

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 – 59 AÑOS
DE EDAD, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE LA UMF 220 DEL IMSS
TOLUCA, 2011-2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO
220.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M. C. JOSÉ JUAN VAZQUEZ CONTRERAS**

**DIRECTORA DE TESIS
E. M.F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ**

**REVISORES DE TESIS
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZM.
E. M.F. BLANCA ESTHELA ARIZMENDÍ MENDOZA
E.M.F. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 – 59 AÑOS
DE EDAD, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE LA UMF 220 DEL IMSS
TOLUCA, 2011-2012”**

ÍNDICE

Cap.	Pág
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1. Violencia Intrafamiliar	
I.1.1. Aspectos Históricos	6
I.1.2. Definición	6
I.1.3. Epidemiología	7
I.1.4. Etiología	8
I.1.5. Manifestaciones Clínicas	8
I.1.6. Tipos de Violencia Intrafamiliar	9
I.1.7. Efectos de la Violencia Intrafamiliar	9
I.1.8. Círculo de la Violencia Intrafamiliar	10
I.1.9. Características del Agresor	11
I.1.10. Características de la Mujer Víctima de Violencia	11
I.1.11. Diagnóstico	14
I.1.12. Tratamiento	14
I.2. Depresión	
I.2.1. Definición	15
I.2.2. Epidemiología	15
I.2.3. Causas de Depresión	15
I.2.4. Fisiopatología	16
I.2.5. Cuadro Clínico	17
I.2.6. Diagnóstico	17
I.2.7. Evaluación Diagnóstica y Tratamiento	18
I.2.8. Tratamiento Farmacológico	18
I.2.9. Pronóstico	20
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
II.1 Argumentación.	21
II.2 Pregunta de Investigación.	21
III. JUSTIFICACIONES.	
III.1 Epidemiológica	22
III.2 Social	22
III.3 Económica.	22
III.4 Académica.	22
IV. HIPÓTESIS	
IV.1 Elementos de la hipótesis.	23
IV.1.1 Unidades de Observación.	23
IV.1.2 Variables.	23
IV.1.2.1 Dependiente.	23
IV.1.2.2 Independientes.	23
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	23

V. OBJETIVOS	
V.1 General.	24
V.2 Específicos.	24
VI. MÉTODO.	
VI.1 Tipo de estudio.	25
VI.2. Diseño del estudio.	25
VI.3 Operacionalización de variables.	25
VI.4 Universo de Trabajo.	26
VI.4.1 Criterios de inclusión.	26
VI.4.2 Criterios de exclusión.	26
VI.4.3 Criterios de eliminación.	26
VI.5. Instrumento de Investigación	
VI.5.1 Descripción	27
VI.5.2 Validación	27
VI.5.3 Aplicación	27
VI.6 Desarrollo del proyecto	27
VI.7 Límite de espacio	28
VI.8 Límite de tiempo	28
VI.9 Diseño de análisis	28
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	29
VIII. ORGANIZACIÓN	30
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
X.- CUADROS Y GRÁFICOS	34
XI.- CONCLUSIONES	43
XII. RECOMENDACIONES	45
XIII. BIBLIOGRAFÍA	46
XIV. ANEXOS	49

RESUMEN

INTRODUCCION: La violencia intrafamiliar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. 30.4% de los hogares mexicanos sufre alguna forma de violencia; existe una asociación entre violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de aproximadamente 50%.

OBJETIVO: Identificar la violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de 20 – 59 años de edad, que acuden a la consulta externa en la UMF 220 del IMSS Toluca, del 2011 - 2012”.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico, donde la muestra fue de 138 mujeres de 20 a 59 años de edad, que acudieron a la consulta externa de la UMF 220, IMSS Toluca, del 2011 al 2012, donde se aplicó 3 test: de violencia intrafamiliar, test de Zung para valorar depresión y un cuestionario de datos sociodemográficos, posteriormente se procedió a su análisis e identificación de violencia intrafamiliar y su asociación con depresión.

RESULTADOS: De las 138 pacientes estudiadas se encontró que 115 pacientes (83%) presentaron violencia intrafamiliar y/o depresión. De los 115 pacientes con violencia intrafamiliar y/o depresión se tiene 71 pacientes (62%).

CONCLUSIONES: La depresión se presentó en una alta frecuencia, en las pacientes que sufren violencia familiar, esto hace evidente el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer.

RECOMENDACIONES: Formar grupos de autoayuda de las pacientes con violencia intrafamiliar, realizar actividades educativas, como talleres, platicas de orientación sobre violencia intrafamiliar, de tal manera que podamos concientizar y orientar sobre violencia intrafamiliar y su impacto, además es de vital importancia incluir en estas sesiones al agresor directo, así como al núcleo familiar para que se involucren en la problemática existente y se logre concientizar el problema de violencia como algo anormal. También se sugieren terapias psicológicas de manera individual, de pareja o familiar dependiendo del agresor.

I. MARCO TEÓRICO

I.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS: En el caso de la violencia en contra de la mujer ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, en todos los países, sin importar clase social o nivel intelectual, credo o cultura. En muchas ocasiones es alentada y justificada por estas dos últimas cuestiones. Pero más aún, es difícil de erradicar, ya que es una cuestión de aprendizaje que se trasmite de una generación a otra, pues las personas han sido socializadas en la creencia de que la mujer forma parte de una categoría secundaria con respecto al hombre, por tanto, no cuenta con los mismos derechos ni obligaciones; es así que la mujer acaba convirtiéndose en una mercancía y, en consecuencia, en “algo” que tiene propietario. Primeramente, a la mujer se le considera como una propiedad de los padres y, posteriormente, de sus maridos o compañeros, los cuales deciden el manejo de su “propiedad” anulando definitivamente los derechos de ésta como ser humano. Es común saber de sucesos lamentables de mujeres que son forzadas a prostituirse a muy temprana edad o vendidas por sus propios padres a dueños de prostíbulos, quienes más tarde venden la “mercancía” a sus clientes. Situaciones como éstas ocasionan a las mujeres graves daños a su salud física y mental.

La violencia en contra de la mujer va más allá de lo imaginable, pues en algunas culturas se cometen verdaderas barbaries: se le considera como un ser meramente reproductor, con lo que se valida la mutilación de sus órganos genitales, reprimiéndose así su naturaleza sexual. Al discriminar a la mujer, se favorece su vulnerabilidad y, en consecuencia, durante los conflictos bélicos por ejemplo, es tomada como “botín” y obligada a tener relaciones sexuales con los miembros de la tropa, además de ser asesinada para causar daño al enemigo. (1)

I.1.2. DEFINICIÓN: Conforme a la Norma Oficial Mexicana, la violencia intrafamiliar es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en una relación de poder, en función del sexo, la edad, o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, independientemente del espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La violencia dentro de los hogares es un problema de magnitud mundial que afecta a todas las culturas, clases sociales, grupos étnicos y niveles de educación, afligiendo de manera particular a la mujer.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia dirigida hacia las mujeres, en términos físicos, psicológicos y sexuales, fue considerada hasta hace poco tiempo como un problema menor. Sin embargo, en la actualidad ésta se reconoce como una problemática grave, por lo que las políticas públicas mundiales encaminan sus esfuerzos para combatirla. (2).

El impacto de la violencia contra las mujeres y sobre su salud mental puede tener consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión. Así, diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta han mostrado que la

violencia ejercida por la pareja o esposo se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión. En un meta-análisis realizado por Golding, se observa una relación entre la severidad y la duración del abuso con la intensidad de los síntomas del estrés postraumático y la depresión. (3)

I.1.3. EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICAS. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), 30.4% de los hogares mexicanos sufre alguna forma de violencia familiar; en 72.2% de éstos la violencia es cíclica; además, en 1.1% de los hogares existe abuso sexual de un familiar contra alguno de sus miembros.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de violencia contra las mujeres en el 2005, llevada a cabo también en México, en una muestra de 20,042 mujeres, el 21.5% de las usuarias de servicios de salud padeció una agresión por parte de su pareja en los últimos doce meses. La frecuencia de acuerdo con el tipo de violencia fue: psicológica 19.6%, física 9.8%, sexual 7% y económica 5.1%. Por otro lado, 42.5% de las mujeres entrevistadas en la misma encuesta informó haber recibido golpes por parte de sus padres u otros miembros de la familia.

La relación entre el maltrato a las mujeres y la depresión ha sido ampliamente documentada en la bibliografía internacional. Saunders y sus colegas demostraron que en una muestra de 363 mujeres que acudieron a los servicios médicos familiares, la Depresión fue el indicador más significativo de que vivían una relación de maltrato.

Según los resultados de algunos estudios, las personas que han sido víctimas de la violencia en la niñez o la adolescencia son más propensas a ser víctimas de la violencia en la edad adulta y a ser violentos con miembros de su propia familia. (4)

En un estudio publicado en la Rev Biomed 2008; 19:128-136, sobre Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres, se encontró lo siguiente: 1) El principal hallazgo de esta investigación es que la violencia intrafamiliar se encuentra asociada con la depresión mayor en una muestra de mujeres habitantes del sureste mexicano, derechohabientes del IMSS. Asimismo, este estudio indica que la violencia intrafamiliar es un evento frecuente, ya que se presentó en alrededor del 50% de las mujeres diagnosticadas con depresión y el 21% de las que constituyeron el grupo control.

En conclusión existe una asociación entre violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de aproximadamente 50%. Respecto a la identidad del agresor, los resultados mostraron que la violencia perpetrada por el esposo o cónyuge se presentó en 95 casos (73.6%) y 71 controles (62.8%), mientras que la ejercida por otro familiar se observó en 34 (26.3%) y 42 (37.1%), respectivamente. De acuerdo al Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia

doméstica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005 fue más frecuente la violencia intrafamiliar en los siguientes factores sociodemográficos: el ser casada, tener menores niveles socioeconómicos y de apoyo social, así como una menor escolaridad. (5)

I.1.4. ETIOLOGÍA: Las causas de la violencia intrafamiliar son múltiples. Se han señalado factores como problemas de personalidad y de dinámica familiar, situaciones variables como el nivel socioeconómico, así como normas culturales que dan sustento a la desigualdad social y de género. Esta problemática se complica aún más, ya que algunas situaciones que se conjuntan para dar lugar tanto a la violencia intrafamiliar como a la depresión mayor podrían ser el resultado de interacciones complejas de diversos factores, entre los cuales se encuentran los sociodemográficos y la falta de soporte de una red social.

Al estudiar la relación de la violencia intrafamiliar con la depresión es de sumo interés, ya que se ha planteado la hipótesis de que el abuso puede ser una de las posibles causas de que esta enfermedad ocurra más frecuentemente en el género femenino. (6)

I.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Lesiones de diversa consideración, que van desde la excoiación el hematoma, hasta la muerte; problemas de salud como dolor crónico, cefalea recurrente, trastornos gastrointestinales (vómito, diarrea), alteraciones dermatológicas, todo ello consecuencia del estrés constante al que está sometida la víctima, lo que debilita su sistema inmunológico; tienen embarazos no deseados por la negativa del maltratador a usar medidas contraceptivas, y la violencia se correlaciona con aborto espontáneo, parto prematuro, sufrimiento fetal y niños con bajo peso al nacer.

Manifestaciones psicológicas: Son comunes la depresión, ansiedad y trastornos del sueño, de la alimentación y sexuales. En un extremo reproducen el cuadro sintomático típico de estrés postraumático, que puede orillar a la víctima al uso y abuso de alcohol, drogas y fármacos. Frecuentemente, el suicidio de la víctima es concebido como la única salida a la situación de maltrato en la que vive.

Manifestaciones sociales y del entorno: El maltratador genera incomunicación y aislamiento emocional en los hijos, al observar modelos de relación violentos entre sus padres. La violencia doméstica contra la mujer se vuelve crónica por la dependencia económica y emocional, se sienten incapaces de afrontar el mundo solas, pues carecen de una formación que les permita tener acceso a un trabajo remunerable para criar y atender solas a sus hijos. La baja autoestima genera culpabilidad y vergüenza ante la sociedad. No existe apoyo de la autoridad, lo que genera miedo, o facilita nuevas agresiones al no denunciar los hechos. (7)

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres, se pueden clasificar en resultados no mortales y mortales; los resultados no mortales a su vez se pueden clasificar en consecuencias para la salud física y consecuencias para la salud mental; entre las consecuencias para la salud física tenemos: ETS/VIH,

lesiones, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo no deseado, aborto espontáneo, dolor pélvico crónico, cefaleas, problemas ginecológicos, abuso de alcohol/sustancias tóxicas, discapacidad parcial o permanente, conductas nocivas para la salud, entre las consecuencias para la salud mental tenemos en primer lugar la depresión, seguida de ansiedad, disfunción sexual, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad múltiple, trastorno obsesivo compulsivo. Entre las consecuencias mortales de violencia contra las mujeres tenemos el suicidio y el homicidio. (8)

I.1.6. TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Físico: Actos que atentan o agreden el cuerpo de la persona tales como empujones, bofetadas, golpes de puño, golpes de pies, etc. Psicológico: Actitudes que tienen por objeto causar temor, intimidar, y controlar las conductas, sentimientos y pensamientos de la persona a quién se está agrediendo como las descalificaciones, insultos, control, etc. Sexual: Imposición de actos de carácter sexual contra la voluntad de la otra persona. Como por ejemplo exposición a actividades sexuales no deseadas, o la manipulación a través de la sexualidad. Económico: No cubrir las necesidades básicas de la persona y ejercer control a través de recursos económicos. (9)

I.1.7. EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Al revisar las causas de la violencia intrafamiliar también se hace importante identificar que tipo de efectos tiene dicho fenómeno, entre los que se encuentran: la disfunción de la familia, el distanciamiento de sus miembros y las mutaciones en su comportamiento o actitudes mentales. Los efectos pueden ser clasificados en: psicofísicos y psicosociales, específicos y genéricos o generales.

Los efectos psicofísicos son aquellos que producen cambios psíquicos o físicos, en un mismo acto. Los Psíquicos hacen referencia a la desvaloración, baja autoestima y estrés emocional producido por las tensiones que produce el maltrato, en los empleados por ejemplo produce una baja en su rendimiento laboral ya que las tensiones emocionales dificultan la concentración.

En cuanto a los físicos se manifiestan en forma de hematomas, heridas abiertas, fracturas, quemaduras, etc. En el acto sexual también se presenta violencia cuando este se produce en forma forzada, produciendo cambios en la personalidad y alteraciones en las relaciones con el violador, marido o compañero permanente o con los otros miembros de la familia.

Los efectos psicosociales se dividen en internos y externos. Los primeros son aquellos que generan la marginación. La exclusión y la violación de los derechos fundamentales de la mujer y los niños. Cuando se presenta un maltrato hacia la mujer esta se ve obligada a aislarse de ciertas actividades sociales, de relaciones interfamiliares y hasta en su propio hogar. Dentro de la exclusión se ven afectados los niños en cuanto al afecto, puesto que una madre marginada forzosamente por la violencia intrafamiliar no puede brindar a sus hijos el amor que necesitan, lo que puede llevar a estos niños a la drogadicción, la prostitución y la delincuencia. (10)

I.1.8. CIRCULO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Cuando una pareja está empezando su relación es muy difícil que aparezca la violencia. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases, las que difieren en duración según los casos. Es importante aclarar que el agresor no se detiene por sí solo. Si la pareja permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Fase 1. Acumulación de tensión: a medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress. Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia. La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico. La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los hijos más silenciosos, etc. El abuso físico y verbal continúa. La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso. El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.) El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2. Episodio agudo de violencia: aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas, el abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer. Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmado y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel: se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño. En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc. Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente. A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo. Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia. (11)

I.1.9. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR: Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo.

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que los hombres agresores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

Pit bull:

Solamente es violento con las personas que ama.
Celoso y tiene miedo al abandono.
Priva a pareja de su independencia.
Ataca públicamente a su propia pareja.
Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión.
Tiene potencial para la rehabilitación.
No ha sido acusado de ningún crimen.

Cobra:

Agresivo con todo el mundo.
Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres.
Se calma internamente, según se vuelve agresivo.
Difícil de tratar en terapia psicológica.
Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
Posiblemente haya sido acusado de algún crimen.
Abusa de alcohol y drogas.

I.1.10. CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA: La violencia se establece progresivamente en la pareja. La mujer se deja maltratar, en algunos casos, porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

La principal razón que demora o impide el abandono de la víctima es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos.

Algunos rasgos de la mujer víctima de violencia son:

Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica.
Baja autoestima.

Se siente culpable por haber sido agredida.
Se siente fracasada como mujer, esposa y madre.
Siente temor y pánico.
Falta de control sobre su vida.
Sentimientos encontrados: odia ser agredida pero cree que le han pegado por su culpa, que se lo merecía.
Se siente incapaz de resolver su situación.
Cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema.
Se siente responsable por la conducta del agresor.
Se aísla socialmente.
Riesgo de adicciones.
Acepta el mito de la superioridad masculina.
Teme al estigma del divorcio.

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si le dices algo a la policía te mato".

Cuando se pregunta a algunas mujeres por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: "Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre". Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren.

El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanto vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente. Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, toda la familia termina enferma. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima. No saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren. El maltrato continuado genera en la mujer proceso patológico de adaptación denominado "Síndrome de la mujer maltratada". Este síndrome se caracteriza por:

Pérdida del control: Consiste en la convicción de que la solución a las agresiones le son ajenas, la mujer se torna pasiva y espera las directrices de terceras personas.

Baja respuesta conductual: La mujer decide no buscar más estrategias para evitar las agresiones y su respuesta ante los estímulos externos es pasiva. Su

aparente indiferencia le permite autoexigirse y culpabilizarse menos por las agresiones que sufre pero también limita de capacidad de oponerse a éstas.

Identificación con el agresor: La víctima cree merecer las agresiones e incluso justifica, ante críticas externas, la conducta del agresor. Es habitual el "Síndrome de Estocolmo", que se da frecuentemente en secuestros y situaciones límite con riesgo vital y dificulta la intervención externa. Por otra parte, la intermitencia de las agresiones y el paso constante de la violencia al afecto, refuerza las relaciones de dependencia por parte de la mujer maltratada, que empeoran cuando la dependencia también es económica.

Indefensión aprendida: Tras fracasar en su intento por contener las agresiones, y en un contexto de baja autoestima reforzado por su incapacidad por acabar con la situación, la mujer termina asumiendo las agresiones como un castigo merecido. (12)

En ocasiones las mujeres permanecen con su pareja violenta porque creen que las alternativas que tienen son peores a su situación. Se convencen de que las cosas no están tan mal y piensan que son ellas las que incitan a la violencia por no haberse quedado calladas, se culpan y se censuran. Hay que destacar especialmente el síndrome de indefensión aprendida, porque en la situación de los malos tratos, éstos nunca vienen por un motivo concreto. Al ver que no hay manera de evitar los malos tratos se quedan paralizadas, se inmovilizan. Por eso desde fuera da la impresión de que la mujer no quiere remediar el problema.

Algunos teóricos han tratado de arrojar luz sobre la ocurrencia de estos vínculos paradójicos entre víctima y agresor, fundamentalmente apelando a claves afectivas o emocionales que aparecen en el contexto del entorno traumático. Dutton y Painter (1981) han descrito un escenario en el que dos factores, el desequilibrio de poder y la intermitencia en el tratamiento bueno-malo, generan en la mujer maltratada el desarrollo de un lazo traumático que la une con el agresor a través de conductas de docilidad. Según Dutton y Painter, el abuso crea y mantiene en la pareja una dinámica de dependencia debido a su efecto asimétrico sobre el equilibrio de poder, siendo el vínculo traumático producido por la alternancia de refuerzos y castigos.

Sin embargo, esta teoría descansa aparentemente sobre la base del condicionamiento instrumental que, desde nuestra perspectiva, es válido para dar cuenta de algunos aspectos del repertorio de victimización (principalmente de aquellos referidos a la indefensión aprendida), pero falla en cubrir el complejo aparato psicológico asociado con este tipo de vínculos paradójicos.

Según nuestro entendimiento, la incertidumbre asociada a la violencia repetida e intermitente es un elemento clave en el camino hacia el desarrollo del vínculo, pero no su causa única. Además, la teoría no toma en consideración que alguna esfera de desequilibrio de poder es en cierta medida inherente a muchas relaciones humanas: en las parejas traumáticas no parece ser una consecuencia sino un antecedente al abuso.

Cuando la individualidad, con sus rasgos, sus proyectos y sus ideas, deja de ser el eje de nuestra vida para que otra persona ocupe totalmente ese lugar, se produce un desequilibrio y un vacío interior, la anulación de la personalidad y la gestación de una enorme dependencia. Todo lo que dice, hace o piensa el otro pasa a ser vital para nuestra seguridad. La extrema necesidad de aprobación y la esclavización espiritual y hasta física llevan a un estado de inquietud permanente. Todo se vuelve amenazante para ese amor dependiente.

En este sentido, el hombre violento también es dependiente de su esposa. Su baja autoestima le lleva a controlar todo lo que ella hace, pues se siente inseguro de que lo quiera y lo acepte por él mismo. De ahí que utilice todas las técnicas de abuso emocional para socavar la autoconfianza de la mujer, haciéndole creer que no puede arreglárselas sola y que es una inútil. (13)

I.1.11. DIAGNÓSTICO. El paso más importante que los médicos pueden dar es ante la sospecha preguntar a las mujeres si sufren o han sufrido alguna vez malos tratos. Es crucial que el médico adopte una actitud relajada y acrítica. Lo más importante para diagnosticar estos problemas de violencia intrafamiliar y depresión es llevar a cabo una consulta médica con una buena relación médico paciente, en la que el médico debe ganarse la confianza del paciente, ya que es muy difícil para un paciente con estos problemas poder externarlos en una consulta médica. Ante una sospecha de violencia intrafamiliar o depresión se debe aplicar cuestionarios de identificación de violencia intrafamiliar y depresión.

Los malos tratos conyugales constituyen un problema social complejo que exige a los médicos traspasar los esquemas clásicos de atención del paciente para enfrentarse con sus propios sentimientos personales y actitudes sociales.

I.1.12. TRATAMIENTO. La calidad de la atención médica determina con frecuencia si va a acudir a organismos legales, sociales y de salud que el médico proponga.

Se deberá tener mucho cuidado en no producir una victimización secundaria que es el fenómeno que ocurre cuando una víctima de violencia familiar recurre a una institución (comisaría, hospital, juzgado) o a algún profesional (médico, psicólogo, abogado, etc.) en busca de ayuda. Estos profesionales, impregnados de mitos e ignorancia pueden convertir a la persona por segunda vez en víctima.

La intervención debe ser apropiada, pertinaz y eficaz, en la situación de crisis la persona está especialmente vulnerable, lo que refuerza aún más el impacto de la intervención. Los objetivos en la primera entrevista, o primera intervención son fundamentalmente tres: aumentar la seguridad personal de la mujer agredida y de sus hijos, retomar su equilibrio emotivo, su seguridad psicológica y lograr que la mujer tome una decisión sobre los pasos a seguir en un futuro inmediato.

Como actuar: La intervención será directiva, no caer en aceptar responsabilidad, problematizar al paciente, que haga conciencia que el problema es suyo. (14)

I.2. DEPRESIÓN

I.2.1. DEFINICIÓN.- La palabra depresión deriva de la palabra latina depressio que significa hundimiento, concavidad. Definimos el síndrome depresivo como una enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, acompañando el abatimiento se encuentran otros síntomas como la anhedonia, los sentimientos de minusvalía y baja autoestima, el auto reproche, la culpa, etc. Cognitivamente el síndrome depresivo se acompaña de disminución en las capacidades atencivas, memoria de trabajo, disminución de amplitud perceptiva con distorsiones, pensamiento lento, monótono, o cavilativo.

Frecuentemente se acompaña de modificaciones en los ritmos de alimentación y estado de vigilia-sueño.

I.2.2. EPIDEMIOLOGÍA: Se ha demostrado que la depresión es el trastorno afectivo más frecuente que se presenta en la población adulta y por su magnitud se considera como un problema de salud pública, que afecta de manera negativa a la calidad de vida. Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en los adultos. El impacto de la depresión en las mujeres en edad adulta es particularmente importante, algunos estudios han demostrado que la depresión en estas, promueve potencialmente la enfermedad, de hecho hay reportes que señalan a las mujeres deprimidas con un doble riesgo de morir en comparación con la población general. Este síndrome puede producir por si mismo discapacidad social y funcional tan importante como algunas enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, Diabetes mellitus, etc.). Aunque en el plano epidemiológico la depresión puede encontrarse a cualquier edad es evidente que la prevalencia aumenta con la progresión de esta, encontrándola más alta en proporción directa. (15)

Estos trastornos son más comunes en mujeres casadas que entre hombres casados, en aquellas que son amas de casa, en las que han enviudado hace poco o que nunca se casaron, separadas, divorciadas o las que viven solas o socialmente aisladas y las que nunca han tenido hijos, hay mayor incidencia en las zonas urbanas que en las rurales. La depresión limita la capacidad de seguir adelante con las actividades normales de la vida, el trabajo o las relaciones y causa una gran inquietud. Al igual que cualquier otra enfermedad los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas. No todo el mundo presenta los mismos síntomas (16).

La prevalencia del trastorno presenta una media de 10%, con una relación de hombre mujer de 1:2. En México, en 2003, los resultados mostraron una tasa de prevalencia de 2 y 4.5% en hombres y mujeres, respectivamente, con un episodio depresivo a lo largo de la vida de la población en general de 3.3%. (17)

I.2.3. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN: Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar

una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

La depresión en la mujer: La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos. (18)

I.2.4. FISIOPATOLOGÍA DE DEPRESIÓN: Se asocia principalmente a serotonina, norepinefrina, dopamina y otros neurotransmisores, con evidencia de que existe una deficiencia de los mismos; así como alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Los diferentes sistemas y neurotransmisores actúan de manera integral debido a las alteraciones neuroanatómicas que los asocian. Se ha encontrado una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-

suprarrenal, asociada a la pérdida de la retroalimentación negativa secundaria al estrés crónico, con niveles séricos de cortisol que permanecen elevados y participando en la desregulación neuroquímica e incluso daño neuroanatómico.

El factor genético también se ha visto implicado con mecanismos complejos. Factores de riesgo de depresión son: Historia familiar de enfermedad mental, trastornos crónicos físicos o mentales (infartos cerebrales, infartos miocárdicos, Cáncer, etc.), cambios mayores de vida y estrés, ausencia de apoyo psicológico, dificultades económicas, edad avanzada, insomnio, medicamentos (analgésicos, sedantes, hipnóticos, esteroides). (19)

I.2.5. CUADRO CLÍNICO DE DEPRESIÓN: Estado de tristeza, ansiedad o sensación de vacío persistentes; aumento de sentimientos de culpabilidad, desamparo y/o desesperanza; pérdida del interés en actividades que antes se disfrutaban; accesos de llanto excesivo, de causas frecuentemente confusas para la propia paciente; disminución de la energía; menor capacidad para concentrarse y tomar decisiones; mayor irritabilidad e inquietud; asedio de pensamientos de muerte o suicidas, o directamente intento de suicidio; la persona se va aislando socialmente; alteraciones en los hábitos del sueño; síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos habituales (por ejemplo dolor general crónico, dolor de cabeza, etc.). La existencia de 5 o 6 de éstos síntomas, y que no desaparecen durante un par de semanas, pueden constituir la sospecha de una depresión grave. (20)

I.2.6. DIAGNOSTICO: El diagnóstico básico de los trastornos depresivos, se puede realizar de acuerdo a los criterios elaborados en el IV manual diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales DSM IV de la asociación psiquiátrica Americana. Es un sistema de clasificación diagnóstica que proporciona un marco de referencia básico y elaborado para asistir al médico en su práctica profesional. También se puede evaluar mediante escala de Zung, Test de Hamilton, etc.(21)

Escala de depresión de Zung: Esta escala fue desarrollada por Zung en 1965 y validada en nuestro país por Conde y cols. en 1970. Se trata de una escala de tipo Likert, formada por 20 frases relacionadas con la depresión, donde el paciente valora la frecuencia de síntomas (no su intensidad), desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Predominan los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. Propiedades psicométricas: Fiabilidad: Los índices de fiabilidad oscilan de 0,70-0,80 en la

fiabilidad por el método de las dos mitades, e índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92 . Validez: Tiene un índice de sensibilidad de 90 % y especificidad de 85% cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general. En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total.(22).

I.2.7. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO: El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Ciertos medicamentos, así como algunas enfermedades, por ejemplo infecciones vitales, pueden producir los mismos síntomas que la depresión. El médico debe descartar esas posibilidades por medio de un examen físico, entrevista del paciente y análisis de laboratorio. Si causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o dirigir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. El médico también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Por último, una evaluación diagnóstica debe incluir un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se han afectado, como pasa algunas veces en el caso de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la seriedad de los síntomas. (23)

I.2.8. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: El efecto de los medicamentos antidepresivos se orienta a incrementar la concentración de neurotransmisor, con un equilibrio posterior y “regulación a la baja” de los receptores, normalizando la

sensibilidad membranal. El tratamiento a base de antidepresivos a dosis y tiempos adecuados presentan mejoría clínica en un 70% de los pacientes a 2 meses. La terapia electroconvulsiva sigue siendo eficiente para depresiones graves. (24)

La depresión relacionada con trastornos reactivos no requiere terapéutica farmacológica usual, y puede tratarse con psicoterapia y con el paso del tiempo. En los casos graves, en particular cuando los signos vegetativos son importantes y han persistido los síntomas por más de algunas semanas, por lo general es eficaz la terapéutica con antidepresivos. Los antidepresivos pueden clasificarse en tres grupos: 1) Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina, citalopram, etc.); 2) antidepresivos tricíclicos y fármacos clínicamente similares (amitriptilina, imipramina, nortriptilina, clomipramina, etc.) y 3) Los inhibidores de la monoaminooxidasa (fenelcina, tranilcipromina). (25)

Terapia naturista: En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. En Alemania, el *Hypericum perforatum* se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado por que los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes. En nuestro país es muy utilizada la yerba de San Juan como antidepresivo natural, con importantes resultados en comparación con los fármacos antidepresivos. (26)

La Hierba de San Juan, cuyo nombre científico es *Hypericum perforatum* es una planta que contiene xantronas, flavonoides amplamente distribuidos en las hojas, así como las hipericinas que son las sustancias que tienen mayor acción antidepresiva. El mecanismo de acción no es muy bien conocido, sin embargo se menciona que las hipericinas inhiben la secreción de cortisol, bloquean el catabolismo hormonal (como IL-6) e incrementan las concentraciones de neurotransmisores a nivel del Sistema Nervioso Central, incluyendo la serotonina, puede inhibir levemente la acción de la MAO A y B, inhibe fuertemente la recaptura de serotonina en el espacio sináptico. Además el Hipericin y las xantronas se les ha atribuido actividad antiviral, incluyendo actividad en VIH, estimulando un incremento en la actividad de las células T "Killer". (27)

Psicoterapias: Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión. Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a

resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos junto con, o antes de, una psicoterapia. (28).

Terapia de luz: La fototerapia es un tratamiento efectivo para la depresión grave con variaciones estacionales, particularmente aquellas depresiones que surgen durante otoño/invierno. Su eficacia en la depresión no estacional no se ha establecido. El tratamiento usual es al menos 30 minutos por día de terapia de luz con un dispositivo estándar de fototerapia durante todo el episodio de otoño/invierno.

Terapia electroconvulsiva: Ha sido y continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión grave, entre el 60 y 80% que la han recibido han respondido al tratamiento. Debe de ser considerada como el tratamiento de primera línea en pacientes depresivos con características psicóticas, pacientes con ideas suicidas y pacientes que no hayan tenido respuesta o que no toleren los psicofármacos. (29)

I.2.9. PRONÓSTICO: Un episodio depresivo que no recibe tratamiento dura de 6 a 13 meses. Después de un primer episodio depresivo 50% de los pacientes se recupera; 25% presentará una recaída dentro de los primeros 6 meses después del egreso hospitalario; de 30 a 50% en los siguientes 3 años; y entre 50 a 75% antes de 5 años. La enfermedad depresiva es un padecimiento potencialmente mortal, 15% muere por suicidio, la prevalencia aumenta en los adultos mayores y es más frecuente en los varones. También se han asociado diferentes entidades clínicas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, como morbilidad asociada que empeora el pronóstico y funcionamiento de los pacientes. (30)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN.

Existen numerosos estudios que demuestran que la violencia intrafamiliar cada día es más frecuente en nuestro país, generalmente suele pasar desapercibida o no se le da la importancia que se debería, así como las víctimas de violencia no la identifican, ni reconocen a la violencia intrafamiliar como tal, además trae graves consecuencias, como la depresión entre una de las más frecuentes.

Es importante que nosotros como médicos familiares, de primer nivel de atención detectemos oportunamente la existencia de violencia intrafamiliar en las mujeres que acuden a solicitar atención médica, ya que a través de medidas de prevención y tratamiento oportuno como psicoterapia y/o la administración de manejo farmacológico antidepresivo, así como el apoyo de trabajo social o alguna instancia legales podemos disminuir la frecuencia de violencia intrafamiliar.

En nuestro país se ha dado poca importancia a esta problemática de violencia intrafamiliar, tanto en el ámbito político, como de salud, ya que no se realiza una detección oportuna a las pacientes con depresión y violencia intrafamiliar que permita abordar y ofrecer tratamiento adecuado y oportuno, con lo que mejoraría la calidad de vida de nuestras pacientes y por ende de nuestros núcleos familiares.

II.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de 20 – 59 años de edad, que acuden a la consulta externa en la UMF 220 del IMSS Toluca, 2011-2012?

III. JUSTIFICACIONES

III.1. EPIDEMIOLOGÍA: La violencia intrafamiliar es un evento familiar cada día más frecuente en nuestro país, en estudios realizados se ha encontrado que 30.4% de los hogares mexicanos sufre alguna forma de violencia, cifra que es considerada baja, ya que generalmente no se reporta, ni se identifica a la violencia como tal, por diversas circunstancias. Otros estudios indican que la violencia intrafamiliar es un evento frecuente, que se presenta en alrededor del 50% de las mujeres diagnosticadas con depresión. Respecto a la identidad del agresor, los estudios muestran que la violencia perpetrada por el esposo o cónyuge es la más frecuente. De acuerdo a estudios sobre salud de la mujer y violencia doméstica fue más frecuente la violencia intrafamiliar en los siguientes factores sociodemográficos: El ser casada, tener menores niveles socioeconómicos y de apoyo social, así como una menor escolaridad. A su vez la depresión es una causa frecuente de consulta médica.

IV.2 SOCIAL: Es importante reconocer que la violencia familiar se ha convertido en un grave problema de salud pública, ya que conlleva consecuencias no mortales para la salud física y salud mental y consecuencias mortales como es el suicidio y el homicidio. Una de las consecuencias para la salud mental más frecuente e importante es la depresión, sobre todo en víctimas de violencia física y sexual. Entre las consecuencias más frecuentes de la violencia se encuentra el debilitamiento de las defensas físicas y psicológicas, lo cual es un factor importante para el desarrollo de enfermedades psicosomáticas, trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad, lo que conlleva a una afectación importante del núcleo familiar y por ende una crisis paranormativa que empeora el estado de salud de nuestras pacientes. Una de las prioridades para el médico familiar, para elevar la salud de la población es vincular la salud con el desarrollo psicosocial, por lo que es indispensable contar con información, para establecer políticas que mejoran las condiciones de vida no sólo de las mujeres, sino también de los hombres, de las familias y de la sociedad en la que todos participamos. Por lo que este tipo de investigación multidisciplinaria permite detectar situaciones que afectan a la mujer con base a su género. Si bien el IMSS cuenta con iniciativas de detección y apoyo a las mujeres maltratadas, es importante intensificar la investigación y las acciones para mejorar la cobertura y la comunicación con las mujeres afectadas.

IV.3 ECONÓMICA: Es frecuente que la paciente sometida a algún tipo de violencia dentro del seno familiar, llegue con el médico familiar con síntomas somáticos secundarios a un estado depresivo en lugar de expresar su problema. Esto se ve reflejado en el incremento en la demanda de consulta por estas mujeres, elevando los costos familiares e institucionales.

IV.4 ACADÉMICA: El siguiente estudio es con la finalidad de obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar como parte del desarrollo como profesional de la salud y como logro personal de superación.

IV. HIPÓTESIS

La violencia intrafamiliar tipo psicológica es la que más se ejerce y la depresión leve es la más frecuente en mujeres de 20 a 59 años de edad, que acuden a la consulta externa de la UMF 220 del IMSS Toluca.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

138 pacientes en busca de asociación entre violencia intrafamiliar y depresión de la UMF 220 del IMSS Toluca México en el año 2011-2012

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Depresión

IV.1.2.2 Independiente.

Violencia intrafamiliar

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

Asociación, significativa, entre

V. OBJETIVOS:

V.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres de 20 – 59 años de edad, que acuden a la consulta externa en la UMF 220 del IMSS Toluca, del 2011 - 2012”.

V.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar si existe violencia intrafamiliar en la población total estudiada
- 2.- Establecer los tipos de violencia intrafamiliar en la población estudiada.
- 3.- Establecer los tipos de violencia intrafamiliar por grupos de edad.
- 4.- Identificar el parentesco de los sujetos que ejercen la violencia en la mujer.
- 5.- Identificar la ocupación de las mujeres con violencia intrafamiliar
- 6.- Identificar el estado civil de las mujeres con violencia intrafamiliar.
- 7.- Establecer el grado de depresión en la población total estudiada.
- 8.- Establecer el grado de depresión por grupos de edad.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio.

Descriptivo
 Prospectivo
 Trasversal
 Observacional

VI.2. Diseño del estudio.

Se realizó recolección de información como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, así como se aplicaron 2 test de evaluación para depresión y violencia intrafamiliar.

VI.3. Operacionalización de las variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Medición o tipo de variable	Ítem	Indicador
Violencia intrafamiliar	Conjunto de conductas, acciones u omisiones, ejercido contra algún miembro de la familia	Es la agresión tanto psicológica, física, económica y/o sexual en contra de algún integrante de la familia	Cualitativa Escalafonaria Nominal	1-Violencia psicológica 2-Violencia física 3-Violencia sexual 4-Violencia económica	Si ó no.
Depresión	Trastorno caracterizado por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir en las actividades habituales del individuo.	Es un estado de tristeza y disminución del estado del ánimo, que afecta las actividades habituales del ser humano.	Cualitativa Escalafonaria Ordinal	A. Muy poco tiempo/Muy pocas veces. B. Algún tiempo/Algunas veces. C. Gran parte del tiempo/Frecuente mente D. Casi siempre/Siempre.	1) No depresión 2) Leve 3) Moderada 4) Severa
Parentesco	Es el vínculo por consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otra relación estable de afectividad.	Relación familiar que existe entre personas dentro de una familia en base a un vinculo	Cualitativa Nominal	Esposo, padre, hermanos, madre, hijos, etc.	Si ó no

Ocupación	“Es aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura”.	Es la acción cotidiana a la que se dedica la persona.	Cualitativa Nominal	1-Estudio 2- Solo es ama de casa 3-Estudio y trabajo 4-Trabajo y soy ama de casa 5-Solo trabajo	Si ó no
Estado civil	Situación o condición social de un ciudadano en la sociedad	Condición de una persona en relación a su vida de pareja.	Cualitativa Nominal	1-Soltera 2-Casada 3-Viuda 4-Unión libre 5-Separada o divorciada	1-Soltera 2-Casada 3-Viuda 4-Unión libre 5-Separada o divorciada

VI.4 Universo de Trabajo.

Mujeres de 20 – 59 años de edad, que acudieron a la UMF 220 del IMSS Toluca, Estado de México, en el periodo de 2011 a 2012.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Toda mujer adscrita, que acudió a la UMF 220 IMSS Toluca, que se encontró entre los 20 a 59 años de edad y que estén de acuerdo en colaborar en el estudio en forma totalmente voluntaria.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- 1) Mujeres embarazadas.
- 2) Mujeres en puerperio.
- 3) Mujeres con trastornos psicóticos en tratamiento.
- 4) Mujeres en fase de duelo menor de 2 años.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Se eliminó a las pacientes que no concluyeron el cuestionario en forma adecuada.

VI.5. Instrumento de Investigación.

- Cuestionario de violencia intrafamiliar (anexo I)
- Test de Zung (anexo II)
- Cuestionario de datos sociodemográficos (anexo III)

Hoja de consentimiento informado (Anexo IV)

Hoja de recolección de mediciones domiciliarias de la presión arterial (anexo V)

VI.5.1 Descripción

Se aplicaron las siguientes 3 cuestionarios:

Cuestionario 1: Relacionada con variables sociodemográficas, como: edad, estado civil, ocupación, escolaridad, etc.

Cuestionario de violencia intrafamiliar: Determina en forma rápida si existe violencia intrafamiliar y tipo de violencia que existe, por medio de 22 reactivos, en donde las respuestas pueden ser Si ó No, si de la respuesta de la 1 a la 7 hay un reactivo con respuesta Si, se traduce con que se vive con violencia psicológica; si hay una respuesta Si del reactivo de la 8 a la 11 se traduce con que se vive con violencia física, si hay una respuesta si del reactivo de la 12 a la 14 se traduce con que se vive con violencia sexual; Si hay una respuesta si del reactivo de la 15 a la 22, se traduce con que se vive con violencia económica.

Test de Zung: Es un instrumento fácil de aplicar que consta de 20 reactivos relacionados con la depresión y con 4 tipos de respuesta por reactivo: A) muy pocas veces igual a 1 punto, B) algunas veces igual a 2 puntos C) muchas veces igual a 3 puntos y D) la mayoría de veces igual a 4 puntos; el rango de puntuación final es de 20 a 80 puntos, es aplicable en personas mayores de 15 años y valora la depresión en sus modalidades, se realiza una suma de todas las respuesta, con el resultado de este se realiza la clasificación: dentro de lo normal o sin depresión menos de 35 puntos, presencia de depresión mínima o leve de 36 a 51 puntos; presencia de depresión moderada o marcada de 52 a 67 puntos; presencia de depresión severa o extrema mayor de 67 puntos.

VI.5.2 Validación

Cuestionario de violencia intrafamiliar: Se utilizó un cuestionario validado por la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social, que nos determina en forma rápida si existe violencia intrafamiliar y tipo de violencia que existe.

Test de Zung: Es una escala de Depresión tipo Likert, desarrollada por Zung en 1965 y validada en nuestro país por Conde y cols en 1970.

VI.5.3 Aplicación

Fueron realizadas por el investigador

VI.6 Desarrollo del proyecto.

Una vez que este estudio se aprobó por el comité local de investigación de este hospital, previo consentimiento informado, en donde se especifica su participación libre y voluntaria, así como la confiabilidad de los datos obtenidos, se invitó a las mujeres de 20 a 59 años que acuden a la UMF 220 IMSS Toluca, estado de México, para participar en este estudio, posteriormente se aplicaron 3 cuestionarios, encuestando el investigador en forma directa. En

caso de encontrar casos positivos para violencia intrafamiliar se realizó referencia o se canalizó a estos pacientes a centros de apoyo o trabajo social de esta unidad, así como dar un seguimiento por parte del médico familiar.

Una vez obtenida esta información se procedió al análisis de datos, para evaluar la puntuación del test de Zung y del cuestionario de violencia intrafamiliar, posteriormente se capturaron los datos para su análisis. Una vez obtenida la captura de datos se analizaron y graficaron los resultados mediante el programa Excel.

VI.7 Límite de espacio.

El presente estudio se realizó dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Toluca México.

Captados en el área de consulta externa de Medicina Familiar y aplicación de cuestionarios en el aula de medicina preventiva de dicha unidad.

VI.8 Límite de tiempo.

Se realizó en el periodo del 2011 y 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

Una vez que se obtuvo la información, fue necesario ordenar, clasificar y agrupar los resultados. La información obtenida, se procesó a través de la base de datos con el programa de base Excel y posteriormente procesamiento estadístico. Los resultados se presentaron por medio de tablas y gráficas, respetando la confidencialidad de los participantes.

Por último se realizaron una discusión, conclusiones y recomendaciones sobre los resultados obtenidos; para posteriormente realizar su impresión y publicación.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apega a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente estudio se clasifica como categoría I, en base en el título segundo, artículo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo debido a que los individuos participantes en el estudio, solo aportan datos a través de encuestas, lo que no provoca daños físicos ni mentales.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M. C. P. José Juan Vázquez Contreras

Directora de tesis: E.M.F. María Emiliana Avilés Sánchez

IX.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio, se encontró que la frecuencia de violencia intrafamiliar y depresión en la población estudiada fue del 62%, en comparación con el 50% de un estudio de casos y controles, publicado en la Rev Biomed 2008; 19:128-136, sobre Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo en mujeres.

De acuerdo al tipo de violencia intrafamiliar más frecuente en el estudio fue la violencia psicológica, seguida de la violencia física, lo cual concuerda con las encuesta nacional de violencia contra la mujer en el 2005, en cuanto a la violencia económica en el estudio se encuentra en tercer lugar, lo cual no concuerda con la Encuesta Nacional de Violencia contra la mujer en el 2005, la cual la ubica en 4to lugar, detrás de la violencia sexual, en cuanto a la violencia sexual en el estudio se presentó en 4to lugar en frecuencia, lo cual no concuerda con la Encuesta Nacional de Violencia contra la mujer en el 2005, la cual la ubica en 3er lugar.

De acuerdo a factores sociodemográficos en este estudio se encontró que es más frecuente en mujeres casadas, con menor nivel socioeconómico, con menor escolaridad, lo cual concuerda con el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005.

Respecto a la identidad del agresor, los resultados de este estudio mostraron que la violencia perpetrada por el esposo o cónyuge se presentó en 74%, lo cual concuerda en primer lugar con el 73.6% del estudio de investigación de violencia intrafamiliar en una muestra de mujeres habitantes del sureste mexicano, derechohabientes del IMSS, publicado en el 2008 en la Rev Biomed, en segundo lugar como agresor se encontró en este estudio al padre con un 14%, en tercer lugar al hijo con un 11%.

De los 138 pacientes estudiados, 95 pacientes (69%) han sufrido por lo menos alguna forma de violencia intrafamiliar y 43 pacientes (31%) no han sufrido ninguna forma de violencia intrafamiliar

(Ver tabla 1 y gráfica 1)

De acuerdo a la población con violencia intrafamiliar que es de 95 pacientes, se tiene que la violencia psicológica como único tipo de violencia se encontró en 47 pacientes (49%), violencia psicológica + física en 23 pacientes (25%), violencia psicológica + económica 5 pacientes (5%), violencia psicológica + sexual en 0 pacientes (0%), violencia psicológica + física + económica en 14 pacientes (15%), violencia psicológica + física + económica + sexual en 6 pacientes (6%).

(Ver tabla 2 y gráfica 2)

En cuanto al tipo de violencia por grupos de edad, de los 138 pacientes se encontró que algunos presentan más de un tipo de violencia intrafamiliar, por lo que los resultados son los siguientes:

A) Del grupo de 20 a 29 años, fueron un total de 26 pacientes, de los cuales se encontró violencia Psicológica en 21 pacientes (51%), violencia física en 7 pacientes (17%), violencia sexual en 1 paciente (3%), violencia económica en 4 pacientes (10%) y no se encontró ningún tipo de violencia en 8 pacientes (19%).

B) Del grupo de 30 a 39 años, fueron un total de 41 pacientes, de los cuales se encontró violencia psicológica en 28 pacientes (43%), violencia física en 14 pacientes (21.5%), violencia sexual en 3 pacientes (4.6%), violencia económica en 8 pacientes (12.3%) y no se encontró ningún tipo de violencia en 12 pacientes (18.4%).

C) Del grupo de 40 a 49 años, fueron un total de 36 pacientes, de los cuales se encontró violencia psicológica en 26 pacientes (44%), violencia física en 12 pacientes (20.3%), violencia sexual en 2 pacientes (3.3%), violencia económica en 9 pacientes (15.2%) y no se encontró ningún tipo de violencia en 10 pacientes (16.9%).

D) Del grupo de 50 a 59 años, fueron un total de 35 pacientes, de los cuales se encontró violencia psicológica en 19 pacientes (41%), violencia física en 10 pacientes (21.7%), violencia sexual en 0 pacientes (0%), violencia económica en 4 pacientes (8.6%) y no se encontró ningún tipo de violencia en 13 pacientes (28.2%).

(Ver tabla 3 y gráfica 3)

De acuerdo con el parentesco de los sujetos que ejercen la violencia en la mujer se obtuvo como resultado de los 138 pacientes, solo 95 encuestadas sufrieron alguna forma de violencia, de los cuales tuvieron como agresor a el esposo en 71 pacientes (74%), el padre en 13 pacientes (14%), el Hijo en 10 pacientes (11%) y el hermano en 1 paciente (1%).

(Ver tabla 4 y gráfica 4)

En cuanto a la ocupación de las mujeres con violencia intrafamiliar, se obtuvo como resultado de los 138 pacientes estudiadas, solo 95 encuestadas resultaron con violencia intrafamiliar, de las cuales 51 pacientes (54%) son solo amas de casa, 4 pacientes (5%) son solo estudiantes, 18 pacientes (19%) solo trabajan y en 21 pacientes (22%) trabajan y son amas de casa.

(Ver tabla 5 y gráfica 5)

En cuanto al estado civil de los pacientes se obtuvo los resultados siguientes, de los 138 pacientes estudiados, solo 95 encuestadas resultaron con violencia intrafamiliar, de los cuales 48 pacientes (51%) se encuentran casadas,

divorciados o separados 7 pacientes (8%), solteras 10 pacientes (11%), en unión libre 26 pacientes (27%) y viudas en 3 pacientes (3%).

(Ver tabla 6 y gráfica 6)

De los 138 pacientes estudiados de mi población, se tiene que 62 pacientes (45%) resultaron con depresión leve, 26 pacientes (19%) resultaron con depresión moderada, 4 pacientes (3%) resultaron con depresión severa y en 46 pacientes (33%) no se encontró ningún grado de depresión.

(Ver tabla 7 y gráfica 7)

Del total de la población estudiada, de acuerdo al grado de depresión por grupo de edad, se obtuvieron los siguientes resultados:

A) Del grupo de 20 a 29 años, fueron un total de 26 pacientes, de los cuales 14 pacientes (53.84%) resulto con depresión leve, 3 pacientes (11.5%) resulto con depresión moderada, 0 pacientes (0%) con depresión severa y 9 pacientes (34.6%) sin ningún grado de depresión.

B) Del grupo de 30 a 39 años, fueron un total de 41 pacientes, de los cuales 20 pacientes (48.78%) resulto con depresión leve, 8 pacientes (19.51%) resultaron con depresión moderada, 1 paciente (2.43%) resulto con depresión severa y 13 pacientes (31.70%) resulto sin ningún grado de depresión.

C) Del grupo de 40 a 49 años fue un total de 36 pacientes, de los cuales 12 pacientes (33.33%) resultaron con depresión leve, 8 pacientes (22.22%) resultaron con depresión moderada, 3 pacientes (8.33%) resultaron con depresión severa y 11 pacientes (30.55%) resultaron con ningún grado de depresión.

D) Del grupo de 50 a 59 años fueron 35 pacientes, de los cuales 16 pacientes (45.71%) resultaron con depresión leve, 8 pacientes (22.85%) resultaron con depresión moderada, 0 pacientes (0%) resultaron con depresión severa y 11 pacientes (31.42%) resultaron sin ningún grado de depresión.

(Ver tabla 8 y gráfica 8)

Se encontró 115 (83%) pacientes con violencia intrafamiliar y/o depresión y 23 (17%) pacientes sin violencia intrafamiliar, ni depresión.

(Ver tabla 9 y gráfica 9)

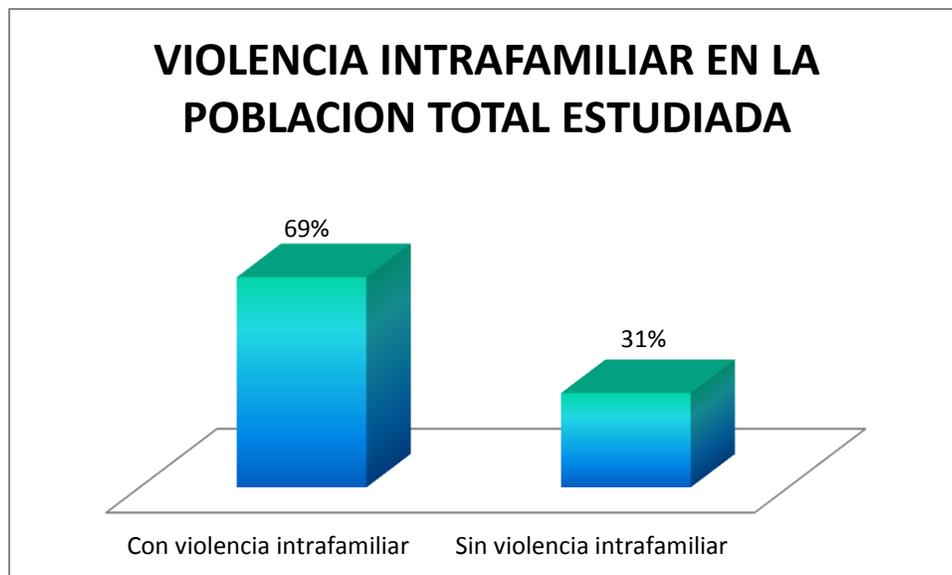
XI. TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1: Violencia intrafamiliar en la población total estudiada.

	Con violencia intrafamiliar	Sin violencia intrafamiliar
Número de pacientes	95 (69%)	43 (31%)

Fuente: Cuestionario de la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social de violencia intrafamiliar.

GRÁFICA 1: Violencia intrafamiliar en la población total estudiada.



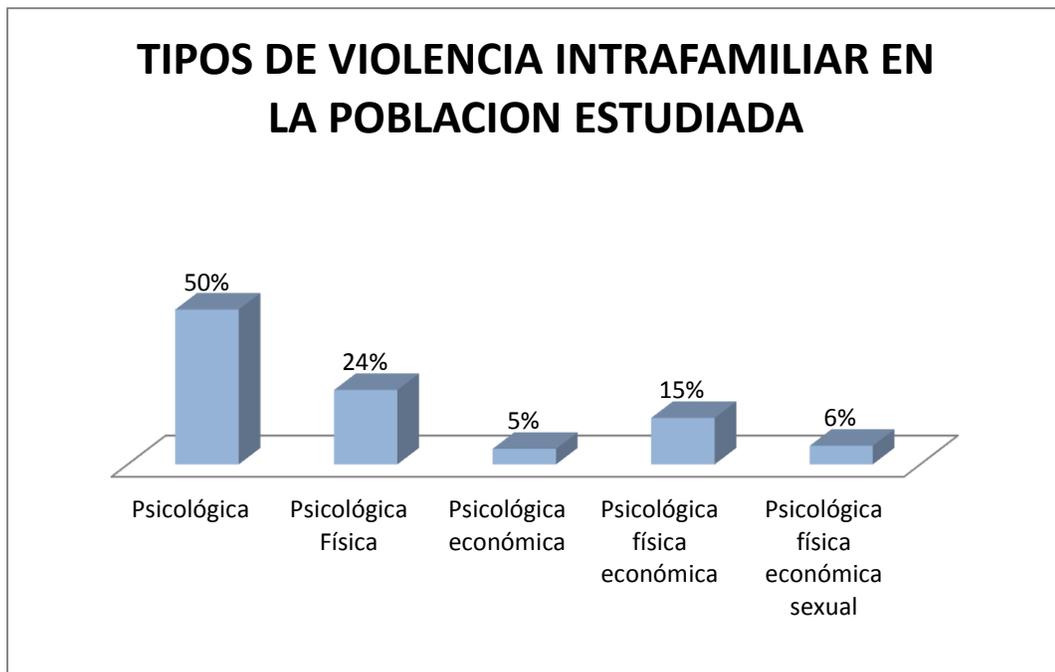
Fuente: Tabla 1

TABLA 2: Tipos de violencia intrafamiliar en la población estudiada.

	Psicológica	Psicológica Física	Psicológica económica	Psicológica física económica	Psicológica física económica sexual
Numero de pacientes	47 (50%)	23 (24%)	5 (5%)	14 (15%)	6 (6%)

Fuente: cuestionario de la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social de violencia intrafamiliar.

GRÁFICA 2: Tipos de violencia intrafamiliar en la población estudiada



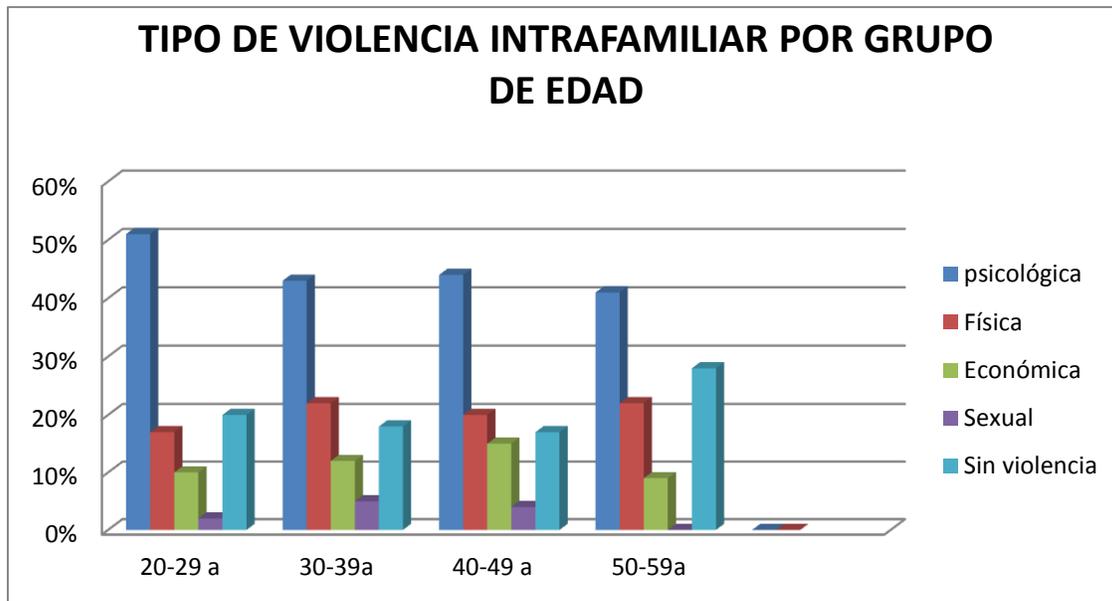
Fuente: Tabla 2

TABLA 3: Tipos de violencia intrafamiliar por grupo de edad.

Intervalo de edad en años	Violencia psicológica	Violencia física	Violencia económica	Violencia sexual	Sin violencia
20 a 29	21 (51%)	7 (17%)	4 (10%)	1 (2%)	8 (20%)
30 a 39	28 (43%)	14 (22%)	8 (12%)	3 (5%)	12 (18%)
40 a 49	26 (44%)	12 (20%)	9 (15%)	2 (4%)	10 (17%)
50 a 59	19 (41%)	10 (22%)	4 (9%)	0 (0%)	13 (28%)

Fuente: Cuestionario de la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social de violencia intrafamiliar

GRÁFICA 3: Tipos de violencia intrafamiliar por grupo de edad.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4: Parentesco de los sujetos que ejercen la violencia en la mujer de la población con violencia intrafamiliar.

	Esposo	Padre	Hijo	Hermano
Número de pacientes	71 (74%)	13 (14%)	10 (11%)	1 (1%)

Fuente: cuestionario de la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social de violencia intrafamiliar.

GRÁFICA 4: Parentesco de los sujetos que ejercen la violencia en la mujer de la población con violencia intrafamiliar.



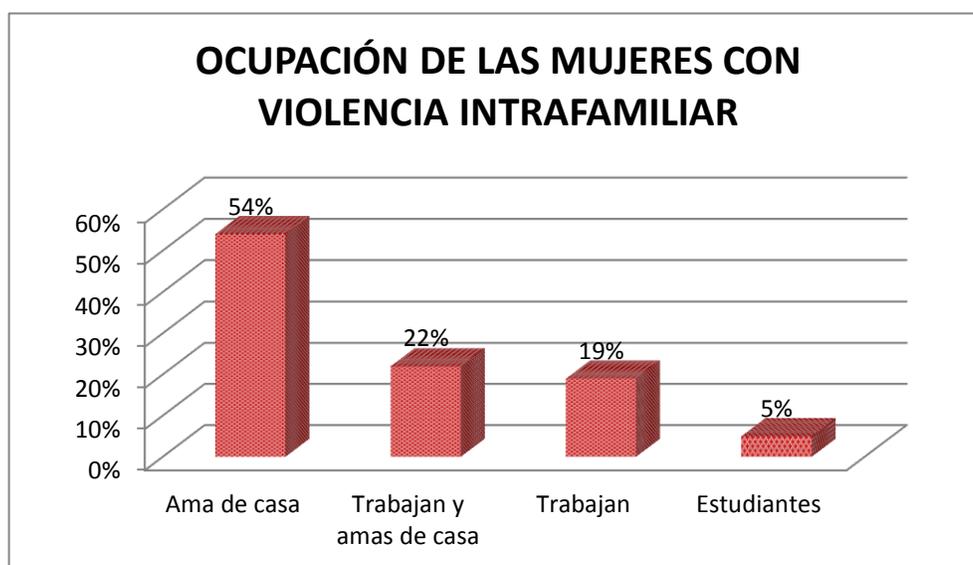
Fuente: tabla 4

TABLA 5: Ocupación de las mujeres con violencia intrafamiliar.

	Ama de casa	Trabajan y amas de casa	Trabajan	Estudiantes
Número de pacientes	51 (54%)	21 (22%)	18 (19%)	4 (5%)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

GRÁFICA 5: Ocupación de las mujeres con violencia intrafamiliar



Fuente: Tabla 5

TABLA 6: Estado civil de las pacientes con violencia intrafamiliar.

	Casadas	Unión libre	Solteras	Separadas	Viudas
Número de pacientes	48 (51%)	26 (27%)	10 (11%)	7 (8%)	3 (3%)

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

GRÁFICA 6: Estado civil de las pacientes con violencia intrafamiliar.



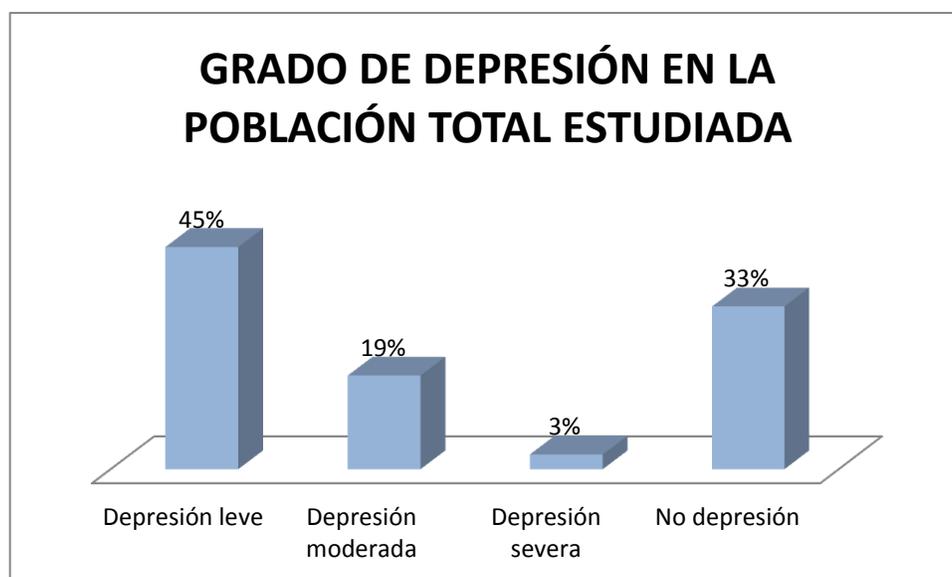
Fuente: Tabla 6

TABLA 7: Grado de depresión en la población total estudiada:

	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	No depresión
Número de pacientes (138)	62 (45%)	26 (19%)	4 (3%)	46 (33%)

Fuente: Test de Zung

GRÁFICA 7: Grado de depresión en la población total estudiada:



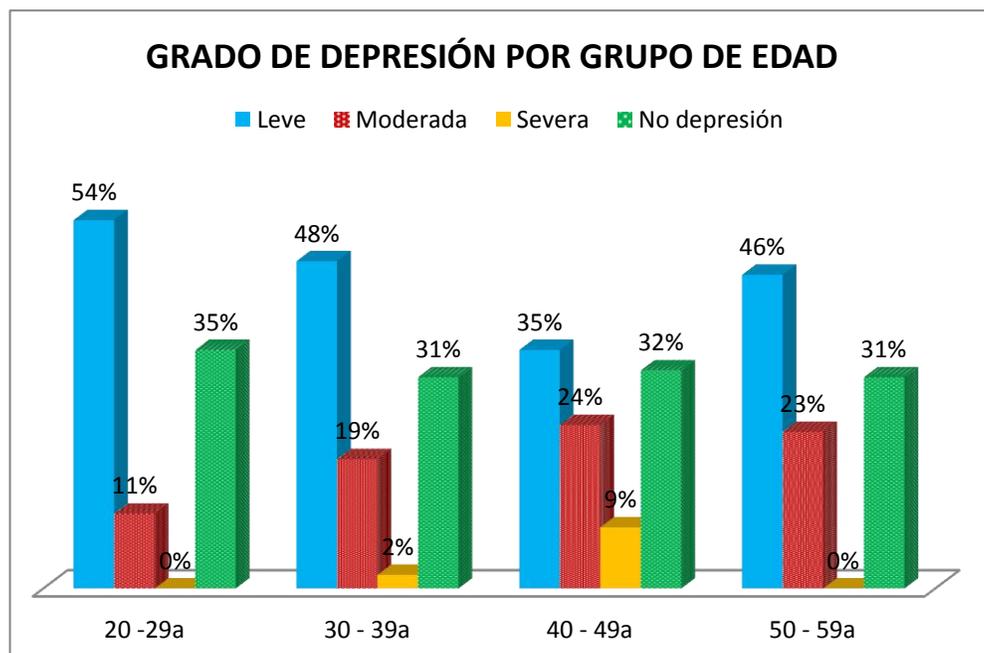
Fuente: Tabla 7.

TABLA 8: Total de la población estudiada, de acuerdo al grado de depresión por grupo de edad.

Intervalo de edad en años	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Ningún grado de depresión
20 – 29	14 (54%)	3 (11%)	0 (0%)	9 (35%)
30 – 39	20 (48%)	8 (19%)	1 (2%)	13 (31%)
40 – 49	12 (35%)	8 (24%)	3 (9%)	11 (32%)
50 – 59	16 (46%)	8 (23%)	0 (0%)	11 (31%)

Fuente test de Zung

GRÁFICA 8: Del total de la población estudiada, de acuerdo al grado de depresión por grupo de edad.



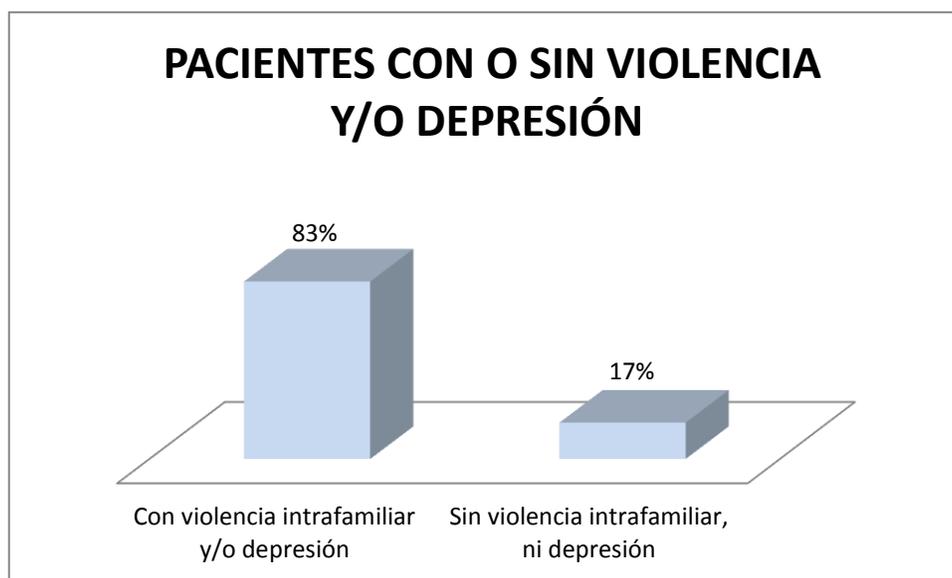
Fuente: Tabla 8

TABLA 9: Pacientes con violencia intrafamiliar y/o depresión y pacientes sin violencia intrafamiliar, ni depresión.

	Con violencia intrafamiliar y/o depresión	Sin violencia intrafamiliar, ni depresión
Número de pacientes	115 (83%)	23 (17%)

Fuente: Test de Zung y cuestionario de la secretaria de salud y consejo estatal de la Mujer y Bienestar social de violencia intrafamiliar.

GRÁFICA 9: Pacientes con violencia intrafamiliar y/o depresión y pacientes sin violencia intrafamiliar, ni depresión.



Fuente: Tabla 9

XII. CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos en este estudio nos demostraron que la violencia intrafamiliar Psicológico y la depresión leve fueron las más frecuentes, por lo que se cumple la hipótesis.

En cuanto al grado de depresión por grupo de edad, la depresión leve es más frecuente en mujeres de 20 a 39 años de edad, la depresión moderada y severa es más frecuente en el grupo de 40 a 49 años.

El hallazgo de que la depresión se presentó en una alta frecuencia, en las pacientes que sufren violencia familiar, hace evidente el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer. Además el maltrato en el hogar también se presentó en gran cantidad de pacientes sin padecer depresión al momento de efectuarse el estudio, este hecho sugiere que dichas mujeres podrían pertenecer a un grupo de riesgo para padecer depresión en un futuro.

De acuerdo al parentesco de las pacientes que sufren la violencia, un hecho trascendente corresponde a que, en un alto porcentaje de los casos, el perpetrador del maltrato fue la pareja de la víctima.

En cuanto a la ocupación de las mujeres que sufren de violencia intrafamiliar, el ser ama de casa es la ocupación más frecuente.

En cuanto al estado civil las mujeres casadas son las que sufren más formas de violencia intrafamiliar, seguida de parejas en unión libre y solteras.

También se encontró en relación a la escolaridad que la violencia intrafamiliar es más frecuente en mujeres con escolaridad más baja, aunque también se presento violencia intrafamiliar en mujeres profesionistas o con carreras técnicas, pero en una baja frecuencia. Además las mujeres que sufren de violencia intrafamiliar en una frecuencia del 60% han hablado con alguien sobre su problema de violencia, en primer lugar con una amiga en un 52%, seguida de la mama en un 24%. También es importante que de las pacientes que sufren de violencia intrafamiliar en este estudio, un 81% no denuncien a su agresor. En cuanto a los servicios en donde acudir en caso de violencia, el DIF y el ministerio público son los sitios más conocidos para denunciar casos de violencia de acuerdo a los resultados del estudio. Aunque es importante mencionar que en un 15% de la población estudiada no conoce ningún servicio a dónde acudir en caso de violencia intrafamiliar.

En su conjunto, estos resultados proporcionan información relevante que indican la urgente necesidad de atender la violencia doméstica, la cual repercute en la salud mental de todos los individuos que integran a la familia. Por esta razón, es conveniente investigar, en aquellas mujeres que acuden a solicitar atención médica por trastorno depresivo, la existencia de antecedentes de violencia intrafamiliar, para que puedan ser canalizadas a las dependencias que brindan

apoyo especializado contra la violencia de género, en donde recibirían la orientación necesaria para la resolución de esta problemática y continuar como médicos de familia un seguimiento estrecho en estas pacientes.

XIII. RECOMENDACIONES

Siendo que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública muy frecuente en nuestra sociedad, además de que se relación con gran frecuencia con trastornos depresivos, que afectan tanto a la mujer como al núcleo familiar, se tiene las siguientes recomendaciones para poder identificar a tiempo casos de violencia intrafamiliar y disminuir su impacto general en nuestra población:

Se sugiere que el médico especialista en medicina familiar investigue más en las pacientes femeninas que acuden a la consulta en forma frecuente por patologías que sugieran un problema psicosomático de fondo, como por ejemplo, mujeres que acuden por cefaleas frecuentes, cuadros repetitivos de colitis, así como trastornos depresivos o de ansiedad.

Una vez identificado una patología psicosomática el médico familiar debe de orientar y ofrecer una explicación clara sobre su padecimiento y etiología, así como su relación con algún problema en su hogar o con su pareja, o alguna situación que le esté generando estrés.

En caso de encontrar una situación de violencia intrafamiliar, se sugiere interrogar sobre depresión por medio de algún test o por medio del DSM IV de depresión, y de acuerdo a los resultados se recomienda dar un seguimiento y tratamiento conjunto e integral con todo el equipo multidisciplinario, en donde el médico familiar de un seguimiento en forma conjunta con psicología y/psiquiatría de estas pacientes, así como trabajo social.

Formar un grupo de autoayuda de las pacientes con violencia intrafamiliar, realizar actividades educativas, como talleres, pláticas de orientación sobre violencia intrafamiliar, de tal manera que podamos concientizar y orientar de una mejor forma a nuestra población femenina sobre este delicado tema, y que ellas mismas tomen sus decisiones sobre sus problemas de violencia intrafamiliar.

Además es de vital importancia incluir en estas sesiones al agresor directo, así como al núcleo familiar para que se involucren en la problemática existente y se logre concientizar el problema de violencia como algo anormal.

Se sugiere también dar orientación e información sobre centros de apoyo de violencia intrafamiliar tanto institucionales, como extrainstitucionales para apoyo a la mujer con violencia.

Se recomienda en estas pacientes utilizar de primera instancia una terapia individual, posteriormente una terapia de pareja o una terapia familiar, dependiendo del agresor, para poder tener un mejor resultado y por ende poder ayudar a nuestros pacientes y sus familias a tener una mejor calidad de vida.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Amor P, Mujeres víctimas de maltrato doméstico, 2005. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, (C) Juan del Rosal, 10, 28040 Madrid (España),
- 2.- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- 3.- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005
- 4.- Campbell J. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet 2002; 359:1331-1336.
- 5.- Medina M, Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública Mex 2005; 47: 8-21.
- 6.- Castillo R, "Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles, Rev Biomed 2008; 19:128-136.
- 7.- Saucedo J. Violencia intrafamiliar y sexual. Gac Med Mex 2006 p 135:259-74.
- 8.- Rev Fac Med UNAM Vol.45 No.6 Noviembre-Diciembre, 2005. Violencia contra la mujer.
- 9.- García C, Violencia contra la mujer Género y equidad, Organización panamericana de la salud 2005.
- 10.- González M. Aspectos legales de la violencia familiar desde una perspectiva de género, memorias de la jornada estatal para prevenir y sancionar la violencia familiar, Querétaro México 2007.
- 11.- Medina M, Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Salud Pública Mex 2005; p 47: 8-21.
- 12.- Coker A, Physical Health Consequences of Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med 2000; 9:451-457.
- 13.- Sarquis C.; introducción al Estudio de la Pareja Humana, Facultad de Ciencias Sociales; Ediciones Universidad Católica de Chile, Segunda Edición, 2006, Págs. 111-119.

- 14.-Echeburúa E, Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Rev de Psicopatología y Psicología Clínica* 2005;2:7-19.
15. Goldman H. *Psiquiatría General* 3ra. Edición, editorial el manual moderno, SA. De C.V México D.F. 2005.
- 16.-Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciónes clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud 2007.
- 17.- Fancher T, In the clinic Depression. *Ann Intern Med.* 2007; 146
- 18.- Blehar M, Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 2005; 3:3-12
- 19.- Shelton RC. The molecular neurobiology of depression *Psychiatr Clin North Am*, 2007; 30:1-11.
20. Denporal AS, *Psicoterapia de la depresión*. Edit Paidós México 2008.
21. Kaplan HI. Sinopsis de psiquiatría, creencias de la conducta psiquiatría clínica, 8va edición, editorial panamericana 2008, p. 593-609.
- 22.- Conde V, Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de zung. *Arch Neurobiol* 2005: 185-206.
23. Frank E,. Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 2008; 29:457-75.
24. Lebowitz BD, Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 2007; 278:1186-90
- 25.Kohn R, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, *et al*. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 18:229-40.
26. The Laurence Review of Natural Products Facts and comparisons. Missouri, U.S.A 2006.
27. Valle J, *Natural therapeutics pocket Guide*, 2da edición. Ohio, U.S.A 2007.
28. López V, *Depresión en mujeres maltratadas por el cónyuge*, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Universidad Mariano Gálvez 2005.

29. Kaplan H, Compendio de Psiquiatria 3ra Edición. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España 2005.

30. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 2da reimpresión. México D.F. Masson, S.A. 2006.

XV. ANEXOS:

ANEXO I. CUESTIONARIO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- 1 ¿Recibes insultos o humillaciones?
- 2 ¿Te critican en tu forma de ser?
- 3 ¿Te dicen que todo lo haces mal?
- 4 ¿Te rechazan?
- 5 ¿Te comparan constantemente?
- 6 ¿Te engañan?
- 7 ¿No permiten que salgas libremente?
- 8 ¿Te amenazan con hacerte daño, lastimarte o usar un arma contra ti?
- 9 ¿Recibes golpes, jalones, empujones o patadas?
- 10 ¿Invaden tu espacio físico?
- 11 ¿Vives en un ambiente hostil, de enojo, de tensión continua?
- 12 ¿Te imponen de manera verbal y/o física ideas o actos sexuales que tu no deseas?
- 13 ¿Te tocan tu cuerpo, penetran, exponen tus genitales y/o te espían?
- 14 ¿Realizan pornografía contigo?
- 15 ¿Se adueñan de todas tus finanzas?
- 16 ¿Te obligan a dar detalle de todo lo que gastas aún cuando es tu dinero?
- 17 ¿Destruyen tus objetivos personales o afectivos?
- 18 ¿No te toman en cuenta para ser participe de los bienes familiares?
- 19 ¿Te limitan en dinero, alimento, vestido, calzado?
- 20 ¿No se invierte en tu salud?
- 21 ¿Te obligan a pedir dinero?
- 22 ¿No te permiten tener una actividad remunerada?

Si tu respuesta es si en alguna de las preguntas de la 1 a 7 vives en violencia psicológica.

Si tu respuesta es si en alguna de las preguntas de la 8 a la 11 vives en violencia física.

Si tu respuesta es si en alguna de las preguntas de la 12 a la 14 vives en violencia sexual.

Si tu respuesta es si en las preguntas de la 15 a la 22 vives en violencia económica.

ANEXO II. TEST DE ZUNG

Escala de evaluación de Zung (para depresión)

- A. Muy poco tiempo/Muy pocas veces/Raramente
- B. Algún tiempo/Algunas veces/De vez en cuando
- C. Gran parte del tiempo/Muchas veces/Frecuentemente
- D. Casi siempre/Siempre/Casi todo el tiempo

	A	B	C	D
1 Me siento triste y deprimido/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ahora tengo tanto apetito que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Todavía me siento atraído/a por el sexo opuesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Creo que estoy adelgazando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Estoy estreñado/a (constipado/a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tengo palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Me canso por cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Mi cabeza esta tan despejada como antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Tengo esperanza y confianza en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Me siento mas irritable que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Encuentro fácil toma de decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 17 Me creo útil y necesario para la gente.
- 18 Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.
- 19 Creo que sería mejor para los demás que me muriera
- 20 Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

INTERPRETACIÓN

<35: No Depresión

36-51: Depresión leve

52-67: Depresión moderada

>67: Depresión grave

ANEXO III. CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

- 1 ¿ Edad?
- 2 ¿ Estado civil?
 - A) Soltera
 - B) casada
 - C) Viuda
 - D) Unión libre
 - E) Separada o divorciada
- 3 ¿ Tiene alguna ocupación actualmente?
 - a) Si
 - b) No
- 4 ¿Cuál es su ocupación (a que se dedica principalmente)?
 - A) Estudio
 - B) Estudio y me dedico al hogar
 - C) Estudio y trabajo
 - D) Trabajo y soy ama de casa
 - E) Trabajo sólo como ama de casa
 - F) Sólo trabajo
- 5 ¿ Considera a la violencia intrafamiliar como algo natural?
 - A) SI
 - B) No
- 6 ¿ Ha recibido alguna forma de violencia por algún miembro de la familia?
 - A) Si
 - B) No
- 7 ¿ De parte de quién ha recibido esta violencia?
 - A) Padre
 - B) Madre
 - C) Esposo
 - D) Hijo
 - E) Hija
 - F) Otros, ¿quién? _____
- 8 ¿ El agresor se encontraba bajo los efectos del alcohol o una droga?
 - A) Si
 - B) No
 - C) A veces
- 9 ¿ Cuándo a sufrido de agresiones ha hablado con algún familiar?
 - A) SI
 - B) NO
- 10 ¿ Con quien ha hablado?
 - A) Amiga
 - B) Madre
 - C) padre
 - D) Hijo
 - E) Hija
 - F) Otro, ¿quién? _____

11 ¿Ha utilizado algún servicio de salud a causa de esta violencia?

- A) No ha utilizado ninguno
- B) IMSS
- C) Centro de salud
- D) Hospital SSA
- E) DIF

12 ¿Ante quien ha denunciado la violencia?

- A) Ministerio publico
- B) DIF
- C) No ha denunciado
- D) Presidencia municipal
- E) Ministerio publico y DIF

13 ¿Conoce usted algún servicio en la comunidad en donde acudir en caso de violencia?

- A) Ministerio publico
- B) DIF
- C) Delegación
- D) Presidencia municipal
- E) Instituto de la Mujer del Estado de México
- F) No conoce ninguno.

ANEXO IV

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"ASOCIACION DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESION EN MUJERES DE 20 – 59 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE LA UMF 220 DEL IMSS TOLUCA, 2011-2012"
Patrocinador externo (si aplica):	NO
Lugar y fecha:	TOLUCA, ESTADO DE MEXICO, 2011-2012
Número de registro:	2011-
Justificación y objetivo del estudio:	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES QUE SUFREN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESION, YA QUE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR ES CONSIDERADO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA QUE NO RESPETA EDAD, NI CONDICION SOCIOECONOMICA.
Procedimientos:	SE PROCEDERA A APLICAR TEST PARA IDENTIFICAR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESION, ASI COMO UN CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	EN CASO DE PADECER ALGUNA FORMA DE VIOLENCIA Y DEPRESION SE CANALIZARA CON EL SERVICIO CORRESPONDIENTE, ASI COMO DARLE UN SEGUIMIENTO POR LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SE DARA INFORMACION DE LOS RESULTADOS POSTERIOR A TERMINAR LOS TEST Y SE EXPLICARA ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO
Participación o retiro:	NO APLICA
Privacidad y confidencialidad:	PRIVADO Y CONFIDENCIAL

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): NO APLICA

Beneficios al término del estudio: IDENTIFICAR PROBLEMAS DE VIOLENCIA Y DEPRESION

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: JOSE JUAN VAZQUEZ CONTRERAS

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

