



11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DELEGACION 4 SURESTE DISTRITO FEDERAL

DEPRESION EN MUJERES CON VIOLENCIA FISICA
CONYUGAL

TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. MARIBEL VERASTEGUI RODRIGUEZ

0352212

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER MEJIA AGUILERA.
ASESOR METODOLOGICO: DR. ERNESTO VADILLO ORTEGA



MEXICO, D. F. ENERO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACION



DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
* DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"



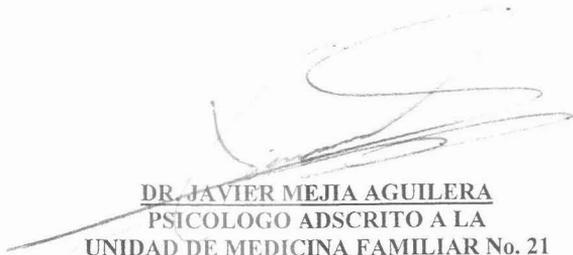
UBDI
FACI



DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

*POR AUSENCIA DEL DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ.
JEFE DE EDUCACION MÉDICA.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

ASESORES DE LA TESIS



DR. JAVIER MEJIA AGUILERA
PSICOLOGO ADSCRITO A LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21
ASESOR DE TESIS



DR. ERNESTO VADILLO ORTEGA
CARDIOLOGO ADSCRITO AL HGZ No. 30
ASESOR METODOLOGICO

ÍNDICE GENERAL

1. Portada.....	1
2. Dedicatorias agradecimientos.....	2
3. Autorización.....	3
4. Asesores de la tesis.....	4
5. Índice.....	5
6. Resumen... ..	6
7. Introducción.....	7
8. Hipótesis.....	16
9. Objetivos.....	17
10. Material y métodos.....	18
11. Diseño Estadístico.....	23
12. Ética.....	25
13. Resultados.....	26
14. Discusión.....	38
15. Sugerencias.....	40
16. Bibliografía.....	41
17. Anexos.....	45

DEPRESION EN MUJERES CON VIOLENCIA FISICA CONYUGAL

**Asesor de Tesis: Dr. Javier Mejia Aguilera, Asesor Metodológico:
Dr. Ernesto Vadillo Ortega. UMF 21 Francisco del Paso y Troncoso.**

Introducción: La OMS define a la violencia como: "El uso intencional de la Fuerza Física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, Grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables Lesiones físicas, Daños psicológicos, alteraciones del desarrollo abandono e incluso La muerte. "(1).Violencia en la pareja: Son todas aquellas agresiones Que se Producen en el ámbito privado en que el agresor, generalmente Varón, tiene una relación de pareja con la víctima.

Las formas de violencia son: Física, Psicológica, Sexual. En una revisión de estudios realizados en Canadá y EEUU (1985-98), se encontró una prevalencia de 25-30 % de violencia por parte de la pareja.

Objetivos: conocer la prevalencia y severidad de la depresión en la mujer que padece de Violencia física conyugal e identificar características sociodemográficas de las mujeres agredidas, las complicaciones asociadas y las características de la pareja agresora, La prevalencia de violencia física conyugal en la UMF 21.

Material y métodos: se realizo un estudio transversal, Observacional, descriptivo, prospectivo En lo que respecta a la metodología. Se realizaron Entrevistas a mujeres de 20 a 59 años de edad pertenecientes a la UMF 21. Y para conocer la prevalencia y el grado de depresión se les realizo a todas ellas el cuestionario de la escala de Beck.

Resultados: se encontró una mayor frecuencia de depresión entre las mujeres que padecieron violencia en relación a las que no la padecieron. 44 de 141 31 % del total de la muestra se encontraban deprimidas.

Conclusiones: se estableció que La violencia física conyugal es un problema con consecuencias a nivel de la salud mental, y con consecuencias mortales como son los suicidios. Por lo que es importante conocer las características de los sujetos agresores para así poder intervenir a tiempo y evitar una relación patológica.

INTRODUCCION

La OMS define la violencia como: "El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte. " La OMS incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos. (1)

Violencia en la pareja: Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima.

Las siguientes son formas de violencia:

Física: Lesiones corporales infringidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.

Psicológica: Humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones.

Sexual: Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación. (2, 3, 4,5).

La etiología de la violencia en la pareja es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares, trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y drogas, y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de violencia en la pareja. (6, 7,8).

En una reciente encuesta realizada en Francia (ENVEF-2000) (9). De la que se conocen los resultados preliminares encontraron que un 10 % de las mujeres encuestadas sufrían en ese momento de violencia en la pareja.

En México, se han desarrollado los criterios para la atención de la violencia familiar a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999.

En EEUU los estudios de prevalencia de violencia en la pareja varían dependiendo de la fuente de los datos y la definición de violencia (10, 11,12). En una revisión de estudios realizados en Canadá y EEUU (1985-98), mediante encuesta con base poblacional, encuentran una prevalencia de 25-30 % de violencia por parte de la pareja. (13)

La mayoría de mujeres pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que se denuncia el hecho.

Son Causas de la demora en la denuncia de la violencia:

1. Esperanza en que la situación cambie
2. Miedo a represalias en ellas o en sus hijos
3. Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa
4. Tolerancia a los comportamientos violentos
5. Dependencia de la mujer respecto a su pareja: psicológica y económica
6. Situación psicológica de la mujer
7. Sentimientos de ambivalencia o inseguridad
8. Miedo al aparato judicial
9. No saber a quien dirigirse o a que servicios acudir
10. Falta de apoyo familiar, social o económico

Son factores de riesgo para ser mujer maltratada:

1. Vivencia de violencia en la pareja en su familia de origen
2. Bajo nivel cultural
3. Bajo nivel socioeconómico
4. Aislamiento psicológico y social
5. Baja autoestima
6. Sumisión y dependencia
7. Embarazo
8. Desequilibrio de poder en la pareja
9. Consumo de alcohol o drogas

Factores de riesgo para ser hombre maltratador

1. Experiencia de violencia en su familia de origen *
2. Alcoholismo *
3. Desempleo o empleo intermitente *
4. Pobreza, dificultades económicas
5. Hombres violentos, controladores y posesivos
6. Baja autoestima
7. Concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer
8. Aislamiento social (sin amigos ni confidentes)
9. Vida centrada exclusivamente en la familia
10. Hombres que arreglan sus dificultades con violencia y culpan a otros de la pérdida de control
11. Trastornos psicopatológicos

* Estos tres factores son los más claramente relacionados con conductas maltratantes en algunos estudios.

Hay estudios que han investigado la frecuencia con la que las víctimas de abusos consultan al médico de familia y cuando el médico identifica el maltrato. Solo en un 28 % de los casos en un estudio y un 40 % en otro se identificaba el abuso. (14, 15,16)

El cuadro clínico es el siguiente:

Físicos: Heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización, demora en la solicitud de atención.

Psíquicos: Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.

Actitudes de la víctima: Temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder a preguntas, o a dejarse a explorar, incapacidad para tomar decisiones.

Estado emocional: Tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema. Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación, intentando banalizar los hechos: debe entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

Otros síntomas: Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, dolor abdominal, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos,

hiperfrecuentación, ausentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc.

Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida. (17,18)

Esto contribuye a aumentar las complicaciones de la víctima.

El Diagnóstico es clínico, caracterizado por la sintomatología arriba descrita, y lesiones como equimosis en alguna región del cuerpo, con discrepancia entre la descripción del accidente y las lesiones, nerviosismo, temor, mirada insistente hacia su pareja.

Las consecuencias son: a nivel físico: lesiones de todo tipo, traumatismos, heridas, quemaduras, relaciones sexuales forzadas, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y abortos, muerte. (19,20,21)

A nivel psicológico:

- ❖ Trastornos por estrés pos traumático
- ❖ Ansiedad
- ❖ Depresión
- ❖ Intentos de suicidio
- ❖ Abuso del alcohol, drogas y los psicofármacos
- ❖ Trastornos por somatización
- ❖ Disfunciones sexuales
- ❖ Uso de la violencia con sus propios hijos.

A nivel social: aislamiento social.

Las consecuencias en los hijos son las siguientes:

Riesgo de alteración de su desarrollo integral

Sentimientos de amenaza, (su equilibrio emocional y su salud física en peligro ante la vivencia de escenas de violencia y tensión)

Dificultades de aprendizaje

Dificultades en la socialización

Adopción de comportamientos violentos con los compañeros

Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios

Con frecuencia son víctimas de maltrato por el padre o la madre a largo plazo. (22,23,24,25)

Las consecuencias para el agresor son las siguientes:

Incapacidad para vivir una intimidad gratificante con su pareja

Riesgo de pérdida de esposa e hijos

Riesgo de detención y condena

Aislamiento y pérdida de reconocimiento social

Sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento

Rechazo familiar y social

Dificultad para pedir ayuda psicológica o psiquiátrica

Varios estudios con base poblacional (26) encuentran asociación positiva entre la experiencia de malos tratos y los problemas de salud mental como depresión, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, insomnio y quejas somáticas, aunque no hay estudios concluyentes sobre psicopatología previa y posterior a la vivencia de violencia en la pareja.

La Depresión se define como una enfermedad que afecta al organismo, el ánimo, la manera de pensar, alteraciones del sueño, el apetito, la autoestima.

Puede durar semanas, meses e incluso años. (27, 28)

En EE.UU. se han realizado estudios que demuestran que cada año aproximadamente 19 millones de personas, uno de cada 10 adultos sufre de depresión. (29)

Las causas son:

- ❖ Factores genéticos
- ❖ Factores bioquímicos
- ❖ El ambiente y otros factores de estrés
- ❖ Otros Factores psicológicos y sociales

De acuerdo a la Escala de Beck esta se clasifica en:

- ❖ Sin Depresión
- ❖ Depresión Leve a Moderada
- ❖ Depresión Severa

Los principales síntomas de la depresión son:

- ❖ Estado de ánimo triste, ansioso.
- ❖ Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- ❖ Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- ❖ Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- ❖ Disminución de energía, fatiga, agotamiento.
- ❖ Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- ❖ Insomnio, despertarse más temprano o dormir más.

- ❖ Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- ❖ Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- ❖ Inquietud e irritabilidad.
- ❖ Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como cefaleas, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Los tratamientos más comúnmente usados para la depresión son los antidepresivos, la psicoterapia o una combinación de ambos. La naturaleza y severidad de la depresión, y hasta cierto punto la preferencia individual, determinaran cual de estas opciones de tratamiento es la apropiada.

Para la depresión leve o moderada, uno o ambos de estos tratamientos pueden ser beneficiosos. Mientras que para la depresión grave o discapacitante se recomienda como primer paso el uso de medicamentos. En el tratamiento combinado, los medicamentos pueden aliviar los síntomas rápidamente, mientras que la psicoterapia le enseña a la persona maneras más eficaces de enfrentar los problemas. (30,31)

El reconocimiento de estos síntomas puede llevarnos a la identificación y tratamiento precoz del maltrato y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros.

El tratamiento de la violencia física conyugal, consiste en otorgar apoyo psicológico e integración a grupos de ayuda de violencia y Penológico para el agresor.

La absolución es la regla general, y la multa la pena por excelencia. (En los juzgados de granada).

La pena de prisión de mayor duración ha sido de 2 años. (32)

El Pronóstico depende del tiempo de evolución y de la disponibilidad de la víctima para salir de la situación.

La violencia de la pareja esta asociada con depresión en mujeres, en estudios realizados en diversas naciones.

En algunos grupos étnicos la agresión es una de las más comunes razones para intentos de suicidio. (33)

La importancia de realizar este estudio es debido a que la violencia física conyugal es muy común en nuestra sociedad. Muy pocos de los casos de violencia llegan a ser denunciados a pesar de la gravedad y de las repercusiones que tienen en la víctima. Entre las complicaciones de la violencia destaca la depresión. La depresión puede ser severa y asociarse a suicidios. La violencia repercute también en los hijos que pueden presenciar estos tipos de actos ocasionándoles múltiples problemas. La importancia de detectar los casos de violencia física conyugal es fundamental para orientar a la paciente sobre la problemática funcional y brindarle los apoyos con los que cuenta la unidad de medicina familiar y evitar consecuencias fatales.

HIPOTESIS

En las mujeres atendidas en la unidad de medicina familiar existe una mayor frecuencia y mayor grado de depresión en las mujeres que padecen violencia física conyugal en comparación a las mujeres que no tienen violencia.

OBJETIVO GENERAL

- ☛ Conocer la prevalencia y severidad de la depresión en la mujer que padece de violencia física conyugal e identificar algunas de sus características Sociodemográficas, complicaciones asociadas y características de la pareja agresora.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

EN LA MUESTRA GENERAL DE MUJERES ESTUDIADAS:

- ☛ Conocer la prevalencia de violencia física conyugal en la UMF 21. y el grado de depresión mediante la aplicación de la escala de Beck.
- ☛ Conocer características sociodemográficas (escolaridad, estado Civil, ocupación).

EN LAS MUJERES SOMETIDAS A VIOLENCIA FÍSICA CONYUGAL

- ☛ Conocer las características sociodemográficas (edad, escolaridad, Ocupación, estado civil).
- ☛ Identificar el grado de depresión (leve o moderado y severo mediante escala de Beck)
- ☛ Identificar la frecuencia con que los hijos presencian los casos de violencia.
- ☛ Conocer la frecuencia con que la mujer denuncia ante las autoridades la violencia.
- ☛ Identificar la frecuencia con que las mujeres reciben atención Médica por la violencia.
- ☛ Determinar la frecuencia de separación previa de la pareja

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO METODOLOGICO

Transversal: Se realizo una sola medición a las variables de una muestra representativa en un periodo único breve y bien delimitado para identificar la presencia de un daño a la salud o de un factor de riesgo.

Observacional: Solo haciendo descripción y midiendo el grado de lo observado sin modificar las variables.

Descriptivo: Se contó con una población a la cual se describió en función del grupo de variables.

Prospectivo: Estudio en el que toda la información se recogió de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta. Y se realizo a partir de la fecha estipulada en adelante.

UNIVERSO DEL TRABAJO

Población Mujeres de 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de la UMF 21 en ambos turnos.

Período de muestreo: periodo comprendido de Marzo 2003 a Diciembre del 2004.

METODO DE MUESTREO

Consecutivo Por conveniencia, al incluir a las mujeres abordadas en las salas de espera de la consulta externa de la unidad familiar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSION

- Mujeres derechohabientes de la UMF 21 que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar.
- Atendidas en ambos turnos.
- Casadas o en unión libre
- De 20 a 59 años de edad.
- Que acepten participar voluntariamente en la encuesta.

TIPO DE MUESTREO

Consecutivo por conveniencia hasta completar la muestra requerida por consultorio y turno que cumpla con los criterios de inclusión.

Muestreo No Probabilístico (muestreo por conveniencia): Porque selecciona a las unidades de estudio que se encuentran disponibles al momento de la recolección de datos. Mujeres de 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de la UMF 21 de ambos turnos, y se les aplicaron encuestas para detectar quienes de ellas presentaron violencia física conyugal.

METODOLOGIA

Se realizaron entrevistas a mujeres de 20 a 59 años de edad pertenecientes a la UMF 21 de ambos turnos. Inicialmente se les pregunto si están de acuerdo en participar voluntariamente.

Se realizaron 80 encuestas en el turno matutino y 80 en el turno vespertino, para un total de 160.

Se incluyeron 3 encuestas aprox. por consultorio.

La encuesta consta de varias partes:

Incluye datos generales de la mujer: edad, ocupación, estado civil, ingresos económicos, escolaridad, hijos con parejas anteriores.

Se interrogo acerca de las características del hombre (edad, ocupación, ingresos económicos, escolaridad y número de unión).

Se interrogo acerca de la presencia de agresión física conyugal. Las siguientes preguntas se aplicaron solo en caso de que existiera violencia. Estas preguntas incluyen tiempo relación con la pareja, presencia de los hijos al ocurrir la violencia, si la mujer ha acudido a denunciar a las autoridades la violencia, antecedente de atención médica por lesiones asociadas a la violencia, antecedentes de intentos de suicidio, antecedentes de separaciones previas e ideas de separación de la pareja.

Además a todas las pacientes se les aplico la escala de depresión de Beck. En un tiempo no mayor a 30 minutos.

Las mujeres se incluyeron en el estudio en el periodo comprendido de Septiembre 2003 a Octubre del 2004. La aplicación de las entrevistas estuvo a cargo de una sola entrevistadora (investigadora).

En todos los casos de detección de agresión se invito a las mujeres a que acudieran a Psicología y Trabajo Social. En caso de depresión no asociada a agresión se les invito a las mujeres a acudir a Psicología.

VARIABLES DE ESTUDIO

Depresión.

Violencia física conyugal

VARIABLES UNIVERSALES: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación.

Hijos con parejas anteriores.	Variable universal	Antecedente de hijos en relaciones previas.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal	0.-no hubo hijos presentes. 1.-si hubo hijos presentes. 9.-no hay violencia
-------------------------------	--------------------	---	--	---------------------	---

VARIABLES	TIPO VARIABLE	DE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	ESCALA DE MEDICION	INDICADORES
Depresión	Variable dependiente		Presencia de estado persistente con perdida de interés y capacidad para disfrutar, falta de vitalidad, perdida de confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.	Grado de depresión determinado a través del cuestionario de Depresión de Beck de 21 reactivos, con cuatro opciones de respuesta por reactivo, de acuerdo a como la mujer se ha sentido en la última semana. El tiempo de aplicación de la escala varía de 5 a 10 minutos.	Cualitativa Ordinal	0.- sin depresión. 1.-presión leve a moderada. 2.-Depresión severa. 0-13 no hay depresión. 14-20 depresión leve o moderada. Más de 20 puntos depresión severa.
Violencia conyugal.	física Variable independiente		Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima.	Se utilizo un cuestionario modificado de violencia intrafamiliar. El cual consta de reactivos.	Cualitativa Binomial.	0.- No 1.-Si

CARACTERISTICAS DE LAS MUJERES

Edad	Variable Universal.		Número de años cumplidos desde el nacimiento.	Se pregunto de manera directa por el cuestionario, la edad cumplida en años actual.	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos. (Numérica). 1.-20-29 2.-30-39 3.-40-49 4.-50-59
Ocupación.	Variable universal		Empleo que desempeña un sujeto	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal.	1.-Hogar 2.-Empleada. 3.-Pensionada
Estado civil	Variable universal		Condición de un individuo en lo que corresponde a sus relaciones con sus	Se pregunto de manera directa por el cuestionario.	Cualitativa nominal	1.-Casada 2.-Union libre
Ingreso Económico Quincenal.	Variable universal	Parejas	Percepción de salario por la mujer o el hombre.	Se efectuó una comparación entre el salario de la mujer y el del hombre, determinando si es superior o no.	Cualitativa nominal	0.-si no es superior el de la mujer. 1.-si es superior el de la mujer. 9.-no trabaja.
Escolaridad	Variable universal		Grado de estudios alcanzado por la mujer hasta el momento.	Se interrogara de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa ordinal	1.-Analfabeta 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Bachillerato 5.-Profesionista 6.-Post grado

VARIABLES DE LOS HOMBRES AGRESORES

Edad	Variable universal	Número de años cumplidos desde el nacimiento.	Se pregunto de manera directa por el cuestionario, la edad cumplida en años actual.	Cuantitativa continua	1.- 25-35 2.- 36-45 3.- 46-55 4.- 56-65 5.- 66-75
Ocupación	Variable universal	Empleo u ocupación desempeñada por el hombre.	Se pregunto de manera directa por el cuestionario.	Cualitativa nominal.	0.- Sin ocupación 1.- Obrero 2.- Profesionista 3.- Empleado 4.- No especifica 5.- Pensionado
Escolaridad	Variable universal.	Grado de estudios alcanzado por el hombre hasta el momento.	Se interrogo a la mujer de manera directa por el cuestionario.	Cualitativa ordinal.	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Bachillerato 5.- Profesionista 6.- post grado
Número de unión	Variable universal.	Número de relaciones previas ya sea en unión libre o casados.	Se interrogo a la mujer de manera directa por medio del cuestionario.	Cuantitativa discontinua.	1.- Una 2.- Más de una.
VARIABLES A INTERROGAR EN CASO DE VIOLENCIA					
Tiempo de la relación con la pareja actual	Variable universal.	Tiempo en meses o Años de unión marital con su pareja.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cuantitativa continua.	1.- Menos de un año. 2.- más de un año.
Hijos presentes durante la violencia.	Variable universal.	Hijos presentes en el momento que ocurrió la violencia física conyugal.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cuantitativa ordinal.	0.- No hubo Hijos presentes. 1.- Si hubo Hijos presentes. 9.- No hay violencia.
Denuncias	Variable universal.	Antecedente de acudir a denunciar la violencia ante las autoridades.	Se interrogo de manera directa a la mujer por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal.	0.- No denuncias 1.- Si denunció. 9.- No hay violencia.
Atención médica por violencia	Variable universal.	Mujeres agredidas que requirieron de atención médica a consecuencia de lesiones físicas por la violencia.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal.	0.- No atención médica. 1.- Si atención médica. 9.- No hay violencia física conyugal.
Intentos de suicidio	Variable universal.	Antecedente de intentos de suicidio a consecuencia de la violencia.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cuantitativa ordinal.	0.- No intentos. 1.- Si intentos. 9.- No hay violencia física conyugal.
Separaciones previas	Variable universal.	Antecedente de separaciones de la mujer previas.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal.	0.- No separaciones. 1.- Si separaciones. 9.- No hay violencia física conyugal.
Ideas de separación.	Variable universal.	Número de mujeres con pensamientos de separación de la pareja por motivo de la violencia.	Se interrogo de manera directa por medio del cuestionario.	Cualitativa nominal.	0.- No piensa separarse. 1.- Si piensa separarse. 9.- No hay violencia física conyugal.

DISEÑO ESTADISTICO

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se recolectará una muestra con un nivel de confianza del 95 y un nivel de precisión de 0.5 y empleando la formula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

n= muestra

N= Población. 51,481 (Mujeres de 20 a 59 años de edad, población adscrita a la unidad).

Z= nivel de confianza adquirido para generalizar los resultados hacia toda la población. 95 (1.96 en áreas bajo la curva normal).

Pq= se refiere a la variabilidad del fenómeno estudiado. P= 0.5 y q= 0.5

d= indica la precisión con que se generalizaran los resultados: 8 (.08) sustituyendo los valores:

$$n = \frac{(51,481) \times (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(.08)^2 (51,481 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$\frac{(51,481) \times (3.84) \times (0.5 \times 0.5)}{(.0064) \times (51,480) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5} =$$

$$\frac{197,687.04 \times 0.25}{329.47 + 0.96} = \frac{49,421.76}{330.43} = 149.56 = 150$$

Fuente de los datos: Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.
Complejo hospitalario Juan Canalejo. A. Coruña. Cad Aten Primaria 1996; 3:
138-14.

Determinación del tamaño muestral.

SISTEMA DE CAPTACION DE LOS DATOS

Primero se procedió a recolectar la información en el programa de Excel, y se codifico cada una de las variables utilizadas en el SPSS una vez integrada la información se separo en 2 secciones datos de hombres agresores (19) y mujeres agredidas (19). Y se inicio la realización de graficas, en el programa de Power point.

Estas las dividimos en 3 secciones: características sociodemográficas de las mujeres encuestadas, de mujeres agredidas y hombres agresores.

Una vez realizado esto se analizo cada una de las graficas, se efectuó el cálculo de la Chi cuadrada de las variables que se considero necesario.

ETICA

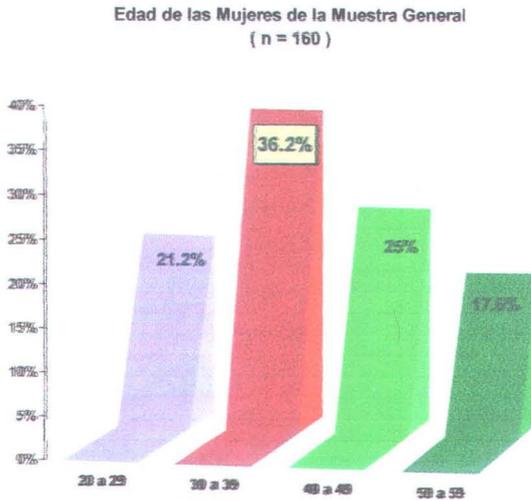
CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país el trabajo tiene conforme al Titulo segundo capitulo 1, articulo 17 categoría "I" que dice: "Investigación sin riesgo debido a que los individuos que participaran en el estudio, únicamente, aportaran datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica. Donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial, enmendada en la 41 ° Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989.

Se maneja la información en forma confidencial y anónima, habrá respeto por la persona, beneficencia y justicia.

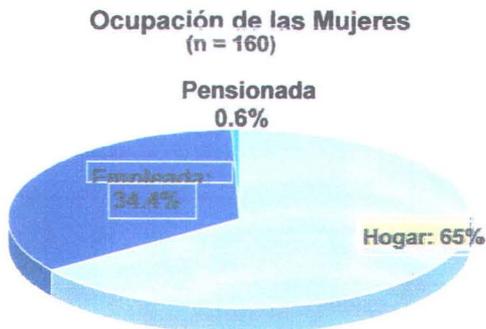
RESULTADOS

Grafica 1.



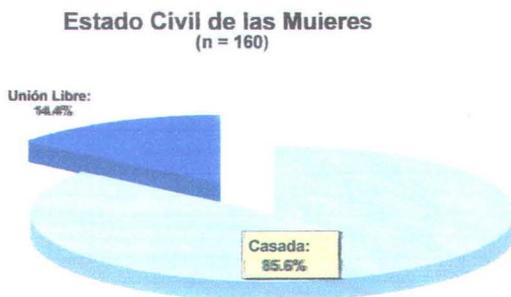
El grupo de edad que predominó en las mujeres estudiadas fue de 30 a 39 años de edad.

Grafica 2.



En cuanto a la ocupación de las mujeres la mayoría (el 65 %) se dedican al hogar.

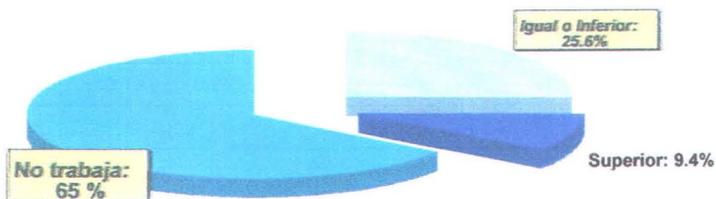
Grafica 3.



La mayoría de las mujeres (136) estuvieron casadas.

Grafica 4.

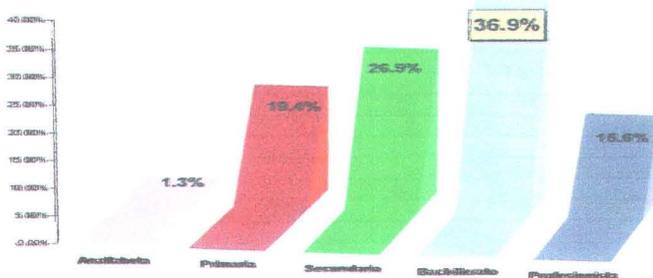
**Ingreso Económico de la Mujer en relación al
Hombre.**
(n = 160)



Se encontró que la mayoría de las mujeres no trabajaban (el 65 %), o que su ingreso era igual o inferior al del hombre en un 25.6 %. El ingreso económico de la mujer fue superior al del hombre solamente en un 9.4 % de los casos.

Grafica 5.

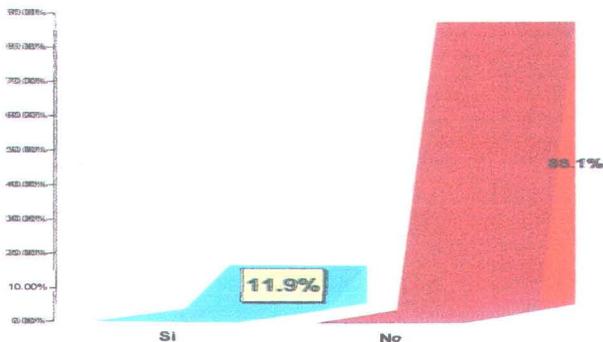
Escolaridad en las Mujeres (n = 160)



La escolaridad con mayor frecuencia correspondió a Bachillerato en el 36.9 % seguida de la secundaria en un 26.9 % y de la primaria en un 19.4 %. El resto correspondió a Profesionistas y Analfabetas en un (16.9 %).

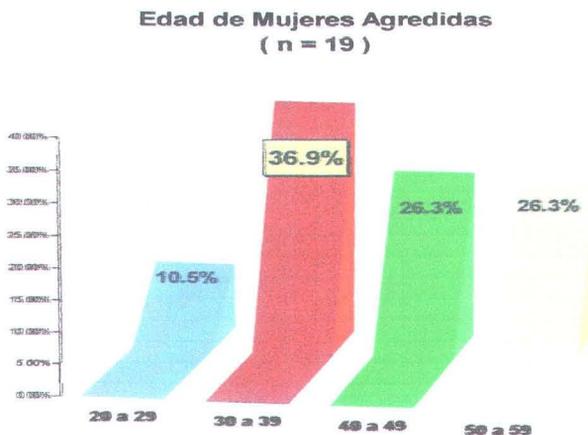
Grafica 6.

Violencia Física Conyugal en las Mujeres (n = 160)



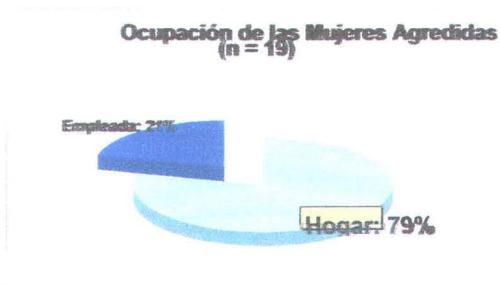
Encontramos una prevalencia de violencia física conyugal de 11.9 % (19 casos) en la totalidad de la muestra (160 mujeres).

Grafica 7.



En este estudio predominó el grupo de edad de 30 a 39 años de edad con un 36.9 % de mujeres agredidas.

Grafica 8.



La mayoría de las mujeres agredidas se dedicaban al hogar en un 79 % de los casos.

Grafica 9.

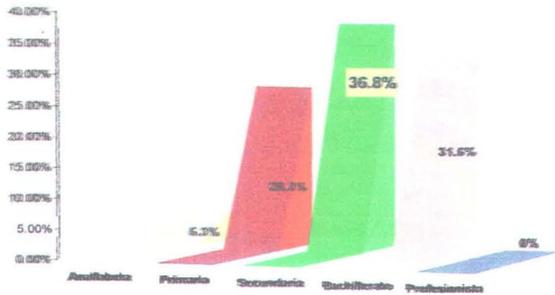
**Estado Civil de las Mujeres Agredidas
(n = 19)**



Un 79 % de las mujeres agredidas reportaron estar casadas.

Grafica 10.

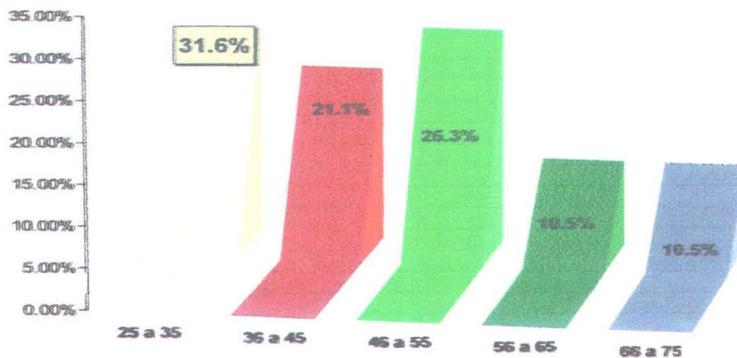
**Escolaridad de las Mujeres Agredidas
(n = 19)**



Fue más frecuente los casos de violencia física en mujeres con una escolaridad baja, predominando la secundaria con un 36.8 %, el 31.6 % correspondió a Bachillerato.

Grafica 11.

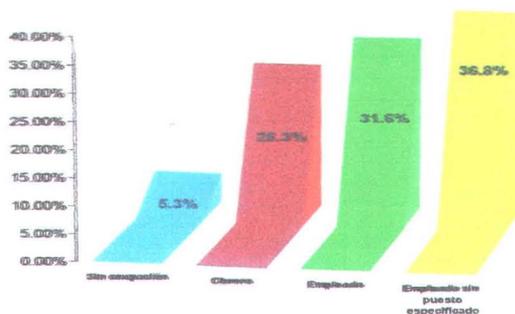
Grupos de Edad de Hombres Agresores (n = 19)



Predominó la edad de 25 a 35 años en un 31.6 % semejante a las mujeres.

Grafica 12.

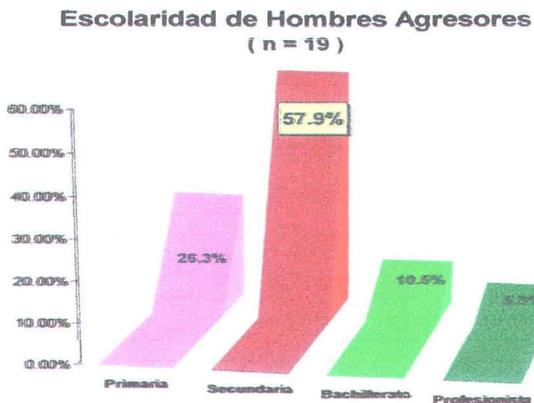
Ocupación de Hombres Agresores (n = 19)



La mayoría de los hombres fueron empleados (94.7 %). Solo el 5.3 % de los casos eran desempleados o pensionados.

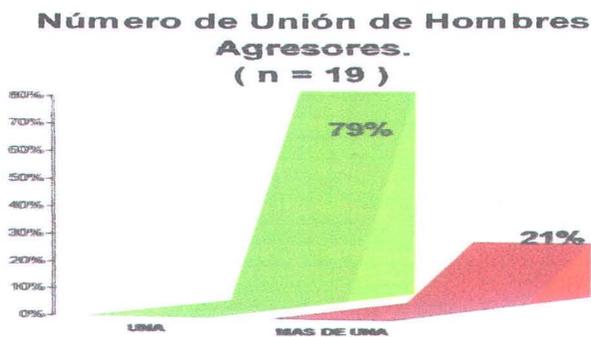
En el caso del hombre desempleado la violencia condiciona depresión severa en la mujer afectada (puntaje de Beck, 28).

Grafica 13.



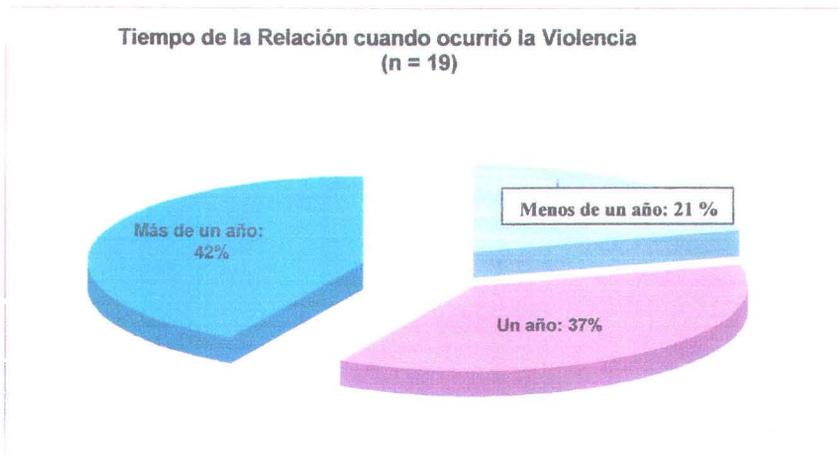
La mayor parte de los hombres agresores tuvieron escolaridad primaria o secundaria (84.2 %). Este hallazgo sugiere que con mayor frecuencia una escolaridad baja se asocia a violencia.

Grafica 14.



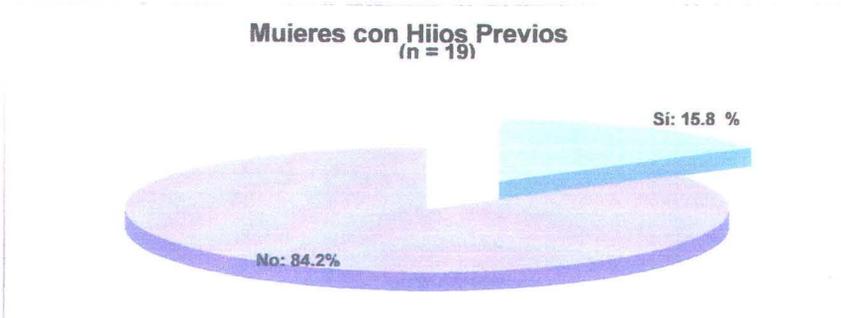
Solo el 21 % (4 casos) de los hombres agresores reportaron el antecedente de haber estado unido a otra pareja en más de una ocasión. Y en 2 de estos casos se encontró Depresión severa en la mujer agredida.

Grafica 15.



Se encontró que aproximadamente en un período de tiempo no mayor a un año (58 %) de los casos de estar casados o en unión libre, fue cuando ocurrió el primer evento de violencia física conyugal en la mujer.

Grafica 16.



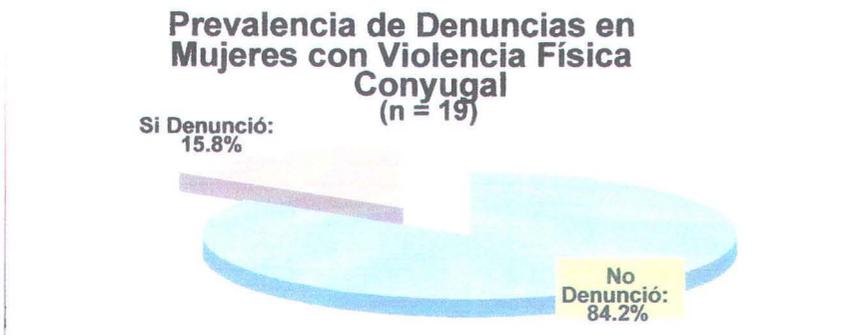
En tres de los casos de violencia (correspondientes al 15.8 %) existió el antecedente de hijos de pareja previa. Uno de los casos presento Depresión severa con un puntaje de 33 en la escala de Beck, además de haber recibido atención médica.

Grafica 17.



En la mayor parte de los casos los hijos no presenciaron la violencia física conyugal: correspondiendo al 74 % (14 casos). Este resultado sugiere que en la mayoría de las parejas los hijos no presenciaron este conflicto.

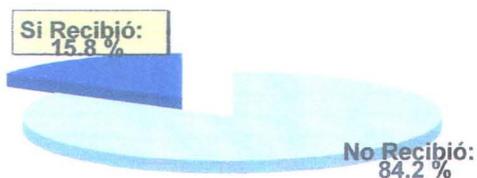
Grafica 18.



La mayoría de las mujeres (16 casos), que corresponden al 84.2 % de los casos de violencia, no acudieron a denunciar el problema a las autoridades. Este dato sugiere temor o falta de decisión para enfrentar la problemática de la violencia por la mujer, o quizá por considerarlo como un patrón de conducta normal.

Grafica 19.

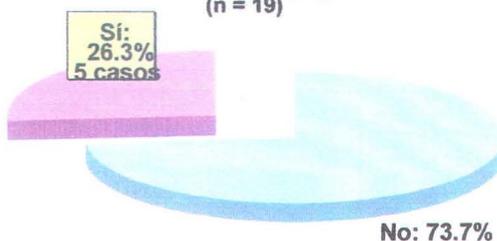
Atención Médica en la Violencia Física Conyugal (n = 19)



Tres casos de violencia física conyugal (correspondiente al 15.8 % de los casos) fueron lo suficientemente graves para recibir atención médica.

Grafica 20.

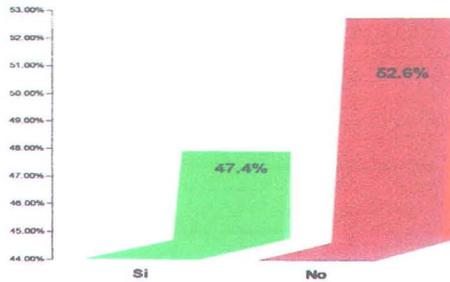
Intentos de Suicidio en Mujeres con Violencia Física Conyugal (n = 19)



Se encontraron 5 casos de intentos de suicidio en mujeres con violencia física conyugal. 3 de estos casos padecieron de Depresión severa.

Grafica 21.

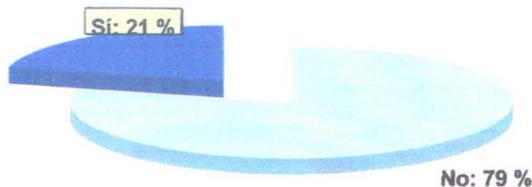
**Separaciones Previas en Mujeres con
Violencia Fisica Conyugal
(n = 19)**



Casi la mitad de las mujeres (el 47.4 %) manifestaron el antecedente de haberse separado de su pareja y posteriormente se reconciliaron.

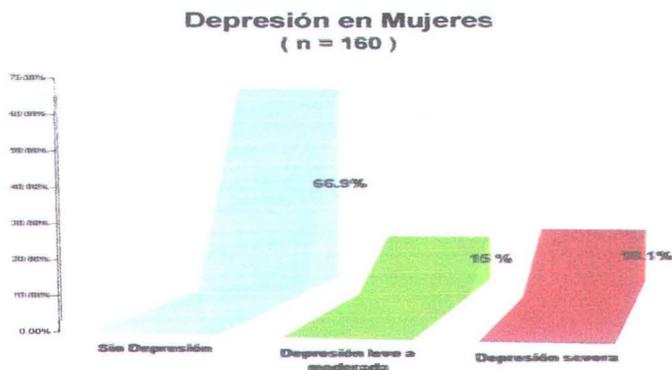
Grafica 22.

**"Piensa separarse"
En Mujeres con Violencia Fisica Conyugal
(n = 19)**



Solo el 21 % de los casos aceptaron la idea de separarse de su pareja. El restante 79 % no aceptaron la idea de separarse. Este hallazgo obliga a considerar una baja autoestima en las mujeres con violencia, dependencia emocional o económica de la pareja.

Grafica 23.



La Prevalencia de Depresión en nuestra muestra fue del 33.1 % de las mujeres encuestadas. El 15 % se trato de Depresión Leve a Moderada, mientras que el 18.1 % de Depresión Severa.

Grafica 24.



Encontramos una alta prevalencia del 47.4 % de Depresión en las mujeres con violencia física. En el 31.6 % de los casos se detecto Depresión Severa por medio del puntaje de la escala. Y en los restantes casos Depresión Leve a Moderada.

DISCUSION

A la violencia física conyugal se le considera como parte de la problemática más amplia de violencia contra las mujeres y de maltrato al menor.

Estas mujeres comparten su vulnerabilidad derivada de diversos factores como su condición física, imposibilidad de tener acceso a los espacios de procuración de justicia por desconocimiento o por falta de personalidad jurídica y el carácter de sus lazos con el agresor.

Esa vulnerabilidad y nuestra cultura permisiva de la violencia en el seno familiar, impiden que este hecho sea denunciado, por lo que impera la impunidad.

En nuestro de estudio se detectó una prevalencia de violencia física conyugal de 11.9 % en un Primer Nivel de Atención.

La Prevalencia de nuestra muestra fue inferior a la de estudios previos. De los estudios realizados se identifica una prevalencia que oscila entre 30 y 60 %.

Esta diferencia puede deberse al tipo de pacientes incluidas en nuestro estudio (Primer nivel de atención) en comparación a la población estudiada en las organizaciones especializadas en la atención del maltrato.

Se detectó una alta prevalencia de casos no denunciados 84.2 % esto se debe a que estas pacientes cursan con lo que algunos autores llamaron "desesperanza aprendida" o "síndrome de incapacidad aprendida" la cual es una respuesta normal de un ser humano aterrorizado ante una situación anormal, llevándolo a no actuar y pensar que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, ignorando o minimizando la naturaleza amenazante del

abuso, culpándose por el abuso sufrido y defendiendo o protegiendo al abusor, lo que le aísla y lo hace más vulnerable.

De ahí que no se reporte o denuncie la violencia vivida o se proteja de ella a los hijos, causando estupor o enojo en quienes observan esta falta de acción al no entender este fenómeno de incapacidad aprendida, tendiendo a dejarlas sin ayuda o victimizándolas por segunda vez por incomprensión y desconocimiento.

Es indispensable poner en marcha programas de atención a la violencia física conyugal, que realmente sean accesibles a la comunidad. Una forma de hacerlo, es estableciendo estos programas en unidades médicas de Primer Nivel de Atención, ya que en su mayoría las pacientes víctimas de la violencia que sufren problemas físicos o emocionales derivados de ésta no lo sospechan y acuden a este tipo de unidades por algún otro motivo.

ESTADÍSTICA
DE LA RII

SUGERENCIAS

1. Dar a conocer el tema de violencia física conyugal al personal de salud y a trabajo social debido a que ellos forman parte del primer contacto y es necesario que conozcan el tema para poder así comprender la problemática y poder brindar apoyo a los derechohabientes.
2. Programar sesiones de aproximadamente 1 hora diario de lunes a viernes durante 1 semana, en donde se debe a conocer que es la violencia física conyugal, el ciclo de la violencia, factores de riesgo, cuadro clínico, dx y tx, así como el pronóstico. dirigido al personal de salud.
3. Dar a conocer a la víctima los apoyos con los que cuenta la clínica (apoyo psicológico y grupos de ayuda de violencia) y permitir que la paciente decida que opción tomar.
4. Debe de haber una buena relación medico paciente para que de esta forma la paciente sienta la confianza de solicitar ayuda.
5. Se debe de preguntar durante la consulta externa si existe violencia física conyugal y solo de esta forma se podrán detectar mas casos y debemos dar a conocer los efectos en los hijos y en la pareja, para poder así hacer un enfoque preventivo como médicos familiares.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- 2- AAFP Home Study Self Assessment. La Violencia en la Familia. Barcelona. Ed. Española 1996;13-46.
- 3- Stringham P. Domestic Violence. Primary Care 1999; 26 (2):373-384.
- 4- Sasseti. M.R. Domestic Violence. Primary Care 1993; 20 (2):289-305.
- 5- Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J et al. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Arch Intern Med. 2002;162:1157-1163.
- 6- Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359:1423-1429.
- 7- Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Cap VI: La violencia doméstica en cifras. Ed. electrónica: www.estudios.lacaixa.es Año 2002:115-155.
- 8- Encuesta "La violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer. Madrid 2000.
- 9- Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Paris 2000. (ENVEFF) M. Jaspard et col. Service de droit des femmes.
- 10- U.S. Preventive Services. Task Force. Violencia Familiar. en Guía de medicina clínica preventiva. Williams and Wilkins Edición Española. Barcelona 1998;3: 441-451.
- 11- Gomel M.K. Domestic Violence-An Issue for Primary Health Care Professionals. Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care. Ed. R. Jenkins 1998;440-455.

- 12- Watts Ch, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 2002; 359:1232-1237.
- 13- Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence Against Women. The hidden health burden. Washington 1994. World Bank Discussion Papers.
- 14- McCauley J, Kern DE, Kolodner K et al. The Battering syndrome: Prevalence and clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Fam Med* 1995; 123: 737-746.
- 15- Venguer T, Rawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia domestica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Population Council / INOPAL III 1998.
<http://www.popcouncil.org>
- 16- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S and Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324(7332):274.
<http://bmj.com>
- 17- Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of woman attending general practice. *BMJ* 2002;324(7332):271.
<http://bmj.com>
- 18- Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain et al. Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995;273:1763-1767.
- 19- Mc Lear S, Anwar R. Identification of abuse in emergency departament. *Am J Public Health* 1998;79:65-66.
- 20- Fernández MD, Violencia doméstica. Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. 2003;1-27.
- 21- Rodriguez MA, Bauer HM, Mc Loughlin E and Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: Practices and attitudes of primary care physicians.

JAMA

1999;282:468-474.

22- Griffin M P, Koss M.P. Clinical screening and intervention in cases of partner violence.

Online Journal of Issues in Nursing 2002;Vol 7(1)Manuscript 2 [http://](http://www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm)

www.nursingworld.org/ojin/topic17/tpc17_2.htm.

23- Mejía R, Alemán M, Fernández A y Pérez Stable E J. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina. Buenos Aires 2000;(60):591-594.

24- Fawcett G, Venguer T, Vernon R y Pick S. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud. Population Council / INOPAL III. 1998 <http://www.popcouncil.org>

25- Rodríguez Vega B y Fernández Liría A. La consideración psiquiátrica del maltrato a la mujer. Archivos de psiquiatría 2002;(65):1-3.

26- Mullen E P, Roman-Clarkson S.E., Walton V.A et Herbison E.P. Impact of sexual and physical abuse on women mental health. Lancet 1988:842-845.

27- Campbell L. Health consequences of intimate partner violence. The Lancet 2002;359:1331-1336.

28- Blehar MD, Oren DA. Depresión. Rev del Instituto Nacional de Enfermedades mentales.2001;1-12.

29- Blehar MC, Oren DA. Depresión:lo que toda mujer debe saber. Rev del Instituto Nacional de Enfermedades mentales.2001;1-12.

30-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.2004; 1-8.

31- Echeburúa E de Corral P, Amor PJ, Sarasua B y Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo.

Rev de Psicopatología y Psicología Clínica 1997;2:7-19.

32-García ZI, Tratamiento penológico de la Violencia familiar en los juzgados de granada.

Rev Electrónica de Ciencia Penal y Criminología.2003;1-23.

33-Hicks, Madelyn Hsiao-Rei MD, MRCPsych, Li, Zhonghe MA. Partner Violence and Major Depression in Women; A community Study of Chinese Americans. The Journal of Nervous and Mental Disease;2003:Vol 191 (11):722-729

Características de las Mujeres

- 1.-Edad Años
- 2.-Ocupación 1 2 3
- 3.-Estado civil Unión libre Casada
- 4.-Ingreso económico quincenal \$
- 5.-Escolaridad 1 2 3 4 5 6

Características de los Hombres.

- 1.-Edad Años
- 2.-Ocupación 0 1 2 3 4 5
- 3.-Estado civil 1 2
- 4.-Ingreso económico quincenal \$
- 5.-Escolaridad 1 2 3 4 5 6
- 6.-Número de unión

SI NO

Violencia

- 1.-Alguna vez ha sido agredida físicamente por su pareja
- 2.-Tiempo de la relación
- 3.-Número de hijos con parejas anteriores
- 4.-Hijos presentes en el momento que ocurrió la violencia
- 5.-Denuncia
- 6.-Atención médica
- 7.-Intentos de suicidio
- 8.-Separaciones previas de la mujer
- 9.-Piensa separarse en el futuro de su pareja

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA FISICA CONYUGAL (ANEXO 1)

Fuente: Silva A. Modelo de Historia Clínica para Violencia Familiar. Sitio Solidario para la Mujer. 2003. 1-3.

ESCALA DE BECK PARA EVALUAR DEPRESION (ANEXO 2)

Instrucciones: el paciente debe leer cada afirmación cuidadosamente, escogiendo una afirmación, en cada grupo, que describa de mejor manera como se ha sentido ya sea LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY, y encerrar en un círculo el número al lado de la afirmación que escogió.

El paciente debe LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

- 1.- 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.

- 2.- 0 No estoy particularmente desilusionada del futuro.
 - 1 Estoy desilusionada del futuro.
 - 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro.
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiara.

- 3.- 0 No siento que fallé.
 - 1 Siento que fallo más que una persona normal.
 - 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
 - 3 Siento una falla completa en mi persona.

- 4.- 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 - 1 No disfruto de las cosas como siempre.
 - 2 No encuentro ya satisfacción real de nada.
 - 3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.

- 5.- 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable buena parte del tiempo.
 - 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6.- 0 No siento que he sido castigada.
 - 1 Siento que podría ser castigada.
 - 2 Espero ser castigada.
 - 3 Siento que he sido castigada.

- 7.- 0 No me siento desilusionada de mí.
 - 1 Estoy desilusionada de mí.
 - 2 Estoy disgustada conmigo
 - 3 Me odio.

- 8.- 0 No me siento peor que nadie.
 - 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9.- 0 No tengo pensamientos de suicidarme.
 - 1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si pudiera.

- 10.- 0 No lloro más de lo usual.
1 Lloro más que antes.
2 Lloro ahora todo el tiempo.
3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera no puedo.
- 11.- 0 No soy más irritable de lo que era antes.
1 Me siento molesta o irritada más fácil que antes.
2 Me siento irritada todo el tiempo.
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- 12.- 0 No he perdido el interés en otra gente.
1 Estoy menos interesada en otra gente que antes.
2 He perdido mi interés en otra gente.
3 He perdido todo mi interés en otra gente.
- 13.- 0 Tomo decisiones igual que siempre.
1 Evito tomar más decisiones que antes.
2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
3 No puedo tomar decisiones por completo.
- 14.- 0 No siento que me vea peor que antes.
1 Me preocupa verme vieja o poco atractiva.
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir fea.
3 Creo que me veo fea.
- 15.- 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
3 No puedo hacer nada.
- 16.- 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
1 No puedo dormir tan bien como antes.
2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- 17.- 0 No me canso más de lo usual.
1 Me canso más fácil que antes.
2 Me canso de hacer cualquier cosa.
3 Me siento muy cansada de hacer cualquier cosa.
- 18.- 0 Mi apetito es igual que lo usual.
1 Mi apetito no es tan bueno como antes.
2 Mi apetito es mucho peor ahora.
3 No tengo nada de apetito.
- 19.- 0 No he perdido peso.
1 He perdido más de 2.5 Kg.
2 He perdido más de 5 Kg.

3 He perdido más de 7.5 Kg.

He intentado perder peso comiendo menos Sí____ No____

20.- 0 No estoy más preocupada por mi salud que antes.

1 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores y molestias.

2 Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.

3 Estoy tan preocupada con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesada en el sexo que antes.

2 Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora.

3 He perdido completamente el interés en el sexo ahora.

0-13 NO HAY DEPRESION

14-20 DEPRESION LEVE O MODERADA

+20 DEPRESION SEVERA

Fuente: Keller M (Ed). Unipolar Depresión. Review of Psychiatry. Vol. 7, p.147-281. American Psychiatric Press, 1988.