



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD ACADÉMICA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222.
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

TÍTULO:

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES DE 20 A 70 AÑOS DE
EDAD CON DEPRESIÓN”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

MARIA YOLANDA VAZQUEZ ALCANTARA

TOLUCA, MÉXICO.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES DE 20 A 70 AÑOS DE EDAD CON
DEPRESION.**

PRESENTA:

MARIA YOLANDA VAZQUEZ ALCANTARA

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. ESTHER REYES RUIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICO GENENRALES EN UMF N° 222

DR. VICTOR MANUEL PEREZ ILAGOR

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO EPIDEMIOLOGO DE LA UMF 231 IMSS METEPEC

DR. LUIS SERGIO PONCE GUADARRAMA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITO AL HGR 220 IMSS TOLUCA.

DR. VICTOR MANUEL PEREZ ILAGOR

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
DEL COMITÉ LOCAL UMF 231.

TOLUCA, MÉXICO. 2006.

TITULO
**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN MUJERES DE 20 A 70 AÑOS DE EDAD
CON DEPRESION”**

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

PRESENTA:

MARIA YOLANDA VAZQUEZ ALCANTARA

**DR MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIA
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

A DIOS:

Porque a él le debo todo en mi vida.

A MIS PADRES ANGEL Y JOSEFINA:

Quienes gracias a su Amor y Responsabilidad de padres he tenido un gran apoyo para mi superación.

A MIS HIJOS NAHUM EMMMANUEL, EDGAR IVAN (MI ANGEL) Y ANA PAULINA:

Quienes son la razón de mi vida y mi motivo más fuerte para continuar superándome.

A DEMETRIO NAHUM:

Por su valiosa colaboración.

A MIS HERMANOS Y SUS FAMILIAS:

Por ser para mí un gran pilar de apoyo y amor fraternal.

A MIS DIRECTORES DE TESIS DR. LUIS SERGIO PONCE Y DR. VICTOR PEREZ:

Por el su apoyo profesional y amistad.

A MI COORDINADORA DRA. MA. ESTHER REYES:

Por su contar con su valiosa orientación, paciencia y amistad.

A MIS QUERIDOS COMPAÑEROS: DRES. MIREYA, LORENZO, JUAN PABLO, FERNANDO Y ROBERTO:

Por su gran amistad y el apoyo que siempre me brindaron.

A LA DRA. ROSALIA RIVERA:

Excelente profesora y mejor ser humano.

A LOS DRES. HORACIO HERRERA Y CARMEN (COORDINADORES DE ENSEÑANZA):

Por el valioso apoyo como autoridades del curso.

A LAS MUJERES QUE VIVEN EN VIOLENCIA:

Que huyendo de su realidad familiar injusta se refugian en la Depresión.

Índice

I. Marco Teórico.....	1
* Violencia Intrafamiliar.....	1
* Depresión.....	12
II. Planteamiento del Problema.....	26
III. Justificación.....	27
IV. Objetivos.....	29
V. Hipótesis.....	30
VI. Metodología.....	31
VII. Consideraciones Éticas.....	34
VIII. Resultados.....	35
IX. Cuadros y Graficas.....	37
X. Discusión.....	56
XI. Conclusiones.....	57
XII. Referencias Bibliográficas.....	58
XIII. Anexos.....	60

MARCO TEORICO.

VIOLENCIA INTRA FAMILIAR.

INTRODUCCION.

Para aproximarse al fenómeno de la Violencia Intrafamiliar es necesario enmarcarlo dentro de un fenómeno más amplio que es la violencia de género contra la mujer ésta ha sido definida en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, de las Naciones Unidas como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento físico, sexual o Psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (24).

La Violencia puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer y muchas mujeres experimentan múltiples episodios durante sus vidas, lo cual tiene efectos inmediatos y acumulativos sobre su salud y el desarrollo de sus capacidades cognitivas, afectivas, económicas y de relación; en algunos de los casos estas experiencias conllevan el peligro de muerte y tienen resultados fatales, como el suicidio y el homicidio.

En general, la violencia hacia la mujer es un problema global poco reconocido por los sectores de salud y desarrollo, e insuficientemente valorado como problema de salud pública, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad femenina. En México, los estudios sobre Violencia Intrafamiliar señalan una prevalencia de entre 28 y 60% de violencia o abuso a las mujeres por parte de sus parejas masculinas, tanto en las zonas rurales como en las zonas urbanas. Las estimaciones recientes del Banco Mundial indican que la violencia, especialmente dirigida a la mujer, hace que esta pierda uno de cada cinco años de vida saludable de su edad reproductiva (25).

La relación entre el maltrato a las mujeres y la Depresión ha sido ampliamente documentada en la bibliografía Internacional. Saunders y sus colegas demostraron que en una muestra de 363 mujeres que acudieron a los servicios médicos familiares, la Depresión fue el indicador más significativo de que vivían una relación de maltrato. Gleason encontró una prevalencia más elevada de depresión mayor en 62 mujeres maltratadas de le Estado Unidos, en comparación con una muestra similar del Instituto Nacional de Salud mental (NIMH, por sus siglas en Inglés). En ese mismo estudio la prevalencia de depresión mayor (63%) fue más elevada que los indicadores de estrés post traumático (37%). (27, 28).

Otros estudios han expresado las características particulares de los estados depresivos de las mujeres maltratadas. Se sabe que los niveles de depresión son diferentes dependiendo de la severidad y el tiempo de exposición al maltrato. Por ejemplo en 1995, Campbell y Kub hicieron el seguimiento de 43 mujeres maltratadas, registrando sus niveles de depresión durante 2.5 años. A 32 de ellas no las habían maltratado por mucho tiempo, por lo que 91% presentaron claros patrones de decremento de la depresión, mientras que las otras 12 mujeres que habían estado expuestas al maltrato durante más tiempo no presentaron decrementos significativos en sus puntajes de depresión. (29).

También se han explorado diferencias en los niveles de depresión en las mujeres maltratadas después de salir de albergues o cuando han dejado de estar expuestas al maltrato. Follingstad y colaboradores (1991) encontraron que 214 mujeres regresaron a los niveles de estabilidad emocional cuando dejaron de agredirlas. La mayoría de ellas había obtenido apoyo o asistencia. Por otro lado Campbell y colaboradores (1995) encontraron menores niveles de depresión en una muestra de 123 mujeres maltratadas, 10 semanas después de salir del albergue, que inmediatamente después de haber salido, en los siguientes 6 meses no se presentaron cambios significativos.(30).

La Violencia es uno de los problemas actuales más evidentes que afectan a nuestra sociedad y muy particularmente a la familia, en el seno de la cual se generan a consecuencia de esto problemas de salud. La violencia intrafamiliar en el que las mujeres y los niños son los grupos más vulnerables. La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo son objeto de violencia en alguna etapa de la vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen dos veces más intento de suicidio y altas tasas de mortalidad en comparación con la población que no la padece.

Se ha demostrado que a la depresión como el trastorno afectivo más frecuente que se presenta en la población adulta y por su magnitud se considera como un problema de salud pública, que afecta de manera negativa la calidad de vida (15).

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en los adultos. Los síntomas depresivos en los individuos en la Comunidad oscilan entre el 10 y 15%. La prevalencia de acuerdo al sexo es de 12.5% para los varones y el 14.5% para las mujeres. En las mujeres y los ancianos parece que los trastornos afectivos son algo más frecuente que en otras épocas de la vida.

El impacto de la depresión en las mujeres en edad adulta es particularmente importante, algunos estudios han demostrado que la depresión es esta, promueve potencialmente la enfermedad, de hecho hay reportes que señalan en las mujeres deprimidas un doble riesgo de morir en comparación con la población general.

Este síndrome puede producir por sí mismo discapacidad social y funcional tan importante como algunas enfermedades crónicas degenerativas (hipertensión, diabetes, etc.). Estudios previos hacen referencia que es un factor de riesgo para el deceso temprano, junto a la disminución de las actividades rutinarias. (15)

Aunque en el plano epidemiológico la depresión puede encontrarse a cualquier edad es evidente que la prevalencia aumenta con la progresión de ésta, encontrándola más alta en proporción directa. Así mismo es mayor la frecuencia de alteraciones afectivas en la mujer en 2.5 más frecuente siendo el climaterio la etapa con mayor índice de ella.(15)

Estos trastornos son más comunes en mujeres casadas que entre hombres casados, en aquellas que son amas de casa, en las que han enviudado hace poco o que nunca se casaron, separadas, divorciadas o las que viven solas y socialmente aisladas y las que nunca han tenido hijos, hay mayor incidencia en las zonas urbanas que en las rurales.

Cuando utilizamos el término depresión se habla de la depresión mayor una enfermedad común con síntomas muy concretos de una intensidad y duración considerable que pueden afectar el comportamiento y bienestar de una persona. Este tipo de depresión limita la capacidad de seguir adelante con las actividades normales de la vida, el trabajo o las relaciones y causa una gran inquietud. Al igual que cualquier otra enfermedad los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas. No todo el mundo presenta los mismos síntomas.(16)

La prevalencia de trastornos psicopatológicos en Atención Primaria se sitúa alrededor del 20 al 30% , sin embargo, a pesar de ser muy frecuentes, mas de la mitad de los casos no son diagnosticados y tratados correctamente, debido a la frecuente presentación clínica atípica especialmente en las quejas somáticas, entre otros factores.(17).

Se ha constatado que en Chile 1 de 4 familias viven violencia física, y 1 de cada 3, violencia psicológica.

En Puerto Rico entre los años de 1977 y 1978 más del 50% de las mujeres que murieron asesinadas fueron víctimas de sus maridos. En Brasil en 1980 murieron de esta forma 722 mujeres. Estudios realizados en México constataron que el 61% de las mujeres dueñas de casa eran golpeadas y en Francia los investigadores observaron que el 95% de las victimas presentadas eran mujeres y en Inglaterra se ha calculado que de 20 mil a 50 mil mujeres son golpeadas por año. En España la denuncia de mujeres agredidas predominan. (21).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN MEXICO.

En 2002 el Instituto nacional de la mujer puso en marcha el Programa Nacional por una Vida sin Violencia, con el objeto de contribuir a la erradicación de la violencia en la familia mediante la creación del sistema nacional de políticas públicas de prevención, tratamiento, información y evaluación con enfoque de género. El programa surge del trabajo que han venido realizando, de manera compartida las instancias y dependencias que conforman la mesa institucional para coordinar las acciones de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y hacia las Mujeres.

En el marco del Programa se creó el Sistema Integral de Atención a Mujeres Afectadas por Violencia Familiar (SIAMAVIF). La ejecución de éste proyecto se ha realizado en 14 de los 31 estados de la República, lo cual implicó el trabajo coordinado y el diálogo permanente con las instancias estatales de la mujer, las instituciones gubernamentales, la sociedad civil organizada y la academia. Una vez instalado el mecanismo de diálogo, las instituciones deben elaborar un proceso de ruta crítica en cada una de las entidades federativas, con el objeto de que cada mujer atendida en una institución conozca que lugar y con que persona debe ser remitida.

No obstante, a pesar de que predominan los acuerdos respecto a la importancia de ejecutar este tipo de programas, persisten mitos y resistencias culturales que colocan el tema por debajo del nivel de importancia que requiere para la toma de decisiones. De esa forma por ejemplo, existe la creencia de que las mujeres no denuncian por voluntad propia y de que la atención a mujeres víctimas de violencia familiar se debe traducir en políticas asistenciales. Así mismo es fundamental sensibilizar a los funcionarios públicos que participan en las reuniones de trabajo y homogenizar un marco jurídico que tutele el derecho a una vida libre de violencia en toso el país.

Aunado a estos esfuerzos, en el marco de PROMSA, destaca la firma de convenios de colaboración con 14 entidades federativas en las que ya operan de manera más sistemática el Modelo de Atención Integral a la Violencias y la Norma Oficial Mexicana sobre atención Médica a la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999). Estos trabajos dieron como resultado la publicación del Manual de Capacitadores y Capacitadoras para el personal de Salud. Prevención y Atención de la Violencia Familiar Sexual y Contra las Mujeres, en colaboración con el Inmujeres, y en la realización de talleres y seminarios, entre otras actividades.

En materia de estudios e investigación, sobresale la Encuesta Nacional de Violencia contra las mujeres, (ENVIM, 2003) desarrollada por el Centro de Encuestas Nacionales de Salud y aplica a 24 mil mujeres mayores de 15 años, usuarias de servicios de Salud en instituciones públicas, con el objeto de identificar causas y consecuencias del problema de

Violencia intrafamiliar. Los resultados publicado en noviembre del 2003, han permitido negociar con las instancias estatales de salud la asignación de una mayor atención a la problemática y de mayores recursos financieros y humanos.

A nivel nacional destaca también la Encuesta Nacional sobre Dinámica de Relaciones en los hogares, 2003 (ENDIREH, 2003), cuyo objetivo es generar información estadística sobre la frecuencia y magnitud de la violencia (emocional, física, económica y/o sexual) al interior de los hogares y determinar las características de la dinámica de la relación de pareja, a fin de coadyuvar en la formación del Subsistema de estadística sobre violencia, un proyecto coordinado entre el Instituto nacional de la mujer (Inmujeres), la oficina nacional de estadística (INEGI) y un organismo de Naciones Unidas, Unión Internacional Femenina (UNIFEM), fue levantada entre octubre y noviembre de 2003, aproximadamente en 57 000 viviendas, con una representatividad nacional y para 11 Estados de la República.

De acuerdo a los resultados de la encuesta el 46.6 % de las mujeres entrevistadas declararon haber sufrido algún tipo de violencia. Así mismo se observa que entre las mujeres más jóvenes el problema de la violencia es mayor, especialmente la violencia física. En tanto la violencia sexual es mayor en las mujeres mayores de 40 años y la violencia económica afecta casi por igual a las mujeres hasta los 44 años de edad. Aunque no se observan diferencias notables por nivel de instrucción, el porcentaje más bajo de mujeres que sufren algún tipo de violencia se presenta en las mujeres que no tienen instrucción.

Con el afán de ofrecer un mayor apoyo a la población abierta, el mecanismo nacional puso en marcha en enero del 2003, la línea telefónica Vida sin Violencia, año en el cual atendió a 5 mil 536 personas, brindando asesoría jurídica y apoyo psicológico. Así mismo continuó trabajando en el proyecto de Apoyo al Fortalecimiento de una red de Refugios Temporales para atender a víctimas de la violencia familiar y paralelamente elaboró, con la Universidad del Caribe de Quintana Roo, el manual de las normas de funcionamiento y de los modelos de Atención Integral de la Violencia.

Conciente de la grave violación de los derechos humanos que significan las muertes de mujeres en Ciudad Juárez, Chihuahua, el gobierno Federal nombró una comisión para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en Ciudad Juárez a fin de coordinar el programa de acciones federales, creó la Fiscalía Especial para investigar los homicidios de Mujeres en Ciudad Juárez y creó, en el marco de la Comisión de Política Gubernamental en materia de Derechos Humanos, la Subcomisión de Coordinación y Enlace para prevenir y sancionar la Violencia contra las Mujeres en Ciudad Juárez. En tanto el mecanismo Nacional ha continuado sus actividades a través de la Mesa Interinstitucional de Ciudad Juárez.(22).

La violencia contra la mujer es un fenómeno común que afecta todos los ámbitos, clases sociales y grupos culturales tanto en los países llamados desarrollados como en los países en desarrollo. Treinta y cinco estudios revisados por Heise 12 en diversos países de todo el mundo muestra que entre un cuarto y mas de la mitad de las mujeres informaron haber sido agredidas físicamente por su pareja. En México hay algunos ejemplos ilustrativos: Ramírez y Uribe al investigar una muestra de 1163 mujeres de zonas rurales y urbanas en Jalisco, encontraron que 44.2% y 56.7% , respectivamente de ellas habían sufrido algún tipo de violencia en el que el principal agresor había sido su esposo y la principal causa “porque los hombres tenían coraje”. En otro estudio con muestra de 343 de la ciudad de México, 33% de las mujeres entrevistadas indicó haber vivido una relación violenta. En 1990 La Asociación Mexicana de **Violencia** Contra las Mujeres (COVAC), atendió 200 casos de los cuales 43.5 % había sido de maltrato doméstico.

La Encuesta de Opinión Pública sobre la incidencia de la **Violencia** en la familia en varios estados de la República elaborada por el COVAC, indica que el 35 % de los entrevistados reconoció que en los últimos 6 meses hubo en su propia familia algún problema que generó **violencia**. El 74% de las personas maltratadas son mujeres de las cuales 68% se encuentra entre los 13 y los 34 años de edad; 52% son madres y 30% hijas.(23).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos referentes a la igualdad que existe entre hombres y mujeres de contar con las mismas oportunidades, estableciendo condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

De éste contexto se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y de las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inquietudes entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencias hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad y la condición física), que manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso del poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que son socialmente más vulnerables: las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles: adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante o desventaja física, económica o cultural.(8).

Hoy en día la violencia es un problema de tal magnitud que en varios países se considera como un problema de salud pública. En las últimas décadas la violencia ha tenido un incremento sustancial en diversas latitudes de ahí se explica el importante número de proyectos de investigación que se orientan al esclarecimiento de las causas de esta forma de comportamiento.(4).

Hace pocos años los fenómenos de violencia dentro del hogar en México eran considerados un asunto de familia y no problemas legales ni de competencia de los médicos. Tal vez la excepción haya sido el maltrato al menor, cuya ocurrencia fue estudiada e identificada en nuestro medio desde principios de los años 60 y que frecuentemente es detectado en los servicios de Urgencias Pediátricas. El maltrato a la esposa generalmente se oculta y su resignación y la escasez o ausencia de recursos de apoyo en la sociedad desalienta la denuncia. La violencia dentro de la familia es muy común sobre todo la dirigida contra la mujer y en su génesis intervienen factores Psicológicos individuales, los principios de la vida en pareja y las influencias socioculturales.(8).

En 1999 la Secretaría de Salud publicó una Norma Oficial Mexicana con los criterios de atención Médica de la violencia familiar. En ella se define como el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del género, edad o condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. (3).

En el estado de México se han hecho intentos para la prevención y tratamiento de este fenómeno a través de Centro de Atención y Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS), institución en la que funcionan talleres de prevención y ayuda.

A pesar de su gran impacto en la salud, aún son pocos los prestadores y prestadoras de servicios que deciden dar la cara a la violencia familiar, la cual se expresa en lesiones físicas y Psicológicas que presentan muchas mujeres y niños que acuden todos los días a los centros de salud y a los cuales se les resta importancia al no explorar la existencia de la violencia intrafamiliar por parte del médico, estos problemas de salud se incrementan.(8).

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999, Prestaciones de servicios de salud, criterios para la atención Médica de la violencia familiar, fue publicada en el diario Oficial de la Nación el miércoles 8 de marzo del año 2000 entrando en vigencia al día siguiente de su publicación y tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación, que proporcionan a los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar.(3).

Una familia en situaciones de violencia es generadora de una sociedad, en donde el abuso, el maltrato, la impunidad y el menosprecio son el reflejo de una forma de vida que no entiende de otra manera diferente a la imposición, al fuerza y el miedo para lograr sus objetivos. (4).

La familia es el núcleo familiar más importante y extremadamente complejo, constituye un espacio tanto de control como de apoyo, donde la dinámica interna puede tener efectos positivos o negativos sobre las relaciones familiares. Uno de sus efectos negativos es la violencia familiar. El uso de la fuerza para imponer formas de ser o actuar, para refrendar la autoridad, se sustenta en la inquietud y discriminación que se dan en la relación entre hombres y mujeres, entre padres e hijos, las cuales adoptan múltiples formas. Las víctimas de violencia doméstica ven disminuida su autoestima, su capacidad de relacionarse con los demás y su creatividad; destruye las posibilidades de desarrollo de los menores, afecta seriamente la capacidad productiva de las mujeres, convierte los días de ocaso de un anciano en un infierno y un tormento la vida de un discapacitado. Como medida esencial de prevención es determinante retomar el papel de la familia como el espacio idóneo y natural para garantizar la seguridad y la formación de seres humanos con valores basados en la dignidad y el respeto a si mismo y a los demás.(5).

La familia debe estar normada por el amor y el respeto. El primero es la base de la relación conyugal y de la familia, sin este la relación deja de tener sentido, las frustraciones saltarían a la vista y con ellas una serie de problemas que pueden desestabilizar a la familia; el segundo es la armonía en la relación, ya que cuando se rompe el respeto, se rompe el lazo de Unidad de una vida armónica. El ámbito familiar es insustituible y extraordinariamente rico para propiciar la plenitud de una vida que sólo se alcanza encarnando valores y realizando obras valiosas.(6).

La familia a través de su “sistema de valores” como cuerpo organizado de principios y reglas, funciona como elemento fundamental en los procesos de selección de alternativas, solución de conflictos y toma de decisiones. La socialización primaria sin violencia en la familia, genera hombres y mujeres capaces de trabajar en la sociedad sin repetición de esquemas de control y discriminación.(6).

La posición que la mujer ha adquirido en el plano social, le coloca en la marginalidad. Esta marginación ha impactado a la mujeres y se ha caracterizado como la “feminización de la pobreza” que la sitúa en grave desventaja social, cultural, educativa y legal y además de haber sumado a la violencia familiar como parte de su vida.(1).

El fenómeno de la violencia ejercida contra las mujeres es un fenómeno que no distingue país, clase social, horizontes culturales y ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, siempre bajo diferentes formas. Sus repercusiones adquieren alcances severos muy perjudiciales para la víctima afectando principalmente la calidad de vida de las mujeres y niñas generando en ellas miedo, inseguridad, disminución y lesión en su autoestima así como limitación en su libertad de acción.(2).

Por lo común el principal agresor de la violencia familiar y específicamente en la categoría de la violencia conyugal es el hombre, recurriendo al uso de la fuerza sobre el resto de los miembros de la familia como una forma de ejercer el control porque considera que de esa manera se ejerce la autoridad dentro de la casa.(1).

No obstante que las legislaciones civil y penal del Estado de México consideran en sus artículos sanciones a la violencia intrafamiliar, es la primera vez en la historia del Congreso mexiquense que se presenta una iniciativa de este tipo para generar una ley de tipo administrativo que privilegia la protección de las personas contra la violencia, sin asumir competencia de tipo penal; la finalidad es evitar, en la medida de lo posible y dependiendo de las circunstancias, que los declarantes de padecer violencia familiar lleguen ante el ministerio público.

Esta ley define y clasifica los tipos de violencia intrafamiliar, quiénes la generan y quiénes la reciben, además de establecer las funciones de las dependencias que integran el Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, CEPAVF, y estipular la solución de los conflictos familiares mediante la mediación y el arbitraje.

VIOLENCIA FAMILIAR

Es aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tengan o la hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tienen por efecto causar daño.(1).

La violencia puede ser estudiada desde varios enfoques: **1) Perspectiva Biológica:** algunos casos de lesiones en el sistema límbico, en los lóbulos frontales y temporales y anormalidades en el metabolismo de la serotonina pueden predisponer a la agresión. **2) Perspectiva Psicológica:** Los Padres que más maltratan son aquellos que poseen baja autoestima, los que tienen antecedentes de maltrato, los que están deprimidos, los que tienen baja tolerancia a la frustración y los dependientes del alcohol. **3) Perspectiva Psiquiátrica :** Los testigos y víctimas de violencia presentan altas tasas de depresión y estrés post traumático. El abuso de sustancias y de alcohol, así como los trastornos de personalidad límite y antisocial incrementan de manera considerable el riesgo de violencia. La Violencia y el suicidio se han encontrado relacionados. **4) Perspectiva de contexto específico:** hay diferencias en la expresión de la violencia en medios rurales y en medios urbanos debido a que los estresores en dichos ambientes son distintos. **5) Perspectiva Social:** hay evidencias de que los aspectos sociales juegan papeles importantes en la expresión de las conductas violentas, uno de ellos es la transmisión intergeneracional de la violencia. (2).+

CLASIFICACION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR.

- a) **ABANDONO:** incumplimiento de responsabilidades morales, sociales y jurídicas para proveer cuidados, atención, apoyo, educación y protección a personas con quien esta vinculado consanguínea o afectivamente.
- b) **VIOLENCIA FISICA:** Comprende un alto rango de conductas agresivas que parten de: empujón, pellizco, hasta lesiones graves con secuelas físicas permanentes y muerte..
- c) **VIOLENCIA PSICOLOGICA:** conductas dirigidas a devaluar a la persona en aspectos de capacidad, confianza, emociones y seguridad, entre otras, a través de insultos, amenazas críticas, comparaciones, indiferencia, destrucción de objetos,

entre otros. Forma de maltrato que produce ansiedad, estrés post traumático, trastornos de personalidad, abuso de sustancias activas, depresión, intentos de suicidio, etc.

- d) VIOLENCIA SEXUAL:** Conductas que obligan a la mujer (u otra persona) a realizar actos sexuales sin su consentimiento, ni deseo explicito, incluyen acoso sexual, relaciones sin protección y violación, entre otras. Durante el embarazo la violencia aumenta dos veces el riesgo de corioamnioitis, tres veces las complicaciones de parto u post parto, cuatro veces el riesgo de productos de bajo peso, además de mayor frecuencia de abortos y muerte fetal.

- e) VIOLENCIA ECONOMICA:** Ejercicio de poder para el control y manejo por parte del Agresor de dinero y propiedades de la familia, se exigen explicaciones cada vez que se requiere dinero, privación de vestimenta, comida, transporte o casa entre otras.(9).

Las agresiones que en especial se suscitan dentro de una relación de pareja se les conoce como violencia conyugal o marital y es empleada por lo común por el varón para imponer sobre su pareja estilos de vida, comportamientos, vestimenta e inclusive tipos de conducta en las relaciones sexuales, por considerar que la mujer debe estar bajo su dominio.

Contrario a lo que muchos suponen, gran cantidad de mujeres agredidas desea hablar sobre la violencia que sufre. Sin embargo generalmente no lo hacen debido a que el personal de salud no da lugar a que ellas lo comenten. Es recomendable aplicar rutinariamente un cuestionario prediseñado a todas las mujeres que solicitan servicios de salud, independientemente del motivo de la consulta. Los resultados deberán ser registrados en la historia clínica o en el reporte del interrogatorio de trabajo social. También es importante contar con una lista de otras instancias u organismo para referir a las pacientes que lo requieran.(9)

Se han realizado estudios del impacto de la violencia familiar en la salud de las mujeres, encontrando las siguientes consecuencias:

MORTALES: Homicidio, suicidio, mortalidad materna, relaciones con VIH/SIDA.

NO MORTALES: dentro de estas encontramos las siguientes:

- e) SALUD FISICA:** lesiones, daño funcional, síntomas físicos, somatizaciones, Discapacidad, obesidad grave
- f) TRASTORNOS CROONICOS:** síndrome de dolor crónico, síndrome de intestino irritable, trastornos gastrointestinales, fibromialgia.
- g) SALUD MENTAL:** estrés post traumático, depresión, ansiedad, insomnio, fobias, trastornos de pánico, disfunción sexual, autoestima baja, abuso de sustancias.
- h) COMPORTAMIENTO NEGATIVO RESPECTO A LA SALUD:** tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, comportamiento sexual arriesgado, inactividad física, comer en demasía.(10).

- **Creación del Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar**

A partir de su aprobación y vigencia, la Ley para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar en el Estado de México se constituye en el eje legal para favorecer la integridad física, psicológica y sexual, así como el normal desarrollo psicosexual de las personas, y se establece que su aplicación corresponde al gobierno del estado, a través del Sistema para el

Desarrollo Integral de la Familia, con apoyo del Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, CEPAVF, órgano de apoyo normativo y de consulta, evaluación y coordinación de las tareas y acciones en la materia.

Las funciones principales del Consejo consisten en facilitar la colaboración entre sus miembros, servir como enlace con ayuntamientos, dependencias federales y organismos no gubernamentales, instalar áreas especializadas en la atención de la violencia familiar en instituciones públicas y privadas, difundir información para orientar a la población mexiquense y elaborar estudios de violencia familiar para proponer principios y procedimientos que mengüen el problema.

Para abarcar estas funciones, el Consejo se integra por un presidente, cuyo cargo ha correspondido por designio del Ejecutivo a la secretaria de Desarrollo Social de la entidad, Ana Lilia Herrera Anzaldo; un secretario, cargo asumido por la directora general del Instituto Mexiquense de la Mujer, Rebeca Godínez Bravo, y por doce consejeros que, a su vez, son titulares de las siguientes áreas de atención estatal:

- El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México.
- La Secretaría General de Gobierno.
- La Secretaría de Finanzas y Planeación.
- La Secretaría de Educación, Cultura y Bienestar Social.
- La Secretaría de Desarrollo Social.
- La Secretaría de Administración.
- La Procuraduría General de Justicia.
- La Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
- El Instituto Mexiquense de la Juventud.
- El Consejo Estatal para el Desarrollo Integral de los Pueblos Indígenas del Estado de México.
- La Secretaría y el Instituto de Salud.

Asimismo, a invitación de la presidenta del CEPAVF, pueden integrarse como consejeros los representantes de los organismos no gubernamentales y de los sectores social y privado.

De esta forma, la creación del Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar es la respuesta más reciente del Gobierno del Estado de México para solucionar las agresiones familiares mediante mecanismos eficientes que dan respuesta satisfactoria a las víctimas de este delito.

- **La violencia familiar, los agresores y la víctimas**

Dado que las agresiones se realizan encubiertas por la aparente pasividad del hogar y a causa de que las víctimas no encuentran en las instituciones sociales la respuesta que corte el círculo de violencia, se dificulta el combate de delitos intrafamiliares.

Aunado a lo anterior, se añade el hecho de que una persona agresora no sabe que lo es y, por lo tanto, no reconoce que su familia corre peligro a su lado; por otro lado, es poco probable que ante una situación de violencia familiar los testigos sepan cómo actuar. Por ello es pertinente tomar en cuenta los siguientes datos y pedir ayuda profesional:

- **Conductas habituales de agresores y víctimas en la violencia familiar**

Las conductas habituales de una persona generadora de violencia familiar son las siguientes:

- Aparentemente no se detectan conductas violentas en ella porque éstas las manifiesta en forma encubierta.
- Las actitudes sumamente controladoras son interpretadas por estas personas como signos de excesivo amor.
- Después del periodo de agresión, la persona generadora de violencia trata de convencer a la víctima de que no volverá a pasar.
- Una persona con conducta violenta hacia su familia agrede más con actitudes que con palabras.
- Muestra falta de toma de conciencia ante el problema; mantiene una actitud negadora, sin reconocerse como agresor.

Por su parte, las personas víctimas de violencia familiar muestran conductas que, en lugar de ayudarlas, las perjudican más, como el hecho de que ante situaciones de violencia, el temor las paraliza y les impide pedir ayuda, con lo cual no establecen contacto con el mundo exterior e intentan reubicarse en el que están, manifestando no sólo aislamiento familiar y social, sino también baja autoestima.

- **Recomendaciones en caso de padecer situaciones de violencia familiar**

Entre las medidas que recomienda el Gobierno del Estado de México, a través del Consejo Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar, en el caso de personas víctimas de actos de agresión familiar, se encuentran las siguientes:

- Reconocer que se víctima de algún delito de violencia familiar.
- Mantenerse alerta, sin ceder a presiones económicas por parte del agresor.
- Dirigirse a un lugar seguro, con un familiar o amigo.
- Denunciar las agresiones, registrando datos de testigos.
- Guardar pruebas de la violencia o datos que puedan servir en la denuncia.
- Buscar ayuda psicológica y jurídica.
- Evitar posibles situaciones riesgosas, como ir a lugares aislados con el agresor.
- No justificar al agresor, tomando en cuenta que la violencia familiar no desaparece ni cambia, sino que los sucesos cada vez son más graves.

Estudios estadísticos previos a la emisión de la iniciativa de Ley para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar en el Estado de México develaron que la violencia intrafamiliar se presenta en siete de cada diez hogares mexiquense y quienes más sufren las agresiones de este tipo son las mujeres, aunque la protección a través de esta ley y del CEPAVF no es de exclusiva para ellas, ya que ésta se dirige a todas las personas susceptibles de padecer maltratos familiares, sean mujeres, hombres, ancianos, adolescentes o niños.

En el caso de los niños maltratados debe prestarse mayor atención por parte de los adultos que conviven con ellos, ya que, por su edad, los infantes necesitan la ayuda de terceras personas que hayan detectado el problema. Al respecto, cabe señalar como indicadores de

que un niño es maltratado: las magulladuras o quemaduras en extremidades, espalda y torso; las frecuentes torceduras, dislocaciones o fracturas de huesos; las permanentes marcas cutáneas de cortes o pinchazos; la tensión injustificada del niño ante el familiar agresor, y las lesiones anales o vulvares o, en su caso, enfermedades venéreas de transmisión sexual o embarazo.

Dichos indicadores pueden ser causa de padecimientos del infante agredido, como: trastornos de aprendizaje, de habla o de crecimiento psicosocial; conductas anormales: masturbación compulsiva, aislamiento, retraimiento, agresividad, huida del hogar, automutilación o psicosis; trastornos neuróticos manifestados en obsesiones, fobias, depresión, ansiedad o conductas psicosomáticas a través de problemas alimenticios o de sueño.

- **Servicios de orientación y atención contra la violencia familiar**

Privilegiando el cuidado de las personas contra este tipo de violencia y basándose en la Ley para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar en el Estado de México, el CEPAVF busca la solución de los conflictos por medio de la conciliación y, para auxiliarse en este propósito, los organismos que conforman el Consejo le han delegado a éste la autoridad para promover medidas de seguridad necesarias como: otorgar la custodia de menores al DIFEM o a terceras personas, expulsar a la persona violenta de su domicilio para seguridad de la familia agredida, prohibir al agresor que haga uso de los bienes del agredido y, en su caso, recibir auxilio de la fuerza pública, realizar arrestos de hasta 36 horas y aplicar multas de uno hasta 180 salarios mínimos.

Asimismo, el CEPAVF se apoya de tres servicios que el Gobierno del Estado de México ofrece a través de las oficinas encargadas de la materia: el de Asistencia a Personas Víctimas del Maltrato, para dar atención integral a mujeres, ancianos, niños, discapacitados y a toda persona víctima de maltrato; el de Asesoría y Orientación en Materia Civil y Familiar, y el servicio de ayuda psicológica y orientación legal a las víctimas y a sus familiares mediante los Centros de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual, CAMIS.

Dichos servicios son gratuitos y para solicitarlos sólo hay que presentarse en la oficina del DIFEM, en el Sistema Municipal DIF de la comunidad o en el CAMIS más cercano; también se puede hacer la solicitud vía telefónica, dando el nombre y el domicilio del agresor, el nombre del agredido y explicando lo sucedido. (18).

DEPRESION.

Se ha demostrado que a la depresión como el trastorno afectivo mas frecuente que se presenta en la población adulta y por su magnitud se considera como un problema de salud pública, que afecta de manera negativa la calidad de vida (15).

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos mas frecuentes en los adultos. Los síntomas depresivos en los individuos en la Comunidad oscilan entre el 10 y 15%. La prevalencia de acuerdo al sexo es de 12.5% para los varones y el 14.5% para las mujeres. En las mujeres y los ancianos parece que los trastornos afectivos son algo más frecuente que en otras épocas de la vida.

El impacto de la depresión en las mujeres en edad adulta es particularmente importante, algunos estudios han demostrado que la depresión es esta, promueve potencialmente la enfermedad, de hecho hay reportes que señalan en las mujeres deprimidas un doble riesgo de morir en comparación con comparación con la población general.

Este síndrome puede producir por si mismo discapacidad social y funcional tan importante como algunas enfermedades crónico degenerativas (hipertensión, diabetes, etc.). Estudios previos hacen referencia que es un factor de riesgo para el deceso temprano, junto a la disminución de las actividades rutinarias. (15)

Aunque en el plano epidemiológico la depresión puede encontrarse a cualquier edad es evidente que la prevalencia aumenta con la progresión de ésta , encontrándola mas alta en proporción directa . Así mismo es mayor la frecuencia de alteraciones afectivas en la mujer en 2.5 mas frecuente siendo el climaterio la etapa con mayor índice de ella.(15)

Estos trastornos son más comunes en mujeres casadas que entre hombres casados, en aquellas que son amas de casa, en las que han enviudado hace poco o que nunca se casaron, separadas, divorciadas o las que viven solas y socialmente aisladas y las que nunca han tenido hijos, Hay mayor incidencia en las zonas urbanas que en las rurales.

Cuando utilizamos el término depresión se habla de la depresión mayor una enfermedad común con síntomas muy concretos de una intensidad y duración considerable que pueden afectar el comportamiento y bienestar de una persona. Este tipo de depresión limita la capacidad de seguir adelante con las actividades normales de la vida, el trabajo o las relaciones y causa una gran inquietud. Al igual que cualquier otra enfermedad los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas. No todo el mundo presenta los mismos síntomas.(16)

La depresión es una enfermedad frecuente que enfrenta el médico familiar en la Unidades de Atención Primaria. En su abordaje toma en cuenta factores como edad, enfermedades médicas y siquiátricas y factores de tipo social sobre todo dentro de la dinámica familiar el más importante de estos la violencia en la familia.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en la población general es de 5%, sin embargo la población médica general oscila entre 10% a 15%, y en los pacientes con enfermedad

crónica entre el 25% a 50%. En muestras de la comunidad se ha encontrado que la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y las tasas más altas para la enfermedad depresiva están en el grupo de edad que comprende de los 25 a los 44 años.

Los depresivos representan entre 10% -20% de la consulta general, de los cuales pocos son diagnosticados, y 40%-60% de los pacientes vistos por el psiquiatra. Es frecuente que el paciente la inicie llegue al médico con síntomas somáticos en lugar de expresar su trastorno de humor. Según las diferentes culturas en el mundo, se ha llegado a encontrar que entre 45% y 95% de los pacientes con depresión mayor han manifestado únicamente síntomas como dolor de cabeza, estreñimiento, debilidad y/o dolor bajo de espalda, la mitad de los pacientes con depresión manifiestan inicialmente una constelación de síntomas físicos inexplicables en su origen y en su evolución antes de que el médico familiar establezca, en la atmósfera de una buena relación médico-paciente, este diagnóstico psicológico.

Si la depresión no es manejada adecuadamente se presenta un deterioro de las funciones físicas, sociales, cognitivas y conductuales con un grado variable de incapacidad, que va desde perder la facultad de relacionarse o de trabajar hasta llegar a los casos extremos de cuidarse a sí mismo o tener una mínima higiene personal. Además se incrementa la utilización de servicios médicos, abuso de sustancias, y en la población estudiantil con dificultades académicas.

La palabra depresión deriva de la palabra latina depressio que significa hundimiento, concavidad. Definimos el síndrome depresivo como una enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, acompañando el abatimiento se encuentran otros síntomas como la anhedonia, los sentimientos de minusvalía y baja autoestima, el auto reproche, la culpa, etc.

Cognitivamente el síndrome depresivo se acompaña de disminución en las capacidades atencionales, memoria de trabajo, disminución de amplitud perceptiva con distorsiones, pensamiento lento, monótono o cavilativo. Frecuentemente se acompaña de modificaciones en los ritmos de alimentación, vigilia-sueño y secreción del cortisol.

LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre.¹ Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación,

las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.^{6,7}

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé. En algunas mujeres los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida, pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento. El tratamiento por un médico sensible, y el apoyo emocional de la familia son de importancia vital para que la nueva madre recupere su bienestar físico y mental. El tratamiento devuelve la capacidad para cuidar y disfrutar el niño.(19).

ESTRUCTURAS CEREBRALES IMPLICADAS EN LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA.

Aunque esto no está totalmente esclarecido, gracias a estudios recientes de neuroimagenología funcional (tomografía por emisión de positrones), que permiten la visualización del funcionamiento cerebral in vivo, se han encontrado evidencias de la implicación de algunas estructuras cerebrales de la fisiopatología de la depresión.

Buchsbaum, Baxter y el equipo de Wayne Drevets de la Universidad de Washington han encontrado que los sujetos con trastornos depresivos unipolares se presenta:

- a) Aumento del flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo frontal izquierdo.
- b) Disminución del flujo en el lóbulo parietal derecho y temporal posterior.
- c) Aumento del flujo en amígdalas y en el núcleo dorsal del tálamo.
- d) Disminución del flujo sanguíneo cerebral en el núcleo caudado y la corteza orbito frontal.

Ante estos hechos se piensa que subyace en el síndrome depresivo la implicación de los siguientes neurocircuitos: orbito-frontal-dorsoprefrontal, estriado, talámico y mesolímbico.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es difícil cuando se asocia a enfermedades médicas y psiquiátricas comórbidas y estresores psicosociales crónicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor, es el riesgo de suicidio en 15% de los pacientes, especialmente en sujetos con síntomas sicóticos, historia previa de intento de suicidios o historia familiar con suicidio consumado y el consumo concomitante de sustancias.

Aunque algunos pacientes requieren de medicamentos antidepresivos a largo plazo, a la mayoría se le retira después de un periodo. El tratamiento efectivo de la depresión reduce la mortalidad, sufrimiento y dolor humano, además de proporcionar un significativo beneficio social, económico y calidad de vida de los individuos. De tal manera que el médico familiar en la Unidades de Atención Primaria juega un papel importante para su reconocimiento, valoración y tratamiento de la enfermedad depresiva así como referir en forma oportuna al paciente con un especialista en salud mental.(14)

Una de las consecuencias más frecuentes en nuestro medio y la más común es la depresión. LA DEPRESION. Se puede presentar como un estado depresivo transitorio, o algo mucho más serio que es la depresión grave. También llamada depresión clínica o unipolar, es un

trastorno de la esfera afectiva o del estado de ánimo, que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en seria perturbación médica y un tema muy preocupante en la salud.

Lamentablemente en la actualidad se inicia a una edad más temprana que antaño, y las mujeres tienen una doble posibilidad de sufrirla que los hombres.

Los síntomas que se manifiestan por depresión son:

- Un estado de tristeza, ansiedad o sensación de vacío persistentes.
- Aumento de sentimientos de culpabilidad, desamparo y/o desesperanza.
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban.
- Accesos de llanto excesivo, de causas frecuentemente confusas para la propia paciente.
- Disminución de la energía.
- Menor capacidad para concentrarse y tomar decisiones.
- Mayor irritabilidad e inquietud.
- Asedio de pensamientos de muerte o suicidas, o directamente intento de suicidio.
- La persona se va aislando socialmente.
- Alteraciones en los hábitos del sueño.
- Síntomas físicos que no ceden ante los tratamientos habituales (por ejemplo dolor general crónico, dolor de cabeza etc.).

La existencia de cinco o seis de éstos síntomas, y que no desaparecen durante un par de semanas, pueden constituir sospecha de una depresión grave.(13).

En las mujeres con antecedentes de violencia dentro del núcleo familiar, este problema se presenta frecuentemente, cada año en todos los niveles económicos, educativos y profesionales.

Las personas que comienzan con depresión clínica y son manejadas adecuadamente, incluyendo el manejo de la causa que la está produciendo, en un 80% de los casos mejoran en pocas semanas. Sin embargo es un hecho frecuente que dos terceras partes de las que padecen depresión grave, no buscan terapéutica. Sin ella el proceso desgraciadamente puede prolongarse meses o años y lo grave es que en un 15% de los casos terminan en suicidio.(12).

El diagnóstico básico de los trastornos depresivos, se recomienda hacerlo actualmente de acuerdo a los criterios elaborados en el IV manual diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM IV), de la asociación psiquiátrica Americana. Es un sistema de clasificación diagnóstica que proporciona un marco de referencia básico y elaborado para asistir al médico en su práctica profesional.

Una historia clínica completa y los hallazgos de un examen físico orientarán para solicitar los estudios de laboratorio e imagenología, con el propósito de excluir o ratificar la etiología de la enfermedad depresiva.

La entrevista clínica juega un papel fundamental en el establecimiento del diagnóstico y plan terapéutico de la depresión con el individuo y la familia. Los objetivos de la entrevista son los siguientes:

- 1) Lograr la participación del paciente.
- 2) Establecer una buena relación médico-paciente.
- 3) Hacer una historia clínica completa incluyendo la valoración de la seguridad del paciente.
- 4) Investigar la severidad del trastorno, de acuerdo a los criterios propuestos.
- 5) Valorar tratamiento para los síntomas depresivos.

- 6) Analizar opciones de tratamiento con el paciente y la familia.
- 7) Decidir la referencia a psiquiatría.

En los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental se ha demostrado el valor de una terapia combinada basada en la intervención psicoterapéutica y de manejo farmacológico

Los objetivos del tratamiento para la enfermedad depresiva son:

- a) Minimizar los síntomas
- b) Mejorar la calidad de vida.
- c) Reducir el riesgo de recaída temprana y su recidiva.
- d) Mejorar las condiciones generales de salud.
- e) Reducir los costos en la alteración de la salud y la mortalidad.

¿QUÉ ES UN TRASTORNO DEPRESIVO?

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

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

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

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

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

TIPOS DE DEPRESIÓN

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Este panfleto describe brevemente los tres tipos más comunes. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La **depresión severa** se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La **distimia**, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el **trastorno bipolar**, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y MANÍA

No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

DEPRESIÓN

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- 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, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- 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, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO

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

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

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

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

La terapia electro-convulsiva (TEC o "Electro-shock") es útil, especialmente para los pacientes cuya depresión es severa o pone su vida en peligro y para los pacientes que no pueden tomar antidepresivos.³ La TEC es a menudo efectiva en casos en que los medicamentos antidepresivos no proporcionan un alivio suficiente. En los últimos años la TEC se ha perfeccionado mucho. Antes de administrar el tratamiento, que se hace bajo anestesia de duración breve, se administra un relajante muscular. Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos. La estimulación ocasiona una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) dentro del cerebro. La persona que recibe TEC no percibe conscientemente el estímulo eléctrico. Para obtener el máximo beneficio terapéutico se requieren varias sesiones de TEC, usualmente programadas con un promedio de tres por semana.

MEDICAMENTOS

Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos utilizados para tratar trastornos depresivos. Estos incluyen los "inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina"(ISRS) que son medicamentos nuevos, los tricíclicos y los "inhibidores de la monoaminooxidasa" (IMAO). Los ISRS y otros medicamentos aún más nuevos que afectan los neurotransmisores como la dopamina o la noradrenalina, generalmente tienen menos efectos secundarios que los tricíclicos. Algunas veces el médico prueba una variedad de antidepresivos antes de encontrarse el medicamento o combinación de medicamentos más efectiva. Generalmente la dosis se debe ir aumentando hasta que la medicación es efectiva. Por lo general, el efecto terapéutico completo de los medicamentos antidepresivos no se observa inmediatamente. Hay que tomarlo en dosis adecuadas por 3 ó 4 semanas, y en algunos casos lleva hasta 8 semanas, para que se produzca el efecto completo. Sin embargo a veces se empiezan a ver mejorías en las primeras semanas.

Es posible que el paciente se sienta tentado a dejar de tomar el medicamento prematuramente. Él puede sentirse mejor y pensar que ya no lo necesita. O puede pensar que el medicamento no le está ayudando en absoluto. Es importante seguir tomando el medicamento hasta que éste tenga oportunidad de actuar en el organismo. Algunos efectos secundarios (vea la sección Efectos Secundarios, página 13) pueden aparecer incluso antes

de que se produzca el efecto antidepresivo. Una vez que el paciente se sienta mejor, es importante continuar el medicamento por 4 a 9 meses para prevenir una recaída de la depresión. Algunos medicamentos deben dejar de tomarse gradualmente (es decir reduciendo la dosis poco a poco) para dar tiempo a que el organismo se adapte y para prevenir síntomas de abstinencia, los que se producen cuando algunos medicamentos se descontinúan abruptamente. En los casos de trastorno bipolar y depresión severa crónica o recurrente, es posible que el paciente tenga que tomar el medicamento por un tiempo indefinido.

Al contrario de lo que algunas personas creen, **los medicamentos antidepresivos no crean hábito**. Sin embargo, como sucede con cualquier tipo de medicamento recetado por periodos prolongados, los antidepresivos deben ser supervisados cuidadosamente por el médico para determinar si se están dando en una dosis correcta. El médico debe verificar la dosificación y la efectividad del tratamiento en forma periódica.

Hay un pequeño grupo de personas que no responden a los antidepresivos usados más comúnmente (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) y para las cuales los IMAO son el mejor tratamiento. Las personas que están tomando esta clase de antidepresivos debe evitar determinados alimentos. Ciertos alimentos contienen niveles elevados de la sustancia llamada tiramina (la que normalmente se encuentra en quesos fermentados, vinos y encurtidos o alimentos en conserva de vinagre). Cuando el paciente toma un IMAO, estos alimentos deben ser estrictamente evitados, al igual que algunos medicamentos como los descongestionantes que se toman para los resfríos y algunas alergias. La interacción de la tiramina con los IMAO puede ocasionar una crisis hipertensiva (subida brusca y extrema de la presión arterial) que puede llevar a la ruptura de una arteria en el cerebro, es decir un accidente cerebro-vascular. El médico debe proporcionar al paciente una lista completa de los alimentos prohibidos. El paciente debe llevar la lista consigo en todo momento. Las otras clases de antidepresivos (tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos nuevos) no requieren restricciones alimenticias.

Nunca se deben combinar medicamentos de ningún tip—recetados, sin receta o prestados—**sin consultar al médico**. Cualquier otro profesional de la salud que pueda recetarle un medicamento (por ejemplo el dentista u otro especialista) tiene que saber qué medicamentos está tomando el paciente. Aunque algunos medicamentos son inocuos cuando se toman solos, si se toman en combinación con otros pueden ocasionar efectos secundarios peligrosos. Algunas sustancias, como el alcohol y las drogas de adicción, pueden reducir la efectividad de los antidepresivos y por lo tanto se deben evitar. Deben evitarse el vino, la cerveza y las bebidas alcohólicas destiladas, por ejemplo tequila, gin, ron, vodka, güisqui y licores. A algunas personas que están tomando uno de los antidepresivos nuevos, el médico puede permitirles el uso de una cantidad moderada de alcohol, si la persona no ha tenido un problema de alcoholismo.

Los sedantes o medicamentos ansiolíticos, que se dan para la ansiedad, no son antidepresivos. A veces son recetados junto con los antidepresivos, sin embargo, por si solos no son efectivos para tratar la depresión. Los estimulantes, como las anfetaminas, no son efectivos para tratar la depresión. Ocasionalmente se utilizan bajo estricta supervisión médica en personas que padecen al mismo tiempo de una enfermedad física y de depresión.

Las preguntas sobre los antidepresivos recetados y problemas que puedan estar relacionados con el medicamento, deben tratarse con el médico.

El litio ha sido por muchos años el tratamiento de elección para el trastorno bipolar por su efectividad para prevenir los extremos del estado de ánimo comunes en este trastorno. Su uso debe ser supervisado cuidadosamente por el médico, ya que hay poca diferencia entre las dosis efectivas y las tóxicas. Si una persona tiene un trastorno preexistente de tiroides, renal, cardíaco o epilepsia, el litio puede no ser recomendable. Afortunadamente, otros medicamentos han demostrado ser útiles para controlar cambios de ánimo extremos. Entre estos se encuentran dos anticonvulsivos: la carbamazepina (Tegretol®) y el ácido valproico (Depakote®). Ambos medicamentos han tenido una aceptación amplia en la práctica clínica. El ácido valproico ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (Food and Drug Administration, FDA) como un tratamiento de primera línea para la manía aguda. Otros anticonvulsivos que se empezaron a utilizar más recientemente son la lamotrigina (Lamictal®) y la gabapentina (Neurontin®). Se está estudiando qué tan eficaces son éstos para el tratamiento del trastorno bipolar.

La mayoría de las personas con trastorno bipolar toman más de un medicamento. Junto con el litio y un anticonvulsivo, el paciente puede necesitar un medicamento para otros síntomas que se asocian frecuentemente con la bipolaridad: agitación, ansiedad, depresión e insomnio. Es de vital importancia encontrar la mejor combinación posible de estos medicamentos para cada paciente. Para esto se requiere que el médico supervise el tratamiento cuidadosamente.

EFFECTOS SECUNDARIOS

En algunas personas, los antidepresivos pueden causar efectos secundarios que generalmente son leves y temporales (conocidos a veces como efectos adversos). Por lo general son molestos, pero no graves. Sin embargo si se presenta una reacción o efecto secundario que es inusual o que interfiere con el funcionamiento normal, el médico debe ser notificado de inmediato. Estos son los efectos secundarios más comunes de los antidepresivos y las formas de manejarlos:

- **Boca seca:** es útil tomar sorbos de agua, masticar goma de mascar, cepillar los dientes diariamente.
- **Estreñimiento:** la dieta debe incluir cereales con contenido alto de fibra, ciruelas, frutas y vegetales.
- **Dificultad al orinar:** vaciar la vejiga puede ser difícil y el chorro de orina puede no ser tan fuerte como de costumbre; debe notificarse al médico si hay dificultad seria o dolor.
- **Problemas sexuales:** el funcionamiento sexual puede alterarse; si se vuelve preocupante, debe conversarse con el médico.
- **Visión borrosa:** esto generalmente pasa pronto y no se requieren lentes nuevos.

- **Mareos:** conviene levantarse lentamente de la cama o de la silla.
- **Somnolencia o modorra diurna:** esto generalmente pasa pronto. Una persona que se sienta somnolienta o sedada no debe conducir ni operar máquinas o vehículos. Los antidepresivos más sedantes se toman generalmente al acostarse, para ayudar a dormir y minimizar la somnolencia diurna.

Los antidepresivos más nuevos tienen diferentes tipos de efectos secundarios:

- **Dolor de cabeza:** generalmente se pasa.
- **Náusea:** también es pasajera, incluso cuando la sensación de náusea ocurre después de cada dosis, es solo por un rato.
- **Nerviosismo e insomnio (dificultad para dormirse o despertar a menudo durante la noche):** estos pueden ocurrir durante las primeras semanas; usualmente se resuelven con el tiempo o tomando una dosis más pequeña.
- **Agitación (sentirse inquieto, tembloroso o nervioso):** si esto pasa por primera vez después de tomar el medicamento y es persistente, el médico debe ser notificado.
- **Problemas sexuales:** el médico debería ser consultado si el problema es persistente o preocupante.

Terapia naturista

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento tanto de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La yerba de San Juan o Corazoncillo (St. John's wort o *Hypericum perforatum*), que es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, ha captado recientemente la atención de los estadounidenses. La yerba de San Juan, una planta muy bonita y de crecimiento lento que se cubre de flores amarillas en el verano, ha sido usada durante siglos en muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza actualmente para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado por que los estudios científicos que se han llevado a cabo fueron a corto plazo y utilizaron varias dosis diferentes.

Dado al enorme interés en la yerba de San Juan, los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) están llevando a cabo un estudio de tres años, auspiciados por tres integrantes del NIH: el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), el Centro Nacional para Medicina Complementaria y Alternativa (National Center for Complementary and Alternative Medicine) y la Oficina de Suplementos Dietéticos (Office of Dietary Supplements). El estudio está diseñado para incluir 336 pacientes con depresión severa, los que son asignados al azar a uno de tres tratamientos de 8 semanas de duración. Una tercera parte de los pacientes recibirá una dosis uniforme de yerba de San Juan, una tercera parte recibirá un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) que se receta frecuentemente para depresión y la tercera parte recibirá un placebo (una píldora que parece exactamente igual al ISRS o a la yerba de San Juan, pero que no tiene ingredientes activos). Los participantes del estudio que tengan

una mejoría continuarán el tratamiento por 18 semanas adicionales. Después de completar este estudio de tres años, se analizarán y publicarán los resultados.

La FDA hizo un anuncio oficial para la salud pública el 10 de febrero del 2000. En este se afirma que la yerba de San Juan parece utilizar una de los procesos metabólicos usados por muchos otros medicamentos. Por ejemplo varios de los medicamentos que se recetan para tratar problemas tales como las enfermedades del corazón, la depresión, las convulsiones, ciertos cánceres y para prevenir los rechazos de transplantes. Por lo tanto, los médicos deben alertar a sus pacientes acerca de estas posibles interacciones farmacológicas. Cualquier suplemento naturista se debe tomar únicamente después de consultar con el médico u otro profesional de salud capacitado.

PSICOTERAPIAS

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos psicoterapias a corto plazo son útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la cognitiva-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, una psicoterapia.

CÓMO PUEDEN LOS FAMILIARES Y AMIGOS AYUDAR A LA PERSONA DEPRIMIDA

Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarlo a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar al paciente para que no deje el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (varias semanas). Tal vez implique ayudarlo a obtener un tratamiento diferente, si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede

requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico. A veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento. A la persona deprimida se le debe recordar que obedezca las órdenes médicas con respecto a beber bebidas alcohólicas mientras está medicado. Otra cosa muy importante es dar apoyo emocional. Esto implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Busque la forma de conversar con la persona deprimida y escucharla con atención. No minimice los sentimientos que el paciente expresa pero señale la realidad y ofrezca esperanza. No ignore comentarios o alusiones al suicidio. Informe al terapeuta si la persona deprimida hace comentarios sobre la muerte o el suicidio. Invite a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades. Persista con delicadeza si su invitación es rechazada. Fomente la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, pero no fuerce a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar su sentimientos de fracaso.

No acuse a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezoso, ni espere que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora. Tenga eso presente y continúe repitiéndole a la persona deprimida que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor.

DÓNDE OBTENER AYUDA

Si no está seguro de dónde obtener ayuda, consulte las páginas amarillas, bajo "salud mental", "salud", "servicios sociales", "prevención del suicidio", "servicios de intervención en momentos de crisis", "líneas de ayuda", "hospitales", "médicos", "psicoterapia", "psiquiatras", o "psicólogos", para encontrar los números telefónicos y las direcciones. En momentos de crisis el médico de la sala de emergencias de un hospital puede proporcionar ayuda temporal para un problema emocional y puede decirle dónde y cómo recibir tratamiento.

A continuación encontrará una lista de las personas y lugares que pueden encauzarle hacia servicios diagnósticos y tratamiento, o proporcionárselos.

- Médicos de familia
- Especialistas de salud mental, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o consejeros de salud mental
- Seguros médicos (HMO)
- Centros comunitarios de salud mental
- Departamentos de psiquiatría de hospitales y clínicas ambulatorias
- Programas afiliados a las universidades o facultades de medicina
- Clínicas ambulatorias de los hospitales estatales
- Servicios de familia, agencias sociales o religiosas

- Clínicas e instituciones privadas
- Programas de asistencia a los empleados
- Sociedades médicas o psiquiátricas locales (20).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Violencia es un problema social que afecta espacios vitales de mujeres, que derivan tanto de estructuras sociales muy profundas como de aprendizaje en el hogar, la escuela, a través de los medios de comunicación, en la calle y en otros espacios.

Entre los factores que influyen para la baja percepción de la violencia familiar como un problema importante de salud pública, se encuentran los patrones culturales, la vergüenza de la víctima, problemas legales y la posibilidad de rompimiento familiar, por lo que no se identifica oportunamente para su manejo, causando altos costos sociales y de servicios de salud.

El ejercicio de la violencia es una conducta destructiva que ocurre en el contexto de una relación y reviste suficiente intensidad o frecuencia para producir efectos nocivos, como sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos o disminución de la calidad de vida, con consecuencias de tipo físico, psicológico y social, como bajos niveles de autoestima asociados a estados depresivos crónicos o características depresivas de la personalidad, lo que favorece la tolerancia individual, familiar o social.

Una de las consecuencias más frecuentes de la violencia familiar es la Depresión, la cual repercute en el ámbito social, familiar y laboral, por lo que contar con información al respecto es indispensable para establecer políticas que mejoren las condiciones de vida no sólo de las mujeres, sino también de los hombres, de las familias y de la sociedad en la que todos participamos.

Por lo anterior nos preguntamos ¿cual es la frecuencia de Violencia Familiar en mujeres de 20 a 70 años que sufren Depresión?.

En el presente estudio se pretende identificar en mujeres con diagnóstico de **Depresión** la existencia de **Violencia Intrafamiliar** y la relación entre estas.

JUSTIFICACION.

Magnitud.

La violencia hacia la mujer es un problema global poco reconocido por el sector salud e insuficientemente valorado como problema de salud pública a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad femenina.

La investigación en el campo de la violencia en relaciones interpersonales se da en un ámbito que es el ámbito familiar o doméstico y no lleva mucho tiempo ya que las primeras investigaciones de este problema y en la búsqueda de respuestas institucionales que permitan enfocarlo de una manera integral.

La relación entre el maltrato a las mujeres y la Depresión ha sido ampliamente documentada en la bibliografía internacional. Desde 1994 la Organización Mundial de la Salud ha enfatizado el hecho de considerar a la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, por afectar tanto a la salud física como psicológica, en su último informe anual la OMS señala que la tasa de depresión afecta mayoritariamente a las mujeres, que habitualmente son víctimas en el ámbito intrafamiliar.

Varios estudios realizados han expresado las características particulares de los estados depresivos en las mujeres maltratadas. La Encuesta Nacional de Violencia contra la mujer es aplicada a mujeres mayores de 15 años usuarias de los servicios de salud en instituciones públicas con el objeto de identificar consecuencias del problema y negociar con las instancias estatales de salud la asignación de mayor atención y recursos financieros a la problemática.

Es importante reconocer que la violencia familiar se ha convertido en un grave problema de salud pública y que en México la pérdida de años de vida saludable en las mujeres a consecuencia de la violencia familiar, ocupa el tercer lugar después de la diabetes mellitus y de los problemas de parto. Por lo que se ha hecho evidente la necesidad de la participación activa del sector salud, además, para las mujeres el espacio de los servicios de salud es más familiar que los ministerios públicos y otros del sector judicial.

Entre la amplia gama de trastornos que padecen las mujeres abusadas y, en particular, aquellas que son víctimas de la violencia física y sexual, se encuentra la Depresión.

La Depresión es una de las principales causas de consulta médica. Un reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), proyecta a la depresión como una enfermedad que afecta en mayor grado a la población (15).

Trascendencia.

Entre las consecuencias más frecuentes del maltrato se encuentran el debilitamiento de las defensas físicas y psicológicas, desarrollo de enfermedades psicosomáticas, trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de la personalidad. Además que afectan de manera importante el núcleo familiar y elevan los costos de la atención médica en el primer nivel de atención sobre todo.

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

Vulnerabilidad.

A través de medidas de prevención y tratamiento oportuno como psicoterapia y/o la administración de manejo farmacológico antidepresivo, así como el apoyo de trabajo social o alguna instancia legal, así como el implemento de programas preventivos que sean diseñados especialmente para esta población; incorporando los avances del conocimiento y reconocimiento de que el malestar emocional en la mujer está directamente relacionado con estilos de vida nocivos. Mientras los servicios de salud no consideren este aspecto, la mujer seguirá dominada por criterios que recomiendan que se adapte a su condición insatisfactoria a base de fármacos y consejos. Cada vez se le da más atención a la lucha contra la violencia domestica en México en el escenario de las políticas publicas, sin embargo, es importante señalar que el sector salud ha sido el que menos ha participado. La detección oportuna de una paciente con depresión y violencia intrafamiliar permite abordar y ofrecer tratamiento adecuado.

Factibilidad.

Este estudio es factible, ya que no se requiere presupuesto extra al asignado a la Unidad de Medicina Familiar.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar la frecuencia de Violencia Intrafamiliar en mujeres de 20 a 70 años de edad con Depresión en la UMF 224 del IMSS, en Zinacantepec, estado de México en el periodo Febrero-Septiembre del 2005.

Objetivos Específicos

- 1) establecer el grado de depresión por grupos de edad.
- 2) Identificar la Violencia Intrafamiliar
- 3) Establecer los tipos de violencia Intrafamiliar de acuerdo sus formas de expresión.
- 4) Identificar el parentesco de los sujetos que ejercen la violencia en la mujer.
- 5) Identificar la ocupación de las mujeres con violencia intrafamiliar.
- 6) Identificar el estado civil de las mujeres con violencia intrafamiliar.
- 7) Identificar la escolaridad de las mujeres con violencia intrafamiliar.
- 8) Identificar la frecuencia de la percepción de la violencia intrafamiliar como natural.

HIPOTESIS.

Hi.

Existe Violencia Intrafamiliar en más del 65% en mujeres con Depresión.

METODOLOGIA.

- **Tipo de Estudio:** Se realizó un estudio de corte transversal, exploratorio, descriptivo, y observacional, con el objetivo de identificar la violencia familiar en mujeres con depresión.
- **Población y lugar:** 27713 mujeres en edad de 20 a 70 años de edad adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 224 ubicada en Zinacantepec, estado de México del IMSS, las cuales fueron canalizadas por los médicos familiares con Depresión, para aplicarles dos tipos de encuestas descriptivas:

- Tipo de la muestra y tamaño de la muestra:

Se determinó el tamaño mínimo de la muestra con el paquete estadístico EPI-INFO 2000 del CD de Atlanta y OMS, con una población de 27713 mujeres entre 20 y 70 años de la UMF 224, adscritas a 14 consultorios (7 del turno matutino y 7 del turno vespertino). Con frecuencia esperada del 45%, un peor resultado de 35% y un nivel de confianza del 95%, siendo el tamaño mínimo de muestra de 95 mujeres.

El tipo de muestreo fue no probabilístico y por casos consecutivos a cada consultorio y turno para alcanzar el tamaño mínimo de muestra.

- Criterios de Inclusión, No Inclusión y Eliminación:

INCLUSION:

- Toda mujer adscrita a la UMF 224 que se encuentre entre los 20 y los 70 años de edad, canalizadas por los médicos familiares con diagnóstico de Depresión.
- Pacientes que acudan a consulta de Medicina familiar y que estén de acuerdo en colaborar en el estudio en forma totalmente voluntaria.

NO INCLUSION:

- Se excluyó a toda paciente que no desee colaborar en el estudio en forma voluntaria.

ELIMINACION:

- Se eliminaron a las pacientes que no dieron completa la información solicitada.

INFORMACION A RECOLECTAR:

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
EDAD	Tiempo que pasa desde el nacimiento.	*20 a 29 años *30 a 39 años *40 a 49 años *50 a 59 años *60 a 70 años	Cuantitativa ordinal
ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que se asiste a la escuela, grado de instrucción.	*Ninguna *Primaria *Secundaria- *Preparatoria *Carrera Técnica *Licenciatura *Postgrado	Cuantitativa Nominal
ESTADO CIVIL	Circunstancia o condición de una persona en la Sociedad.	*Soltera *Casada *Viuda *Unión libre *Separada/divorciada	Cualitativa
OCUPACION	Cada una de las cosas que una persona tiene que hacer.	*Estudio(y no trabajo). *Estudio y me dedico al hogar. *Estudio y trabajo *Trabajo y soy ama de casa. *Solo trabajo.	Cualitativa
JEFE DE FAMILIA	Responsable de toda la familia y proveedor.	*Si Jefe de Familia *No jefe de Familia	Cualitativa
LUGAR DE ORIGEN	Lugar donde nacieron.	Municipio y estado de cualquier parte de la república.	Cualitativa
LUGAR DE RESIDENCIA.	Lugar donde se reside en la actualidad.	Pueblos pertenecientes a la zona de la UMF 224	Cualitativa
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de medición
		•	
DEPRESION	Trastorno caracterizado por abatimiento del	• Normal sin psicopatología. • Depresión	Cualitativa Escalafonaria Ordinal

	estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir en las actividades habituales del individuo.	<p>Mínima o ligera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión Moderada o Marcada. • Depresión Severa o Extrema. 	
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Se define como conjunto de conductas, acciones u omisiones, ejercido contra la mujer por su pareja con el propósito de mantener el control de la relación.	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia Psicológica. • Violencia Física. • Violencia Sexual. • Violencia Económica. 	Cualitativa escalafonaria Nominal

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION:

Se programó un horario determinado para encuestar personalmente a las pacientes que fueron canalizadas, los médicos utilizaron como fuente de información la entrevista clínica de rutina. El consentimiento se realizó de manera verbal, apegándose a los acuerdos de Helsinki. Una vez obteniéndose el consentimiento de las pacientes se procedió a la aplicación de los 2 cuestionarios, encuestando el investigador en forma directa.

La encuesta A: relacionada con la detección del grado de Depresión en las pacientes encuestadas, utilizando el test de Zung, el cual es un instrumento fácil de aplicar que consta de 20 reactivos y con cuatro escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y la mayoría de veces y es aplicable en personas mayores de 15 años y valora la Depresión en sus modalidades, se realiza la suma de puntuación bruta y posteriormente se hace la conversión al índice SDS y con el resultado de este se realiza la clasificación: Dentro de lo Normal, sin Psicopatología; Presencia de Depresión Mínima o Ligera; Presencia de Depresión Moderada o Marcada; Presencia de Depresión Severa o Extrema.

La encuesta B: relacionada con variables socio demográficas así como la violencia familiar, utilizando un cuestionario con preguntas extraídas del cuestionario de la AGONU en el 23 er periodo extraordinario de sesiones en la plataforma de Acción de Beijing, adecuando dicho cuestionario a la población en estudio, por lo que se realizó prueba piloto de dicho cuestionario a población abierta de Zinacantepec.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó análisis de frecuencias, razón de varianza, Pruebas de Hipótesis con Chi cuadrada y razón de momios.

La tabulación se realizó con paquete estadístico SPSS 12.0 y EPI-INFO 2000, así como sus gráficas.

Los resultados se analizaron por porcentajes y medidas de tendencia central: moda, mediana y media y de desviación estándar y chi cuadrada

CONSIDERACIONES ETICAS:

El estudio de la violencia impone desafíos diversos para su identificación, atención y prevención, esto representa uno de los primeros esfuerzos para guiar el trabajo de los profesionales de la salud con relación a la detección, investigación y educación de ésta.

Una de las prioridades para el Médico Familiar, para elevar la salud de la población es vincular la salud con el desarrollo psicosocial, por lo que es indispensable contar con información, para establecer políticas que mejoren las condiciones de vida no sólo de las mujeres, sino también de los hombres, de las familias y de la sociedad en la que todos participamos. Por lo que este tipo de investigación multidisciplinaria permite detectar situaciones que afectan a la mujer con base a su género. Si bien el IMSS cuenta ya con iniciativas de detección y apoyo a las mujeres maltratadas, es importante intensificar la investigación y las acciones para mejorar la cobertura y la comunicación con las mujeres afectadas.

El consentimiento informado en las pacientes se realizó en forma verbal basados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial que ha promulgado como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

Se utilizaron los principios aplicables cuando la Investigación Médica de combina con la Atención Médica:

- El Médico puede combinar la investigación Médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica de combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.
- Cuando en la atención de un enfermo los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados han resultado ineficaces o no existen, el médico con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no comprobados, si. A su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada.

De acuerdo con el artículo 17 de la ley General de Salud, es una investigación con Riesgo Mínimo ya que las pruebas psicológicas aplicadas no manipularon la conducta de las mujeres.

RESULTADOS.

Datos Sociodemográficos de las mujeres encuestadas.

Se encuestaron 108 mujeres derechohabientes de la UMF N° 224 de IMSS, con edades entre los 20 y 70 años de edad, de las cuales el 72.1% fueron originarias de las comunidades pertenecientes a la UMF y el 27.9 % originarias de otros lugares.

En cuanto al estado civil el 74.1% de las mujeres eran casadas, el 2.8% solteras, 4.6% viudas, 9.3 vivían en Unión libre y el 9.3% divorciadas o separadas. De todas las mujeres encuestadas el 18.5% eran jefes de familia y 81.5% no lo eran.

En relación a la escolaridad el 18.5% no tenía ninguna, el 43.5% tenía escolaridad primaria, el 29.6% secundaria, 7.4% carrera técnica y licenciatura solo .9%.

La principal ocupación de estas mujeres encuestadas fue: el 2.8 % que estudiaban y se dedicaban al hogar, estudiaban y trabajaban el .9 %, trabajaban y eran amas de casa el 26.9% y solo eran amas de casa el 69.4%.

Datos sobre la violencia Intrafamiliar.

De las 108 mujeres encuestadas el 94.4% considero que la violencia no es algo natural y el 5.6% considero que si es algo natural. El 98.1 de estas mujeres refirió haber sido victimas de violencias y el 1.9% refirieron no ser victimas de violencia.

Dentro de los agresores de estas mujeres el 68.4 % fue el esposo y en el 5.4 % fueron los Padres, ambos o uno de ellos, igual en 5.4 % los agresores fueron los hijos y en el resto de las mujeres encuestadas hubo agresores como concubino, suegros, nuera, yerno y en algunas las agresiones provenían del esposo más otro de los familiares ya sea hijos o alguno de los padres. Algunas mujeres refirieron sufrir la violencia desde la infancia por parte de sus padres y esta se ha continuado al casarse por parte del cónyuge.

A la mayoría de las mujeres encuestadas se les detecta violencia mostrando las formas más complejas que adopta la violencia en sus hogares: la violencia emocional o psicológica se detectó en las 108 mujeres (100%) y dentro de esta en 90.7% se detecto violencia verbal y tortura psicológica y en 9.3% únicamente tortura psicológica. En cuanto a Violencias Física la presentaron 74.1% mujeres de las cuales el 25.% refirió golpizas que les causaron daños físicos y el 25.9% no refirió violencia física; la violencias sexual estuvo presente en 60.2% de las mujeres y finalmente la violencia Económica se presento el 81.9% de las mujeres.

Datos sobre Depresión.

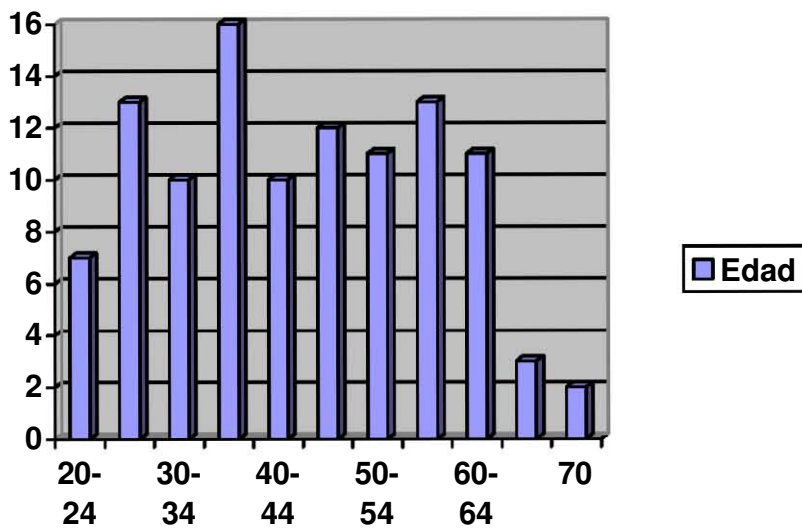
El resultado de esta intervención se evaluó por medio de preguntas abiertas del test de Zung cabe mencionar que todas las pacientes fueron canalizadas con diagnóstico de depresión por los médicos familiares de la UMF y de las 108 mujeres encuestadas sólo en una no se detectó depresión (.9%); la Depresión Mínima se detectó 3.7%; Depresión Moderada se presentó en 12.0% y se obtuvo un dramático resultado de Depresión Severa presentada en el 83.3%.

Tabla No 1: Edad. Distribución por quinquenios, predominando el grupo de 35 a 40 años.

Edad de las mujeres	Frecuencia	Porcentaje
20 a 24 años	7	6.5 %
25 a 29 años	13	12.0 %
30 a 34 años	10	9.3 %
35 a 39 años	16	14.8 %
40 a 44 años	10	9.3 %
45 a 49 años	12	11.1 %
50 a 54 años	11	10.2 %
55 a 59 años	13	12.0 %
60 a 64 años	11	10.2%
65 a 69 años	3	2.8 %
70 años	2	1.9 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 1: Edad.



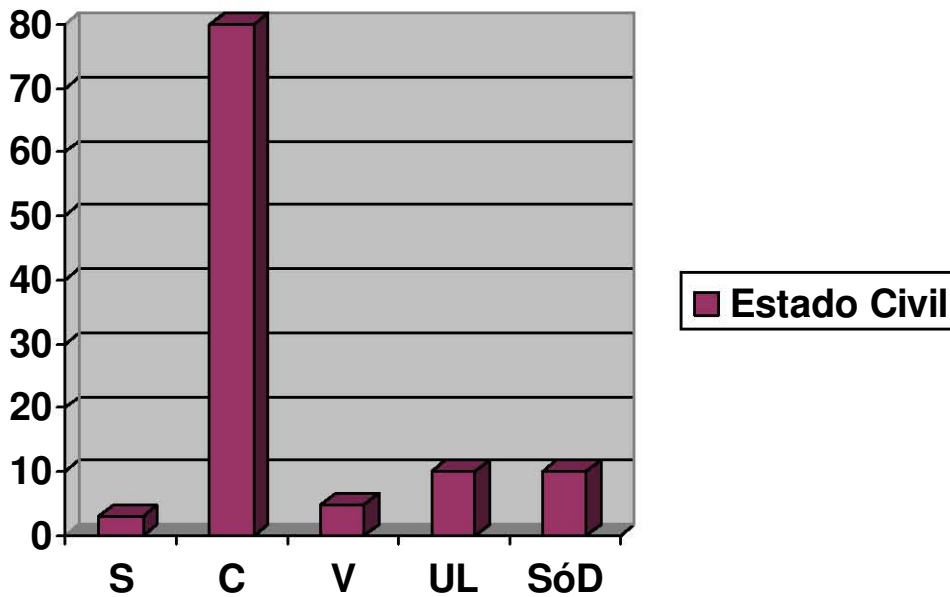
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 2: Estado Civil. En esta variable predomino un alto porcentaje de mujeres casadas.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	3	2.8 %
Casada	80	74.1 %
Viuda	5	4.6
Unión Libre	10	9.3 %
Separada o Divorciada	10	9.3 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 2.



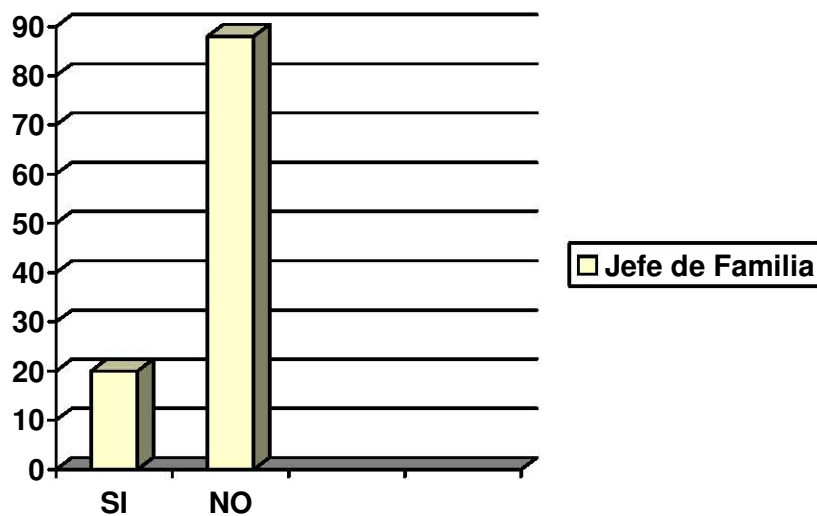
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 3: Jefe de Familia. La mayoría de las mujeres encuestadas refirió no ser jefe de familia, aunque dentro de este grupo algunas también trabajan.

Es jefe de familia	Frecuencia	Porcentaje
No	88	81.5 %
Si	20	18.5 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica: 3



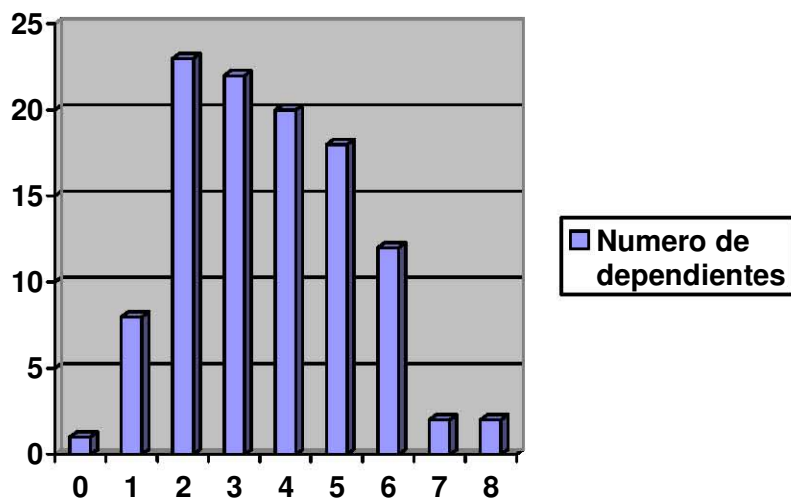
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 4: Número de dependientes. Se les preguntó a las pacientes cuantos hijos dependían de ella tanto en cuidados como económicamente en algunos casos.

Numero de dependientes	Frecuencia	Porcentaje
0	1	.9 %
1	8	7.4 %
2	23	21.3 %
3	22	20.4 %
4	20	18.5 %
5	18	16.7 %
6	12	11.1 %
7	2	1.9 %
8	2	1.9 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 4.



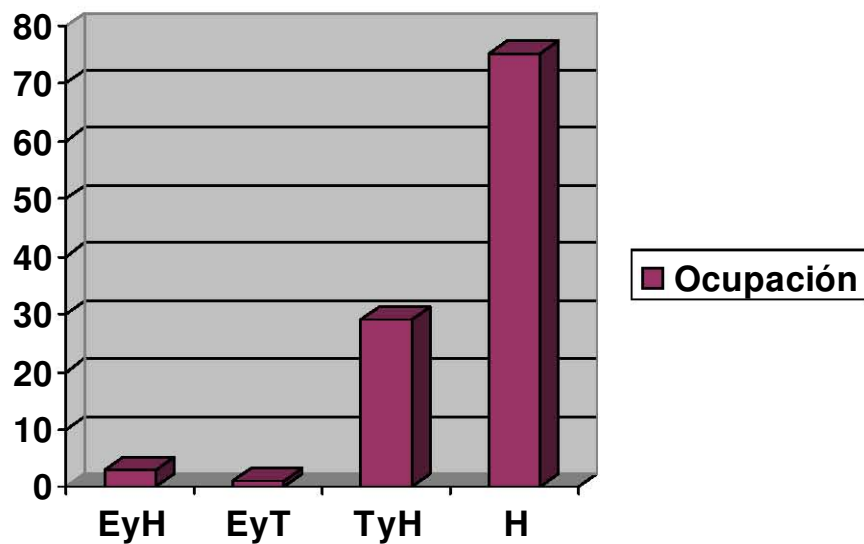
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 5. Ocupación. En cuanto a esta variable el mayor porcentaje de las mujeres solo se dedican al hogar y subsecuentemente las mujeres que trabajan fuera del hogar y además son amas de casa.

Principal ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudia y se dedica al hogar	3	2.8 %
Estudia y trabaja	1	.9 %
Trabaja y es ama de casa	29	26.9 %
Trabaja solo como ama de casa	75	69.4 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 5.



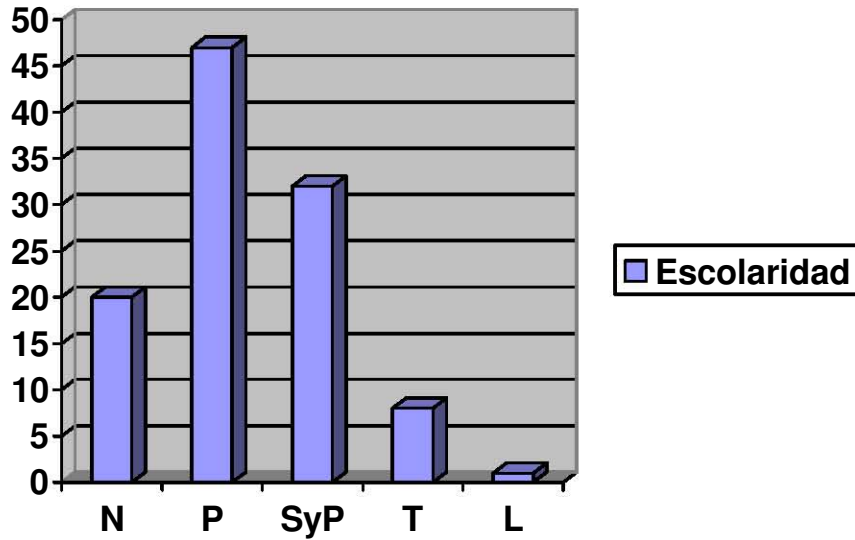
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 6. Escolaridad. En general la mayoría de las mujeres contaban con muy escasa preparación académica, predominando la educación primaria.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	20	18.5 %
Primaria	47	43.5 %
Secundaria, Preparatoria	32	29.6 %
Carrera Técnica	8	7.4 %
Licenciatura	1	.9 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 6.



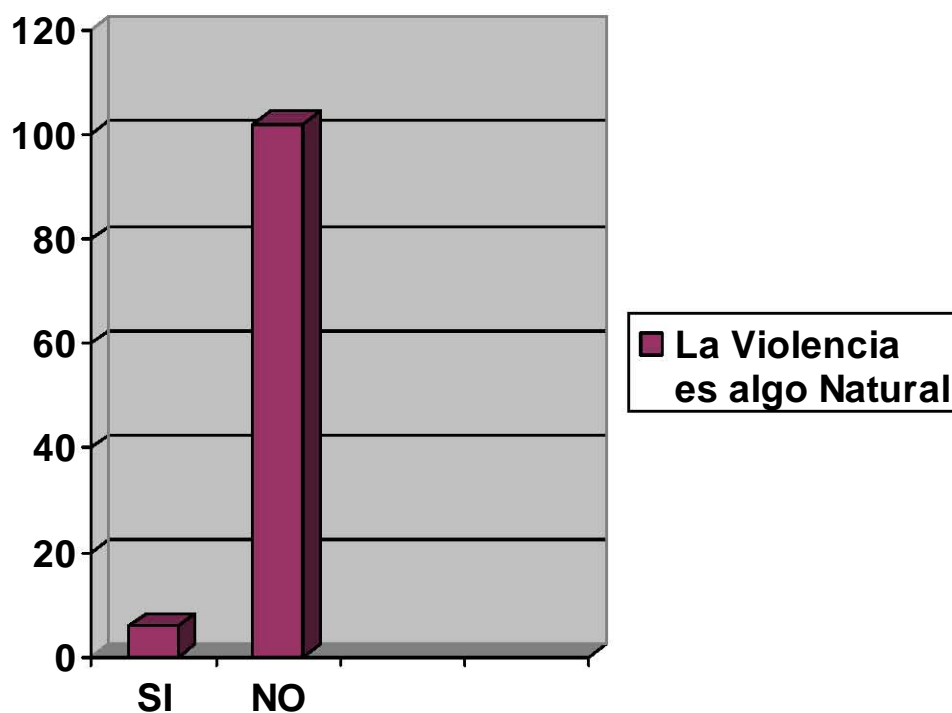
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 7. Considera la Violencia natural. Dentro de las preguntas para identificar las actitudes y comportamiento de las mujeres ante la violencia se cuestionó si la consideraban natural y a pesar de vivir a diario con ella la respuesta de la mayoría fue negativa.

Considera que la violencia es algo natural	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	5.6 %
No	102	94.4 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 7.



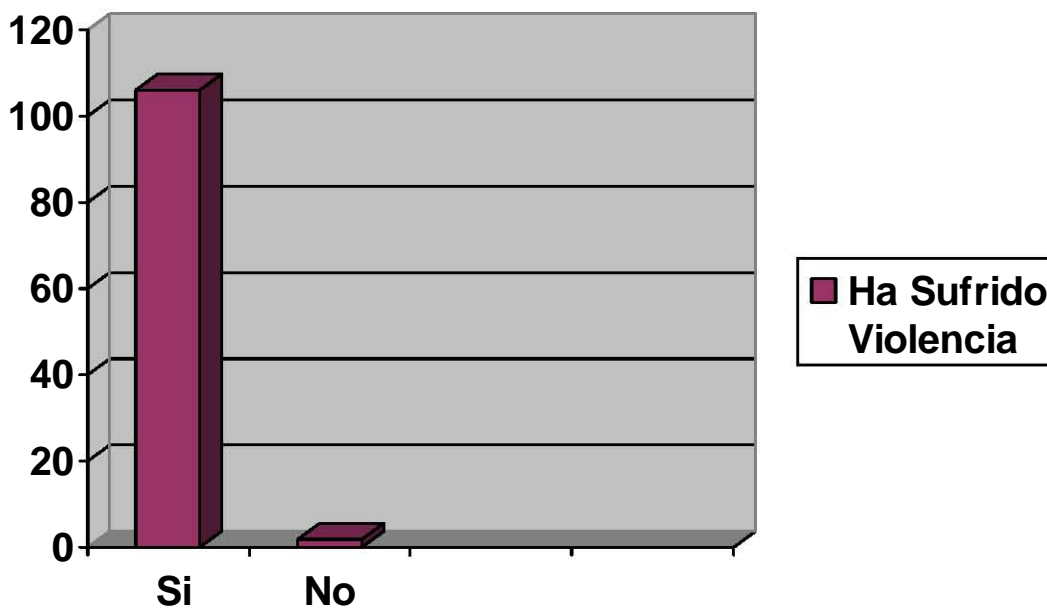
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 8. Ha sufrido Violencia. En forma directa se les pregunto a las mujeres si habían sufrido algún tipo de violencia Intrafamiliar y la respuesta afirmativa tuvo un considerable porcentaje.

Ha sufrido Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	98.1 %
No	2	1.9 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 8.



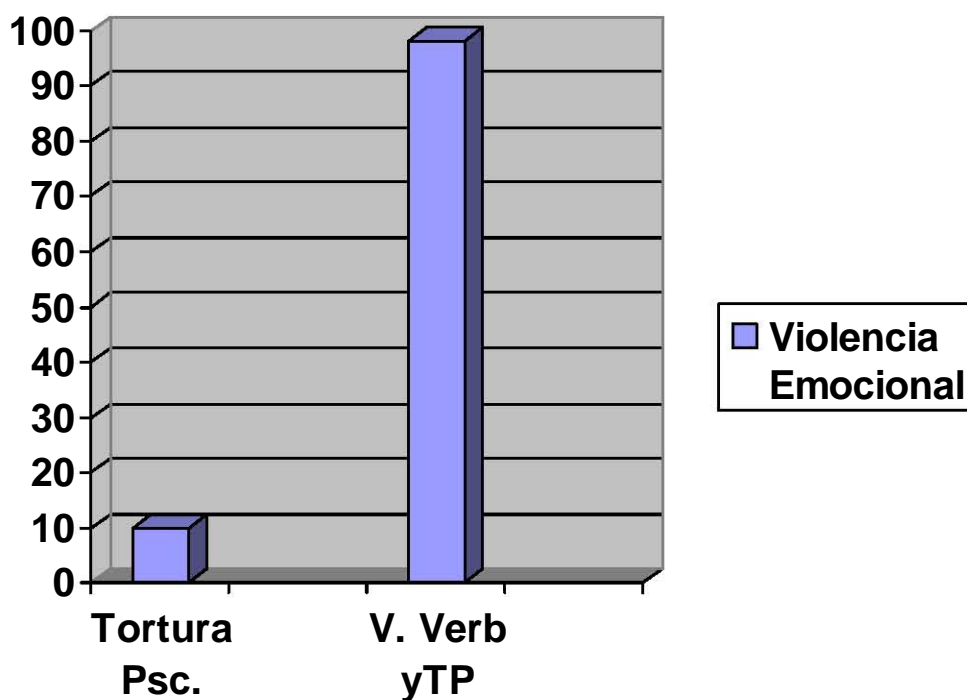
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 9. Violencia Emocional. Dentro de esta se consideraron la tortura psicológica y la violencia verbal y la mayoría de las mujeres refirieron ser víctimas de ambas.

Violencia Emocional	Frecuencia	Porcentaje
Tortura Psicológica	10	9.3 %
Violencia verbal y Tortura Psicológica	98	90.7 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 9.



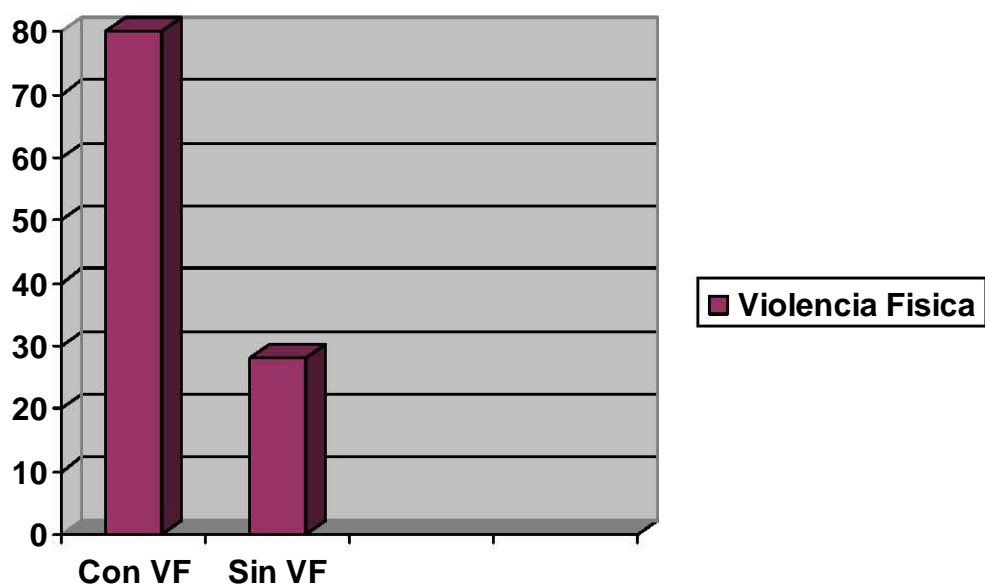
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 10. Violencia Física. Dentro de esta expresión de violencia se consideraron varias formas de agresiones, de acuerdo a lo referido por las mujeres.

Violencia Física	Frecuencia	Porcentaje
Golpes con las manos	5	4.6 %
Sacudirla, golpes con las manos y tratar de ahorcarla	1	.9 %
Golpes con las manos y con objetos	1	.9%
Golpes con las manos, con los pies y con objetos	8	7.4 %
Recibir Golpiza	28	25.9 %
Zarandearla	9	8.3 %
Sacudirla y golpes con las manos	26	24.1 %
Golpes con manos, pies y sacudirla	2	1.9 %
Sin violencia Física	28	25.9 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 10.



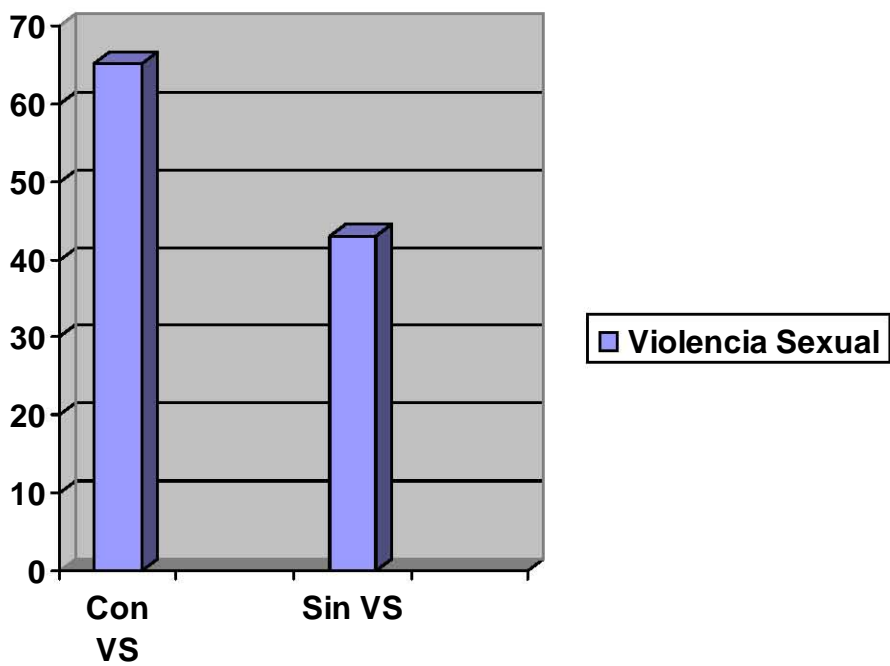
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 11. Violencia Sexual. De acuerdo con las manifestaciones de agresión sexual referidas por las mujeres se clasificaron de la siguiente manera

Violencia Sexual	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones Sexuales forzadas	22	20.4 %
Descalificar su Físico	7	6.5 %
Relaciones forzadas y descalificar su físico	36	33.3 %
Sin Violencia Sexual	43	39.8 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 11.



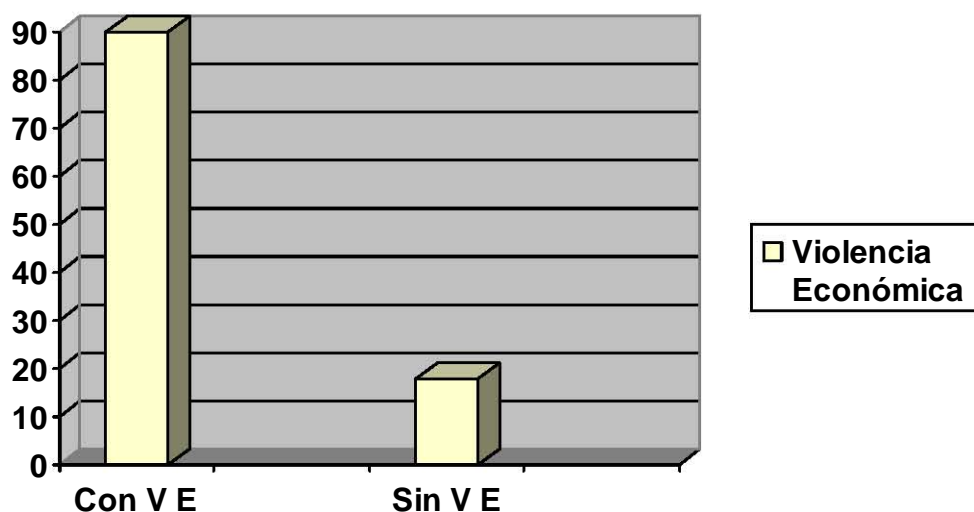
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 12. Violencia Económica. Dentro de esta entidad se mencionan una o varias actitudes según lo referido por las mujeres.

Violencia Económica	Frecuencia	Porcentaje
No darle gasto	17	15.17 %
Suspenderle privilegios	9	8.3 %
No dejarla trabajar	2	1.9 %
No darle gastos y suspender privilegios	15	13.9 %
No darle gasto y quitarle pertenencias	11	10.2 %
No darle gasto, quitarle privilegios y pertenencias	12	11.1 %
No darle gasto, quitarle privilegios y no dejarla trabajar	1	.9 %
Quitarle privilegios y pertenencias	8	7.4 %
Quitarle pertenencias y obligarla a trabajar	3	2.8 %
No darle gasto, quitarle privilegios, pertenencias y no dejarla trabajar.	3	2.8 %
No darle gasto y obligarla a trabajar	1	.9 %
No darle gasto, quitarle privilegios y pertenencias y obligarla a trabajar.	4	3.7 %
No darle gasto, quitarle privilegios y obligarla a trabajar.	2	1.9 %
Quitarle privilegios y obligarla a trabajar.	1	.9 %
Quitarle privilegios y no dejarla trabajar.	1	.9 %
Sin Violencia Económica	18	16.7 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica 12.



FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 13. Persona con la que ha hablado. Se les pregunto a las mujeres si habían hablado con alguien acerca de su situación de violencia.

Persona con la que ha hablado	Frecuencia	Porcentaje
Amiga	5	4.6 %
Hijo (a)	5	4.6 %
Comadre	2	1.9 %
Hermana	13	12.0 %
Mamá	9	8.3 %
Familiares	6	5.6 %
Vecina	7	6.5 %
Padre y hermanos	1	.9 %
Madre y hermano	2	1.9 %
Compañera de trabajo	1	.9 %
Madre, hermano e hijos	1	.9 %
Esposo	3	2.8 %
Enfermera	1	.9 %
Hermana y vecina	1	.9 %
Padre	1	.9 %
Cuñados	2	1.9 %
Ambos padres	2	1.9 %
Con nadie	46	42.6 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 14. Porque no ha hablado con alguien. A las mujeres que refirieron no haber hablado con alguien se les cuestionó el motivo de su silencio.

Porque no ha hablado con alguien	Frecuencia	Porcentaje
Por desconfianza	2	1.9 %
Por considerarlo innecesario	1	.9 %
Por vergüenza	5	4.6 %
Por no querer simplemente	1	.9 %
Por no poner en mal al agresor	1	.9 %
Por indiferencia	3	2.8 %
No sabia el motivo	6	5.6 %
Por no querer problemas	4	3.7 %
Así es el	1	.9 %
Porque no le creerían	1	.9 %
Por miedo	17	15.7 %
Mujeres que si hablaron con alguien	62	57.4 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 14. Causas por las que no ha hablado con alguien: A las mujeres violentadas se les preguntó si hablaban con alguien de su problema y se encontró que un gran porcentaje no lo hacía por lo que se la investigación arrojó las siguientes causas.

Porque no hablaban con alguien	Frecuencia	Porcentaje
Si hablaban de su problema	62	57.4%
No hablan por desconfianza	2	1.9 %
No lo consideraban necesario	1	.9 %
Por vergüenza	5	4.6 %
No quieren externarlo	5	4.6 %
Por no poner en mal al agresor	1	.9 %
Por indiferencia	3	2.8 %
No saben porque	6	5.6 %
No quieren problemas	4	3.7 %
Para que así es el	1	.9 %
No le creerían	1	.9%
Por miedo	17	15.7%
Total	108	100 %

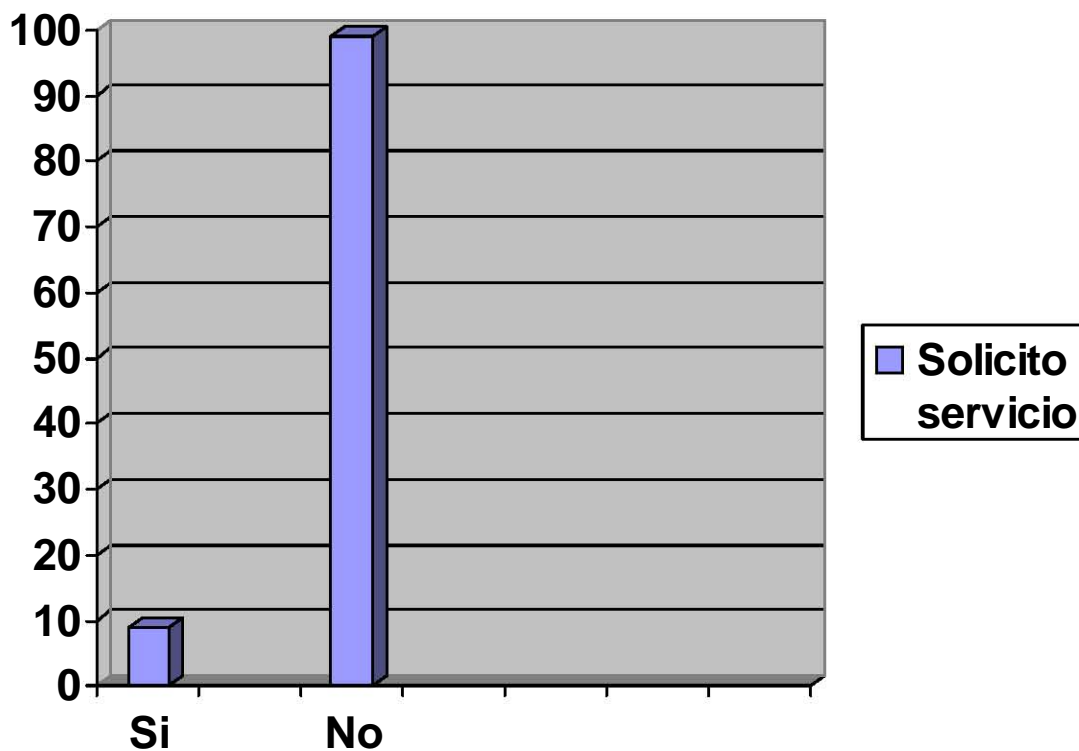
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 15. Servicios de salud solicitados. Se les preguntó si a consecuencia de la violencia sufrida tuvieron que solicitar algún servicio de salud.

Servicios de salud solicitados	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	4	3.7 %
Centro de Salud	3	2.8 %
Hospital de Salubridad	1	.9 %
DIF	1	.9 %
No solicitaron ningún servicio	99	91.7 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica .



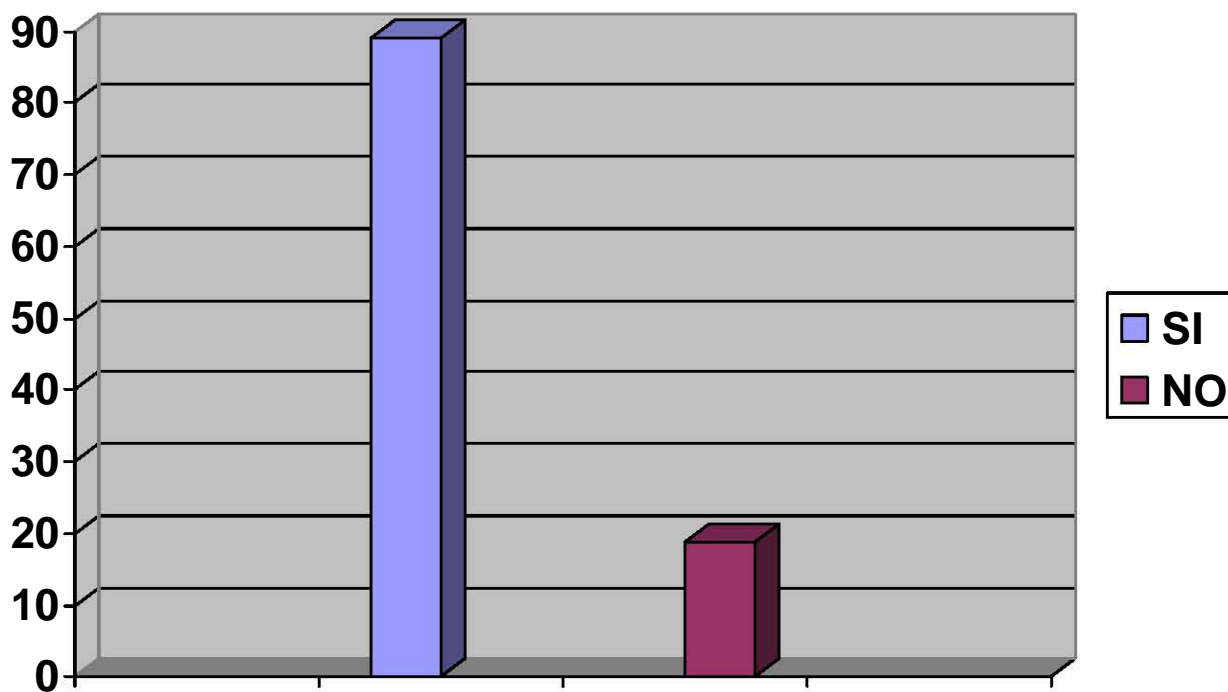
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 16. Considera que debe ser castigado. Otra de las preguntas utilizadas para explorar la percepción de las mujeres ante la violencia fue si consideraban que el agresor debería de ser castigado y aunque la mayoría nunca propiciaría este castigo, la mayoría contesto afirmativamente.

Considera que debe ser castigado	Frecuencia	Porcentaje
SI	89	82.4 %
NO	19	17.6 %
TOTAL	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B

Grafica. Considera que debe ser castigado.



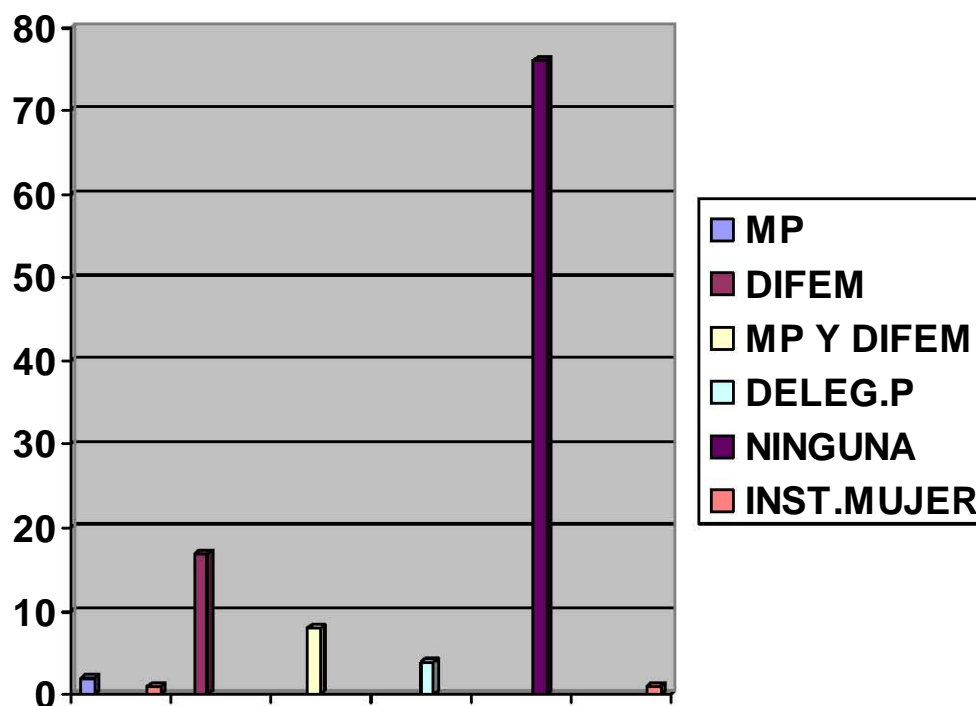
FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 17. Conoce a donde acudir en caso de violencia. Ante la gran negativa de denuncias por parte de las mujeres, les preguntamos si conocían algún servicio en su comunidad a donde pudieran acudir en caso de violencia.

Conoce los servicios para acudir En caso de Violencias	Frecuencia	Porcentaje
Ministerio Público	2	1.9%
DIFEM	17	15.7 %
Ministerio Público y DIFEM	8	7.4 %
Delegación de Policía	4	3.7 %
No conoce ninguno	76	70.4 %
Instituto de la mujer	1	.9 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B.

Grafica: Conoce los servicios donde acudir en caso de violencia



FUENTE: ENCUESTA B.

Tabla 19. Porque debe o no debe ser castigado el agresor. Posterior a preguntar si debería recibir castigo el agresor y con el fin de complementar su respuesta se cuestiono la causa de su afirmación o negación según el caso.

Porque debe o no ser castigado	Frecuencia	Porcentaje
Por justicia	33	30.6 %
Porque nos afecta	52	48.1 %
Indiferencia al castigo	11	10.2 %
No deben ser castigados	4	3.7 %
Porque no les hacen caso	4	3.7 %
Solo Dios debe castigarlos	4	3.7 %
Total	108	100 %

FUENTE: ENCUESTA B

CRONOGRAMA.

INICIACION DE PROTOCOLO. El protocolo se inicia en el mes de junio del 2004, al ser aceptado el tema a realizar e iniciar con la elaboración del marco teórico.

REVISION DEL PROTOCOLO. Se realiza la revisión del protocolo en enero del 2005 ya terminado, realizándose las primeras correcciones.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS. Estas se inician en febrero del 2005 al ser aceptados los cuestionarios para la recolección de datos, solicitándose la participación de los médicos familiares de la UMF para canalizar a las pacientes con diagnóstico de Depresión para aplicarles las 2 encuestas, concluyendo la aplicación de estas en septiembre del 2005.

TABULACION DE RESULTADOS. Se inicia en septiembre del 2005 al concluir la aplicación de encuestas.

ANALISIS DE RESULTADOS. Octubre del 2005.

PRESENTACIONNDE RESULTADOS. Octubre del 2005

ACEPTACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION. Septiembre del 2005.

DISCUSION

Es la violencia Intrafamiliar un fenómeno muy complejo, en el que existen elementos difíciles de separar ya que interactúan simultáneamente. Este trabajo es parte de un proyecto que pretende ser el inicio para profundizar en un futuro la dinámica del maltrato y los efectos que esto puede tener en la salud mental de las mujeres, partiendo de un enfoque cualitativo y que pudiera posteriormente con un estudio cuantitativo tomar en cuenta los hallazgos de primero.

Las formas de violencia que encontramos y los estados de depresión con devastadores y obstaculizan el desarrollo personal. Su situación de violencia ha dejado en sus vidas profunda huella y difícilmente se recuperarán de esas experiencias. Motivo por el cual el tratar de comprender y sistematizar esta problemática podría redundar, principalmente, en demostrar la gravedad de este problema y plantear la posibilidad de darle más atención.

Estudios más profundos al respecto podrían ayudar a generar estrategias que mejoren las relaciones de la pareja, confrontando las creencias culturales, y eliminar los mitos que promueven la conducta sexual agresiva. Esto podría dar a conocer la magnitud del problema y sus efectos en la vida de las mujeres que lo padecen, y proponer que mejoren los sistemas de salud y los de justicia, que deberán de incluir un apoyo efectivo a las mujeres, y sensibilizar a los profesionales de ambas disciplinas respecto a este fenómeno.

Nos encontramos en un inicio respecto a los estudios sobre estos problemas, todavía falta mucho por hacer, pero aún cuando ya se hallan hecho esfuerzos coordinados para un abordaje interdisciplinario, debemos estar concientes de que apenas estamos empezando a estudiar este tipo de problemas que tardará mucho tiempo para resolver.

CONCLUSIONES.

Esta experiencia me permitió constatar las dificultades que existen para implementar y evaluar intervenciones dentro los servicios de primer nivel de atención. Debido a esto se han hecho pocas investigaciones es este campo; de ahí la importancia de dar a conocer estos resultados aunque no sean concluyentes. Una de las dificultades se debe a que los investigadores de la salud trabajen en forma conjunta con las instituciones de ayuda y servicio social que tiene contacto con la población pero por lo general están saturadas ambas de trabajo y carecen de suficientes recursos materiales y de personal para apoyar proyectos de investigación.

Los resultados obtenidos nos demostraron lo frecuente que es el problema depresivo y lo importante de detectarlo para un adecuado manejo y tratarlo de manera integral teniendo en cuenta los factores de riesgo que pueden existir para que esta se presente.

Las mujeres encuestadas mostraron una gran necesidad de ser escuchadas aunque en la mayoría de ellas a pesar de estar concientes de su situación de violencia en la que viven, no hay seguridad en ellas para aceptar ayuda ni deseos de solicitarla. Las pocas pacientes que aceptaron ser ayudadas se canalizaron al Instituto de la Mujer del Estado de México y al DIFEM.

Por todo lo anterior podríamos concluir que el agresor es una persona muy enferma, tan enferma como su victima y que tal vez se deberían implementar dentro de los programas preventivos de Salud la orientación y ayuda adecuadas para mejorar la salud mental de toda la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1) SAUCEDA GARCIA JM. Violencia en la familia. El maltrato a la mujer Rev. Med. IMSS. 1995; 33:283-287.
- 2) RAMIRES RODRIGUEZ JC, URIBE-VAZQUEZ G. Mujer y violencia un hecho Cotidiano. Salud Publica Mex. 1993; 35:148-160.
- 3) Secretaria de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999. Prestación de Servicios de salud, criterios de atención Médica de la violencia intrafamiliar.
- 4) ANNAK. Día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres, La jornada, 25 nov. Del 2000.
- 5) HUERTA GONZALEZ JL. La familia en el proceso salud enfermedad . Primera edición México 1998: 25-28.
- 6) Ley para la prevención e intervención con la violencia doméstica. Ley 54. Puerto Rico 1989. }
- 7) Programa Nacional de la mujer 1995-2000. Secretaria de Gobernación. Diario oficial de la Federación 21 de agosto de 1996.
- 8) Memoria del primer taller nacional sobre violencia intrafamiliar, Legislación y su aplicación.
- 9) GONZALEZ LOYOLA. Aspectos legales de la violencia familiar desde una perspectiva de género. Memorias de la jornada estatal para prevenir y sancionar la violencia familiar , Querétaro, Qro. México 2000.
- 10) LARRAIN SOLEDAD. “Estudio de prevalencia de la violencia intrafamiliar y la situación de la mujer en Chile, Santiago de Chile. Publicación de Salud Mental. 1993 pp 5-38.
- 11) HUERTA GONZALEZ JOSE LUIS. La familia como unidad de estudio. PAC MF1 31-33.2001.
- 12) BHATIA SC, BATHIA S. Major depression selecting safe and efective tratment Am Fam Physc 1997; 55(5).
- 13) DENPORAL ASJ. Psicoterapia de la depression. Edit. Paidos México 1990-108.
- 14) Formas Clínicas de depresión. PAC 2 MDF 7, 8, 34.2001.
- 15) Campillo S:C. Epidemiología de la Depresión. Salud Mental 1999.
- 16) Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud.2000
- 17) De la Gandara Li. Manejo de la depresión y Ansiedad en Atención Primaria. Atención primaria 1997 80(7) 389-91.
- 18) Comunicado de Prensa del Instituto Nacional de Desarrollo Social. Nov. 2001. Artic. “Perspectiva machista justifica a la violencia de genero en el Estado de México. Román González.
Ley de Asistencia Social del Estado de México.
Ley de Instituciones de Asistencia Privada del Estado de México.

- 19) Velar MC, Oren DA, Gender. Differences in depression. *Meadcape. Women's Health*, 1997; 2,3. Revisado de :Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depresión* , 1995; 3:3-12.
- 20) Reynolds CF, Miller MD, Pastemak RE, Frank E, Perel JM, Comes C, Huck PR, Mazundar S, Dew M A and Kupper DJ, Treatment of bereavement related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy . *American Journal of the American Medical Association*, 2003; 264:2511-8.
- 21) Modulo de Sensibilización de Valencia Intrafamiliar . Documento de trabajo # 32 SERNAM, Santiago de Chile. 1995.
- 22) Comité de expertas de la CEDAW, con motivo del quinto informe periódico de México (2002). *Legislación Nacional*.
- 23) LAS MUJERES HAN SIDO VICTIMAS DE MATRATO CONYUGAL: TIPOS DE VIOLENCIA EXPERIMENTADA Y ALGUNOS EFECTOS EN LA SALUD MENTAL. By: Saltijeral, Ma. Teresa, Ramos, Luciana, Angel Caballero, Miguel, *Salud Mental*, 01853325, Mar 1998. Vol. 21 Issue 2
- 24) Carrillo R: Battered dreams. Violence against women as an obstacle to development. Nueva York, United Nations Fund for women 1992.
- 25) Heise L, Pintangay J, Germain A. Violencia contra la mujer. La carga oculta sobre la salud. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS Washington 1994.
- 26) Sanders DG. Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*- 90:29-30. 1999.
- 27) Gleason W J : Mental Disorders in battered women. An empirical study. *Violence and Victims*. 8:45-68.1999.
- 28) Campbell J, Kub JE, Rosel: Depresión in battered women. *JAMA*, 43(3): 100-106, - 1996.
- 29) Campbell R, Sullivan CM, Davidson WS: Depresión in women. Who use domestic violence shelters: A longitudinal analysis. *Psychology of Women's Quarterly*, 19:217-233. 1995.
- 30) Sark E, Flitcraft A: Women at Risk, Domestic violence and women's health. Thousand Oaks, Sage Publications, USA, California. 1996.

ANEXOS

TEST DE ZUNG

Escala de Autoevaluación de Zung (para Depresión).

- 1) Me siento abatida, desanimada y triste:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 2) Por la Mañana es cuando me siento mejor:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 3) Tengo ataques de llanto o deseos de llorar:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 4) Tengo problemas de sueño durante la noche:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 5) Como igual que antes:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 6) Disfruto al mirar conversar y estar con hombres atractivos:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 7) Noto que estoy perdiendo peso:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 8) Tengo problemas de estreñimiento:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 9) Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 10) Me canso sin motivo:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 11) Mi mente está tan despejada como antes:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 12) Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 13) Me encuentro intranquila y no puedo estarme quieta:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 14) Tengo esperanza en el futuro:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría

- 15) Soy más irritable que de costumbre:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 16) Tomo las decisiones fácilmente:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 17) Siento que soy y necesaria:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 18) Siento que mi vida está llena:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 19) Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estaría muerta:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría
- 20) Sigo disfrutando lo que hacía:
a) Pocas veces b) Algunas c) Muchas d) La mayoría