



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31

TÍTULO DE LA TESIS:

“RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR”

NÚMERO DE REGISTRO

R-2013-3701-35

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

LUNA MÉNDEZ CLAUDIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

ASESOR DE PRINCIPAL:
DR JULIO CESAR CASTILLO TREJO

ASESOR METODOLOGICO:
DR MARTINEZ PEÑA ARMANDO

MÉXICO DISTRITO FEDERAL

2014



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.

TÍTULO DE LA TESIS:

“RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR”
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

CLAUDIA LUNA MÉNDEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN GILBERTO ALVAREZ DE LA O
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS



DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS



DRA. TERESA ALVARADO GUTIERREZ.
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS.

ASESORES DE TESIS



DR. JULIO CESAR CASTILLO TREJO
MÉDICO Y TERAPEUTA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31, IMSS.



DR. ARMANDO MARTÍNEZ PEÑA
MÉDICO FAMILIAR
DIRECTOR DE CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y FORMACIÓN DOCENTE CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y VIOLENCIA FAMILIAR”

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

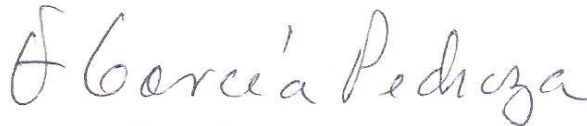
PRESENTA

DRA. CLAUDIA LUNA MÉNDEZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3701
H GRAL ZONA NUM 1-A, D.F. SUR

FECHA 30/10/2013

DR. JULIO CÉSAR CASTILLO TREJO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-3701-35

ATENTAMENTE

DR.(A). SERGIO LOZADA ANDRADE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3701

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

Esta dedicatoria va directamente para mis profesores, gracias a ellos por enseñarme, aconsejarme e instruirme en el camino del buen estudiante, por darme su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles, ellos siempre estaban dispuestos a ayudar en los momentos más duros. Ellos son parte de este logro, ya que ustedes lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño sea reflejado en esta tesis.

A mi familia en especial a mi mami quien siempre me apoyo en todo momento incluso cuando quise desistir.

Y por último a mis compañeros quienes fueron pieza importante en esta aventura llamada residencia medica. Éxito para todos.

INDICE

Resumen.....	1
Hoja de datos.....	2
Introducción.....	4
Marco Teórico.....	6
Antecedentes científicos.....	8
Justificación.....	14
Planteamiento del problema.....	15
Pregunta de Investigación.....	15
Hipótesis.....	16
Material y métodos.....	17
Descripción del estudio.....	23
Análisis estadístico.....	24
Consideraciones éticas.....	25
Beneficios esperados. Uso de resultados.....	27
Resultados.....	28
Discusión.....	35
Conclusiones.....	36
Sugerencias.....	38
Bibliografía.....	39
Anexos.....	44

RESUMÉN

TÍTULO DE TESIS: RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR

ANTECEDENTES: 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*.

La Violencia familiar según la NOM es: el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La depresión según DSM IV se considera un trastorno mental frecuente, caracterizado por periodos de ansiedad y perdida del interés o de la capacidad para el placer, el trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar de discapacidad en el mundo.

OBJETIVO: Demostrar la relación que guardan la depresión y la violencia familiar, en los usuarios de la unidad de medicina familiar no 31 del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS: sitio de estudio y periodo. Unidad de Medicina Familiar no 31, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en delegación política Iztapalapa México, Distrito Federal, durante el periodo de 5 meses 2013. Población de estudio: Derechohabientes de la unidad de medicina familiar en rango de edad de 15-50 años (Hombres y mujeres) que hayan dado su consentimiento informado para participar en el estudio
Diseño de estudio: *observacional transversal descriptivo comparativo*

RESULTADOS: *Se encontró que el 36.4% de la población presento violencia y depresión El 4.9% de los violentados no están deprimidos El 17.1% de los no violentados sufren depresión El 41.6 % de los violentados no sufren depresión El riesgo es 3.03 veces más probable que se presente depresión en los pacientes con violencia familiar comparado con los pacientes que no padecen violencia familiar*

Abstract

PROTOCOL TITLE: RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION AND FAMILY VIOLENCE

BACKGROUND: Several studies in both hospital and general population have shown that violence by a partner or spouse is associated with suicide attempts, post-traumatic stress, anxiety and depression.

Family Violence by NOM is the act or omission, single or repetitive, committed by a family member against another or others in the same, regardless of whether the relationship is by blood kinship, affinity, or by civil marriage, concubinage and other de facto relationships, regardless of the physical space where it occurs. Depression according to DSM IV is considered a common mental disorder characterized by periods of anxiety and loss of interest or capacity for pleasure, MDD ranked first in the world of disability.

OBJECTIVE: To demonstrate the relationship to depression and family violence, users of family medicine unit 31 to the IMSS.

MATERIAL AND METHODS: The study site and period. Family Medicine Unit 31, belonging to the Mexican Social Security Institute, located in political delegation Iztapalapa Mexico, Federal District, during the 5-month period 2013 Study population. Beneficiaries of the Family Medicine Unit in age range of 15 -50 years (men and women) who have given their informed consent to participate in the study consent studio Design: cross-sectional comparative observational RESULTS: We found that 36.4% of the population present violence and depression 4.9% of non-depressed violated the 17.1% of non-violated with depression, 41.6% of violated not suffer depression risk is 3.03 times more likely to depression is present in patients with familial violence compared to patients without family violence

1. Datos del alumno (Autor)	1. Datos del alumno
Apellido Paterno: Apellido materno: Nombre Teléfono Universidad Facultad o escuela Carrera: No. de cuenta	LUNA MÉNDEZ CLAUDIA 044 55 23 02 23 24 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA MEDICO FAMILIAR 300178429
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor (es)
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s) Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s)	CASTILLO TREJO JULIO CESAR MARTÍNEZ PEÑA ARMANDO
3. Datos de la tesis	3. Datos de la Tesis
Título: Subtítulo No. de páginas Año:	<u>RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR</u> 34 p. 2013-2014

-INTRODUCCIÓN.-

Para poder comprender la dinámica de la violencia a la mujer es necesario considerar dos factores: 1) su carácter cíclico y 2) su intensidad creciente. Con respecto al primero, se ha descrito un ciclo de la violencia constituido por tres fases: Primera fase, denominada “fase de la acumulación de tensión”, en la cual se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad. Segunda fase, denominada “episodio agudo”, en la cual toda la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio. Tercera fase, denominada “luna de miel”, en la que se produce el arrepentimiento a veces instantáneo, por parte del hombre, sobreviniendo un pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recomenzar los episodios de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo

Con respecto al segundo factor de la dinámica de la violencia contra las mujeres (la intensidad creciente), se puede describir una escalada de violencia:

La primera etapa de la violencia es sutil, toma la forma de agresión psicológica. Consiste en atentados contra la autoestima de la mujer. El agresor la ridiculiza ejerciendo un efecto devastador sobre la víctima, comienza a tener miedo de hablar o hacer algo por temor a las críticas. En un segundo momento aparece la violencia verbal que viene a reforzar la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la víctima. La mujer llega a un estado de debilitamiento, desequilibrio emocional y depresión. Posteriormente comienza la violencia

física, comienza a recurrir objetos para lastimarla y en medio de toda esa agresión le exige tener contacto sexual. Esta escalada creciente puede terminar en homicidio o suicidio²¹

Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Pero dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales⁵

En el IMSS existe la guía de práctica clínica para referencia de Mujeres violentadas por su pareja²², sin embargo en un estudio realizado en 2003 se encontró que no todo el personal tiene conocimiento de esta y un gran porcentaje no la aplica. (30%) a pesar de haber conocimiento de un protocolo establecido y detectar casos de violencia en consultorio.²³

Actualmente los aspectos emocionales de la enfermedad juegan un papel muy importante. La manera en que la gente siente y se comporta, depende en gran medida de la forma, duración e intensidad de sus síntomas y/o del grado de su incapacidad El Universo está organizado en sistemas En los sistemas humanos la unidad sistémica más pequeña es el ser humano Microsistema..A su vez está integrado por subsistemas: orgánicos-biológicos (sistema nervioso central, vegetativo, sistema endócrino) Y Psicológicos (el aparato intrapsíquico, el sistema de valores y creencias, etc.) En un nivel sistémico superior encontramos a la pareja y la familia. Estos sistemas interactúan entre sí, y se influyen y retro influyen, uno a otro en ambos sentidos, existiendo incluso saltos de nivel.

MARCO TEÓRICO

Desde el campo de la salud pública, el estudio de la violencia contra la mujer impone desafíos diversos para su identificación, atención y prevención. La violencia tiene diferentes rostros que se expresan bajo un amplio espectro de daños, siendo los más evidentes las lesiones físicas que van del maltrato hasta la muerte.¹ Sin embargo, el daño psicológico y las repercusiones corporales que encubren a la violencia pueden causar lesiones, enfermedades diversas y discapacidades permanentes, lo que la convierten en una de las principales determinantes de la salud de las mujeres.

Las lesiones intencionales y no intencionales figuran dentro de las principales causas de muerte y sus consecuencias se enmascaran bajo múltiples diagnósticos físicos y del estado de ánimo, como demanda de atención en los servicios de primer contacto y medicina familiar.² Diferentes estudios informan que las mujeres, ancianos y niños son las víctimas más frecuentes de la violencia doméstica y son los hombres (marido, novio, compañero) los responsables de la agresión.

En 2002, la violencia familiar fue en el mundo la sexta causa principal de defunción entre las personas de 15 a 44 años. Aproximadamente 40 millones de niños son objetos de maltrato cada año mientras que las violaciones sexuales y la violencia doméstica son responsables de 5 a 16% de los años de vida sana perdidos en las mujeres en edad fértil. Las estimaciones sobre la magnitud de la violencia varían según la metodología que se utiliza para el estudio y la medición de la misma.³

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM, 2003) levantada por la Secretaría de Salud (SSA) constituye un esfuerzo singular por cuantificar la magnitud de la violencia hacia las mujeres en el país. Esto significa que conocer el panorama de la violencia en México cobra hoy la importancia de un problema de salud pública prioritario y que las instituciones públicas y privadas encargadas de la salud de la población deben estar atentas a este problema.⁴

ENCUESTA NACIONAL De Salud 2012 En los últimos 12 años, en los que reportan daño a la salud por violencia se ha incrementado en cerca de 60% en el mismo lapso, tanto para hombres como para mujeres. De acuerdo con el tipo de agresión y el sexo de las víctimas, sobresale que 51.7% de los hombres sufrió golpes, patadas y puñetazos, mientras que 25.7% de las mujeres fue agredida de esta forma. En contraste, las mujeres sufrieron más agresiones verbales (55.1%) contra 35.5% en hombres. Por otra parte, 5.3% de las mujeres sufrió de agresión sexual a diferencia de los hombres, en quienes 0.6% presentó este tipo de agresión⁵

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

Se sabe que en un estudio, de las experiencias de violencia en 898 casos de los cuales 46.1% eran mujeres, informaron que fueron violentadas cuando eran niñas con irregular frecuencia y 114 (5.9%) manifestaron que sufrieron abuso sexual antes de los 15 años de edad. Asimismo, 487 mujeres (25.0%) declararon que en los últimos 12 meses fueron víctimas de algún tipo de violencia ejercida por parte de su pareja: psicológica (23.6%), física (9.2%), sexual (7.1%) y económica (4.9%).⁶

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*⁷⁻⁸. Aunque los diseños transversales o retrospectivos de estos trabajos no permiten determinar con exactitud la relación de causalidad entre la violencia doméstica y los trastornos psiquiátricos mencionados, también existe evidencia de que ésta es un factor de riesgo para su desarrollo. Por ejemplo, se ha observado que las mujeres que sufrieron de abuso durante el año previo a dar a luz, tienen más probabilidades de padecer *depresión* postparto.⁶ Asimismo, 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*.⁹

Las instituciones de salud son un punto clave para la detección y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias, pues en estos últimos se ha identificado que 20% de los casos de demanda de atención fueron a consecuencia de la violencia doméstica, la mayoría hacia las mujeres (72%). Además, se ha demostrado que 70% de las mujeres maltratadas esperan que el personal médico sea quien inicie el diálogo en torno al abuso, y cuando se les pregunta con empatía, libre de juicios y en un clima de confianza, sí expresan la situación de abuso en la que viven

Estudios realizados en México han mostrado que la depresión mayor fluctúa entre el 6 y el 15% para la población general, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres.¹⁰ Dicha enfermedad ocupa el segundo lugar entre las enfermedades mentales y se asocia con un incremento en el número de intentos de suicidio en mujeres en nuestro país.¹¹ Asimismo, resulta de particular relevancia el aumento en el número de suicidios consumados por éstos trastornos mentales, en algunos estados del sureste de México¹². De aquí que para implementar medidas preventivas en contra del suicidio en esta región, adquiere mayor importancia la detección de los factores de riesgo de los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor), particularmente en la mujer. Así, el estudiar la relación de la violencia familiar con la depresión es de sumo interés. Se espera encontrar más frecuentemente en el género femenino.¹³ Las causas de la violencia familiar son múltiples.¹⁴ 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.¹⁵⁻¹⁷ Esta

problemática se complica aún más, ya que algunas situaciones se conjuntan para dar lugar tanto a la violencia familiar como a la depresión mayor. Esto podría ser el resultado de interacciones complejas entre diversos factores, de los cuales podemos mencionar los socio demográficos y la falta de una red social de soporte.

En México de acuerdo con los resultados de algunas encuestas nacionales, se muestra que el 19.6 a 36.6 % de las mujeres son víctimas de violencia psicológica y de 9.3 a 10.3% sufren violencia física. La violencia sexual es la menos frecuente (7.0 a 7.8%). Al agrupar los diversos tipos de violencia, las encuestas nacionales indican que de 21 a 44% de las mujeres mexicanas experimentan algún tipo de violencia de pareja.⁴⁻⁵

Otros estudios reportan que la prevalencia de violencia doméstica en México tanto en zonas rurales como urbanas, oscila entre 30 y 60%.¹⁸ Sin embargo, las cifras registradas en las instituciones de salud, así como en las instancias de procuración de justicia representan sólo la punta del *iceberg*, ya que captan sólo las situaciones de extrema violencia o aquellas en las que las víctimas deciden denunciar, lo cual ocurre en la minoría de los casos.

El impacto de la violencia conyugal o de pareja sobre la salud mental provoca una serie de deterioros en la calidad de vida de las personas, afectándolas en las diversas dimensiones de su vida, impidiendo o dificultando su adecuado desarrollo.¹¹

La Violencia familiar según la NOM-046-SSA2-2005 es: el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra. La violencia familiar comprende:

1. Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
2. Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico.
3. Maltrato psicológico, a la acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
4. Maltrato sexual, a la acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.
5. Maltrato económico, al acto de control o negación de injerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.¹⁹

La depresión según DSM IV se considera un trastorno mental frecuente, caracterizado por periodos de ansiedad y pérdida del interés o de la capacidad para el placer, el trastorno depresivo mayor ocupa el primer lugar de discapacidad en el mundo.

El término «trastorno mental» implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos «mentales» y «físicos» (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de «físico» en los trastornos «mentales» y mucho de «mental» en los trastornos «físicos». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p. ej., malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta.

Sería un error creer que los trastornos mentales no están relacionados con factores o procesos físicos o biológicos, o que los trastornos físicos no están relacionados con factores o procesos comportamentales o psicosociales.²⁰

En este protocolo usaremos la escala Hamilton pues según criterios diagnósticos de DSM IV involucra las aéreas afectadas para diagnostico de estado depresivo.

Dentro de la unidad de medicina Familiar no 31 del IMSS se documenta solo un consultorio de psicología que abarca 45 consultorios, y en el turno vespertino desde hace muchos años no se cuenta con psicólogo. Y no se cuenta con un área especializada en violencia. A pesar de que los médicos conocen la norma.

En la actualidad dentro de la UMF 31 se cuenta con un grupo de profesionales capacitados y entrenados de manera especializada, en instituciones privadas, que por iniciativa propia, han propuesto un esfuerzo conjunto para tratar de abrir un espacio adecuado que permita darle una atención integral a los derechohabientes que viven este problema y sean atendidos en área de especialización desde una visión de la salud mental para promover su desarrollo y sus capacidades.

JUSTIFICACIÓN:

La violencia tiene diferentes rostros que se expresan bajo un amplio espectro de daños, siendo los más evidentes las lesiones físicas que van del maltrato hasta la muerte. Sin embargo, el daño psicológico y las repercusiones corporales que cubren la violencia pueden causar lesiones, enfermedades diversas y discapacidades permanentes, lo que la convierte en una de las principales determinantes de la salud de las mujeres.

La prolongada situación de marginación en la que viven las mujeres, la valoración inferior de los trabajos femeninos, la mayor responsabilidad en el trabajo doméstico, el constante abandono del mercado de trabajo, la formación profesional en años esenciales del ciclo de vida, la construcción de la identidad femenina y el hecho de que en muchos casos, ellas mismas no reconozcan su rol de víctimas, promueve la necesidad de una perspectiva de análisis que explique la injusticia, persistencia y la complicidad de las víctimas en la violencia familiar.

El panorama de la violencia en México cobra hoy la importancia de un problema de salud pública prioritario por lo que las instituciones públicas y privadas encargadas de la salud de la población, deben estar atentas al problema. El objetivo del presente trabajo es identificar la relación que guardan la depresión y la violencia familiar, en los usuarios de la Unidad de Medicina Familiar no. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que permita diseñar alternativas de solución, capaces de contender con su alta prevalencia, en el primer nivel de atención.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

**¿CUÁL ES LA RELACION QUE GUARDA LA DEPRESIÓN CON LA
VIOLENCIA FAMILIAR?**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En el presente estudio se describe la relación que guardan la depresión y la violencia familiar en mujeres y hombres usuarios de la Unidad de Medicina Familiar no. 31, refiriendo la prevalencia de ambas entidades. Pues la Violencia familiar a fuerza de la cotidianidad, se nos ha vuelto imperceptible en nuestro medio, y representa un problema de salud pública.

La violencia familiar ha sido la sexta causa de defunción en el mundo, entre las personas de 15 a 44 años y es responsable del 5 al 16% de los años de vida sana, perdidos en las mujeres en edad fértil.

OBJETIVOS.

7.1 OBJETIVO GENERAL.

Demostrar la relación que guardan la depresión y la violencia familiar, en los usuarios de la unidad de medicina familiar no 31 del IMSS, aplicando los instrumentos seleccionados (examen de Autodiagnóstico de violencia familiar y Escala de depresión de Hamilton) a hombres y mujeres de entre 15-50 años...

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar la prevalencia de depresión
2. Identificar la prevalencia de la violencia
3. Identificar el tipo de violencia que se presenta y mayor frecuencia
4. Determinar la relación que guarda la depresión y la violencia familiar

HIPOTESIS.

H1: Los pacientes que están o han sido expuestos a conductas violentas, son más proclives al desarrollo de depresión concomitante, debido a la internalización de patrones de interacción creados o contruidos al interior del grupo familiar.

H0: Los pacientes que están o han sido expuestos a conductas violentas, son menos proclives al desarrollo de depresión concomitante, debido a la internalización de patrones de interacción creados o contruidos al interior del grupo familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS.

SITIO DE ESTUDIO Y PERIODO.

Unidad de Medicina Familiar no 31, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en delegación política Iztapalapa México, Distrito Federal, durante el periodo de 5 meses 2013

UNIVERSO DE TRABAJO.

Pacientes derechohabientes de la UMF31, que comprende una población de 251,418 que habitan principalmente en la delegación Iztapalapa.

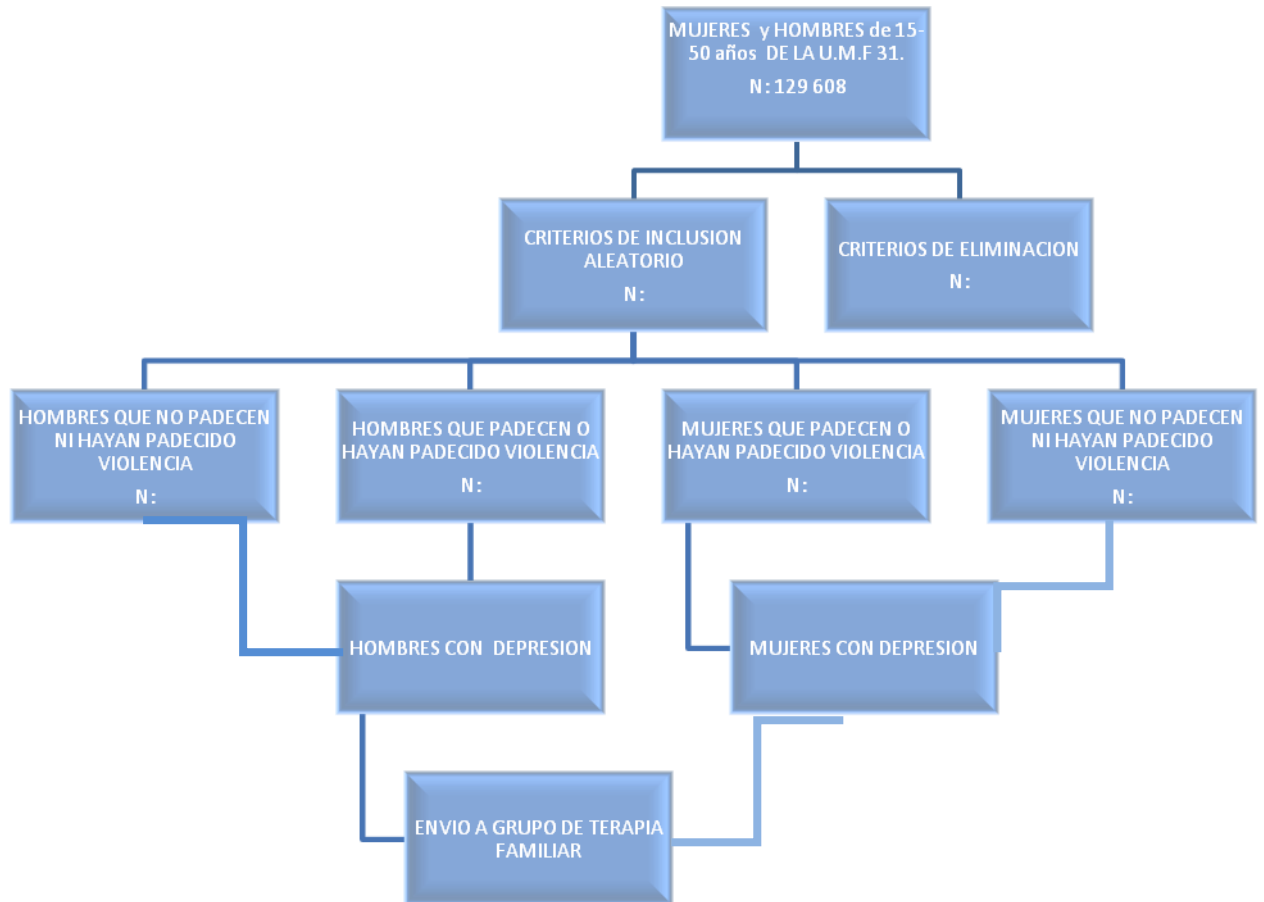
POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Derechohabientes de la unidad de medicina familiar en rango de edad de 15-50 años (Hombres y mujeres) que hayan dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

DISEÑO DE ESTUDIO.

OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DESCRIPTIVO COMPARATIVO

ESQUEMA DEL DISEÑO DE ESTUDIO.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Hombres y Mujeres de 15- 50 años
2. Que sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no 31 del IMSS
3. Que acepten participar en la investigación, previo consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- a. Pacientes que tengan enfermedades mentales
- b. Pacientes menores de edad, que no cuenten con la autorización del padre o tutor.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- a. Pacientes que no terminen de contestar la entrevista.
- b. Pacientes que decidan retirarse del estudio.

MUESTREO.

MUESTREO probabilístico *Aleatorio simple*. Cada individuo tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para el estudio.

El procedimiento empleado es el siguiente: 1) se asigno un número a cada individuo de la población que entro por la puerta principal durante un mes en ambos turnos y 2) a través de números aleatorios generados con una calculadora se eligieron tantos sujetos como fueron necesario para completar el tamaño de muestra requerido.

La selección se realizo “sin remplazo” esto es, que el individuo seleccionado no volvió a ser tomado en cuenta para el sorteo

CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Cálculo del **tamaño de muestra** para determinar la **proporción** de elementos que posee una característica

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Población:

N:

N: número de elementos de en la población

Variable:

p: %

p: proporción de elementos de la población con una característica, 50% valor más desfavorable y utilizado

Nivel de Confianza:

95% 99% ($Z^2 = 1.96$)

Valor estándar 95%

Error estadístico:

$\pm e$: %

e: error estadístico o precisión en $\pm\%$ (2% - 7%)

N= 383

VARIABLES.

Variable dependiente: Depresión

Variables independientes: Violencia familiar

Covariables: tipo de violencia, índice de abuso

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Título del cuadro: Variable independiente

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Violencia Familiar	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	Presencia de violencia TEST VIOLENCIA FAMILIAR	Cualitativa nominal	1. si tiene 2. no tiene

Suma los puntos de cada respuesta dando valor de 3 puntos = si 2 puntos= a veces 1 punto= rara vez, y nunca =0 puntos, el total te proporcionará el Índice de abuso a que estás expuesto.

De 0 a 11 puntos. Relación abusiva Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso! Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la

posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o conque ambos lo quieran. Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada.

PREGUNTA 1-4,7-8,,12,14 VIOLENCIA PSICOLOGICA

9-10,13,15-16 VIOLENCIA FISICA

5-6, VIOLENCIA ECONOMICA

9 VIOLENCIA SEXUAL

DEPRESION	Enfermedad caracterizada por estados de ansiedad y hostilidad	Escala de Hamilton de depresión	Cualitativa nominal	1.si tiene 2.no tiene
-----------	---	---------------------------------	---------------------	--------------------------

La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, si presenta más de 7 se tiene un trastorno depresivo dando: 0-7= no deprimido, 8-13= depresión ligera/menor, 14-18= depresión moderada 19-22= depresión severa, >23= depresión muy severa

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

El tema se presento ante el Comité de Investigación y Ética hasta ser aprobado. Posteriormente se solicitó un oficio a la Dirección de de la UMF para la Autorización del estudio dentro de la UMF 31.

Para la aplicación del instrumento se aplico la entrevista, se solicito el permiso de los pacientes mediante consentimiento informado, para la aplicación de entrevistas en caso de menores de edad firmara de conformidad el tutor o por alguno de los padres. Esto fue durante 4 semanas primeramente se les explico los objetivos de la investigación y la razón porque se decide estudiarla, después se les pregunto si deseaban participar se explico la firma del consentimiento informado, remarcándoles constantemente que su participación seria confidencial, así como los resultados obtenidos.

Se procedió a la aplicación del instrumento respondiendo las dudas que surgieron en cuanto a las respuestas

El tiempo de la entrevista se estimo en aproximadamente 25 minutos.

Al finalizar la entrevista, en el momento de devolver el instrumento se les proporciono un tríptico referente al tema de violencia y depresión agradeciéndoles su participación. Y los pacientes positivos se les orientaran para su atención. Los datos se vaciaron en programa estadístico, fueron procesados en el programa Statistic Pakcage for the Social Sciencie (SPSS 21) con un periodo de análisis de un mes

ANALISIS ESTADÍSTICO

Los resultados que se obtuvieron fueron procesados en el programa Statistic Package for the Social Science (SPSS) versión 21.0 obteniendo frecuencias, porcentajes, y medidas de tendencia central

Se realizó un análisis univariado con descripción de proporciones para variables cualitativas y con realización de medidas de tendencia central para variables cuantitativas.

Posteriormente se realizó un análisis bivariado de las variables que se consideren: relacionadas y relevantes, a partir de las cuales se obtuvieron medidas de riesgo y asociación, posteriormente se modeló y se realizó análisis de inferencia en las variables para determinar su significancia estadística.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegara la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de la personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respecto por la dignidad de cada participante así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también su enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, Y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS. Clave: 2810-018-005 Página 4 de 4 Clave: 2800-003-004

CONFLICTOS DE INTERÉS.

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS:

- 1 estructura. Unidad de Medicina Familiar no. 31 /instrumento de evaluación (escala de violencia + escala de depresión)
- 2 Financiamiento a cuenta del investigador. (Papel, lápiz)
- 3 se capacito a 3 entrevistadores en el tema

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Las limitaciones se manejaron previamente al ver la factibilidad del estudio.

Sin embargo el tema (violencia familiar) es un tema poco diagnosticado; por lo tanto no expresado por el contexto social y personal que implica el sufrirla.

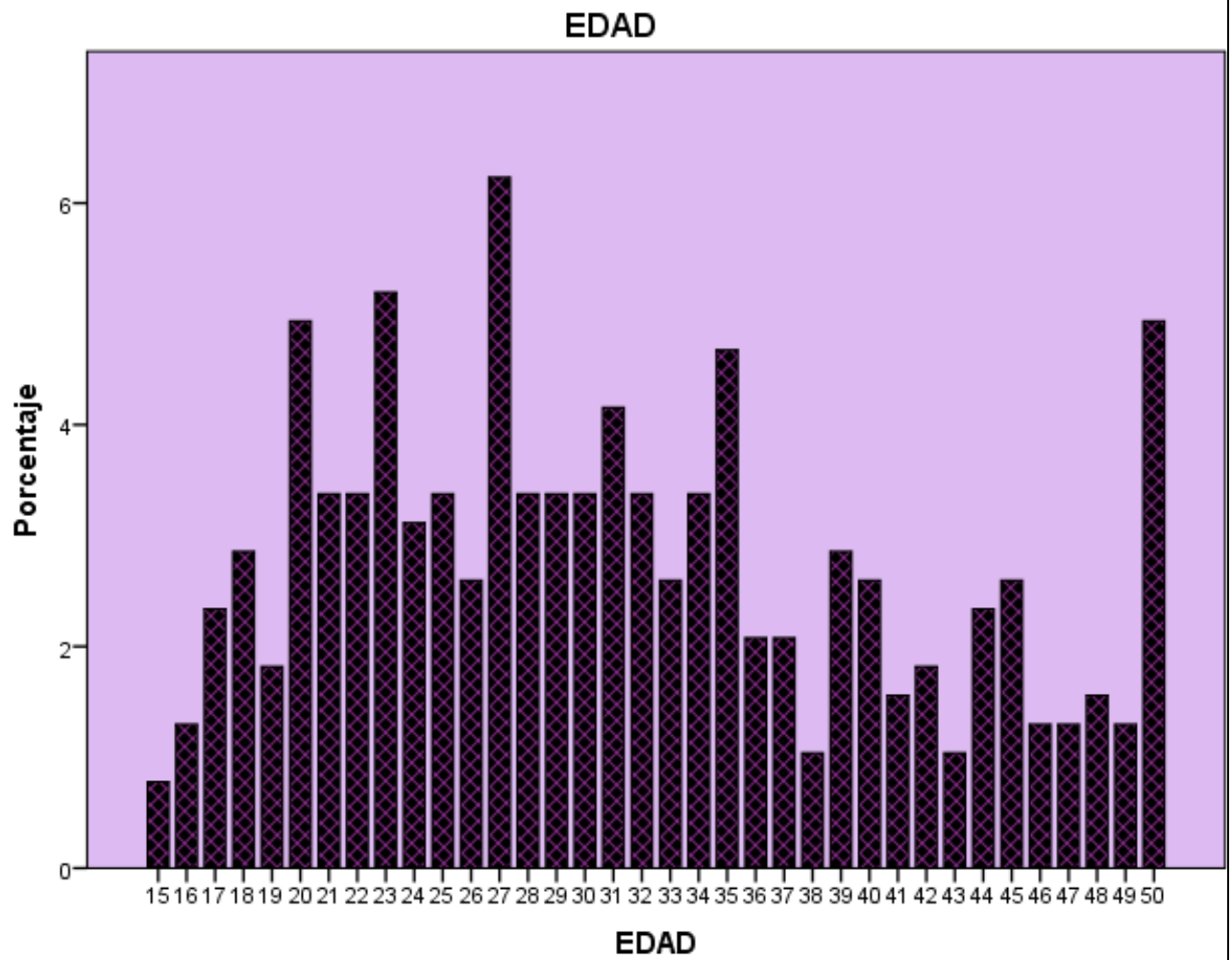
BENEFICIOS ESPERADOS. USO DE RESULTADOS

Cabe mencionar que las consecuencias de la violencia familiar son de gran alcance, la más infligida es la de pareja y los efectos sobre la salud de la víctima ocasionan problemas emocionales que conducen a la depresión y consumo de alcohol como método de afrontamiento. En casos graves las lesiones provocadas pueden ser mortales, además de que cuando los hijos son testigos de estos actos violentos entre los padres, tienen más probabilidades de presentar comportamientos violentos y delictivos, lo que eleva el riesgo de convertirse en perpetradores de actos violentos. Por lo tanto se conocerá la morbilidad de estos padecimientos, demostrando que es un problema de salud pública subdiagnosticado.

Con la detección oportuna se pretende crear programas específicos para la prevención de violencia y depresión. Con un envío temprano a terapia familiar, con ello pretendo disminuir la asistencia a consulta de personas con depresión.

-RESULTADOS

Con respecto a la edad el grupo estuvo integrado por hombres y mujeres entre 15 y 50 años, con una media de 31.29, predominando el rango de 27 años.



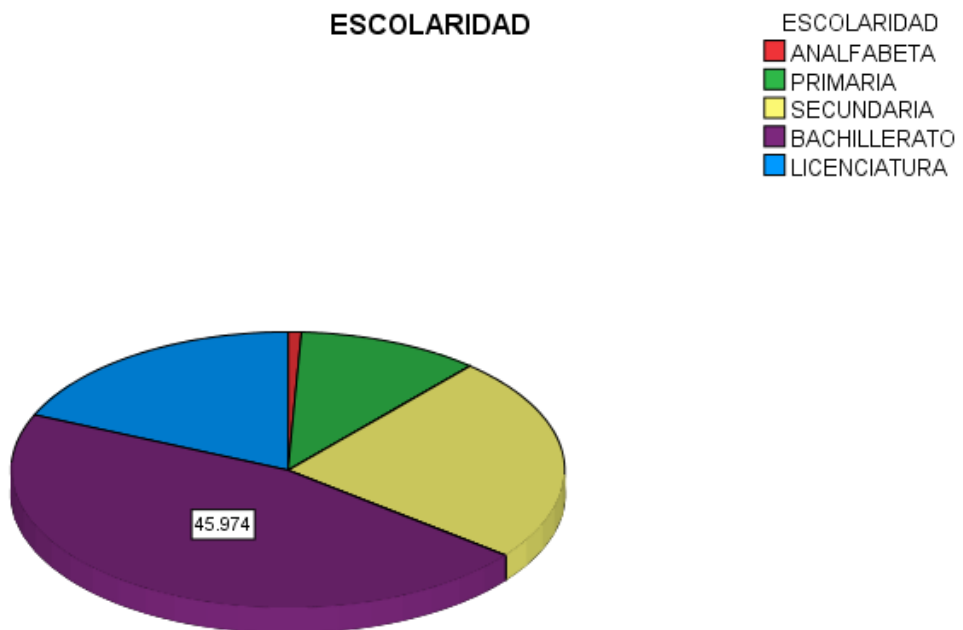
En sexo tenemos que el 73.8% fueron mujeres el resto (26.25%) son hombres.

SEXO

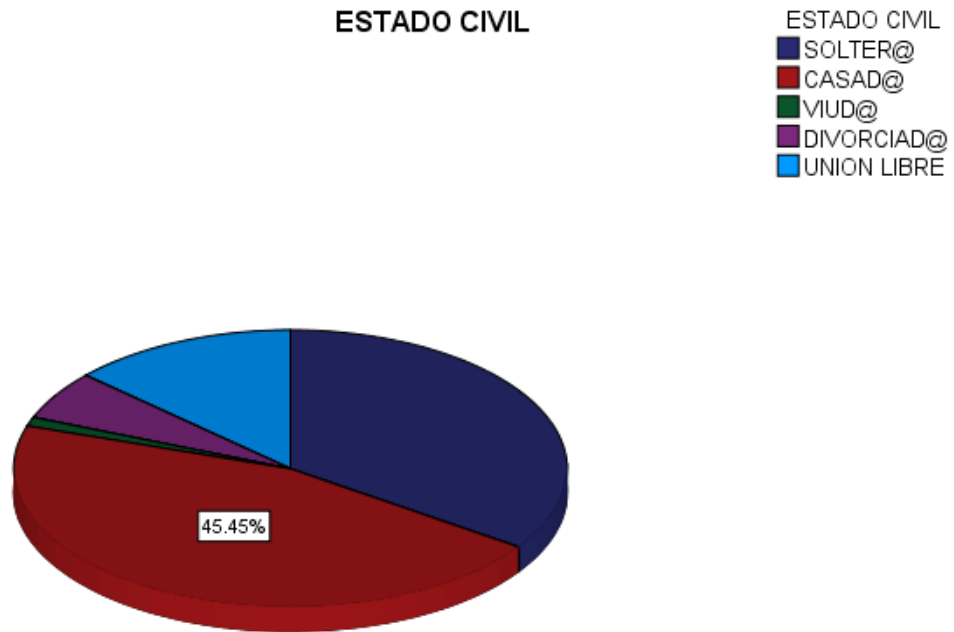


El 45.9 % de la población tiene bachillerato como escolaridad máxima.

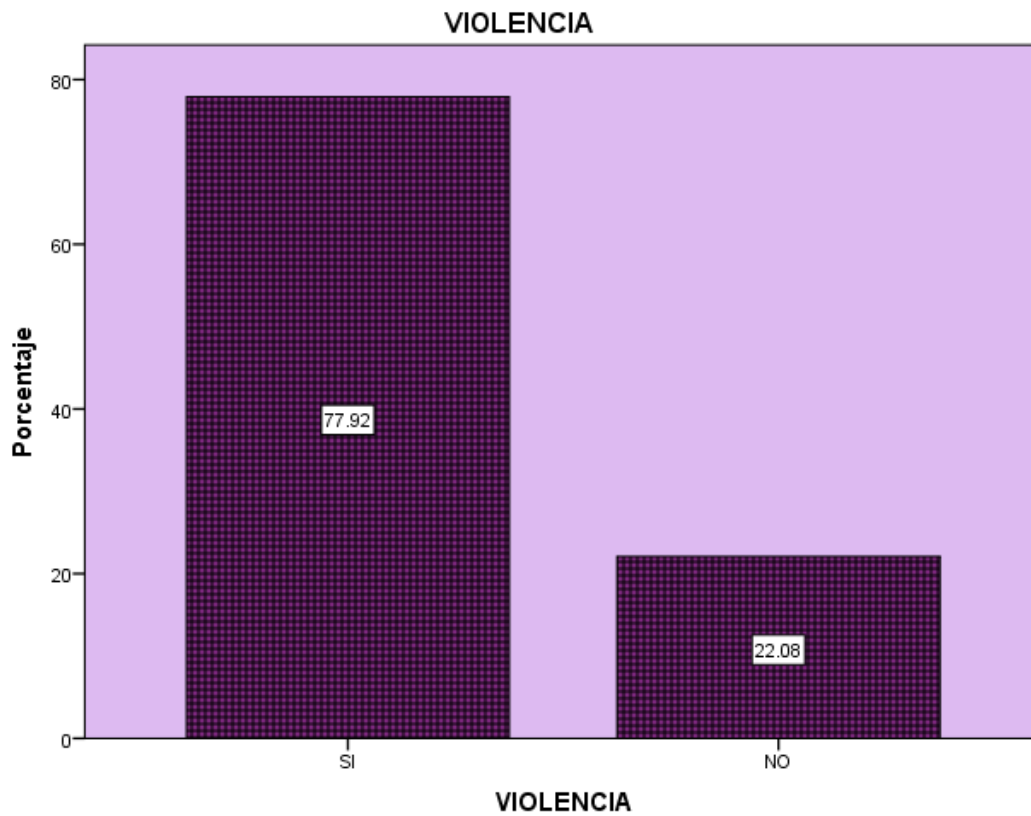
ESCOLARIDAD



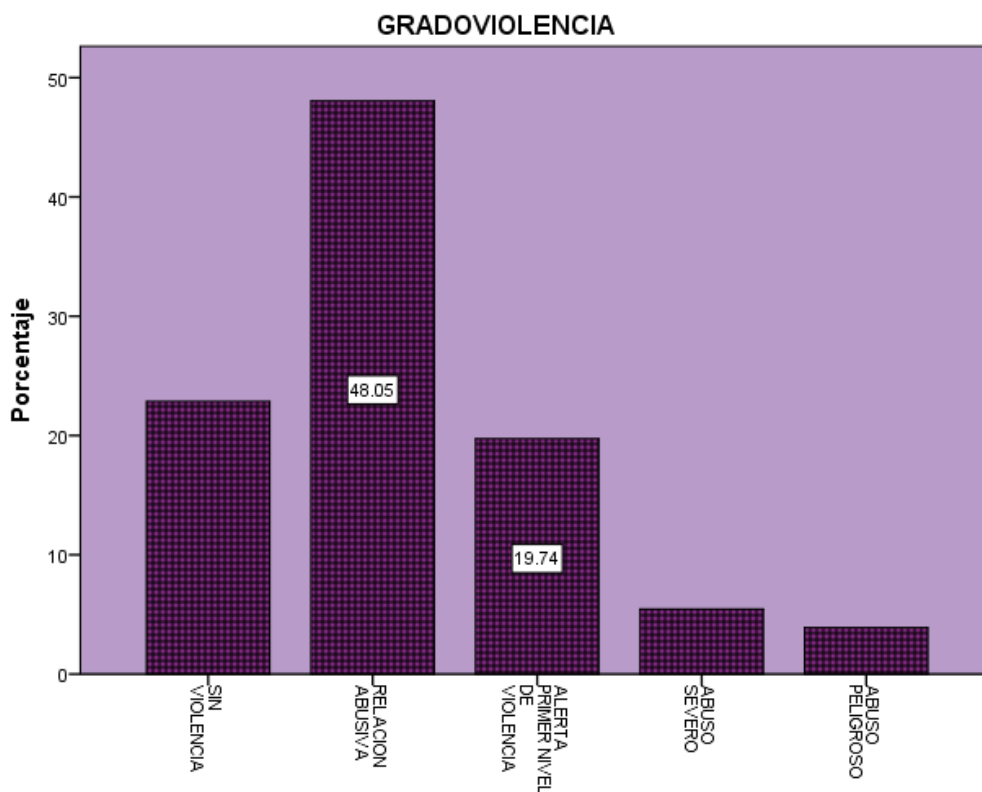
El estado civil predominante con un 45.45% es casada.



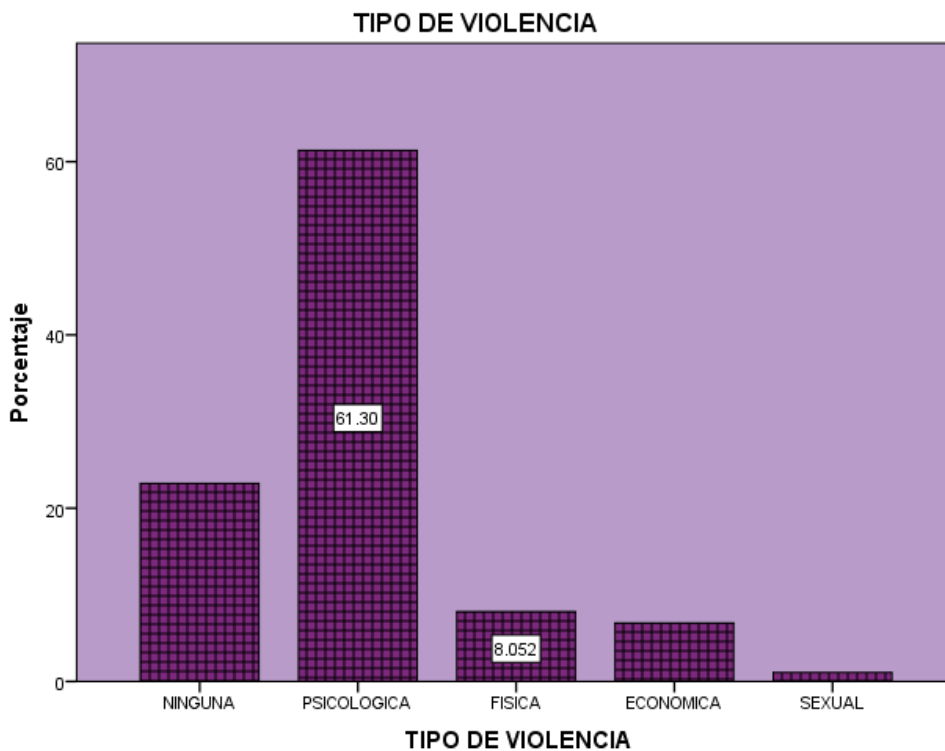
Se encontró que 77.92% de la población estudiada sufre algún tipo de violencia.



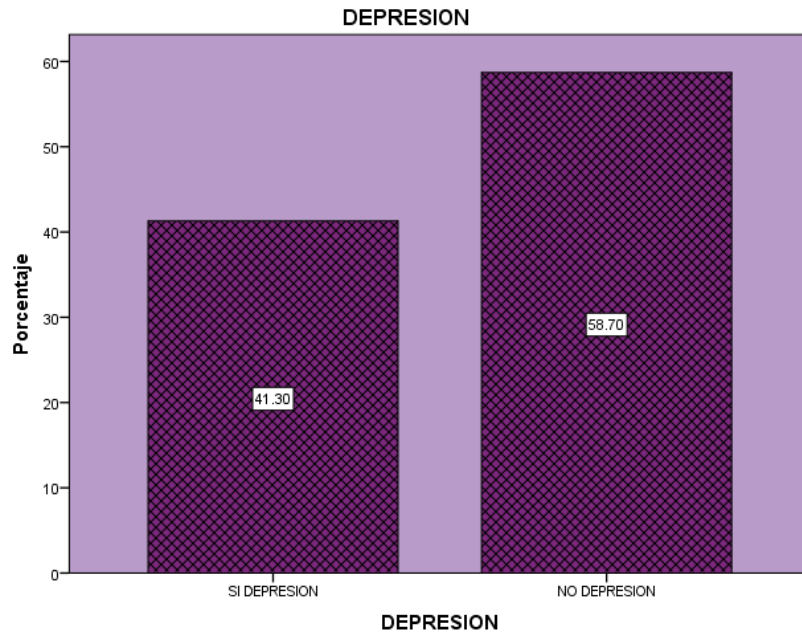
El tipo de violencia que predomino fue el de relación abusiva en un 48.05%



El tipo de violencia predominante fue la psicológica



Se encontró que el 41.30% de la población estudiada tenían depresión



El 24.68% de la población presento un grado ligero de depresión.

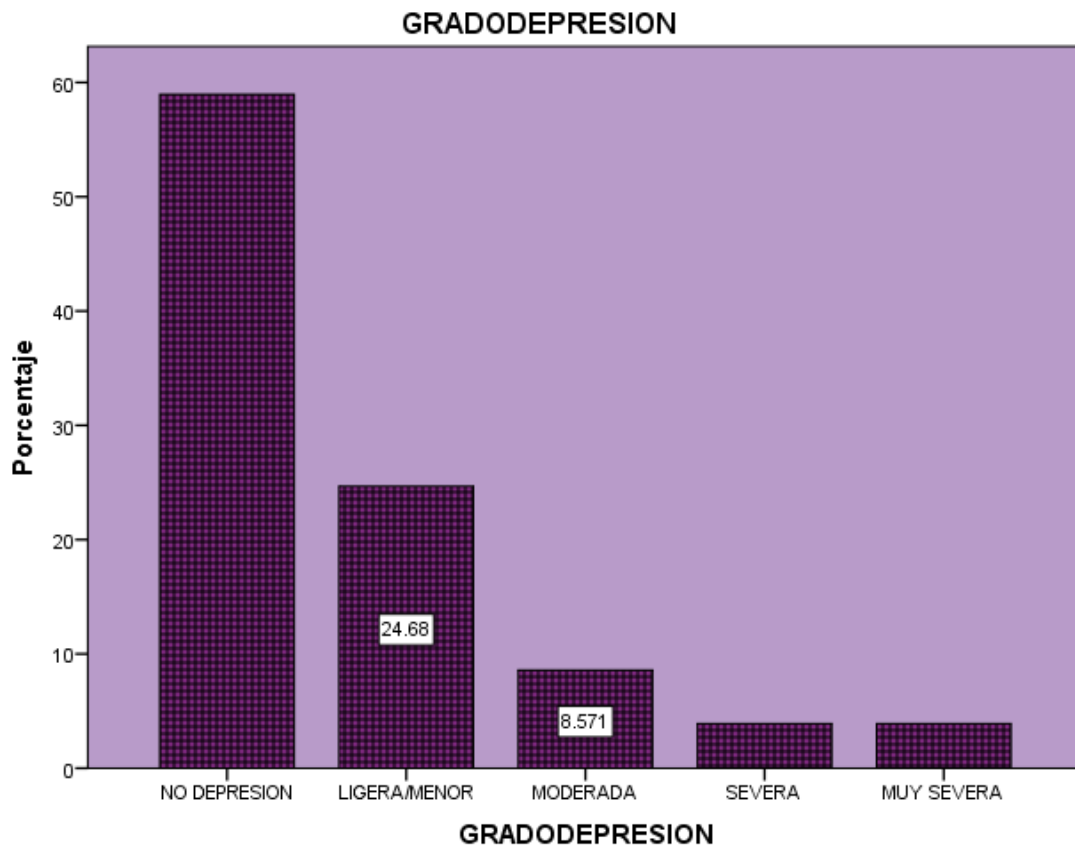


Tabla de contingencia VIOLENCIA * DEPRESION

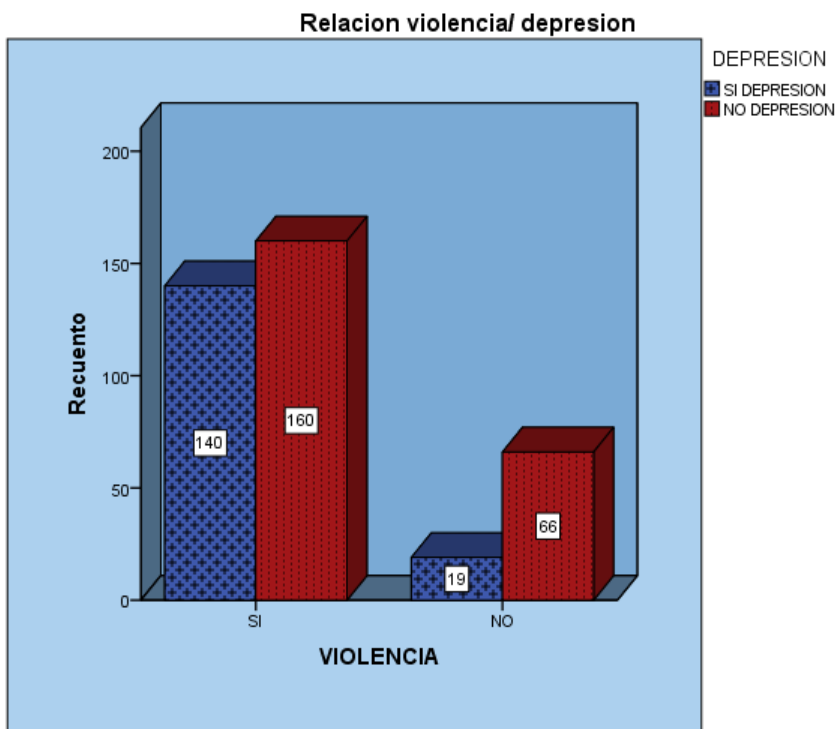
		DEPRESION		Total	
		SI DEPRESION	NO DEPRESION		
VIOLENCIA	SI	Recuento	140	160	300
		% dentro de VIOLENCIA	46.7%	53.3%	100.0%
		% dentro de DEPRESION	88.1%	70.8%	77.9%
		% del total	36.4%	41.6%	77.9%
	NO	Recuento	19	66	85
		% dentro de VIOLENCIA	22.4%	77.6%	100.0%
		% dentro de DEPRESION	11.9%	29.2%	22.1%
		% del total	4.9%	17.1%	22.1%
	Total	Recuento	159	226	385
% dentro de VIOLENCIA		41.3%	58.7%	100.0%	
% dentro de DEPRESION		100.0%	100.0%	100.0%	
% del total		41.3%	58.7%	100.0%	

Se encontró que el 36.4% de la población presento violencia y depresión

El 4.9% de los violentados no están deprimidos

El 17.1% de los no violentados sufren depresión

El 41.6 % de los violentados no sufren depresión



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.151 ^a	1	.000		
Corrección por continuidad ^b	15.164	1	.000		
Razón de verosimilitudes	17.122	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	16.109	1	.000		
N de casos válidos	385				

La violencia familiar se asocia de manera estadísticamente significativa con la depresión con un valor de X^2 16.15 con $p < .05$ (<0.001)

El riesgo es 3.03 veces más probable que se presente depresión en los pacientes con violencia familiar comparado con los pacientes que no padecen violencia familiar

La razón de momios refiere que es 2.08 veces más probable que estén deprimidos los pacientes con violencia familiar comparado con los pacientes que no la padecen.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para VIOLENCIA (SI / NO)	3.039	1.739	5.313
Para la cohorte DEPRESION = SI	2.088	1.380	3.159
Para la cohorte DEPRESION = NO	.687	.588	.803
N de casos válidos	385		

DISCUSIÓN

El estudio permitió conocer que las mujeres participantes se encontraban entre 15 y 50 años de edad. En relación al tipo de violencia en este estudio se muestra que la mayoría de ellas ha presentado violencia psicológica en un 61.30 % de los casos, lo cual coincide con la encuesta nacional de Salud 2012, Cuevas y Golding quienes mencionan que este tipo de violencia es la que se presenta con mayor frecuencia. Cabe señalar que en los resultados de esta investigación se obtuvo el mismo orden de comportamiento con respecto a lidia infante, Patro y Hernández quienes refieren que la depresión es consecuencia de la violencia.

CONCLUSIONES

Las mujeres participantes se encontraban entre 15 y 50 años de edad, con una escolaridad media en un 45.4% de las participantes. Cabe mencionar que el 77.9% de estas mujeres reportaron haber sido víctimas de maltrato por parte de sus padres o familiares con los cuales conviven o convivieron, aspecto que las coloca como personas vulnerables para sufrir agresiones de otras personas.

En relación al tipo de violencia que presentaron estas mujeres se muestra que la mayoría de ellas ha presentado violencia emocional en un 61.30% de los casos, lo que coloca estas mujeres en un alto riesgo de presentar depresión y otros problemas emocionales que pudieran afectar su autoestima y sus relaciones personales.

Cabe destacar que el 8.1% de este grupo de mujeres ha sufrido ataques de violencia física (golpes) por parte de sus parejas, colocando a estas mujeres en grave riesgo de tener problemas físicos y psicológicos ocasionados por este tipo de agresión. Debido a que diversos estudio revelan que la intensidad del daño en la mujer varía desde los golpes hasta el homicidio.

La violencia económica también se manifiesto en este grupo en el 6.8% de los casos, lo cual se considera una cifra importante porque evidencia que aun hay parejas que privan de este derecho a la mujer con la que conviven y por ende a los hijos.

Uno de los hallazgos más importantes fue que la violencia sexual ha estado presente en la vida de 4 de las mujeres que participaron en el estudio, las que han sido obligadas por parte de sus parejas a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, lo que representa que estas mujeres han sido violentadas en grado elevado, colocándolas en riesgo de presentar depresión y problemas emocionales.

Cabe mencionar que las consecuencias de la violencia infligida por la pareja son de gran alcance, y los efectos sobre la salud de la víctima ocasionan problemas emocionales que conducen a la depresión y consumo de alcohol como método de afrontamiento. En casos graves las lesiones provocadas pueden ser mortales, además de que cuando los hijos son testigos de estos actos violentos entre los padres, tienen más probabilidades de presentar comportamientos violentos y delictivos, lo que eleva el riesgo de convertirse en perpetradores de actos violentos.

Diversos estudios realizados colocan que existen múltiples razones por las cuales la víctima intenta disimular y ocultar la situación de maltrato, en algunos casos por el temor y la vergüenza, es por eso que solo cuando la violencia provoca graves daños físicos o psíquicos el fenómeno se vuelve visible para los demás.

Con este estudio se demostró que el riesgo de padecer depresión es 3.03 veces más en los pacientes con violencia familiar comparado con los pacientes que no padecen violencia familia

SUGERENCIAS

Teniendo en cuenta que la violencia contra la mujer es un problema social que se hace cada día más evidente, sugerimos la realización de estudios que permitan definir sus principales causas en el área, para establecer estrategia de intervención.

Que el personal de salud sea el que inicie el dialogo con la mujer agredida ya que está demostrado que cuando se lleva a cabo con empatía, libre de prejuicios y en un clima de confianza, sí expresan la situación de abuso en la que viven y de esta manera se puede canalizar a las mujeres a un centro de ayuda especializada en el problema.

También es recomendable recopilar y difundir información sobre la prevalencia de la violencia por parte de la pareja.

Identificar a los pacientes violentados y canalizarlos a un centro de ayuda antes de que presenten depresión como consecuencia y tengan un desenlace como el suicidio.

23. BIBLIOGRAFÍA.

1. Fernández Cantón Sonia, EL IMSS EN CIFRAS: LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DERECHOHABIENTES. Revista Medica IMSS 2004; 42 (6): pág. 525-530
2. Alatorre Wynter Edda, VIOLENCIA FAMILIAR Y SALUD, revista enfermería IMSS 2000; (8). Pág. 45-49
3. Gómez-Dantes H, Vázquez Martínez JL, Fernández-Cantón SB LA VIOLENCIA EN LAS MUJERES USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL IMSS Y LA SSA, Salud Publica México 2006,48 supl 2:pag S279-S287
4. Olaiz G, Rico B, Del Rio A, Encuesta NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (2003). ENVIM. Instituto Nacional de Salud Pública! Secretaría de Salud INSP/SSA, 2003 pág. 21-31
5. Betania Allen, Rosalba Rojas ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN 2012. Resultados nacionales Primera edición, 2012 pág.87-88
6. Cuevas, Sofía et al. VIOLENCIA Y EMBARAZO EN USUARIAS DEL SECTOR SALUD EN ESTADOS DE ALTA MARGINACIÓN EN MÉXICO. *Salud pública Méx.* 2006, vol.48, suppl.2, pp. s239-s249. ISSN 0036-3634.
7. Lidia C. infante Espinal et al. DEPRESION EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DEGENERO. VIOLNCIA DOMESTICA EN SANTO

DOMINGO Rev. Med Dom DR ISSSN-0254-4504, adverbio 001, Vol. 66 no. 1 enero abril 2005, pag22-28

8. Patro Hernández Rosa, DEPRESION EN MUJERES MALTRATADAS. RELACION CON ESTILOS DE PERSONALIDAD, VARIABLES CONTEXTUALES Y DE LA SITUACION DE VIOLENCIA, universidad de Murcia España ISSN 2007, vol. 23 no 1 (junio) pág. 118-124
9. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J. Fam Viol* 1999; 14:99-131.
10. Kohn R, Levav I, 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
11. Hosman C, Jane-Llopis E & Saxena S. PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES UN INFORME DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE LA OMS, 2005 pág. 15-37
12. Pérez Argilés T., Costero Tello A., Martín García L.: Capítulo 3: TRASTORNOS DEPRESIVOS. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria.. Hospital General y Universitario de Guadalajara. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.2004.
13. Castillo rosa María-Manzano *et al* VIOLENCIA FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN MUJERES: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES *revista biomed* 2008, vol. 19: no 3 sep.-diciembre 2008 pág. 128-136

14. ORTEGA-CEBALLOS, Paola Adanari et al. DETERMINANTES DE VIOLENCIA DE PAREJA EN TRABAJADORAS DEL IMSS MORELOS. *Salud pública Méx*, 2007, vol.49, n.5, pp. 357-366. ISSN 0036-3634.
15. Juan Manuel Saucedo García LAS MÚLTIPLES FORMAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR *Rev Med IMSS* 2002; 40 (4): pág. 277-279
16. Ferrer Pérez, V., Bosch Fiol, E., Ramis Palmer, M., Navarro Guzmán, C.. LAS CREENCIAS Y ACTITUDES SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA: DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y FORMATIVOS. *Anales de Psicología, Norteamérica*, 22, jul. 2006.
17. Castillo-Trejo JC, Hamui-Sutton La subordinación femenina y la tolerancia a la violencia basada en el género A.. *Aten Fam.* 2012;19(3):67-70.
18. Fernandez, Alonso Ma Carmen, VIOLENCIA DOMESTICA Ministerio de Sanidad y Consumo 28014 Madrid (España) 2004 pág. 11-49
19. 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.
20. Pierre Pichot, Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS

MENTALES (4^a ed., Texto Rev.). DSM-IV edición española, francesa e italiana

21. Clemencia Sarquis; INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA PAREJA HUMANA, Facultad de Ciencias Sociales; Ediciones Universidad Católica de Chile, Segunda Edición, Facultad de Ciencias Sociales; Escuela de Psicología; Págs. 111-119.

22. DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y DE LA VIOLENCIA DE SEXUAL, EN EL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, México, secretaria de salud, 2010

23. Richardson J, Coid J, Ptuckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. IDENTIFYING DOMESTIC VIOLENCE: CROSS SECTIONAL STUDY IN PRIMARY CARE. BMJ 2002; 324: 274-277.

24. Gallo Vallejo F. Grupo de trabajo de Sem FYC. PERFIL PROFESIONAL DEL MÉDICO DE FAMILIA. ATEN PRIMARIA 1995; 16(1):5-6

25. Melissa García Meraz' et all CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA universidad autónoma del estado de hidalgo, unidad especializada en la prevención y atención de la violencia familiar y sexual" psicología social volumen xxii

26. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baro E. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN guías de práctica clínica en el sns guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto validación de las versiones en español de la montgomery-asberg depression rating scale y la

hamilton anxiety rating scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. med clin (barc) 2002;118(13):493-9.

27. Velasco Rodríguez, MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación Víctor M. Primera edición en papel, 2002, Torreón, Coahuila, México

28. CUESTIONARIO AUTODIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA FAMILIAR. Cáceres, Ana y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer de Chile

ANEXOS.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. (ANEXO 1)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El panorama de la violencia en México cobra hoy la importancia de un problema de salud pública prioritario por lo que las instituciones públicas y privadas encargadas de la salud de la población, deben estar atentas al problema. El objetivo del presente trabajo es identificar la relación que guardan la depresión y la violencia familiar, en los usuarios de la Unidad de Medicina Familiar no. 31 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que permita diseñar alternativas de solución, capaces de contender con su alta prevalencia, en el primer nivel de atención.
Procedimientos:	Se aplicará una entrevista en la cual obtendremos variables de violencia y depresión. Al final de la entrevista se entregará tríptico informativo.
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo a la Ley General de Salud este estudio confiere un riesgo menor al mínimo. No se realizarán pruebas invasivas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener una valoración y saber si padezco de violencia y depresión y ser referida a un centro de ayuda si lo deseo. Saber identificar la violencia y datos de depresión que podrían poner en riesgo mi salud y vida.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Dar información oportuna sobre el riesgo de padecer violencia y depresión, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Contestar la entrevista estructurada que recabe variables violencia y depresión, dando mi aval y autorización para que sea utilizada dicha información sin ningún impedimento. Se garantiza la libertad y el derecho de retirar mi consentimiento y abandonar el estudio Sin que afecte la atención médica que se me brinda en el Instituto Mexicano del seguro social.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma 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):

Beneficios al término del estudio: Obtener el diagnostico oportuno y referencia para tener una
atención oportuna y evitar complicaciones

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

Investigador Responsable: DRA LUNA MENDEZ CLAUDIA residente de medicina Familiar
Luna1goodpuma@gmail.com

Colaboradores: Dr. Julio Cesar Castillo Trejo profesor adjunto de residentes UMF 31
Dr. Armando Martínez Peña Director del Centro de Investigación Educativa y Formación docente
CMN siglo XXI armando.martinezp@imss.gob.mx mat 10920366

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Dra. Luna Méndez Claudia
Tel: 044 5523022324. Correo electrónico: luna1goodpuma@gmail.com. JEFATURA DE ENSEÑANZA UMF 31 Dra.
LETICIA RAMIREZ BAUTISTA

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

Padre o tutor (solo en menores de edad)

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: (ANEXO 2)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación sur del DF UMF 31
RELACION ENTRE DEPRESION Y VIOLENCIA FAMILIAR”

Hoja 1

INSTRUMENTO.

Aplique la entrevista al paciente que cumpla con las siguientes características:(CRITERIOS DE INCLUSION)

1. Hombres y Mujeres que:
 - A. 15- 50 años
 - B. Sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar no 31 del IMSS
 - C. Que acepten participar en la investigación con previo consentimiento informado

No llenar

1	FOLIO _____	<input type="text"/>
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____	<input type="text"/>
3	INICIALES DE SU NOMBRE	<input type="text"/>
4	NSS: _____	<input type="text"/>

Cuestionario para el Autodiagnóstico de la Violencia Familiar		Sí	a veces		no
	Sientes que tu pareja, padres o hijos constantemente te está controlando				
	Te acusa de ocio, flojera, infidelidad o de que actúas en forma sospechosa				
	Has perdido contacto con amigas, familiares, compañeras/os de trabajo para evitar que tu pareja, padres o hijos se moleste				
	Te critica y humilla, en público o en privado, sobre tu apariencia, tu forma de ser, el modo en que haces tus tareas hogareñas				
	Controla estrictamente tus ingresos o el dinero que te entrega, originando discusiones				
	Cuando quiere que cambies de comportamiento, ¿te presiona con el silencio, con la indiferencia o te privan de dinero				
	Tiene tu pareja, padres o hijos cambios bruscos de humor o se comporta distinto contigo en público, como si fuera otra persona				
	Sientes que estás en permanente tensión y que, hagas lo que hagas, ellos se irrita o te culpabilizan				
5	Te ha golpeado con sus manos, con un objeto o te ha lanzado cosas cuando se enoja o discuten				
	Te ha amenazado alguna vez con un objeto o arma, o con matarse él, a ti o a algún miembro de la familia				
	Sientes que cedes a sus requerimientos sexuales por temor o te ha forzado a tener relaciones sexuales				
	Después de un episodio violento, ellos se muestra cariñoso y atento, te regala cosas y te promete que nunca más volverá a golpearte o insultarte y que "todo cambiará"				
	Has buscado o has recibido ayuda por lesiones que ellos te han causado? (primeros auxilios, atención médica, psicológica o legal)				
	algún miembro de la familia es violento con los hijos/as o con otras personas				
	Ha sido necesario llamar a la policía o lo has intentado al sentir que tu vida y la de los tuyos han sido puestas en peligro por parte de algún miembro d la familia				
	Te golpean constantemente				

Suma los puntos de cada respuesta dando valor de 3 puntos = si 2 puntos= a veces 1 punto= rara vez , y nunca =0 puntos, el total te proporcionará el índice de abuso a que estás expuesto. De 0 a 11 puntos. Relación abusiva Existencia de problemas en los hogares, pero que se resuelven sin violencia física.

De 12 a 22 puntos. Primer nivel de abuso La violencia en la relación está comenzando. Es una situación de ALERTA y un indicador de que la violencia puede aumentar en el futuro.

De 23 a 34 puntos. Abuso severo En este punto es importante solicitar ayuda institucional o personal y abandonar la casa temporalmente.

De 35 a 45 puntos. ¡Abuso peligroso! Debes considerar en forma URGENTE e inmediata la posibilidad de dejar la relación en forma temporal y obtener apoyo externo, judicial y legal. El problema de violencia no se resuelve por sí mismo o conque ambos lo quieran. Tu vida puede llegar a estar en peligro en más de una ocasión o tu salud física o mental puede quedar permanentemente dañada.

PREGUNTA 1-4,7-8,,12,14 VIOLENCIA PSICOLOGICA

9-10,13,15-16 VIOLENCIA FISICA

5-6, VIOLENCIA ECONOMICA

11 VIOLENCIA SEXUAL

Cuestionario Autodiagnóstico de Violencia Familiar. Validado por:

Cáceres, Ana y otras colaboradoras del Servicio Nacional de la Mujer de Chile

Escala de Hamilton de depresión

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

6

<p>0 = Ninguna 1 = Juega con sus dedos 2 = Juega con sus manos, cabello, etc. 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p> <p>10. Ansiedad psíquica: 0 = No hay dificultad 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad 2 = Preocupación por pequeñas cosas 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten</p> <p>11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración): 0 = Ausente 1 = Ligera 2 = Moderada 3 = Severa 4 = Incapacitante</p> <p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales: 0 = Ninguno 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p> <p>13. Síntomas somáticos generales: 0 = Ninguno 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.</p> <p>14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales): 0 = Ausente 1 = Débil 2 = Grave</p> <p>15. Hipocondría: 0 = Ausente 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente) 2 = Preocupado por su salud 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda</p> <p>16. Pérdida de peso: 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana</p> <p>17. Perspicacia: 0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 3 = No se da cuenta que está enfermo</p> <p>Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.</p> <p>La validación de la versión española de la escala fue realizada en 1986</p>	
<p>GRACIAS POR SU COLABORACION</p>	