

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



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

**“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y VIOLENCIA FAMILIAR EN  
CENTRO MÉDICO EsSalud - ASCOPE”**

**AUTOR:**

**JORGE NOÉ ALDAVE CORREA**

**ASESORA:**

**MARIELA ALVA MIRANDA**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2016**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico en primer lugar a Dios, porque soy consciente que ni la hoja de una árbol se mueve si no es por su santa voluntad, así que el ha permitido que todo esto se haga posible, en segundo lugar a mis padres por su amor y apoyo incondicional en cada momento y aspecto de mi vida, también quiero dedicárselo a mi querida esposa y compañera Claudia por su apoyo constante, a mi hijo Jorge Alejandro por ser mi inspiración y motivo para superarme, a mi hermano, a mis abuelitos por su cariño y ayuda en todas sus posibilidades, a mi abuelito Máximo por ser el ángel que me cuida desde el cielo, por todas sus enseñanzas y cariño durante todo el tiempo que pasamos juntos, y por último agradecerle a mi asesora por su tiempo y disposición para emprender y desarrollar este trabajo.

## **AGRADECIMIENTOS**

- ❖ Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida., por habernos dado la inteligencia, paciencia y ser nuestro guía en nuestras vidas.
- ❖ En segundo lugar agradezco a mi familia por su apoyo y amor constantes en mi vida, brindandome el escenario posible para poder desarrollar mis habilidades y poder salir adelante.
- ❖ A mis amigos por ser fuente de ayuda, alegría y lealtad, que influyen mucho en mi vida y en mis sueños, gracias.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016.

**Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 125 pacientes adultos; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin violencia familiar, se precisó el grado de asociación y significancia estadística.

**Resultados:** El grupo con violencia familiar presento frecuencias significativamente mayores de sexo femenino y de nivel socioeconómico E en comparación con el grupo sin violencia familiar. La frecuencia de violencia familiar en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatria fue 82%. La frecuencia de depresión en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatría fue 35%. La depresión es factor asociado violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría con un odds ratio de 3.1 el cual fue significativo.

**Conclusiones:** Existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:

**Palabras Clave:** Relación, depresión, violencia familiar

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the correlation between depression and family violence in patients of Psychiatry Medical Center Ascope Essalud- 2016:

**Material and Methods:** A study of analytical, observational, sectional, transversal took place . The study population consisted of 125 adult patients; who were divided into 2 groups: with and without family violence, the degree of association and statistical significance was said.

**Results:** The group with family violence had significantly higher frequencies of female and E socioeconomic status compared to the group without family violence. The frequency of family violence in patients treated at the psychiatric service was 82%. The frequency of depression in patients treated at the psychiatry was 35 %. Depression is associated with family violence in patients of Psychiatry with an odds ratio of 3.1 which was significant factor.

**Conclusions:** There relationship between depression and family violence in patients of Psychiatry Medical Center Ascope Essalud- 2016:

**Keywords:** Relationship, depression, family violence

## INDICE

|       |                                 |    |
|-------|---------------------------------|----|
| I.    | INTRODUCCION.....               | 7  |
| II.   | MATERIAL Y METODOS.....         | 15 |
| III.  | RESULTADOS.....                 | 22 |
| IV.   | DISCUSION.....                  | 29 |
| V.    | CONCLUSIONES.....               | 31 |
| VI.   | SUGERENCIAS .....               | 32 |
| VII.  | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 33 |
| VIII. | ANEXOS.....                     | 36 |

## **I. INTRODUCCION**

### **1.1. Marco teórico:**

La depresión es un trastorno mental afectivo. Se presenta predominantemente con los siguientes síntomas como tristeza patológica, desánimo, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de un trastorno global psíquico y físico.<sup>(1,2)</sup>

La depresión mayor es más frecuente en países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo (18% vs. 9%)<sup>(4,5)</sup>, es más común que el trastorno depresivo persistente (en Estados Unidos 17% vs. 3%)<sup>(5)</sup>, se presenta más en mujeres (relación de 2 a 1)<sup>(6,7)</sup>, y su prevalencia disminuye conforme aumenta la edad.<sup>(8)</sup>

La patogénesis de la depresión mayor parece implicar tres grandes grupos de factores de riesgo, incluyendo factores tales como genética, neuroticismo, abuso de sustancias, la adversidad, como trauma físico y psíquico, como por ejemplo la pérdida de los padres.<sup>(9,10)</sup> La depresión también surge de manera secundaria a otras comorbilidades médicas.<sup>(11)</sup>

Dentro del origen biológico, hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal mediada por citoquinas; alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión, dentro de las cuales se

encuentran la reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos, lo que demuestra una asociación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo.<sup>(12)</sup>

La estructura y función del sistema nervioso central se ve afectada en la depresión, como en la corteza frontal, y el hipocampo <sup>(13)</sup>. Existe una disminución del tamaño y un deterioro gradual de dichas estructuras,<sup>(14)</sup> mientras más severa y/o más prolongada sea la depresión, mayor es la pérdida de tamaño en estas regiones del cerebro.<sup>(15)</sup>

El hipocampo es una parte del cerebro que posee importantes funciones relacionadas con la formación de memorias y el manejo de las emociones, se encuentra bajo la corteza cerebral en el lóbulo temporal medio y su nombre proviene de su forma que se asemeja a la de un caballito de mar (del griego hippos - caballo y kampos - un monstruo marino). Los lóbulos frontales del cerebro, por su parte, son una especie de centro de control de nuestras emociones, además de tomar parte en otras funciones, entre ellas la solución de problemas, el control de impulsos y el lenguaje. Sin embargo, no está claro si los cambios observados son la causa de la depresión, o si son consecuencia de la misma.<sup>(15,16)</sup>

La evaluación de los pacientes con sospecha de trastorno depresivo incluye la historia de enfermedad médica actual y pasada, antecedentes familiares, historia social, examen del estado mental, examen físico, y pruebas de laboratorio orientadas al diagnóstico, como por ejemplo el test de supresión con dexametasona. La historia debe abordar la ideación y comportamiento suicida en el diagnóstico de Depresión Mayor.<sup>(1,17)</sup>

Se facilita el diagnóstico de depresión, tomando los criterios contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), en el cual se evidencia

que dentro de los trastornos depresivos se incluye a: la depresión mayor unipolar, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de disregulación del estado de ánimo perturbador, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, y trastorno depresivo debido a otra condición médica.<sup>(1,18)</sup>

Los episodios de depresión mayor (Tabla 1, ANEXO 4) requieren la presencia de al menos cinco síntomas depresivos, incluyendo el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés, anhedonia, tristeza, pérdida significativa o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación psicomotora o retardo, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte y otros síntomas de tipo somático o cognitivo por un mínimo de dos semanas consecutivas.<sup>(1,19,20)</sup>

El trastorno depresivo persistente (distimia), se diagnostica en pacientes con tres o más síntomas depresivos durante al menos dos años consecutivos; y que al menos un síntoma debe ser desánimo por este lapso de tiempo.<sup>(19)</sup>

La violencia familiar es un hecho común en nuestro medio, la ley peruana de protección frente a la Violencia Familiar vigente (Ley 26260), conceptúa a la violencia familiar como: "cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive amenaza o coacción graves y/ o reiteradas, así como violencia sexual, que se produzca entre: cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, ascendientes, descendientes, parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad; quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales; quienes hayan procreado hijos en común, independientemente que convivan o no al momento de producirse la violencia".<sup>(19)</sup>

La violencia se divide en tres tipos; violencia física, sexual y psicológica, la primera se refiere a toda acción u omisión que genere cualquier lesión (hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones de cabeza, envenenamientos), que no sea accidental y provoque un daño físico o una enfermedad. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes aislados, o puede ser una situación crónica de abuso. La violencia sexual en la familia se refiere a la acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coacción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal de una persona en el entorno familiar; y por último tenemos a la violencia psicológica, que es toda acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Se presenta bajo las formas de hostilidad verbal como por ejemplo, insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono; también aparece en la forma de constante bloqueo de las iniciativas de la víctima por parte de algún miembro de la familia.<sup>(19,20)</sup>

El problema de la violencia intrafamiliar es muy complejo, sobre todo porque no es altamente identificado en toda la población, y su falta de reconocimiento sería el primer obstáculo a vencer para poder enfrentarla con la energía y urgencia necesarias.<sup>(21)</sup> El 2 % del total de la población mundial está discapacitada física o psicológicamente como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencias dentro de la familia.<sup>(22)</sup>

Los rasgos psicopatológicos y factores psicosociales que dan paso a la conducta agresiva son diversos, destacándose entre otros: las irregularidades del medio familiar o social, el alcoholismo, la drogadicción, la pobreza o falta de patrones morales, la impulsividad de origen neurótico-psicorgánico, la propensión a la frustración y la sensación de abandono o rechazo, las personalidades dadas a los estados pasionales, la participación disocial en grupos, la pobre calidad en la sensibilidad para las relaciones personales y se destaca además, la predisposición genética sobre todo en aquellas personalidades con rasgos marcados de agresividad y explosividad que como forma habitual de conducirse utilizan expresiones o métodos violentos.

En la vida cotidiana diversas situaciones pueden manifestarse como ejercicio de la misma; en la relación de pareja, en los jóvenes entre sí, de hermanos mayores hacia los más pequeños y en el trato que se le brinda a las personas ancianas.<sup>26</sup> Apareciendo entonces la violencia familiar con más frecuencia de lo que imaginamos y dentro de ella la violencia conyugal, resulta la forma más frecuente de presentación de la misma,<sup>27</sup> hecho éste al que se le presta la debida atención, pues en este marco se produce la transformación generacional de las costumbres de convivencia. Por tanto, un medio familiar violento, una familia disfuncional y sísmica que vea con indiferencia y normalidad en su seno el maltrato físico, psíquico e incluso el abuso sexual y tolere el consumo de sustancias tóxicas, no podrá engendrar otra cosa que sujetos violentos y desajustados psíquicamente.<sup>28</sup>

Se revisó evidencias sobre el componente genético<sup>28,29</sup>, el rol de los neuromoduladores cerebrales y datos clínicos de la neuroimagenología estructural y funcional, en una integración psicobiológica de los comportamientos agresivos y violentos. Se ha podido demostrar la existencia de un componente genético, el involucramiento del

metabolismo de neurotransmisores, principalmente serotonina y noradrenalina y la participación de estructuras cerebrales corticales, especialmente regiones del lóbulo prefrontal (orbitofrontal y lateral ventral) y el sistema límbico (amígdala e hipocampo y corteza temporal), las cuales muestran una hipofunción marcada. Se propone un modelo interpretativo del “cerebro violento” que reúne las diferentes regiones cerebrales involucradas y su interconexión.<sup>28</sup>

Se encontró un estudio que muestra a la depresión como causa principal que puede estar relacionada al desencadenamiento de episodios de violencia dentro de las familias.<sup>29</sup> **Medina-Mora, Berenzon, & Natera, 1999**, reportaron en su estudio que la depresión está altamente vinculada con la violencia de pareja, mientras que el consumo de alcohol es un factor que incrementa la violencia de pareja y esta a su vez la depresión, predominantemente en mujeres.<sup>29</sup> Cuando se relacionan estos datos se observa que el riesgo de sufrir violencia de pareja siendo víctima de depresión es cuatro veces más elevada, y que el abuso físico y de alcohol son factores que se relacionan y se reproducen (Natera, Juárez, Medina-Mora, & Tiburcio, 2007; Natera, Tiburcio, & Villatoro, 1997).<sup>29,30</sup>

Entonces es posible demostrar una asociación directa entre la depresión y la regulación emocional de las actitudes de violencia.<sup>29</sup>

## **1.2. Identificación del Problema**

En el medio donde vivimos, existen un gran número de pacientes atendidos en los múltiples centros de Atención Primaria de Salud, los cuales acuden a dichos lugares esperando obtener una atención completa, es decir en el aspecto físico y mental, pero debido a la alta demanda de usuarios y al déficit de personal médico, el ambiente y el tiempo es

insuficiente para permitir un estudio completo y adecuado de cada individuo, por lo tanto no nos permite identificar los diversos trastornos depresivos. Estos problemas básicamente pueden partir del eje principal de un individuo que es uno mismo, pero los estudios antes mencionados dan una gran importancia a los ejes como la familia y la sociedad, los cambios que se realizan y la adaptación que hay hacia ella son importantes e influyentes sobre uno mismo, llegando a cierto punto a producir alteraciones en la salud física y mental. Investigaciones a nivel internacional han reportado la presencia de depresión como predictora tanto de la frecuencia como de la intensidad del consumo de alcohol y esta a su vez de violencia dentro de la familia, más entre las mujeres que entre los hombres. A su vez, se reportó que la depresión está altamente vinculada con la violencia de pareja mientras que el consumo de alcohol es un factor que incrementa la violencia y la depresión en las mujeres. Cuando se relacionan estos datos se observa que el riesgo de sufrir depresión y ser víctima violencia de pareja es cuatro veces más elevada (Medina-Mora, Berenzon, & Natera, 1999)<sup>28,29</sup>, y que el abuso físico y de alcohol son factores que se relacionan y se reproducen. Mundialmente, el consumo de alcohol y la violencia de pareja oscila entre 15% en Japón y 71% en Etiopía (World Health Organization, 2006). México ocupa un lugar intermedio con una prevalencia de violencia hacia la mujer de 45%, aunque en algunos estados alcanza el 61% (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2006, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH).<sup>29</sup>

### **1.3. Justificación**

Existen pocos estudios en nuestro país y en nuestra región sobre este tema, a pesar de que aproximadamente una tercera parte de la población capitalina de nuestro país y una cuarta parte de la población de la sierra central presentaron alguna vez en su vida algún episodio del tipo depresivo siendo estos no identificados o no debidamente tratados en los centros de Atención Primaria de Salud, además observamos que los episodios de violencia familiar son comunes en nuestra comunidad, en la cual muchos hogares presentan miembros con deterioro de la salud mental, por lo tanto es importante saber cómo se asocia la enfermedad mental, en este caso la depresión, al desarrollo de la violencia dentro de la familia, dando pase a futuro a profundización del tema en otros aspectos, buscando el bienestar del paciente y la familia.

### **1.4. Formulación del Problema Científico**

¿Existe Asociación entre depresión y violencia familiar?

### **1.5. Hipótesis**

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre depresión y violencia familiar.

**H<sub>a</sub>:** Existe asociación entre depresión y violencia familiar.

### **1.6. Objetivos**

#### **1.6.1. Objetivo General**

- Determinar si existe asociación depresión y violencia familiar.

### **1.6.2. Objetivos Específicos**

- Comparar el género, la edad, el grado de instrucción y el nivel socioeconómico entre los pacientes con y sin violencia familiar.
- Precisar la distribución de los pacientes según violencia familiar.
- Determinar la distribución de los pacientes según depresión.
- Valorar si existe relación entre depresión y violencia familiar.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1. Población:**

#### **2.1.1. Población Diana o Universo**

Pacientes que acuden a consulta externa del servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope – La Libertad – Perú

#### **2.1.2. Población de Estudio**

La población diana serán aquellos que cumplieron los criterios de inclusión.

##### **▪ Criterios de Inclusión**

- ✓ Pacientes que acuden a la consulta externa del Centro Médico EsSalud – Ascope.
- ✓ Personas que tengan la mayoría de edad (mayor o igual a 18 años) y de ambos géneros.

▪ **Criterios de Exclusión**

- ✓ Pacientes no pertenecientes al Centro Médico EsSalud – Ascope.
- ✓ Pacientes gestantes.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.
- ✓ Pacientes con enfermedad maniaco depresiva.
- ✓ Personas que no tengan la mayoría de edad (menor a 18 años).

**2.2. Muestra**

**a. Unidad de Análisis**

Pacientes del Centro Médico EsSalud – Ascope

**b. Unidad de Muestreo**

Cuestionario Realizado a los usuarios del Centro Médico EsSalud– Ascope.

**c. Tamaño Muestral:**

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para estudios de una sola poblacion<sup>38</sup>:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p e q e}{E^2}$$

Donde:

$n_0$ : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$ : Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Prevalencia hospitalaria estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (depresión): 0.09 (9%)<sup>6</sup>

qe = 1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

Obtenemos:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 125 \text{ pacientes}$$

#### **d. Tipo de Muestra**

Aleatorio, Simple

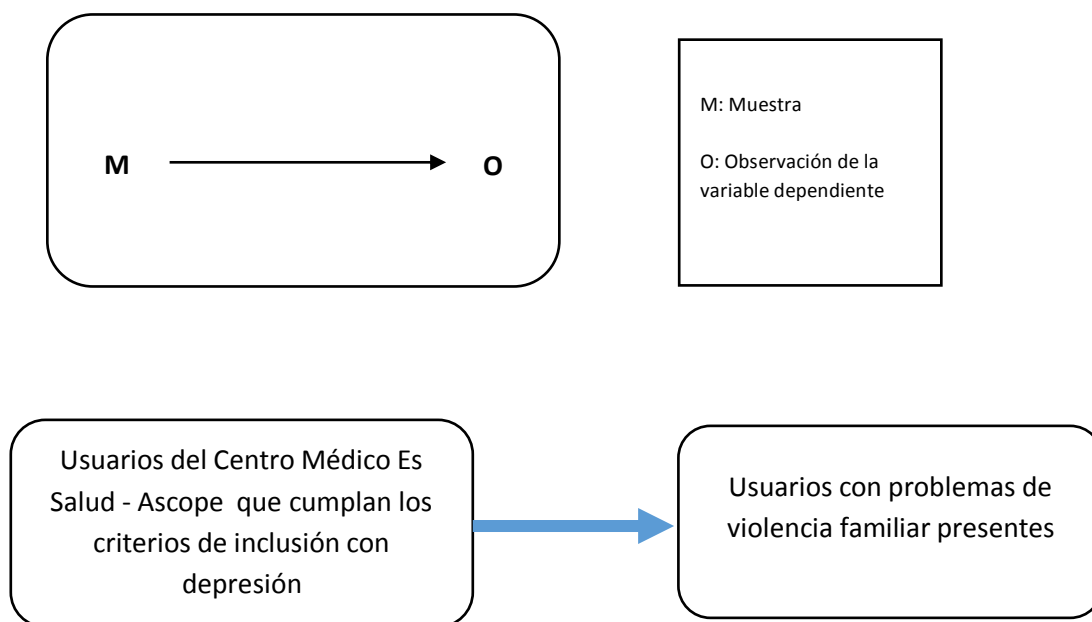
### **2.3. Diseño del Estudio**

#### **Tipo de Estudio**

El presente estudio correspondió a un diseño de tipo: Descriptivo

- a) En relación a evolución del fenómeno estudio: transversal.
- b) En función de la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: Observacional Aplicada.

### Diseño Específico



### 2.4. Variables

| VARIABLE                  | TIPO        | ESCALA  | INDICADORES                       | INDICES   |
|---------------------------|-------------|---------|-----------------------------------|-----------|
| <b>Violencia familiar</b> | Cualitativa | Nominal | Protocolo de recolección de datos | Si - No   |
| <b>Depresión</b>          | Cualitativa | Nominal | Cuestionario de Hamilton          | >7 puntos |

| <b>INTERVINIENTES</b>       |              |          |              |                                                     |
|-----------------------------|--------------|----------|--------------|-----------------------------------------------------|
| <b>Edad</b>                 | Cuantitativa | Discreta | Cuestionario | Años                                                |
| <b>Sexo</b>                 | Cualitativa  | Nominal  | Cuestionario | Masculino<br>Femenino                               |
| <b>Grado de instrucción</b> | Cualitativo  | Ordinal  | Cuestionario | Ninguno<br>Primario<br>Secundario<br>o<br>Superior  |
| <b>Nivel Socioeconómico</b> | Cualitativo  | Nominal  | Cuestionario | Nivel A<br>Nivel B<br>Nivel C<br>Nivel D<br>Nivel E |

### **Definiciones Operacionales**

- **Violencia familiar:** Corresponde a cualquier acción o conducta, basada en el género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico al individuo, tanto en el ámbito público como en el privado.<sup>19,20</sup>

- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que implicó alteración de la capacidad afectiva. Caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento. Combinando intensidad y duración se clasifican en depresión mayor; con un tiempo de duración mayor a 2 semanas y con una intensidad importante; y distimia de curso crónico y más de 2 años de duración e intensidad leve. La Escala de Depresión de Hamilton (Anexo 3) se diseñó con el propósito de conocer el grado de depresión en cuanto a su intensidad; que presentan los pacientes; se considera depresión cuando el puntaje de la escala es mayor a 7 puntos.<sup>6</sup>

## 2.5. Procedimientos

- Se solicitó al Jefe del Centro Médico EsSalud – Ascope, permiso para la realización del proyecto en las zonas que pertenecieron a su Puesto de Salud. **(ANEXO 1)**
- Una vez obtenido el permiso, se entrevistó a los usuarios del Centro Médico EsSalud–Ascope, en forma aleatoria por medio de cuestionario.**(ANEXO 2, ANEXO 3)**
- Se recogió la información de todas las entrevistas, con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

## 2.6. Recolección y Análisis de Datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS STATISTICS SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en gráficos de dispersión y medidas de correlación.

### **Estadística descriptiva**

Se presentó un análisis por medio de una gráfica de dispersión, el cual presentó una relación si es de distribución lineal, curvilínea, exponencial, logarítmica, cíclica o no existe tal.

### **Estadística analítica**

Para estudiar la asociación de los problemas psicosociales con el resto de variables se empleó el test de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para cada una de las tablas de contingencia, y cuando éste no fue apropiado, el programa t de student. Los resultados del ajuste se presentan en forma de Odds Ratio (OR), con intervalos de confianza (IC) del 95% permitiéndonos saber si existe o no relación entre las variables antes presentadas.

### **2.7. Aspectos éticos**

El estudio contó con el permiso del Comité de Investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego, permiso del Jefe del Centro Médico EsSalud – Ascope, se respetó al entrevistado bajo los criterios del Código de Helsinki, Código de Nuremberg y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el cual se protegió la autonomía y su integridad física, psíquica y social.

### III. RESULTADOS

**Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos en el estudio Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**

| <b>Características</b>                                                                        | <b>Violencia<br/>(n=102)</b>  | <b>Sin violencia<br/>(n=23)</b> | <b>Significancia</b>             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>Edad:</b><br>- <b>Promedio</b><br>- <b>D. estandar</b>                                     | 32.8<br>8.4                   | 34.7<br>11.2                    | T student: 0.94<br>p>0.05        |
| <b>Sexo:</b><br>- <b>Femenino</b><br>- <b>Masculino</b>                                       | 84(82%)<br>18(18%)            | 13(56%)<br>10(44%)              | Chi cuadrado: 5.24<br>p<0.05     |
| <b>Grado de instrucción:</b><br>- <b>Primaria</b><br>- <b>Secundaria</b><br>- <b>Superior</b> | 12(12%)<br>68(67%)<br>22(21%) | 4(17%)<br>14(61%)<br>5(23%)     | Chi cuadrado: 2.64<br>p>0.05     |
| <b>Nivel socioeconómico:</b><br>- <b>C</b><br>- <b>D</b><br>- <b>E</b>                        | 21(21%)<br>36(35%)<br>45(44%) | 11(48%)<br>7(30%)<br>5(22%)     | Chi cuadrado:<br>11.32<br>p<0.05 |

FUENTE: CENTRO MEDICO ESSALUD ASCOPE–Fichas de recolección: 2016.

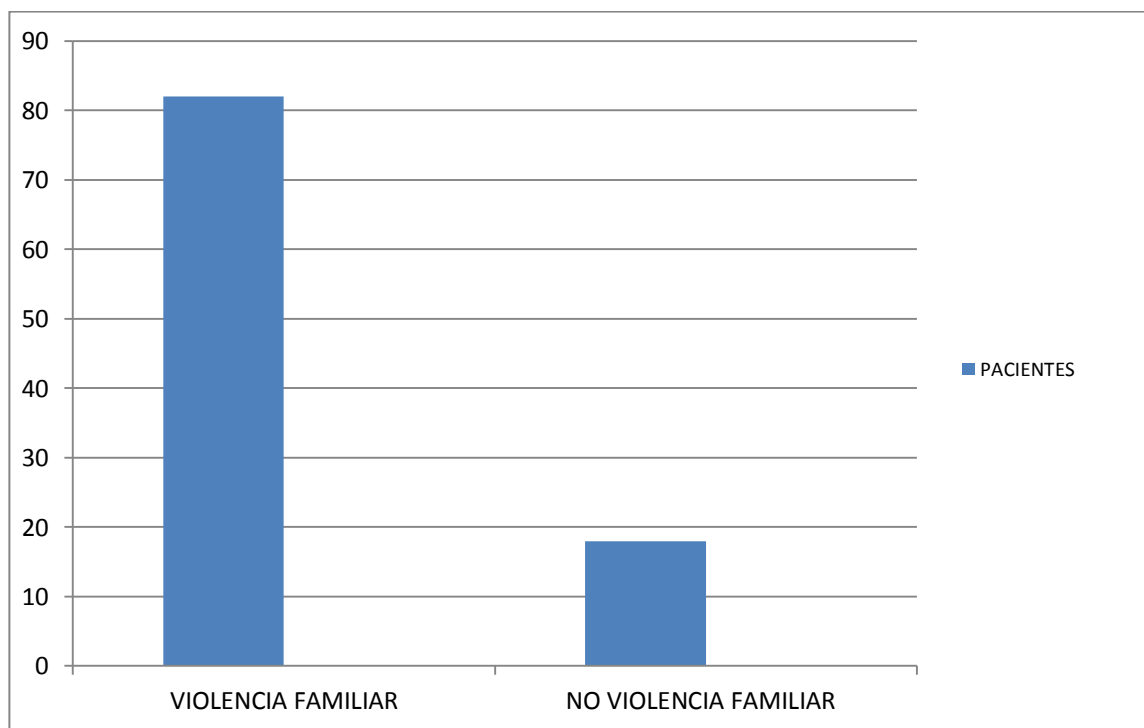
**Tabla N° 2: Distribución de los pacientes según violencia familiar en el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**

| <b>Pacientes</b> | <b>Violencia familiar</b> |           | <b>Total</b>      |
|------------------|---------------------------|-----------|-------------------|
|                  | <b>Si</b>                 | <b>No</b> |                   |
| <b>Si</b>        | 102(82%)                  | 23 (18%)  | <b>125 (100%)</b> |

FUENTE: CENTRO MEDICO ESSALUD ASCOPE–Fichas de recolección: 2016.

La frecuencia de violencia familiar en la muestra estudiada en el Servicio de psiquiatria fue de  $102/125 = 82\%$ .

**Gráfico N° 1: Distribución de los pacientes según violencia familiar en el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**



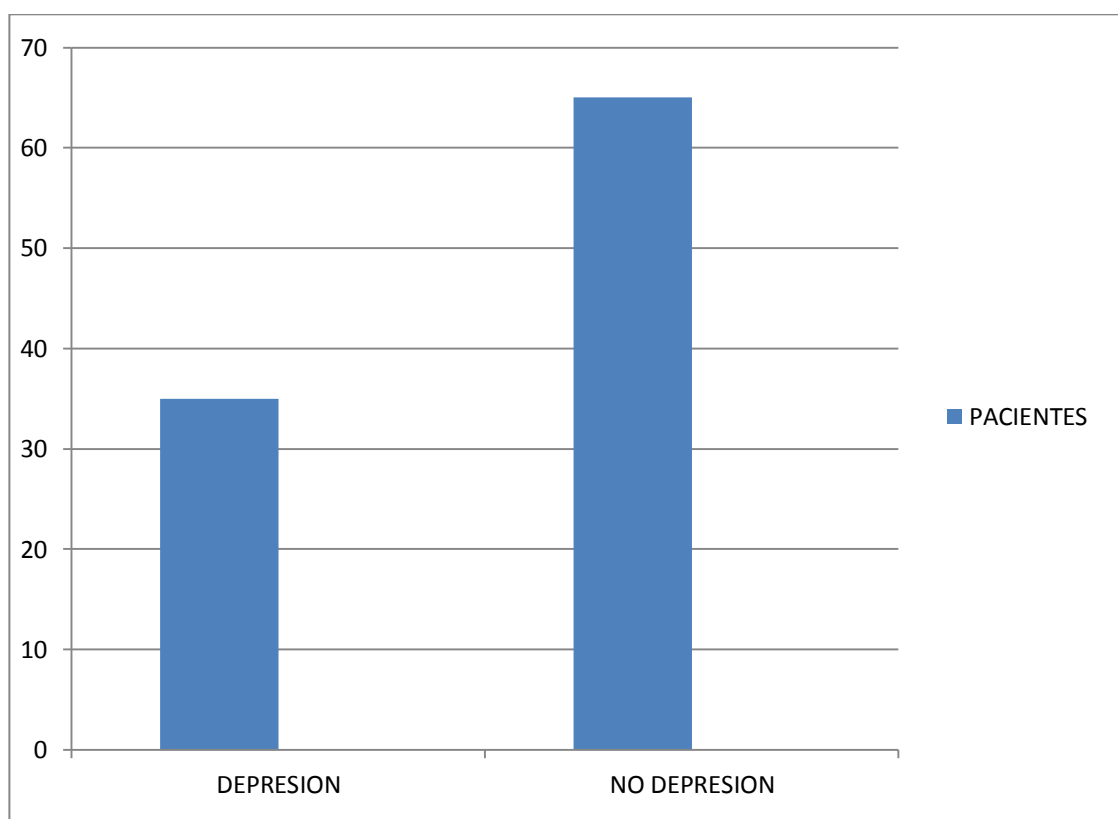
**Tabla N° 3: Distribución de los pacientes según depresión en el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**

| <b>Pacientes</b> | <b>Depresión</b> |           | <b>Total</b>      |
|------------------|------------------|-----------|-------------------|
|                  | <b>Si</b>        | <b>No</b> |                   |
| <b>Si</b>        | 44 (35%)         | 81 (65%)  | <b>125 (100%)</b> |

FUENTE: CENTRO MEDICO ESSALUD ASCOPE–Fichas de recolección: 2016.

La frecuencia de depresión en la muestra estudiada en el Servicio de psiquiatría fue de  $44/125 = 35\%$ .

**Gráfico N° 2: Distribución de los pacientes según depresión en el Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**



**Tabla N° 4: Depresión como factor asociado violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**

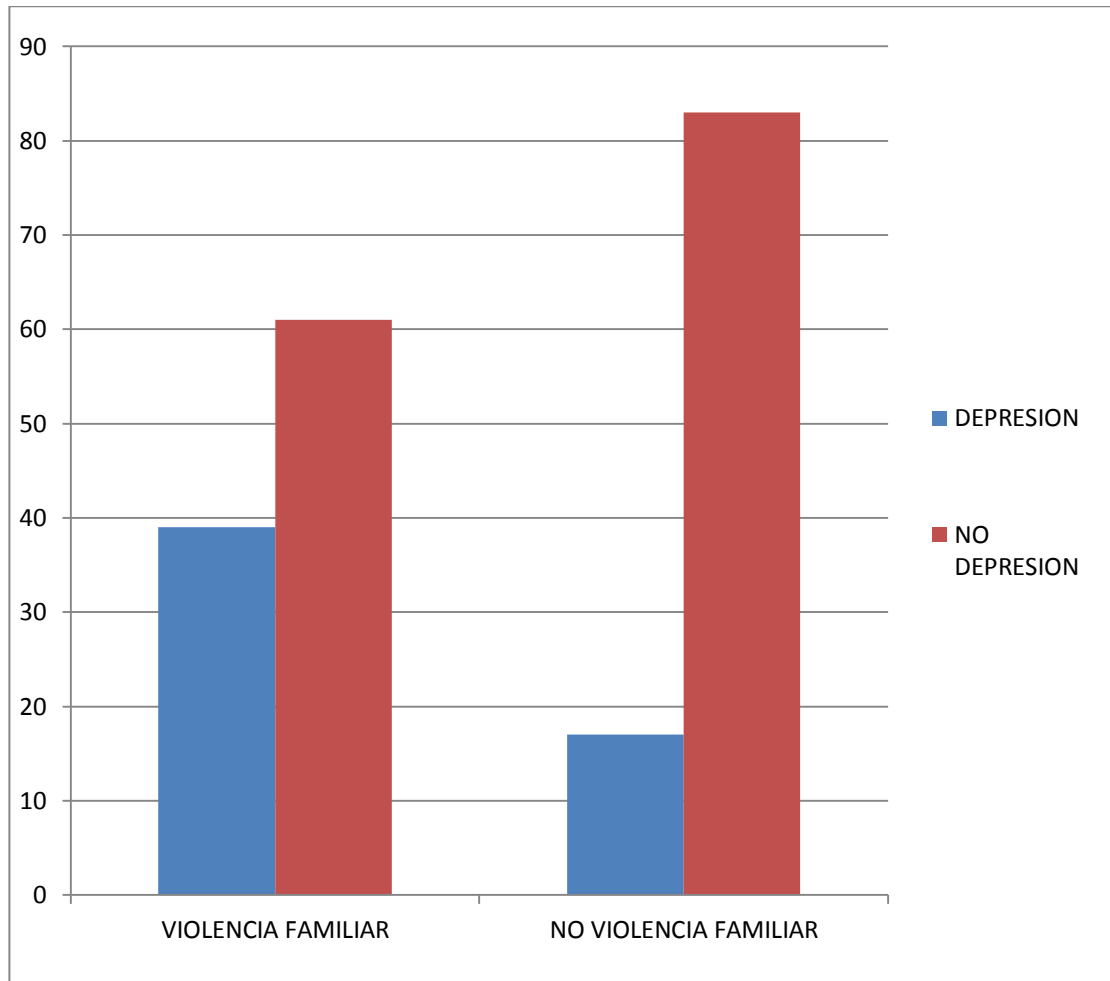
| <b>Depresión</b> | <b>Violencia familiar</b> |                  | <b>Total</b> |
|------------------|---------------------------|------------------|--------------|
|                  | <b>Si</b>                 | <b>No</b>        |              |
| <b>Si</b>        | 40 (39%)                  | 4 (17%)          | <b>44</b>    |
| <b>No</b>        | 62 (61%)                  | 19 (83%)         | <b>81</b>    |
| <b>Total</b>     | <b>102 (100%)</b>         | <b>23 (100%)</b> | <b>125</b>   |

FUENTE: CENTRO MEDICO ESSALUD ASCOPE–Fichas de recolección: 2016.

- Chi Cuadrado: 4.9
- $p < 0.01$
- Odds ratio: 3.1
- Intervalo de confianza al 95%: (1.36; 6.08)

En el análisis se observa que la depresión se asocia con violencia familiar a nivel muestral, lo que se traduce en un odds ratio  $> 1$ ; expresa este mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95%  $> 1$  y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de  $p$  es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que esta variable es factor asociado a violencia familiar.

**Tabla N° 3: Depresión como factor asociado violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016:**



**La frecuencia de depresion en el grupo con violencia familiar fue de 39% mientras que en el grupo sin violencia familiar fue 17%.**

#### **IV. DISCUSION**

En la tabla N° 1 se consideraron variables intervinientes de interés como la edad y el grado de instrucción; respecto a estas variables no se observaron diferencias significativas entre los pacientes con y sin violencia familiar; por otro lado también se tomaron en cuenta las condiciones género y nivel socioeconómico, observando que la distribución de las mismas en este caso si es distinta entre los grupos de pacientes, con diferencias significativas.

En este sentido nuestra investigación es coincidente con los hallazgos de **Castillo R<sup>46</sup>, et al** en México en el 2011; **Buesa S<sup>47</sup>, et al** en España en el 2013; **Ramírez E<sup>49</sup>**. y col en Colombia en el 2012; quienes también observaron diferencias significativas entre los pacientes de uno u otro grupo en relación al sexo femenino y el nivel socioeconómico; esto además resulta teóricamente esperable toda vez que existe abundante evidencia que reconoce el impacto de las variables en mención respecto a la aparición de violencia familiar; aun cuando estas tendencias no son problema de nuestro estudio, se describen por hallazgos de significancia estadística.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de la distribución de los pacientes en función de la violencia familiar encontrando que existe una fracción predominante y preocupante correspondiente al 82% de la muestra; por otro lado se observa en la Tabla N° 3 que la frecuencia de depresión en el conglomerado muestral de nuestro interés, fue de hasta 35% , valorado a través de una escala validada.

En la Tabla N° 4 precisamos el riesgo muestral que conlleva la presencia de depresión en asociación con la violencia familiar; el cual se expresa como un odds ratio de 3.1; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ( $p < 0.01$ ) lo cual nos permite concluir que este trastorno del estado de ánimo, se asocia significativamente con violencia familiar.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a **Castillo R<sup>46</sup>, et al** en México en el 2011; quienes determinaron si la violencia intrafamiliar es un factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor; en un diseño de casos y controles; se incluyeron 270 casos y 540 controles; se detectó violencia intrafamiliar en 129 casos (47.8%) y 113 controles (20.9%), y ésta se asoció con el trastorno depresivo mayor (RM= 3.4; IC 95% 2.5-4.7).

Por otro lado tenemos el estudio de **Buesa S<sup>47</sup>, et al** en España en el 2013; quienes evaluaron en 157 mujeres con el fin de precisar factores relacionados con el estrés postraumático en víctimas de violencia de parejas; reconociendo que existe una asociación significativa entre síntomas de depresión y aparición de estrés postraumático por violencia familiar ( $p < 0.05$ ).

Cabe mencionar las tendencias descritas por **Rey N<sup>48</sup>, y col** en México en el 2011 quienes desarrollaron un modelo predictivo de la relación entre la depresión en mujeres, con la violencia de pareja y el riesgo que representa el consumo de alcohol, así como antecedentes de violencia en la familia y variables sociodemográficas; fueron atendidas 5,788,670 mujeres; En el modelo evaluado las variables significativas de riesgo o predictoras de la depresión, fueron el antecedente de violencia en la familia de origen ( $p < 0.05$ ).

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó **Ramírez E<sup>49</sup>, y col** en Colombia en el 2012; quienes en un estudio transversal, con abordaje cuantitativo de correlación, mediante la aplicación de los instrumentos índice de abuso de pareja y la escala sistemática de depresión en 81 pacientes; se logró establecer que 54% de las participantes fue maltratada, 17% presentó abuso físico por su pareja con una correlación positiva de  $r = 0.549$ , 54% presentó abuso no físico con una correlación positiva de  $r = 0.650,33\%$  de las participantes de la investigación presentó sintomatología depresiva en el postparto.

## **V. CONCLUSIONES**

- 1.- En el presente estudio, no se encontraron diferencias significativas respecto a edad entre pacientes con y sin violencia familiar.
- 2.- No se encontraron diferencias significativas respecto al grado de instrucción entre pacientes con y sin violencia familiar.
- 3.-El grupo con violencia familiar presento frecuencias significativamente mayores de sexo femenino y de nivel socioeconómico E en comparación con el grupo sin violencia familiar.
- 3.- La frecuencia de violencia familiar en la muestra estudiada en el Servicio de psiquiatría fue 82%.
- 4.-La frecuencia de depresión en la muestra estudiada en el Servicio de psiquiatría fue 35%.
- 5.-La depresión es un factor asociado a violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría con un odds ratio de 3.1 el cual fue significativo, concluyendo entonces que si existe relación entre depresión y violencia familiar en el estudio.

## **VI. SUGERENCIAS**

1. Es recomendable la realización de estudios multicéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de precisar el impacto de esta asociación en otras fracciones de nuestra población.
2. La tendencia identificada debiera ser tomada en cuenta como base para desarrollar estrategias educativas preventivas con la finalidad de reducir la prevalencia e incidencia de violencia familiar.
3. Considerando que la depresión es una entidad patológica potencialmente controlable y modificable; debiera constituirse en un objetivo terapéutico de interés en la salud mental de los pacientes de nuestra población con miras a la mejoría de su calidad de vida

## **VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington 2013.
2. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
3. Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. The Language of Mental health: A Glossary of Psychiatric Terms, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011.
4. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996; 276:293.
5. Gureje O, Kola L, Afolabi E. Epidemiology of major depressive disorder in elderly Nigerians in the Ibadan Study of Ageing: a community-based survey. Lancet 2007; 370:957.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593.
7. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. JAMA Psychiatry 2014; 71:573.
8. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, et al. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:489.
9. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006; 163:115.
10. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:113.
11. Li M, Rodin G. Depression. In: The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill, Second Edition, Levenson JL. (Ed), American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, DC 2011. p.175.
12. Montes C. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. 2007 pag: 1 - 11
13. Rot M, Mathew SJ, Charney DS. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. CMAJ 2009; 180:305.
14. Lampe IK, Hulshoff Pol HE, Janssen J, et al. Association of depression duration with reduction of global cerebral gray matter volume in female patients with recurrent major depressive disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:2052.

15. Taylor WD, Macfall JR, Payne ME, et al. Orbitofrontal cortex volume in late life depression: influence of hyperintense lesions and genetic polymorphisms. *Psychol Med* 2007; 37:1763.
16. Goodkind M, Eickhoff SB, Oathes DJ, et al. Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry* 2015; 72:305.
17. Wilde EA, Kim HF, Schulz PE, Yudofsky SC. Laboratory testing and imaging studies in psychiatry. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*, Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW. (Eds), American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2014. p.89.
18. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Bol Epidemiol* 1990;112(2):1-7.
19. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES) Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual “VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL EN MUJERES Y VARONES DE 15 A 59 AÑOS: ESTUDIO REALIZADO EN LOS DISTRITOS DE SAN JUAN DE LURIGANCHO, PUNO Y TARAPOTO.” Reimpresión MIMDES, 2009 80 páginas.
20. Constitución de la OMS, Ginebra, 1976.
21. Pérez G, González J. Violencia en el niño. Taller sobre Sociedad, Violencia y Salud, IML. 1995
22. González R, Goicochea S, Quintana S. Un bolero para Eduardo y Anillos de Oro. Difusión televisiva de actitud ante los tóxicos en dos latitudes. *Rev Hosp Psiquiatrico Habana* 1994;35(1):13-6.
23. Shalin Y, Ocurrence injuries in a defined population. *Injuries* 1990;21(3):155-7.
24. Pérez E. Homicidio y lesiones. Taller sobre sociedad, salud y violencia. IML. 1995.
25. Murram D. Child sexual abuse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993;5(6):784-90.
26. Hoz P. Arte contra la violencia doméstica. *Granma* 2000; 6.
27. Hartigan P. Violencia contra la mujer. *Rev Panam Salud Pública* 1997;2(4):291-93.
28. El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Rev Psiquiatr Urug* 2010;74(1):22-37
29. Natera Rey G, Juárez García F. La Depresión y su relación con la violencia de pareja y le consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*. Volumen 24, numero 2. 2007
30. Ruiz R. Consulta Médica. Violencia intra familiar. *Diario Granma* 1998; 4.
31. Daruma H, Barnes P. Individual differences in Mental Health. *Encyclopaedia of Mental Health* 1998;2:489-500.
32. Gwenneth R, Li Brian IO, Bevely R. Domestic violence. Victims in a hospital emergency department. *Med J Aust* 1996;159(6):307-10.
33. Murphy CM. Treating perpetration of adult domestic violence. *Med J* 1994;43 (10):877-83
34. Hinostroza Gastelú L, Huashuayo Vega C, Navarro Gómez S, Torres Deza C, Matos Retamoso L. *Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad*. *Rev enferm Herediana*. 2011;4:12-9.
35. Congreso de la República del Perú. *Ley N° 26842: Ley General de Salud*. 1997.

36. Colegio Médico del Perú. *Código de Ética y Deontología*. 2007.
37. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales Edición 4ta edición*. Washington, Estados Unidos de América; 1994. 970 p.
38. Organización Mundial de Salud (OMS). *Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. 2010. 153 p.
39. Organización Mundial de Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10ma edición*.
40. Echeburúa E, Salaberria K, Cruz Saénz M. *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. *Ter Psicol*. 2014;32:65–74.
41. Nan H, Lee PH, Ni MY, Chan BHY, Lam T-H. *Effects of Depressive Symptoms and Family Satisfaction on Health Related Quality of Life: The Hong Kong FAMILY Study*. *PLoS ONE*. Marzo de 2013;8.
42. Medina T, Zepeda G, Redondo R. *Patología Familiar del Paciente Psiquiátrico del Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita*. Tesis de grado. Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 1985.
43. Real Academia Española. *Definición “Familia”*. Diccionario de la Real Academia Española. 2014.
44. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. 2008.I
45. San Jorge Rodríguez L, González Pérez R. Influencia de la Enfermedad Mental en la violencia doméstica en Pinar del Río. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*. 2004.
46. Castillo R, Arankowsky G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed* 2011; 19:128-136.
47. Buesa S,. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2013, 13, 1, 31-45.
48. Rey N. La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología* 2011; 24 (2):165-173.
49. Ramírez E. *Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto*. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia. 2012.

## ANEXO 1

### SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ENCUESTA EN EL CENTRO MÉDICO ESS SALUD – ASCOPE

Dr.

Jefe del Centro Médico EsSalud – Ascope

S.D.

Yo JORGE NOÉ ALDAVE CORREA, con ID N° 000061705, alumno de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) ante Ud. Me presento y expongo:

Solicito autorización para realizar entrevista a los pacientes atendidos dentro del Centro Médico EsSalud – Ascope para ser usados dentro de mi proyecto de tesis titulado “ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y VIOLENCIA FAMILIAR EN EL CENTRO MÉDICO ESSALUD - ASCOPE” el cual está siendo asesorado por la Dra. Mariela Alva Miranda, Médico Asistente del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud – Ascope y docente de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Apelando a su generosa comprensión a esta solicitud ya que desearía procesar y finalizar mi tesis.

Por lo expuesto

Ruego a usted, acceder a mi petición, me despido y agradeciéndole de antemano.

Trujillo, 01 de Febrero del 2016

---

JORGE NOÉ ALDAVE CORREA

ID: 000061705

## ANEXO 2

### Cuestionario:

“PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO”

Consultorio No: \_\_\_\_ Familia No: \_\_\_\_

1° Composición de la familia:

Menores de 12 años \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

12 a 18 años \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

19 a 59 años \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

60 años y más \_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

2° Edad \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Parentesco con el jefe del núcleo: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción: Ninguno \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Superior \_\_\_\_

3° Cuáles son sus Ingresos y/o Gastos aproximados mensuales en su familia?

A. Ingresos: Mas de 6000 Nuevos Soles

B. Ingresos: 4000 a 6000 Nuevos Soles

C. Ingresos: 3000 a 4000 Nuevos Soles

D. Ingresos: 2000 a 3000 Nuevos Soles

E. Ingresos: Menos de 2000 Nuevos Soles

4° Vive en la casa algún integrante que tenga problemas de los nervios?

Sí \_\_\_\_ Cuántos? \_\_\_\_ No \_\_\_\_

5° Han existido peleas en su casa en las últimas dos semanas?

Sí \_\_\_\_ Cuántas? \_\_\_\_ No \_\_\_\_

6° Atribuye a algo en particular las peleas de la familia?

Explique brevemente \_\_\_\_\_

7° Ha sido usted objeto de maltrato?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Físico \_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_

Sexual \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_

8° Ha sido maltratada otra persona en la casa?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Quiénes? \_\_\_\_\_

Físico \_\_\_\_\_ Psicológico \_\_\_\_\_ Sexual \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

9° Quiénes son violentos en la casa? A qué atribuye su violencia

\_\_\_\_\_

10° Considera que la persona violenta tiene problemas de los nervios?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11° Se ha tratado con alguien por ese problema?

Sí \_\_\_\_\_ Con quien \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12° Considera que el agredido tiene problema de los nervios?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

A consecuencia del maltrato? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### Escala de Depresión de Hamilton:

| ITEMS                                                          | CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, severidad) | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</li><li>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</li><li>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.</li><li>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</li></ul> |
| 2. Sensación de Culpabilidad                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ausente</li><li>1. Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente</li><li>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</li><li>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</li><li>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</li></ul>                                         |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Suicidio              | 0. Ausente<br>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida<br>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir<br>3. Ideas de suicidio o amenazas<br>4. Ideas de suicidio ( cualquier intento serio se califica 4 )                                       |
| 4. Insomnio Precoz       | 0. Ausente<br>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora<br>2. Dificultades para dormirse cada noche                                                                                                                                                           |
| 5. Insomnio Medio        | 0. Ausente<br>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche<br>2. Esta paciente durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica como 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)                                              |
| 6. Insomnio Tardío       | 0. Ausente<br>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse<br>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama                                                                                                                                               |
| 7. Trabajo y actividades | 0. Ausente<br>1. Ideas y sentimientos de incapacidad: Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones<br>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo, o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                      | 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad<br>4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad                                                                       |
| 8. Inhibición (Lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida) | 0. Palabra y pensamiento normales<br>1. Ligeramente retraso en el diálogo<br>2. Evidente retraso en el diálogo<br>3. Diálogo difícil<br>4. Torpeza absoluta                                             |
| 9. Agitación                                                                                                         | 0. Ninguna<br>1. “Juega” con sus manos, cabellos, etc.<br>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.                                                       |
| 10. Ansiedad Psíquica                                                                                                | 0. No hay dificultad<br>1. Tensión subjetiva e irritable<br>2. Preocupación por pequeñas cosas<br>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla<br>4. Terrores expresados sin preguntarle |

|           |              |              |          |         |           |
|-----------|--------------|--------------|----------|---------|-----------|
|           | No depresión | Ligera/Menor | Moderada | Grave   | Muy grave |
| APA, 2000 | 0 - 7        | 8 - 13       | 14 - 18  | 19 - 22 | > 23      |

## ANEXO 4

| <b>Tabla 1. Criterios diagnósticos para Episodio de Depresión Mayor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A.</b> Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio respecto a la anterior; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>NOTA:</b> No incluir síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u observaciones hechas por otros (por ejemplo, aparece llorosa). (NOTA: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)</p> <p>2) Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades de la mayor parte del día, casi cada día (como lo indica el propio sujeto u observación)</p> <p>3) Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5 por ciento del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día. (NOTA: En los niños, considere la posibilidad de falta de hacer el aumento de peso esperado.)</p> <p>4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días</p> <p>5) Agitación psicomotora o retardo casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</p> <p>6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días</p> <p>7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo autorreproche o culpa por estar enfermo)</p> <p>8) Disminución de capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea por su atribución subjetiva o una observación ajena)</p> <p>9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse</p> |
| <p><b>B.</b> Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>C.</b> El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de otra condición médica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>NOTA:</b> Los criterios de la A a C representan un episodio depresivo mayor.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p><b>NOTA:</b> Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, el duelo, la ruina financiera, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad médica grave o discapacidad) puede incluir los sentimientos de tristeza intensa, la rumia sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señaló en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensible o considerado apropiado a la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa también debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia de la persona y las normas culturales</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| para la expresión de angustia en el contexto de pérdida.                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>D.</b> La ocurrencia del episodio depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro espectro de la esquizofrenia especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos. |
| <b>E.</b> Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.                                                                                                                                                                                                                    |
| <b><i>Especificar:</i></b><br>Con ansiedad<br>Con características mixtas<br>Con características melancólicas<br>Con características atípicas<br>Con rasgos psicóticos<br>Con catatonia<br>Con inicio periparto<br>Con patrón estacional                                         |