁴

Los paciente esquizofrénicos poseen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad más temprana que la población sana. Debido en la mayoría de casos a enfermedades físicas, cardiovasculares, metabólicas ey también de origen infeccioso. Los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. La esquizofrenia es tratable. La farmacoterapia y el apoyo psicosocial son eficaces. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas eficaces de apoyo a las personas que padecen esquizofrenia.

En las investigaciones no se ha identificado un único factor. Se considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la genética y una serie de factores ambientales. Los factores psicosociales también pueden contribuir a la esquizofrenia, dentro de ellos la violencia doméstica es un factor de riesgo poco estudiado, pero de gran impacto e importancia para el desarrollo de la enfermedad.

La esquizofrenia y otros trastornos afectan de manera indistinta a diversas personas de diferentes comunidades, estrato socioeconómico, sexo y edad. De cualquier forma, las personas afectadas por estos trastornos, están expuestas tanto a sus padecimientos como a la crítica y marginación de la sociedad, impidiendo la entrada a diversos recursos sociodemográficos; tanto como negando su participación en actividades cotidianas y recreativas de la

sociedad, de esta forma, en muchas ocasiones atentando contra sus principios en las diferentes entidades de la comunidad.⁵

Tenemos que entre las personas con estos tipos de afección psiquiátrica y se encuentran ingresados en un centro de salud son las que atraviesan un momento de mayor fragilidad. Las críticas y la discriminación que atraviesan ellos se ven reproducidos en la calidad de atención que reciben. Esto se refleja en la cantidad magra de pacientes hospitalizados al año, sin esperanza de regresar a casa; como también en la ausencia de estándares legales para el consentimiento del internamiento y los tratamientos administrados.⁶

En nuestro país, Perú, a la actualidad existen escasos estudios que den un estimado nacional sobre la salud mental de la población en general. Entre los escasos estudios llevados hasta la actualidad, se encuentran centrados y localizados en la población de Lima.⁷

Se evidencia un estudio epidemiológico efectuado en el altiplano peruano, que engloba las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz.⁸

En cuanto a las consecuencias dejadas por el terrorismo y diferentes conflictos vividos entre 1980 – 2000, se ha descrito que se enfatizaron los diferentes problemas nacionales, remarcada la pobreza y acentuada la desigualdad, empeorando la discriminación y racismo de diferentes regiones, siendo en su gran parte las zonas rural, indígena, campesina y quechuhablante de los diversos departamentos con menos recursos del Perú.⁹

Es resaltante la creciente sostenida de los diferentes trastornos psiquiátricos en el país; tanto como los trastornos psicosociales. Estas crecientes concuerdan con las nuevas tendencias de transición demográfica y las diferentes actividades tecnológicas, urbanas y socioeconómicas, tanto como la desigualdad que la mayor parte de ocasiones va de la mano con estos eventos. Con respecto a los causales en general asociados a la evolución de la patología estudiada, tenemos elementos que se manifiestan antes de la sintomatología psicótica florida en un paciente con el diagnóstico ya establecido, tales como las alteraciones físicas menores que son sutiles a la

altura de los ojos, paladar y extremidades distales, otro factor son los que certifican un desorden en el desarrollo neurológico del individuo como lo son los dermatoglifos palmares y dactilares. Otro factor sería el trastorno neurocognitivo, el trastorno del desarrollo motor y coordinación, los factores socio familiares. Los factores asociados a psicosis directamente es principalmente el antecedente familiar de esquizofrenia, el cual es de mayor relevancia, también las complicaciones obstétricas, los factores ambientales como la deficiencia nutricional de la madre durante el primer trimestre, las infecciones virales y el estrés intenso durante el embarazo debido al fallecimiento del conyuge.¹⁰

1.2 Formulación del problema

Con lo dicho anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿La violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán?

1.3 Justificación de la investigación

La patología estudiada es un desorden mental severo que tiene gran relevancia social ya que puede causar una calidad vida deficiente en estos paciente, repercutiendo también en sus familias. La mayoría de la población es representada por adolescentes y jóvenes, esto imposibilita recaudar los objetivos educativos y laborales; de esta forma disminuyendo enfáticamente la condición de vida de los pacientes.

Es relevante la identificación de los factores de riesgos ya conocidos de la esquizofrenia, ya que, gracias a ellos, se puede enfrentar a la enfermedad desde un sector de prestación primordial la salud, promoviendo los cuidados y medidas a tomarse para evitar el desarrollo o la aparición de la enfermedad, así también como la identificación a tiempo de los signos y síntomas, para así tomar las medidas adecuadas.

La identificación de la violencia doméstica como factor asociado a esquizofrenia ayuda a la sociedad a tomar medidas preventivas, mejorando el

ambiente familiar y entorno social del paciente con predisposición al desarrollo de esquizofrenia, así también como a su tratamiento.

Se procederá con la evaluación de los diferentes clases de violencia, ya sea física, psicoemocional, sexual y patrimonial.

1.4 Línea de investigación

El presente trabajo tiene como línea de investigación la Salud Mental. El cual se encuentra dentro de la prioridad nacional de Salud.

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Determinar si la violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019.

1.5.2 Específicos

- OE1: Determinar si existe asociación entre la violencia física y esquizofrenia.
- OE2: Determinar si existe asociación entre la violencia psicológica y esquizofrenia
- OE3: Determinar si existe asociación entre la violencia sexual y esquizofrenia
- OE4: Determinar si existe asociación entre la violencia patrimonial y la esquizofrenia.

1.6 Delimitación

El tema es amplio, pero está delimitado a partir de las características que se pretende valorar en la eficha de recolección de datos planteada, así también posee trascendencia y es medible en la práctica, es un tema poco resuelto y

comentado con importancia en la literatura psiquiátrica y se poseen los recursos para investigarla.

1.7 Viabilidad

Este trabajo fue viable por la facilidad de obtención de permisos, acceso a los consultorios externos del servicio de Psiquiatría y contacto directo con pacientes y familiares durante la atención en el Hospital Hermilio Valdizan.

CAPÍTULO II:

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Rascón-Gasca M, Díaz R, Ramos L. ¹¹ en el año 2003 en su estudio llamado: “La violencia doméstica en familiares de pacientes con Esquizofrenia”, con una población de 41 sujetos (madres de pacientes con esquizofrenia). Se necesitó el cuestionario "Mujer violencia doméstica" (MVD). En donde la violencia psicológica fue encontrada en muchas de sus categorías: “Expectativas abusivas, hostilidad; devaluación, intimidación y amenazas” en el 74.5 al 50% del total. La “violencia física” se encontró en todas sus dimensiones en más del 43%, en alguna etapa de la vida. La “violencia sexual” se notó en casi el 50% de las encuestadas que manifestaron ser obligadas a realizar un acto sexual. Se divisó también que la mayor parte de familias eran disfuncionales, por diferentes motivos. Este estudio concluye que: “la violencia intrafamiliar se puede potencializar ante la presencia de un enfermo mental”.

Fresán A. et al ¹² en el año 2005, publica el artículo original: “Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia”, en donde se investiga “la relación de las variables sociodemográficas y clínicas del padecimiento con la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia”. Este estudio incluyó 106 personas diagnosticadas con la patología estudiada. Se utilizó la “Escala de Agresión Explícita” (EAE) para el análisis de la conducta violenta, se obtuvo que el 49,1 % del total clasificaron como violentos. “El estado civil, el abuso de alcohol, el número de hospitalizaciones psiquiátricas previas y la edad de la primera hospitalización” fueron variables predictoras para la conducta violenta en esquizofrenia. Se concluyó que: “Las variables sociodemográficas predictoras de violencia en esquizofrenia son fáciles de

evaluar en la primera entrevista con el paciente y pueden ser de utilidad para prevenir conductas violentas posteriores”.

Fernández M, Fabelo V. et al ¹³ en el año 2003, en su estudio llamado: “Violencia y esquizofrenia, ¿víctimas o victimarios?”, estudio de tipo descriptivo y de corte transversal, trabajado con una muestra que consistía en pacientes psiquiátricos, parientes o conyugues y en personas del entorno social, que correspondían a los policlínicos "Lawton", y " 30 de Noviembre", con el fin de estudiar aspectos relacionados con “violencia y esquizofrenia”, y reconocer el juicio que se emite con vincular al poner al paciente en la postura de víctima o victimario. Obteniendo como resultado que: “No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de enfermos, los convivientes y miembros de la comunidad, en cuanto a la percepción de la violencia”. Se dedujo que el paciente psiquiátrico es más abusado que abusador, proponiendo promover eventos que ayuden a mejorar la percepción de estas afecciones psiquiátricas.

Cerda B, Díaz A, Lejía M. et al ¹⁴ en el año 2009, en su estudio: “Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia”. Se determinó “el estadio de psicopatología y calidad de vida de personal informal encargado de cuidar pacientes con esquizofrenia”. Del modo que si el cuidador principal es un progenitor, contrastar varias variables concordando con el sexo del cuidador. De este modo se encontró el estadio de psicopatología que tenían los cuidadores, y su estilo o calidad de vida mediante el “SCL-90” y el “SF-36”, estableciendo su vínculo; Se obtuvo como resultado que: el total de los componentes del “SCL-90”, exonerando al de “hostilidad”, se evidenció que las variables no presentaron asociación estadísticamente significativa con la variable de “calidad de vida”.

Seidenfaden D, Knorr U, Greisen M et al ¹⁵ en el año 2017), en el estudio: “The relationship between self-reported childhood adversities, adulthood psychopathology and psychological stress markers in patients with schizophrenia”. El cual plantea que la adversidad infantil es un componente relacionado para la expresión de la esquizofrenia y que existe evidencia de que

la adversidad infantil aumenta la aparición de síntomas positivos, se compararon los niveles de trauma infantil en pacientes con esquizofrenia frente a personas sanas de control, y estudiaron la asociación entre la adversidad infantil y la sintomatología de la esquizofrenia adulta, así como los marcadores subjetivos y biológicos del estrés psicológico. Tuvieron como instrumento la Escala integral de Abuso Infantil y Trauma (CATS). Como era de esperar, los pacientes tuvieron puntuaciones CATS totales significativamente más altas que las personas de control lo que refleja calificaciones renombrantes más grandes en los subtipos de las CATS. El grupo con alto puntaje de CATS mostró niveles más altos de estrés percibido ($P = 0.02$), pero no hubo diferencia entre el grupo de CATS alto contra bajo en la actividad del eje HPA. El estudio apoya la sugerencia de que la adversidad infantil aumenta específicamente la aparición de síntomas positivos en la esquizofrenia adulta.

Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S. ¹⁶ en el año 2015, en su estudio: “Rate of Family Violence among Patients with Schizophrenia in Japan” sustentan que la violencia doméstica es una preocupación seria en la era de desarrollo en Japón. En consecuencia, el objetivo de un estudio japonés fue aclarar la tasa de violencia doméstica entre los pacientes con esquizofrenia y las diferencias por sexo y relación con el paciente. Se solicitó a los hogares pertenecientes a una asociación de grupo familiar que completaran una encuesta por correo auto administrada. De 350 hogares que respondieron, se analizaron datos de 302. La tasa de violencia hacia cualquier miembro de la familia fue del 60,9% durante toda la vida y del 27,2% en el último año.

Alameda L, Ferrari C, Baumann PS. et al ¹⁷ en el año 2015, en su estudio: “Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients” que trata sobre la edad de exposición al Abuso sexual y físico infantil y el impacto en el resultado funcional en pacientes con psicosis temprana nos revela que hay antecedentes que señalan que existe vínculos entre la exposición al trauma durante la infancia y las deficiencias funcionales en pacientes psicóticos. Se realizó el estudio con una población de 225 pacientes con psicosis temprana de 18 a 35 años, quienes fueron evaluados al inicio del estudio y después de 2, 6, 18, 24, 30 y

36 meses de tratamiento. Los pacientes expuestos a abuso sexual y / o físico se clasificaron según la edad en el momento de la primera exposición luego se compararon con los pacientes que no estaban expuesto a dicho trauma. Hubo 24.8% de los pacientes con antecedentes documentados de abuso sexual y / o físico. Los resultados sugieren un vínculo entre la exposición al abuso sexual y / o físico y el deterioro posterior del funcionamiento social antes del inicio de la enfermedad.

Tizón JL, Artigue J, Parra B ¹⁸ en el año 2008 en su estudio: “Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?” el cual revisa factores que aumentan el índice de psicosis a partir de literatura internacional y con la experiencia en investigación, el cual recogió información de hijos de 838 pacientes esquizofrénicos o que presenten otros tipos de psicosis, a lo largo de 20 años: 396 descendientes de pacientes diagnosticados con la patología estudiada (476) y 521 descendientes de 362 pacientes diagnosticados como afectados de otra enfermedad psiquiátrica.

Vallina O, Lemoa S¹⁹ en el año 2010 en su estudio: “Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia” , realizado en la Universidad de Oviedo de España se estudian los primordiales intervenciones familiares de tratamiento en la esquizofrenia, y en que tratan o en que se apoyaron la gran parte de investigaciones empíricas de seguimiento. Y fueron las principales intervenciones de tratamiento familiar con gran base experimental: el grupo de de intervencion socia, el modelo psicoeducativo; las intervenciones cognitivo-conductuales, y la terapia conductual familiar.

Vicens E.²⁰ en el año 2006 en su revisión: “Violencia y enfermedad mental, expone resultados de tres años de trabajo en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Catalunya.” Se realiza un análisis con las variables de enfemedad mental y se realiza el conteo de delitos violentos ejercidos en el que se obtiene un total de 243 pacientes. Así mismo hace un repaso sobre la relación entre la violencia, el delito, el trastorno mental y plantean alternativas para prevenir estos episodios.

Witt K, Lichtenstein P, Fazel S. ²¹ en el año 2015 en su trabajo: “Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors”. El cual nos habla sobre la evaluación del riesgo de violencia en la esquizofrenia y se concluyó que depende en gran medida de factores de historia criminal, se investigó qué factores de historial criminal son más fuertemente asociados con el crimen violento en la esquizofrenia. Sin embargo, solo una condena previa por un delito violento se asoció con la validez predictiva incremental en ambos géneros siguiendo el ajuste para la edad joven y la comorbilidad trastorno por uso de sustancias.

De igual manera, Levine SZ, Levav I ²² en el año 2016 en su publicación: “Exposure to genocide and the risk of schizophrenia: a population- based study”. Realizan estudios sobre la asociación de la exposición al genocidio asociado al riesgo de esquizofrenia.

González-Parra S, Molina JD, Huertas D. ²³ en el año 2008 en su trabajo: Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos, llevaron a cabo un estudio de 41 sujetos (madres de pacientes con esquizofrenia), usando una encuesta y se evidenciaron “expectativas abusivas, hostilidad; devaluación, intimidación y amenazas” en el 74.5 al 50% del toda la muestra. La agresión física se evidenció en todo su esplendor en más del 43%, en algún momento de la vida. La agresión sexual se evidenció en casi la mitad de las encuestadas siendo obligadas a mantener sexo. Se hayó que la gran parte de las familias eran disfuncionales.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Allende MP, Almendras ME ²⁴ en el año 2006 en su trabajo de investigación: “Marcadores de riesgo de la esquizofrenia”, realizado en un hospital psiquiátrico peruano describe que se han encontrado cualidades parecidas en jóvenes que con el tiempo desarrollarían la patología: los menores tenían como características ser “callados, tímidos y aislados con dificultad para establecer y mantener relaciones con los amigos”. Las niñas eran irritables e hipersensibles y tenían dificultad para realizar tareas escolares.

Castillo H ²⁵ en el año 2014 en su estudio: “Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y desarrollo humano de pacientes y familias de una institución de atención en salud mental de la ciudad de Lima”, el cual es un estudio transversal descriptivo, que aplica una encuesta semiestructurada, a familiares de 130 pacientes de los consultorios externos del “Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” encuentra que casi la mitad de los pacientes (45%), habían presentado algún episodio crítico que perturbaba su calidad de vida personal y familiar, en algún momento del año previo a la encuesta. Los episodios de agresividad y violencia ejercidos sobre otras personas, objetos y hacia sí mismos fueron los más frecuentes.

Ribé J ²⁶ en el año 2014 en su estudio: “El cuidador principal del paciente con esquizofrenia”; menciona que la familia puede presentar respuestas adaptativas como son las afectivas negativas como la tristeza, la negación, el odio, vergüenza y conllevar a violencia.

2.2 Bases teóricas

La salud mental, para la OMS es un estado de bienestar que faculta a las persona para desprender su maxima capacidad, afrontando las adversidades de la vida, ser proactiva y aportar a la comunidad. ²⁷ Al procesar el concepto antes mencionado, podemos inferir que la ausencia de salud mental imposibilita a las personas para llegar a expresar su maxima capacidad, negandoles el traspasar aquellos obstaculos del día a día, dando cavida a ser una persona improductiva para el país; teniendo como producto, estancamiento, inflación, agresión.

La esquizofrenia es una patologia psiquiatrica de gravedad que afecta la forma de pensar, el ambito de las emociones y la forma de actuar. Siendo el trastorno mental más grave sucitado en frecuencia (una de cada 100 personas). Según la literatura es infrecuente en la pubertad, con una tendencia de aparacion probable entre los 15 y 35 años de edad. Generalmente afecta y se queda para toda la vida. Se dice que los hijos de padres con este tipo de afección psiquiatrica tienen 10 veces más la posibilidad de desarrollar la

enfermedad. El poseer una infección de etiología viral, presentar dificultades extremas en el parto, crecer en lugares geográficamente grandes y sobrepoblados, el utilizar sustancias psicoactivas juegan un papel importante en el desarrollo de esta afección.²⁸

Un joven que padece de esta patología:

- Presentara impedimento para cumplir con una buena labor en el colegio o para entablar relación con amigos.
- Estará más expuesto a adquirir depresión u optar por el suicidio.
- Generalmente dentro de un ámbito de normalidad, no será mayor peligro para el entorno. Este tipo de personas no significan una amenaza ante los que le rodean. El saber poco sobre esta afección lleva a condenar mediante prejuicios al paciente y su entorno más cercano.
- Enfrentará una gran pérdida de autoconfianza y descontrol de su vida. Puede que se haga una mala idea o forme un mal concepto de lo que le espera a futuro.

“Factores de riesgo precoces en la infancia para la esquizofrenia posterior”: el listado “SASPE” (señales de alarmas y signos prodrómicos de la esquizofrenia)

Problemas biológicos Pre o Perinatales:

- Problemas obstétricos y perinatales
- Bajo peso / gestación acortada
- Daños neurológicos perinatales
- Menor tasa de lactancia materna con respecto a los hermanos

Desarrollo

- Retraso en la deambulación
- Retraso del desarrollo
- Trastornos cognitivos

Socialización

- Hábitos solitarios
- Evitación de la relación social
- Mayores problemas de las madres para manejarlos a los 4 años
- Dificultades en las relaciones con pares/ Prefiere socializar en pequeños grupos / Menos de 2 amigos.

- Historia de juegos en solitario
- Pasividad en la relación social
- Separaciones tempranas de los padres
- Institucionalización temprana
- Trastornos en la dinámica familiar: funciones familiares empobrecidas.

Otros síntomas o trastornos

- Niños hipersensibles. Labilidad emocional
- Ansiedad en situaciones sociales y evitación social
- Trastornos del lenguaje
- Conducts disruptivos y agresivos
- Malos resultados escolares (infancia y adolescencia)
- “Niño raro” según la opinión de profesores.

En cuanto a la agresión doméstica; la agresión psicológica y física, la agresión infantil y el aprovecharse de los menores es un defecto social que se desprende en gran medida por las creencias que engloban sobre los papeles masculinos y femeninos adquiridos en la infancia. La agresión doméstica es el ejercicio de muchas formas de abuso para intentar controlar y empoderarse de su pareja.

Agresión o violencia doméstica hace referencia a un acto tanto por su consumación como por su omisión, de forma puntual o indirecta, que recaé sobre algún familiar por consanguinidad, afinidad o adopción, pudiendo ser de tercer grado o por algún vínculo jurídico o por una relación; la cual genere en consecuencia alguna degeneración de su total integridad en todo aspecto (física, sexual, psicológica o patrimonial). Cuando hablamos de afines, este permanecerá aún cuando se haya finiquitado la relación que originó. ²⁹

2.3 Definiciones de conceptos operacionales

Esquizofrenia

- Afección psiquiátrica severa que se destaca por un desequilibrio en la forma de pensar, percibir, sentir, expresar la conciencia de sí mismo y la conducta.

Violencia Doméstica

- Aquel acto que tanto por su consumación como por su omisión, de forma puntual o indirecta, recaé sobre algún familiar por consanguinidad, afinidad o adopción, pudiendo ser de tercer grado o por algún vínculo jurídico o por una relación; la cual genere en consecuencia alguna degeneración de su total integridad en todo aspecto (física, sexual, psicológica o patrimonial).

Acompañante

- Persona que acompaña.
- Definición operacional: Persona que acompaña a paciente durante cita a consulta externa de Psiquiatría.

Violencia Física

- Todo acto que provoque la disrupción de la integridad tanto interna como externa, siendo de forma no accidental, utilizando la fuerza física o algún tipo de objeto u arma.

Violencia Psicológica

- Todo aquel ataque realizado sin la participación de algún agente físico de por medio, que puede causar un efecto psicológico o emocional malo en las personas afectadas.

Violencia Sexual

- Cualquier acción con fines sexuales tentada o consumada, toda palabra, comentario o insinuación que atente contra tu voluntad o cualquier tipo de acción para promocionar un modo de sexualidad no deseado, sobre otra persona (ya sea por grado variable de fuerza, intimidación, extorción, amaneza, bajo efectos de alcohol o alguna sustancia alucinógena), tenga o no un vínculo con la víctima, que se puede dar en cualquier ambiente, ya sea el hogareño o en el trabajo.

Violencia Patrimonial

- Cualquier acción u omisión que relacione con cualquier grado de afcción el patrimonio o la supervivencia del afectado, pudiendo instar desde el

daño a un bien común como propio del afectado (vida, integridad física, psiquiátrica)

CAPITULO III

3 Hipótesis y variables

3.1 Hipótesis de investigación

3.1.1 Hipótesis general

- La violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

- HE1: Existe asociación entre la violencia física y la esquizofrenia.
- HE2: Existe asociación entre la violencia psicológica y la esquizofrenia.
- HE3: Existe asociación entre la violencia sexual y la esquizofrenia.
- HE4: Existe asociación entre la violencia patrimonial y la esquizofrenia.

3.2 Variables principales de la investigación

- Violencia doméstica
 - Violencia física
 - Violencia psicológica
 - Violencia sexual
 - Violencia patrimonial
- Esquizofrenia

Covariables:

Datos del acompañante:

- Sexo del acompañante
- Edad del acompañante
- Estado civil del acompañante
- Nivel educativo del acompañante

- Situación económica del acompañante

Datos del paciente:

- Sexo del paciente
- Edad del paciente
- Nivel educativo del paciente

CAPÍTULO IV:

4 METODOLOGÍA

4.1 Diseño de estudio

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal analítico, prospectivo.

4.2 Población

Acompañantes de pacientes que asisten a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, durante el periodo de mayo a agosto del año 2019.

4.3 Muestra

4.3.1 Marco muestral

El muestreo es probabilístico, en una sola etapa y se aplicó muestreo aleatorio simple para la selección de los acompañantes de pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, durante el periodo de mayo a agosto del año 2019.

4.3.2 Unidad de muestreo

El cálculo del tamaño muestra se realizó utilizando la fórmula para estudios transversales tal como sigue:

Donde:

- N: Número de pacientes tendidos en consulta externa durante el segundo trimestre. Año 2018
- Z: Valor de la tabla de distribución normal estándar según el nivel de confianza elegido.

- P: Proporción de acompañantes de pacientes que son víctimas de violencia doméstica.
- Q: Proporción de acompañantes de pacientes que no son víctimas de violencia doméstica
- d: Error o precisión fijada.

Se consideró un nivel de confianza (1- α) de 95% y una proporción (p) de [esquizofrenia] de 0.73% y un error de estimación (d) de 5%.

ESTIMACION DE UNA PROPORCION POBLACIONAL CON UNA PRECISION ABSOLUTA ESPECIFICADA	
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN	0.73
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
ERROR O PRECISIÓN	0.05
TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	20900
TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	303
TAMAÑO DE MUESTRA FINAL	299

4.3.3 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Acompañante de paciente que acuda a consultorio externo de Psiquiatría.
- Acompañante que habite la misma vivienda del paciente que acude a consultorio externo.
- Acompañante mayor a 18 años.

Criterios de exclusión

- Acompañante que sufra algún trastorno o discapacidad.
- Acompañantes que no pertenezcan al entorno doméstico.

4.4 Variables de estudio

4.4.1 Variable dependiente

Violencia doméstica (violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia patrimonial).

4.4.2 Variables independientes

- Esquizofrenia

Covariables:

Datos del acompañante:

- Sexo del acompañante
- Edad del acompañante
- Estado civil del acompañante
- Nivel educativo del acompañante
- Situación económica del acompañante

Datos del paciente:

- Sexo del paciente
- Edad del paciente
- Nivel educativo del paciente

4.4.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	MEDICIÓN
VIOLENCIA DOMÉSTICA	Aquel acto que tanto por su consumación como por su omisión, de forma puntual o indirecta, recaé sobre algún familiar por consanguinidad, afinidad o adopción, pudiendo ser de tercer grado o por algún vínculo jurídico o por una relación; la cual genere en consecuencia alguna degeneración de su total integridad en todo aspecto (física, sexual, psicologica o patrimonial).	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Física	A Todo acto que provoque la disrupción de la integridad tanto interna como externa, siendo de forma no accidental, utilizando la fuerza física o algún tipo de objeto u arma.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Psicológica	Todo aquel ataque realizado sin la participación de algún agente fisico de por medio, que puede causar un efecto piscologico o emocional malo en las personas afectadas.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Sexual	Cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Patrimonial	Cualquier acción u omisión que relacione con cualquier grado de afección el patrimonio o la supervivencia del afectado, pudiendo instar desde el daño a un bien común como propio del afectado (vida, integridad física, psiquiátrica)	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
ESQUIZOFRENIA	Grupo de trastornos mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad	Independiente	Cualitativo	Ordinal	Si=0 No=1
Sexo del acompañante	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino= 0 Femenino= 1
Edad del acompañante	Tiempo que la persona ha vivido desde que nació en años.	Independiente	Cuantitativa	Nominal	<30 años=0 30-39 años=1 40-49 años=2 >49 años=3
Estado civil del acompañante	Estado civil que figura en el documento de identidad	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Soltero = 0 Casado = 1 Conviviente = 2 Viudo=3
Nivel educativo del	Período medido en años	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Sin nivel-Primaria=0

acompañante	escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.				Secundaria=1 Técnico=2 Universitario=3
Situación económica del acompañante	Capacidad de generar recursos sin depender de sus familiares.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Con sueldo fijo=0 Sin sueldo fijo=1
Sexo del paciente	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino= 0 Femenino= 1
Edad del paciente	Tiempo que el paciente ha vivido desde que nació en años.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	<=35 años=0 >35 años=1
Nivel educativo del paciente	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Primaria=0 Secundaria=1 Técnico=2 Universitario=3

4.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para medir la violencia doméstica se utilizaron las preguntas de **Violencia del Cuestionario de Mujer Unida** de los estudios epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. El cual fue adaptado a una ficha de recolección de datos el cual fue nuestro instrumento.

Para la recolección de datos se realizó la entrevista personal. Se aplicó el instrumento a los acompañantes de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizan durante el periodo de estudio Mayo - Agosto del año 2019.

4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

Aplicación de las Pruebas Estadísticas:

Los datos recogidos se almacenaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se incluyeron criterios de validación para evitar posibles errores de digitación. El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizó en SPSS versión 25.

Inicialmente se llevó a cabo el control de calidad de los datos, buscando identificar y/o corregir valores atípicos, datos perdidos o inconsistencias,

contrastándolos contra las fichas de recolección de datos, la historia clínica o con las definiciones teóricas.

Forma de análisis de los datos

Las variables cuantitativas se analizaron a través de medidas de tendencia central, como la media o mediana, y medidas de dispersión, como la desviación estándar o rango intercuartílico, en función a la evaluación de la distribución de frecuencias de las variables, usándose el promedio y desviación estándar cuando la distribución se aproximaba a una normal. Para las variables cualitativas se construyeron tablas de frecuencias y contingencia.

Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia, además se calculó el PR con su respectivo intervalo de confianza. Finalmente, se calcularon los PR ajustados a través de un modelo de regresión logística binaria.

Para el análisis inferencial se utilizó un nivel de confianza de 95%, el mismo utilizado en el cálculo del tamaño de la muestra.

4.7 Aspectos éticos de la investigación

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital Hermilio Valdizan, en el cual existe además de la ficha de recolección de datos, un documento de consentimiento informado.

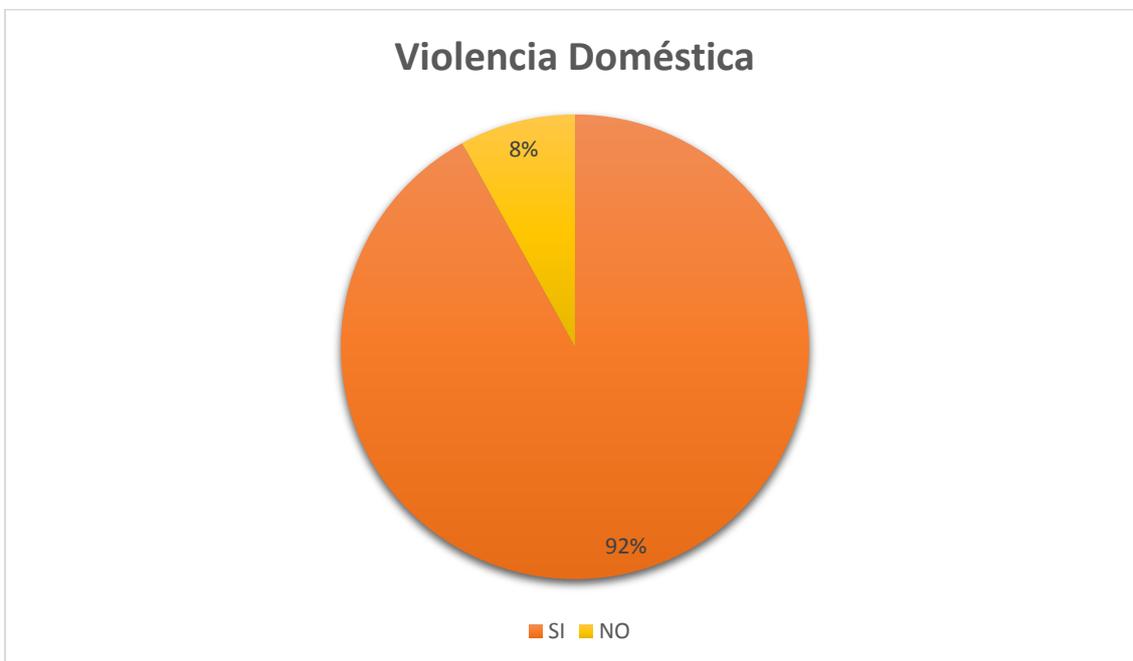
Este trabajo fue realizado en el V Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada.³⁴

CAPÍTULO V:

5 Resultados y discusión

5.1 Resultados

Gráfico 1 Violencia doméstica en acompañantes de pacientes que acuden a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Mayo - Agosto del 2019.



La data nos revela que existe dentro de la población de estudio, el 92% de acompañantes de pacientes quienes afirman haber sido víctima de violencia doméstica de cualquier tipo. Quedando sólo el 8% de la población que niega cualquier tipo de violencia por parte del paciente que acude a consultorio.

Tabla 1 Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acuden a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizan en el periodo Mayo-Agosto del 2019.

Enfermedad	Nº	Porcentaje (%)
Esquizofrenia	184	61,3
Otra enfermedad	116	38,7

El análisis se realiza a partir de la recolección de datos de 300 acompañantes de pacientes que acuden a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Mayo-Agosto del 2019, se obtiene de la data una frecuencia de 61,3% de pacientes que sufren de esquizofrenia (**Tabla 1**) , quienes son nuestra población de interés.

Tabla 2 Características sociodemográficas del acompañante de paciente que acude a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Mayo-Agosto del 2019.

Característica		Nº	%
Sexo	Femenino	172	57,3
	Masculino	128	42,7
Edad	<30 años	83	27,7
	30-39 años	71	23,7
	40-49 años	58	19,3
	>49 años	88	29,3
Estado Civil	Soltero	89	29,7
	Casado	120	40,0
	Conviviente	78	26,0
	Viudo	13	4,3
Nivel Educativo	Sin nivel/Primaria	52	17,3
	Secundaria	157	52,3
	Técnico/Superior	91	30,3
Sit. Económica	Con sueldo fijo	187	62,3
	Sin sueldo fijo	113	37,7

Según la data obtenida, con respecto a las características sociodemográficas del acompañante, tenemos que predomina el sexo femenino con un 57,3%; el rango de edad oscila en mayores de 49 años en un mayor porcentaje con el 29,3%, así también el estado civil que destaca es el casado, con un 40,0%. El nivel educativo en la mayoría de acompañantes es de Secundaria con un 52,3% y la situación económica es con sueldo fijo en el 62,3% de los acompañantes. (Tabla 2).

Tabla 3 Características sociodemográficas del paciente que acude a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizán en el periodo Mayo-Agosto del 2019.

Característica		Nº	%
Sexo	Femenino	145	48,3
	Masculino	155	51,7
Edad	<=35 años	198	66,0
	>35 años	102	34,0
Enfermedad	Esquizofrenia	184	61,3
	Depresión	59	19,7
	Ansiedad	26	8,7
	T. personalidad	31	10,3
Nivel Educativo	Sin nivel/Primaria	58	19,3
	Secundaria	177	59,0
	Técnico/Superior	65	21,7

Según la base de datos, con respecto a las características sociodemográficas del paciente, tenemos que predomina el sexo masculino con un 51,7%; el rango de edad oscila en menores de 35 años en un mayor porcentaje con el 66,0%, así también la enfermedad predominante fue la esquizofrenia con un 61,3% . El nivel educativo en la mayoría de pacientes fue de Secundaria con un 59,0% . (Tabla 3).

Tabla 4

Frecuencia de Violencia Doméstica en acompañantes de pacientes que acuden a consultorio externo de Hospital Hermilio Valdizan en el periodo Mayo-Agosto del 2019.

Tipos de Violencia		Nº	Porcentaje (%)
Violencia Física	Sí	155	51,7
	No	145	48,3
Violencia Psicológica	Sí	199	66,3
	No	101	33,7
Violencia Psicológica ¹	Sí	167	55,7
	No	133	44,3
Violencia Sexual	Sí	72	24,0
	No	228	76,0
Violencia Patrimonial	Sí	121	40,3
	No	179	59,7

En la Tabla 4 podemos evidenciar que la Violencia Física se presenta en el 51,7% de los casos, la Violencia Psicológica tipo agresión verbal y humillaciones representan un 66,3% y en la que existe chantaje y manipulaciones el 55,7%. Así mismo, la Violencia Sexual representa un 24,0% y la Violencia Patrimonial un 40,3% en los acompañantes de pacientes que acuden a consultorio externo.

Tabla 5 Análisis bivariado de violencia doméstica como factor asociado a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - Agosto 2019.

Esquizofrenia	Violencia Doméstica							
	Si		No		Chi Cuadrado	p valor	PR	IC 95%
	n	%	n	%				
si	172	93,5	104	89,7	1,413	0,235	0,605	0,262-1,396
no	12	6,5	12	10,3			1,000	

La Tabla 5 asegura que la Violencia Doméstica no mostró significancia estadística a esquizofrenia en nuestro estudio ($p=0,235$).

Tabla 6 Análisis bivariado de violencia física como factor asociado a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - Agosto 2019.

Esquizofrenia	Violencia Física							
	Si		No		Chi Cuadrado	p valor	PR	IC 95%
	n	%	n	%				
si	94	60,6	90	62,1	0.064	0,800	0.942	0,591 - 1,499
no	61	39,4	55	37,9			1,000	

En la Tabla 6 observamos que la violencia física no estuvo estadísticamente asociada a la esquizofrenia ($p=0.800$).

Tabla 7 Análisis Bivariado de Violencia Psicológica como factor asociado a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - Agosto 2019.

Esquizofrenia	Violencia Psicológica							
	Si		No		Chi Cuadrado	p valor	PR	IC 95%
	n	%	n	%				
si	114	68,3	70	52,6	5,038	0,025	1,745	1,071 - 2,843
No	53	31,7	63	47,4			1,000	

En la Tabla 7 evidenciamos que la violencia psicológica mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,025$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,071-2,843$).

Tabla 8 Análisis Bivariado de Violencia Sexual como factor asociado a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - Agosto 2019.

Esquizofrenia	Violencia Sexual				Chi Cuadrado	p valor	PR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
si	67	93,1	117	51,3	40,199	0,00	12,713	4,941-32,708
No	5	6,9	111	48,7			1,000	

En la Tabla 8 evidenciamos que la violencia sexual mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,00$) incrementando así en 12,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:4,941 - 32,708$). El cual posee un IC ligeramente amplio, esto probablemente debido al tipo de pregunta íntima que cuestiona la presencia de intentos o actos sexuales inapropiados forzados en contra de su voluntad o amenaza, en el que el acompañante de siente expuesto en su vida privada.

Tabla 9 Análisis Bivariado de Violencia Patrimonial como factor asociado a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán. Mayo - Agosto 2019.

Esquizofrenia	Violencia Patrimonial				Chi Cuadrado	p valor	PR	IC 95%
	Si		No					
	n	%	n	%				
si	84	69,4	100	55,9	5,594	0,018	1,794	1,103-2,917
No	37	30,6	79	44,1			1,000	

En la **Tabla 9** comprobamos que la violencia patrimonial mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,018$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,103 - 2,917$).

5.2 Discusión

El estudio realizado evidencia una frecuencia de 61,3% de pacientes afectados con la patología estudiada (esquizofrenia) que acuden a consultorio externo, el cual difiere de la frecuencia de esquizofrenia anual en el año 2018 con un 27,0%, lo cual justifica colocar a la esquizofrenia como prioridad dentro de los parámetros de salud mental y a su vez hacer hincapié sobre cómo el sistema excluye de los recursos dispuestos para una integral intervención sobre estas personas.

La violencia doméstica hoy en día representa uno de los problemas más graves en lo que concierne a salud y derechos humanos. Tratándose de un fenómeno mundial, que de forma indistinguida traspasa culturas y estratos sociales, afectando a una gran diversidad de personas a nivel mundial. Dado a los severos resultados obtenidos nos fuerza a luchar por su protección, prevención y erradicación; no obstante ya que estos problemas se enmascaran dentro del hogar, resulta dificultoso reconocerlos y aún más difícil prevenirlos.

Resulta inquietante observar que la violencia doméstica en nuestro estudio no se encuentra estadísticamente asociado a esquizofrenia ($p=0,235$) al contrario del estudio de Almendros S, Munilla R, Bernabeu A ³⁰ en el año 2015 en su estudio: “Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera”; en el que existe una gran incidencia de las situaciones de violencia en personas con enfermedad mental grave y duradera (esquizofrenia) afectando a un 45% de la población y que las variables violencia y enfermedad mental grave se encuentran estadísticamente asociados ($p<0,005$). Esto podría ser así debido a la agrupación de los tipos de violencia, los cuales muestran un valor significativo por sí solos con respecto a la esquizofrenia, perdiendo de algún modo su valor al agruparse. Como mencionan Rascón-Gasca M.L, Díaz R, et al¹¹ quienes no identifican solamente a los síntomas del paciente con esquizofrenia, sino la manera de relacionarse con los demás lo que dispara la conducta violenta, sostienen también que la familia se encuentra estigmatizada socialmente, se aísla por falta de entendimiento del trastorno, no solicita orientación sólo hasta que la

situación se torna intolerable. Por lo que este grupo poblacional se podría encontrar en esta etapa de no reconocer e identificar a la violencia y a sus tipos como tal, para evitar el rechazo de la sociedad.

Con respecto a la violencia física, esta se presentó en un 60,6% pero no fue estadísticamente significativa con respecto a la esquizofrenia. Tal como mencionan Echeburúa y Loinaz ³¹ en el año 2011, mencionan que pacientes con afecciones psiquiátricas graves que tienen un mal tratamiento o no lo siguen, son propensos a llevar un comportamiento violento; por lo tanto como nuestra muestra de estudio se encuentra en tratamiento regular con antipsicóticos y los pacientes son continuadores, debemos asumir que esto ha disminuido su comportamiento violento representado en violencia física. Esbec E y Echeburúa E ³² en el año 2016 en su estudio “Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico forense”, sostienen que “la esquizofrenia mal controlada farmacológicamente, con consumo de drogas y con otros factores biopsicosociales de riesgo añadidos indiscutiblemente predispone a la violencia física”. Estos dos antecedentes de investigación justificarían la falta de asociación de las dos variables en investigación, ya que en la ficha de recolección de datos, no indagamos si el paciente se encuentra controlado farmacológicamente de manera adecuada, además de los factores psicosociales que desconocemos.

Podemos evidenciar que la Violencia Psicológica tipo agresión verbal y humillaciones representaron un 66,3% y en la que existe chantaje y manipulaciones el 55,7%. Así mismo, según la data la violencia psicológica mostró significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,025$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,071-2,843$). Es así que González S, Molina J, Huertas D et al ³³ mencionan en su revisión: “Violencia asociado con trastornos esquizofrénicos”; se obtuvo un riesgo relativo de violencia psicológica de 4,2% entre los pacientes que sufren un trastorno mental mayor como la esquizofrenia y que el riesgo de violencia aumenta de forma proporcional al tiempo de evolución del trastorno y es mayor en las formas agudas. Es decir que sería importante también evaluar el número

de años con el diagnóstico del trastorno mental y describir si el paciente se encuentra en la etapa aguda o si está controlado.

Con respecto a la Violencia Sexual, el presente estudio denota significancia estadística a esquizofrenia ($p=0,00$) incrementando así en 12,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:4,941 - 32,708$). Al igual que Alameda et al ³⁴ en su estudio: "Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients" el cual nos revela que hay información que propone un vínculo entre la exposición al trauma sexual durante la infancia y las deficiencias funcionales en pacientes psicóticos, indica que posee significancia estadística ($p=0,002$). Lo cual respaldaría la asociación relevante entre la esquizofrenia y la violencia sexual, ya que la violencia sexual y sobre todo hacia el género femenino, en la actualidad denota una mejor identificación de sus expresiones más sutiles como el chantaje o manipulación para consumir un encuentro sexual no consentido; lo que esta población de estudio estaría identificando adecuadamente.

La Violencia Patrimonial fue una variable estadísticamente significativa a esquizofrenia ($p=0,018$) incrementando así en 1,7 veces la posibilidad de esquizofrenia ($PR=1,745$, $IC:1,103 - 2,917$). Planteamos que si bien es una forma distinta de ejercer violencia, se efectúa de una manera muy sutil e imperceptible, consideramos la dificultad para identificar la variable, pero a medida que la víctima va aceptando este tipo de violencia, la agresión incrementa, se torna insostenible y puede escalar en violencia física y psicológica, y es durante la denuncia policial en la que es identificada.

Las fortalezas que podemos identificar durante la ejecución de este estudio fue la predisposición de los acompañantes de pacientes que acudieron a consultorio externo a brindar información y datos acerca de violencia doméstica y se encontraron interesados en los posibles planes de acción que se tomarían durante la consulta luego de identificado un paciente violento o que halla llevado a cabo un episodio violento. Así también identificamos como fortaleza la ficha de recolección de datos como instrumento, la cual de manera simplificada

logró recoger datos sociodemográficos tanto de pacientes como de acompañantes y de la presencia de los tipos de violencia a partir de preguntas sencillas y fáciles de comprender.

El aporte que pretendemos incorporar es la identificación de la violencia doméstica, tanto hacia el hombre como la mujer como un factor importante, a veces poco tomado en cuenta pero que actualmente se encuentra dentro de la problemática social. Que en el seno del hogar se logre identificar estas alarmas, a partir de eventos sutiles como chantaje o manipulación, coacción o insultos, que la víctima sea más sensible a identificar el menoscabo de su integridad y sepa comunicar a las autoridades pertinentes o saber informarlo al personal de salud en su momento para ser una variable o factor a tomar en cuenta dentro de los antecedentes conductuales de un paciente con trastorno mental. También deseamos que a partir de este estudio, ya con bases sociodemográficas y de tipos de violencia se logre ampliar tanto la población como la asociación de otro tipo de factores para así crear conciencia acerca de salud mental y violencia; educar a acompañantes o cuidadores de pacientes con esquizofrenia u otro tipo de enfermedad mental grave para que este lleve un mejor control de su trastorno y afecte lo menos posible a su entorno doméstico.

Dentro de las debilidades y limitaciones que identificamos fue la presencia de variables confusoras tales como los factores biopsicosociales con las que convive el paciente, así como los riesgos añadidos como el consumo de sustancias psicoactivas, confirmar el tiempo de enfermedad del paciente, si este se encuentra en una etapa aguda o de convalecencia de la enfermedad. O si existe un correcto control farmacológico del trastorno, así como las características fisiopatológicas del cuidador o acompañante del paciente. Es por ello que proponemos que para siguientes estudios del tema, se consideren estas variables para poder ampliar el estudio y evitar los sesgos.

CAPÍTULO VI:

6 Conclusión y recomendaciones

6.1 Conclusión

- La violencia doméstica no está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019.
- La violencia física no está asociada a esquizofrenia.
- La violencia psicológica está asociada a esquizofrenia.
- La violencia sexual está asociada a esquizofrenia.
- La violencia patrimonial está asociada a esquizofrenia.

6.2 Recomendaciones

La escasez de investigaciones sobre la salud en las que se tengan en cuenta la violencia asociada a pacientes con esquizofrenia y la ausencia de datos confiables sobre el grado del problema de la agresión contra las personas que habitan un espacio doméstico es un impedimento para realizar la correcta prevención. Sumado a esto, la escases de información sobre el origen de este tipo de agresión obstaculiza el desarrollo de su protección y erradicación.

Así mismo la violencia doméstica y la salud mental como factores asociados es un tema con poco reconocimiento como problema social. La violencia es mencionada pero no investigada a fondo en el entorno doméstico de un paciente con enfermedad mental.

Teniendo en consideración los resultados encontrados, podríamos decir que la agresión doméstica se potencia por la presencia de un enfermo psiquiátrico y

esto se da por la manera en que la sintomatología de los enfermos toca o se inmiscuye en las relaciones sociales, incapacitándolo para relacionarse adecuadamente; lo cual dispararía la conducta violenta. Para esto sería ideal promover planes de acogida y relación progresiva con los servicios de salud mental, tomando en cuenta los recursos precisos de la Red Pública de Atención Social a personas discapacitadas por trastornos mentales y diversos recursos comunitarios como lo son: sanitarios, formativos, laborales, etc. De este modo ofreciendo ayuda e información verídica a los familiares que conviven con estos pacientes.

Sería ideal incluir la agresión doméstica en aquellos programas educativos del ministerio de salud tal y como se ha llevado a cabo en Brasil según la OMS, la agresión sexual y doméstica se han adjuntado como curso nuevo en el programa de salud familiar en la Universidad de Sao Paulo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Hallazgos por país: Perú. [página de internet]. Fecha de acceso: diciembre 2017. Disponible en: www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/fact_sheets/per/es/index.html
2. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Lima 2015: 36-37.
3. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer, 2009-2015. Lima 2009.
4. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 9 December 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
5. HUNT, Paul. Documento E/CN.4/2005/51/. Op. cit. Párrafos 8-13.
6. Defensoría Del Pueblo. Informe Defensorial N° 102. Op. cit. pp.67-132
7. Mendoza M, Saavedra C, Arevalo M, et al. Diagnóstico situacional de la Salud Mental en el Distrito de Independencia. Monografías de Investigación N° 8. Lima, 2000.
8. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Estudio Epistemológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. En: Anales de Salud Mental, 2003, 1-2.
9. COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN. Hatun Willakuy. Versión abreviada del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Lima, 2004.
10. Asuntos De La Mente, Conference De Consenses, 2003.
11. Rascón-Gasca M.L, Díaz R, Ramos L. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. Gac Méd Méx Vol. 139 No. 4, 2003. V.
12. Fresán A, et al. Características sociodemográficas asociadas a la conducta violenta en la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2005;33 (3):188-193)

13. Fernández ML y Fabelo V. Violencia y esquizofrenia, ¿víctimas o victimarios? Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.5 Ciudad de La Habana sep.-oct. 2003
14. Cerda B, Díaz A, Leija M, Díaz A. Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. *Psiquis (México)*, Volumen 18, Núm. 2, 2009.
15. Seidenfaden D, Knorr U, Soendergaard MG, Poulsen HE, Fink-Jensen A, Jorgensen MB, et al. The relationship between self-reported childhood adversities, adulthood psychopathology and psychological stress markers in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2017;72:48–55.
16. Kageyama M, Yokoyama K, Nagata S, Kita S, Nakamura Y, Kobayashi S, et al. Rate of Family Violence Among Patients With Schizophrenia in Japan. *Asia Pac J Public Health* 2015;27(6):652–60.
17. Alameda L, Ferrari C, Baumann PS, Gholam-Rezaee M, Do KQ, Conus P. Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients. *Psychol Med* 2015;45(13):2727–36.
18. Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribe M, Ferrando J, Pérez C, et al. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud* 2008;19(1):27–58.
19. Vallina Fernández Ó, Lemos Girález S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema* 2000;12(4).
20. Vicens E. Violencia y enfermedad mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2012;8(3).
21. Witt K, Lichtenstein P, Fazel S. Improving risk assessment in schizophrenia: epidemiological investigation of criminal history factors. *The British Journal of Psychiatry* [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 9];206(5):424–30. Available from: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.114.144485>
22. S.Z levine, I.Levav, Y. Goldberg. Exposure to genocide and the risk of schizophrenia: a population- based study.

23. González S, D. Molina JD, Huertas D. Violencia asociada con los trastornos esquizofrénicos. *www.archivosdepsiquiatria.es* 2008 71(2.4): 109-127. Cambridge Core [Internet] 2015 [cited 2017 Dec 8];46(4): 855-863.
24. Allende Martínez MP, Almendras Jaramill ME. Marcadores de riesgo de la esquizofrenia. *Revista de psiquiatría y salud mental* 2006; 7(1): 55-58.
25. Castillo H. Impacto de la esquizofrenia en la calidad de vida y Desarrollo humano de pacientes y familias de una Institución de atención en salud mental de la ciudad de lima. . *Anales de Salud Mental* 2014 / Volumen XXX pg 21
26. Ribé JM. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia. (2014) Pg 254
27. World Health Organization. Mental health: strengthening mental health promotion. Fact Sheet 220, revised November 2001 [página de internet]. Fecha de acceso: Noviembre 2017. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html.
28. Sepsiq.org. 2017 [cited 9 December 2017]. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>
29. The Florida Senate 741.28. Florida 2011.
30. Almendros S, Munilla R, Bernabeu A. Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. 2015 Documentos de Trabajo Social. ISSN 1133-6552.
31. Echeburúa E, Muñoz V, Loinaz, I. La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: Propuestas y retos de futuro. (2011). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 11. 141-159.
32. Esbec. E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. (2016) *Anuario de Psicología Jurídica* 26 70-79.
33. González S, Molina J, Huertas D, Blasco H, Mora F, Pascual F. Violencia asociado con trastornos esquizofrénicos. *Archivos de Psiquiatría* (2008) Núm. 2 Vol. 71 Pág 109-127.
34. De La Cruz Vargas JA, Correa López LE, Alatrística Vda de Bambaren M del S,. Sanchez Carlessi HH y Asesores psrticipante. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación

por Tesis. Educación Médica 2019. SCOPUS DOI:
[10.1016/j.edumed.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.06.003)

ANEXOS A

Anexo 01: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿La violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán?	<p>General: Determinar si la violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019.</p> <p>Específicos: OE1: Determinar si existe asociación entre la violencia física y esquizofrenia. OE2: Determinar si existe asociación entre la violencia psicológica y esquizofrenia OE3: Determinar si existe asociación entre la violencia sexual y esquizofrenia OE4: Determinar si existe asociación entre la violencia patrimonial y la esquizofrenia.</p>	<p>Hipótesis general</p> <ul style="list-style-type: none"> • La violencia doméstica está asociada a esquizofrenia en acompañantes de pacientes de consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán en el año 2019. <p>Hipótesis específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • HE1: Existe asociación entre la violencia física y la esquizofrenia. • HE2: Existe asociación entre la violencia psicológica y la esquizofrenia. • HE3: Existe asociación entre la violencia sexual y la esquizofrenia. • HE4: Existe asociación entre la violencia patrimonial y la esquizofrenia. 	<p>Variable dependiente: violencia doméstica (violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia patrimonial).</p> <p>Variables independientes: Esquizofrenia</p> <p>Covariables:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sexo del acompañante o Edad del acompañante o Estado civil del acompañante o Nivel educativo del acompañante o Situación económica del acompañante o Sexo del paciente o Edad del paciente o Nivel educativo del paciente 	Estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal analítico, prospectivo.	<p>Población de estudio: Población Acompañantes de pacientes que asisten a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, durante el periodo de mayo a agosto del año 2019.</p> <p>Muestra: El muestreo es probabilístico, en una sola etapa y se aplicó muestreo aleatorio simple para la selección de los acompañantes de pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán, durante el periodo de mayo - agosto del año 2019.</p>	<p>Para medir la violencia doméstica se utilizaron las preguntas de Violencia del Cuestionario de Mujer Unida de los estudios epidemiológicos de Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. El cual fue adaptado a una ficha de recolección de datos el cual fue nuestro instrumento. Para la recolección de datos se realizó la entrevista personal. Se aplicó el instrumento a los acompañantes de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Hermilio Valdizán durante el periodo de estudio Mayo - Agosto del año 2019.</p>	<p>El procesamiento, recodificación y validación, así como el análisis estadístico se realizó en SPSS versión 25. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas o categóricas, se utilizó la prueba de hipótesis Chi cuadrado de independencia, además se calculó el (PR) con su respectivo intervalo de confianza. Finalmente, se calcularon los PR ajustados a través de un modelo de regresión logística binaria.</p> <p>Para el análisis inferencial se utilizó un nivel de confianza de 95%, el mismo utilizado en el cálculo del tamaño de la muestra.</p>

Anexo 02: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICION	MEDICIÓN
VIOLENCIA DOMÉSTICA	Acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción, hasta el tercer grado, por vínculo jurídico o de hecho o por una relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Física	Acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de armamento u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas y/o externas.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Psicológica	Agresión realizada sin la intervención del contacto físico entre las personas ocasionando algún tipo de daño a nivel psicológico o emocional en las personas agredidas.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Sexual	Cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
Violencia Patrimonial	Es cualquier acto u omisión que afecta el patrimonio o la supervivencia de la víctima, puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.	Dependiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Si = 0 No = 1
ESQUIZOFRENIA	Grupo de trastornos mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad.	Independiente	Cualitativo	Ordinal	Si=0 No=1
Sexo del acompañante	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino= 0 Femenino= 1
Edad del acompañante	Tiempo que la persona ha vivido desde que nació en años.	Independiente	Cuantitativa	Nominal	<30 años=0 30-39 años=1 40-49 años=2 >49 años=3
Estado civil del acompañante	Estado civil que figura en el documento de identidad	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Soltero = 0 Casado = 1 Conviviente = 2

					Viudo=3
Nivel educativo del acompañante	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Sin nivel-Primaria=0 Secundaria=1 Técnico=2 Universitario=3
Situación económica del acompañante	Capacidad de generar recursos sin depender de sus familiares.	Independiente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Con sueldo fijo=0 Sin sueldo fijo=1
Sexo del paciente	Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y afectivas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino= 0 Femenino= 1
Edad del paciente	Tiempo que el paciente ha vivido desde que nació en años.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	<=35 años=0 >35 años=1
Nivel educativo del paciente	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Primaria=0 Secundaria=1 Técnico=2 Universitario=3

Anexo 03: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
--

A. DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Familiar	1	No familiar	2	
Hijo(a)	1	Amigo (a)	1	
Madre/padre	2	Inquilino (a)	2	
Tío (a)	3	Empleado (a) del hogar	3	
Sobrino (a)	4	Otro (Especifique)		_____
Abuelo (a)	5			

Sexo Masculino Femenino Edad: _____

Estado Civil		Nivel Educativo		Situación Económica
Soltero	1	Sin Nivel	1	Con sueldo fijo <input style="width: 30px;" type="text" value="1"/>
Casado	2	Primaria	2	Sin sueldo fijo <input style="width: 30px;" type="text" value="2"/>
Conviviente	3	Secundaria	3	
Viudo	4	Técnico	4	
		Superior	5	

B. DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Sexo Masculino Femenino Edad: _____

Enfermedad		Nivel Educativo	
Esquizofrenia	1	Sin Nivel	1
Depresión	2	Primaria	2
Ansiedad	3	Secundaria	3
Tras. Person.	4	Técnico	4
Otro	5	Superior	5
Especifique			

C. ¿En algún momento antes o durante la enfermedad del paciente y por parte del paciente (dentro o fuera del hogar)...?

	Si	No
1. ¿Ha recibido golpes, puñetes o empujones?	1	2
2. ¿Ha recibido insultos, agresiones verbales o humillaciones?	1	2
3. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones?	1	2
4. ¿Ha sido objeto (o ha sufrido) de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas?	1	2
5. ¿Se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le han brindado o procurado alimentos, medicinas, ropa adecuada, no la han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto?	1	2