

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

*PREVALENCIA DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN MUJERES  
DE 18 A 35 AÑOS COMO CONSECUENCIA DE VIOLENCIA  
INTRAFAMILIAR, HOSPITAL ABEL GILBERT 2010 AL 2015*

AUTOR:

PLAZA TORAL JOFFRE JAVIER

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MEDICO

TUTOR:

DRA. MAYO GALBAN CARIDAD ISABEL

Guayaquil, Ecuador

05-SEPTIEMBRE-2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

*Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por PLAZA TORAL JOFFRE JAVIER, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.*

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez**

**Guayaquil, a los 05 del mes de septiembre del año 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **PLAZA TORAL JOFFRE JAVIER**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS COMO CONSECUENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, HOSPITAL ABEL GILBERT 2010 AL 2015**. Previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 05 del mes de septiembre del año 2017**

**EL AUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
Plaza Toral Joffre Javier



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **PLAZA TORAL JOFFRE JAVIER**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS COMO CONSECUENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, HOSPITAL ABEL GILBERT 2010 AL 2015**. Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 05 del mes de septiembre del año 2017**

**EL AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_  
Plaza Toral Joffre Javier

## **AGRADECIMIENTO**

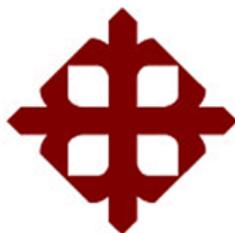
Gracias a Dios por todos los momentos que me ha dado hasta ahora, a mi madre, la Dra. Georgina Toral Mena que siempre me apoyo incondicionalmente en la parte moral y económica para poder llegar a ser un profesional de mi patria. A mi esposa, hijos y hermanos por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria. Y especialmente a la Dra. Caridad Mayo que me apoyo y guio en el proceso de esta tesis. Mil gracias.

Joffre Plaza T.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme dado la vida, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más. A mi madre por ser el pilar más importante y por demostrarme su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A mi esposa por acompañarme durante este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos. Y a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente en la realización de este proyecto.

Joffre Plaza T.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**(AGUIAR PEREZ BRUMELL)**

DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**(DIEGO ANTONIO VASQUEZ)**

DOCENTE

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	VI
DEDICATORIA .....	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEORICO.....	4
Capítulo I .....	4
TRASTORNO DEPRESIVO .....	4
FACTORES DE RIESGO.....	4
DEFINICIÓN DE TRASTORNO DEPRESIVO .....	6
CAUSAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO .....	6
DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	6
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DEPRESIVO .....	7
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN .....	7
DEFINICION DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA .....	9
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	9
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA .....	9
PREVENCION .....	10
TRATAMIENTO.....	11
Capitulo II .....	12
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	12
CLASIFICACION DE LA VIOLENCIA.....	13
PRESENTACION CLINICA.....	13
PROBLEMA DE LA INVESTIGACION.....	15

OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
HIPOTESIS.....	17
MATERIAL Y METODOS .....	17
UNIVERSO.....	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	18
MUESTRA.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	18
PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS .....	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	19
RESULTADOS .....	20
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES .....	30
REFERENCIAS.....	31
ANEXOS .....	31

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos.....	20
Tabla 2. Frecuencia por Edad.....	20
Tabla 3. Condiciones sociodemográficas .....	22
Tabla 4. Distribución de las pacientes según el tipo de antecedentes de violencia intrafamiliar .....	23
Tabla 5. Seguimiento terapéutico - Evolución .....	24
Tabla 6. Intervención sobre la familia .....	25
Tabla 7. Evolución de la enfermedad.....	25

## RESUMEN

**Introducción:** La Depresión y la Ansiedad son enfermedades frecuentes en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Es importante resaltar que una de las causas importantes es la violencia de diferentes tipos, pero sobre todo hay un porcentaje significativo de violencia intrafamiliar en mujeres jóvenes. Se demostró que la violencia intrafamiliar que sufren este grupo de mujeres, es el factor psicosocial más importante que desencadena el trastorno depresivo y ansioso. La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Considerando que, en el Ecuador, uno de los factores frecuente donde se destacan sentimientos negativos, es la problemática social de la violencia de género contra las mujeres en las relaciones interpersonales y/o familiares, se la conceptualiza como violencia intrafamiliar, contemplada además como una enfermedad social y de Salud Pública.

**Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal con el objetivo de demostrar la prevalencia de la depresión y ansiedad en mujeres de 18 a 35 años de edad como consecuencia de violencia intrafamiliar, para lo cual se realizó una revisión de las historias clínicas con diagnóstico de depresión y ansiedad que fueron atendidas en la consulta de psiquiatría del Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil en un período comprendido entre el año 2010 al año 2015.

**Resultados:** Predominó como diagnóstico más frecuente la ansiedad con noventa y seis pacientes (43%). El rango de edad reveló que desde los 24 a los 29 años (51%) es más frecuente sufrir patologías psiquiátricas por culpa de la violencia intrafamiliar. El estado civil que predominó en el estudio fue el de casada con ochenta y cinco pacientes (38%).

**Conclusión:** El conjunto de aspectos sociodemográficos no favorables nos da a entender que puede ser un factor de riesgo importante al momento de prevenir la violencia intrafamiliar. La intervención familiar jugó un papel muy importante, en un 79% de los casos estuvo presente, lo cual fomentó la ayuda médica hacia la paciente.

**Palabras claves:** Depresión, Ansiedad, Violencia Intrafamiliar, socioeconómica, relaciones interpersonales, muerte.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression and Anxiety are common diseases worldwide, and it is estimated that affects about 350 million people. It is important to emphasize that one of the important causes is violence of different types, but above all there is a significant percentage of intrafamily violence in young women. It was shown that intrafamily violence suffered by this group of women is the most important psychosocial factor that it triggers depressive and anxious disorder. Violence has always been part of the human experience. Its effects can be seen, in various forms, in all parts of the world. Overall, violence is one of the leading causes of death worldwide. Considering that in Ecuador, one of the frequent factors in which negative feelings are highlighted is the social problematic of gender violence against women in interpersonal and / or family relations, it is conceptualized as intrafamily violence, also considered as a disease Social and public health.

**Material and methods:** a cross-sectional, observational, descriptive and retrospective study was carried out with the objective of demonstrating the prevalence of depression and anxiety in women aged between 18 and 35 years as a consequence of intrafamily violence, for which a review of clinical histories with diagnosis of depression and anxiety that were attended at the psychiatric clinic of the Hospital Abel Gilbert Pontón of Guayaquil in a period between the year 2010 to 2015.

**Results:** Predominated as a more frequent diagnosis anxiety with ninety-six Patients (43%). The age range revealed that from the 26 to the 30 years is more frequent to undergo psychiatric pathologies because of the intrafamiliar violence. The marital status that prevailed in the study was that of married with eighty-five patients (38%).

**Conclusion:** The set of unfavorable sociodemographic aspects suggests that it may be an important risk factor when it comes to preventing domestic violence, since it was present in 81% of the cases studied. The family intervention played a very important role, in 72% of the cases it was present, which promoted the medical help towards the patient.

**Key words:** Depression, Anxiety, Intrafamiliar violence, socioeconomic, interpersonal relations, death.

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el trastorno mental más frecuente es la depresión. Es la principal causa en el mundo de discapacidad, contribuye de manera muy importante a la morbilidad en el mundo en general, afecta más a la mujer que al hombre, se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo. Un tipo de estudio diferente fue coordinado por la OMS, para establecer la epidemiología de los trastornos ansiosos, se entrevistaron a 25.916 sujetos, en centros de atención primaria de 14 países y se estableció que según los criterios CIE 10, los índices fueron: ansiedad generalizada 7,9%; ataques de pánico 1,2%; Agorafobia con pánico 1%; agorafobia sin pánico 0,5%. <sup>(1, 2)</sup>

La Depresión se asocia con alteraciones en la neurotransmisión del sistema nervioso central y cambios estructurales en el encéfalo, procedentes de mecanismos inflamatorios, neuroendocrinos e inmunológicos. Los trastornos depresivos pueden estar, en menor o mayor grado, acompañados de ansiedad. La Ansiedad se ha definido como un estado de angustia y desasosiego producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío, o patológica, que caracteriza a diferentes trastornos psíquicos. El origen de la depresión proviene de varios factores, en su aparición influyen factores genéticos, psicosociales y biológicos. Varios factores ambientales producen el incremento de riesgo de padecer depresión, tales como factores de mala alimentación, estrés psicosocial, intolerancias alimentarias, permeabilidad intestinal aumentada, inactividad física, tabaquismo, obesidad, deficiencia de vitamina D y sueño. Entre los factores psicosociales destacan el estrés y ciertos sentimientos negativos (derivados de una desilusión sentimental, la vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el enterarse de malas noticias, pena, ámbito social, personalidad, el haber experimentado una situación cercana a la muerte). <sup>(3)</sup>

Considerando que, en el Ecuador, uno de los factores frecuente donde se destacan sentimientos negativos, es la problemática social de la violencia de

género contra las mujeres en las relaciones interpersonales y/o familiares, se la conceptualiza como violencia intrafamiliar, contemplada además como una enfermedad social y de Salud Pública. Según la encuesta Nacional de Relaciones Familiares y violencia de género contra las mujeres realizada en el año 2011 INEC, 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, 1 de cada 4 ha vivido violencia sexual y el 53,9% ha experimentado violencia psicológica; la violencia de género sobrepasa el 50% en todas las provincias del país. El informe mundial sobre la violencia y la salud que se presentara en Ginebra en el año 2015 demuestran que la violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y 44 años. <sup>(4)</sup>

Cabe recalcar la importancia de dedicarle un tiempo de estudio a estos síndromes depresivos y ansiosos, que generalmente son atendidos por los psiquiatras, pero en la sociedad en la que vivimos, algunos pacientes optan por ir donde un médico general, y que a la vista de este puede pasar desapercibido y con la finalidad de superar la brecha en salud mental, se debe ampliar el servicio de atención con profesionales sanitarios que no son especialistas en ésta materia, pero con la capacitación necesaria y haciendo conciencia que con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación necesaria, las paciente puedan integrarse a una vida normal y reducir el índice de morbi-mortalidad. En el presente estudio se pretende establecer; con las estadísticas revisadas en el Hospital Abel Gilbert Pontón, en cinco años, la prevalencia de estas patologías depresiva y ansiosa en las mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar.

## MARCO TEORICO

### Capítulo I

#### TRASTORNO DEPRESIVO

En el origen del trastorno depresivo influyen factores genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Hay pruebas de alteraciones de los neurotransmisores y hormonas que influyen sobre el momento de aparición y el curso de esta enfermedad. Se ha evidenciado alteraciones en el sistema hipotálamo-hipofisario-adrenal con una íntima relación con los neurotransmisores, e igualmente también existe la presencia de alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, aún no se ha descubierto ningún denominador común en todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico. <sup>(5)</sup>

#### FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes familiares de la enfermedad mental: Las personas con un historial familiar de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar esta patología, así como el consumo de alcohol y tabaco está asociado a la depresión. <sup>(4)</sup>
- Trastornos físicos o mentales crónicos: Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña tenían mayor riesgo de depresión mayor. El infarto agudo de miocardio y diversas enfermedades endocrinas como la diabetes, el híper o hipotiroidismo, la enfermedad de Addison, el síndrome de Cushing, enfermedad de Parkinson, cáncer, apoplejía, SIDA, dolor crónico aumentan el riesgo de padecer depresión. <sup>(4)</sup>
- Cambios importantes en la vida: Estar expuesto a adversidades a lo largo de la vida está relacionado en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Un cambio que fomente estrés en la vida como la muerte de un familiar, una relación de pareja complicada, problemas financieros y laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresión con mayor frecuencia. <sup>(5)</sup>

- Factores psicológicos: Las personas con baja autoestima son más propensas a la depresión; el perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, aumentan el riesgo para padecer depresión. <sup>(4)</sup>

- Nivel socioeconómico bajo: El pertenecer a un nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para padecer depresión, esto puede deberse al bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, aislamiento social y mayor estrés diario.

- Sexo femenino: Las mujeres sufren depresión dos veces más que los hombres. Los factores hormonales, embarazo, cambios premenstruales, aborto espontáneo, pre-menopausia, periodo post parto y la menopausia, podrían ayudar al incremento de depresión en las mujeres. Igualmente, en muchos casos, se enfrentan a responsabilidades laborales y del hogar, ser madre soltera, cuidar hijos y cuidar padres que envejecen.

- Edad: Los adultos mayores tienen un riesgo más alto de padecer de depresión.

- Trastornos del sueño: El insomnio y los problemas crónicos del sueño están relacionados con el trastorno depresivo.

- Medicamentos: Algunos fármacos se han relacionado con el síndrome depresivo entre estos: analgésicos, sedantes, antiepilépticos, inductores del sueño, antihipertensivos, medicamentos con cortisona, medicamentos para la hipercolesterolemia y asma. <sup>(6)</sup>

## **DEFINICIÓN DE TRASTORNO DEPRESIVO**

La depresión es una alteración del estado de ánimo con disminución del humor en el que predominan los síntomas afectivos como son: tristeza patológica, decaimiento, sensación subjetiva de malestar, irritabilidad e impotencia frente a los requerimientos de la vida, síntomas de tipo cognitivo y somático. <sup>(7)</sup>

## **CAUSAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO**

Muchos son los motivos que pueden originar cuadros depresivos, entre ellos: la muerte de un amigo o familiar; una desilusión en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, la ruptura de una relación, el divorcio de los padres); un dolor prolongado o una enfermedad grave; condiciones de salud como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides); cáncer, hepatitis; uso de medicamentos como tranquilizantes; estrés crónico; eventos en la infancia como maltrato o rechazo; aislamiento social; problemas de sueño. En la valoración médica y social el personal de salud debe explorar acerca de los asuntos y eventos asociados con los signos y síntomas de depresión. Se harán preguntas acerca de: El estado de ánimo depresivo y otros síntomas asociados (sueño, apetito, concentración, energía); posibles factores estresantes en la vida y los sistemas de apoyo en el hogar; si alguna vez ha pensado en terminar con su vida; consumo de alcohol y drogas y los medicamentos que la persona está tomando en la actualidad, si los hay. <sup>(7, 8)</sup>

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas

somáticas inespecíficas. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología. <sup>(9)</sup>

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DEPRESIVO**

Los diagnósticos diferenciales del trastorno depresivo abarcan varias enfermedades como son las endocrinas como el hipotiroidismo, hipertiroidismo, anemia y enfermedad de Addison. Así mismo también están las enfermedades metabólicas como la diabetes y el déficit de vitamina B12. También las neurológicas como la epilepsia y el síndrome post contusión. Y por último las enfermedades infecciosas que incluyen cualquier tipo de hepatitis, mononucleosis y SIDA y las autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico.

El abuso de fármacos también encajaría en un diagnóstico diferencial como los glucocorticoides sistémicos, los neurolepticos, los anticonvulsivantes y anticonceptivos orales.

Por ultimo hay sustancias toxicas que producen un diferencial al abusar de ellas como el alcohol, opioides, cocaína, cannabis y anfetaminas. <sup>(10)</sup>

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-V). Tanto en la CIE-10 como en el DSM-V la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional. <sup>(10)</sup>

(Anexo 1)

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave: con o sin síntomas psicóticos. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. <sup>(9, 10)</sup>

## **DEFINICION DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por preocupación crónica y persistente. Esta preocupación es excesiva y difícil de controlar, multifocal (por ej., en relación con las finanzas, la familia, la salud y el futuro) y típicamente se acompaña de otros síntomas psicológicos y físicos inespecíficos.

El término trastorno de ansiedad generalizada puede sugerir que los síntomas son totalmente inespecíficos y esto, a veces, puede conducir incorrectamente a hacer el diagnóstico de TAG a casi cualquier paciente ansioso. <sup>(11)</sup>

## **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Los criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se encuentran en el (Anexo 2)

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Por definición, el TAG es un trastorno crónico y para hacer el diagnóstico debe tener una duración mínima de 6 meses, pero la mayoría de los pacientes ha sufrido la enfermedad por años antes de buscar tratamiento. <sup>(11)</sup>

El TAG es particularmente frecuente en atención primaria, donde está presente en el 7-8% de los pacientes. Sin embargo, raramente los pacientes informan síntomas de preocupación. Los pacientes se presentan predominantemente en atención primaria (y no en salud mental) con síntomas físicos tales como cefaleas o molestias gastrointestinales. En los niños, el TAG suele manifestarse como dolor abdominal recurrente y otros síntomas somáticos que pueden causar ausencia escolar.

La depresión mayor es una enfermedad coexistente común, aunque la misma puede ser difícil de distinguir del TAG porque muchos de sus síntomas (por ej., fatiga, insomnio) se superponen a los de la depresión mayor. La anhedonia perseverante (incapacidad para experimentar placer), característica de la

depresión mayor, no es un síntoma del TAG. Los pacientes con TAG suelen describir una sensación de impotencia, mientras que los pacientes con depresión mayor se pueden sentir desesperanzados.

Las personas con TAG están en riesgo de producirse autolesiones en forma deliberada, incluyendo intentos de suicidio. En muchos pacientes, el TAG es una condición subyacente fluctuante, con ataques episódicos de depresión mayor emergente durante circunstancias de la vida particularmente estresantes. Esta doble ocurrencia de TAG y depresión mayor constituye lo que a veces se conoce como "depresión ansiosa". En particular, la presentación clínica común es en el contexto de la atención primaria. <sup>(12, 13)</sup>

## **PREVENCION**

La prevención de la violencia, residen en el trabajo conjunto entre personal médico, líderes comunitarios y la participación de la población en general.

En el caso de las mujeres hay que propagar los derechos, en especial, el derecho a una vida libre de violencia, agresiones e integridad de la mujer, mejoramiento en la autoestima, estar informado sobre la violencia y sus consecuencias y cómo actuar en los diferentes escenarios de violencia. Con respecto al género masculino dar charlas sobre el machismo, hacer talleres sobre los patrones socio-culturales de género desiguales y que afectan negativamente a hombres y a mujeres. Reuniones con familiares y amigos para enseñar comportamientos no violentos intrafamiliares y fomentar el respeto. <sup>(14)</sup>

Cabe recalcar que la responsabilidad y culpa de la violencia incurre absoluta y directamente sobre la persona que cometió el acto de violencia. Las sobrevivientes tienen que participar en: Identificación de ayuda comunitaria para crear estrategias contra la violencia intrafamiliar, procesos de investigación ayudando el cambio de patrones socio-culturales, formación de profesionales que ayuden en la violencia intrafamiliar y formar grupos de ayuda para mujeres que han sufrido de violencia intrafamiliar. <sup>(14, 15)</sup>

## TRATAMIENTO

La atención y el tratamiento a la depresión y a la violencia son procesos largos; se requiere de tiempo para fortalecer el autoconcepto y la toma de decisiones, al igual que para encontrar el porqué de la depresión, en el caso de ésta, puede que se olviden las causas, pero en la violencia duran para siempre y las secuelas afectan todas las esferas de la vida. Con frecuencia, resulta difícil en la práctica separar ambos diagnósticos para efectos de tratamiento; puede anotarse que los eventos de violencia generan signos y síntomas de depresión en la mujer, quien en muchas ocasiones no expresa lo que le pasa, visualizando el profesional en salud, sólo los signos más evidentes de depresión y hacia eso dirige la intervención. El tratamiento para la depresión se brinda con antidepresivos, psicoterapia o ambos. En el primer caso, la persona comenzará a sentir una mejoría considerable entre cuatro a seis semanas luego de comenzar a tomar sus medicamentos y de asistir a la psicoterapia. Muchos pacientes necesitarán antidepresivos entre seis meses a un año. En el segundo caso, referente a la psicoterapia, la mujer puede ser tratada en forma individual, lo cual es lo más frecuente, o en forma grupal o familiar. La terapia permite esclarecer y darles un significado a algunos de los síntomas de la enfermedad, como así también, a la elaboración de los conflictos psicológicos o familiares que la paciente pueda tener. <sup>(16)</sup>

El tratamiento debe incluir la atención a todos los miembros de la familia: víctima, hijos y pareja o esposo maltratador. <sup>(15)</sup>

Es importante una evaluación integral, abarcando tanto las patologías orgánicas como las patologías psiquiátricas, y el correspondiente tratamiento. Un 30 % de las mujeres maltratadas continúa viviendo con su agresor, tratar sólo a la víctima, no es suficiente, tratar y hacer seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la familia y sus consecuencias. <sup>(17)</sup> (Anexo 3)

## Capítulo II

### VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos da la definición de violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo por sus consecuencias directas e indirectas que este ocasiona.

La OMS considera Violencia Intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar. Comprende las agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. <sup>(18)</sup>

En el caso de la violencia contra la mujer de parte de su pareja, el hecho de que existan implicaciones emocionales con el agresor y que con frecuencia dependan económicamente de él, son factores importantes tanto para la dinámica del abuso como para su tratamiento. La violencia doméstica son conductas aprendidas, coercitivas, que abarcan abuso físico o la amenaza de abuso físico, abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica. <sup>(19)</sup>

En la literatura científica la Violencia Intrafamiliar se compara a la Violencia Doméstica, Violencia de Pareja y Violencia Conyugal, términos que engloban la violencia hacia la mujer.

Sin embargo, la Violencia Doméstica no se restringe solo al maltrato de la mujer por su pareja, pero sí es la forma más frecuente. <sup>(20)</sup>

## **CLASIFICACION DE LA VIOLENCIA**

Según, las Normas y Protocolos de Atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida, el estudio y comprensión de la violencia doméstica se clasifica en varios tipos, entre los cuales tenemos:

- **Violencia física:** Cualquier acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, por cualquier medio empleado y sus consecuencias.
- **Violencia psicológica:** Toda acción u omisión que cause daño, dolor, alteración psicológica, disminución de la autoestima o perturbación emocional, de la mujer o el familiar agredido. Cuando amenazas o intimadas a tu pareja mediante el uso de ataques psicológicos infundiéndole temor a sufrir un mal peor e inminente en la persona o en sus familiares o gente afín hasta el segundo grado de relación.
- **Violencia sexual:** Todo maltrato que implique la obligación en el acto sexual de una persona y que la obligue a tener relaciones sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación o amenazas. <sup>(21)</sup>

## **PRESENTACION CLINICA**

Se ha demostrado mediante estudios que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja u otra persona pueden llegar a presentar un 60% más de enfermedades de carácter físico en comparación que las que no son víctimas de tal violencia. Se presenta con lesiones físicas repetidas y en varias áreas del cuerpo acompañado de patologías psiquiátricas como depresión, ansiedad, consumo de alcohol, abuso de sustancias, estrés postraumático e intentos de suicidio, de los cuales 1 de cada 3 mujeres que se intentan suicidar, lo hacen debido algún tipo de maltrato intrafamiliar.

Las mujeres que sufren de violencia intrafamiliar componen el 20 % de las mujeres que acuden a los servicios de emergencia con heridas graves. Las

lesiones por malos tratos a menudo son de ambos lados y se descubren en zonas cubiertas por ropa, también pueden existir contusiones, laceraciones, abrasiones, presencia de dolor en ausencia de lesiones obvias y signos de violación. La mayoría no acude a la consulta por urgencia y por vergüenza, sino a la consulta del médico general. Presentan con mayor frecuencia dolor pélvico, cefaleas crónicas, trastornos gastrointestinales de tipo funcional y dolor crónico en general.

El embarazo puede incitar los episodios iniciales de malos tratos o incrementarlos si ya existía maltrato. Las mujeres que sufren violencia intrafamiliar tienen el doble de probabilidades de tomar más tiempo en la atención prenatal, el doble de riesgo de aborto y hasta cuatro veces más probabilidades de tener un hijo con bajo peso al nacer.

Además de las lesiones físicas directas con sus posibles secuelas, la violencia contra la mujer puede generar otros tipos de dolencias físicas: cefalea crónica por golpes en el cráneo o el constante temor de sufrir algún tipo de violencia, trastornos del sueño, trastornos digestivos, dolor abdominal, infección vaginal recurrente por constantes abusos sexuales hacia ella. <sup>(22)</sup>

## **PROBLEMA DE LA INVESTIGACION**

- Con este estudio se busca demostrar cuál es la prevalencia de la depresión y ansiedad en mujeres de 18 a 35 años de edad como consecuencia de violencia intrafamiliar 2010 al 2015 en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

## **OBJETIVO GENERAL**

Demostrar la prevalencia de la depresión y ansiedad en mujeres de 18 a 35 años de edad como consecuencia de violencia intrafamiliar, que asistieron a la consulta de psiquiatría en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil en el periodo 2010 al 2015.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Demostrar el porcentaje de las mujeres de 18 a 35 años de edad que fueron diagnosticadas de depresión y o ansiedad, en la consulta de Psiquiatría.
- 2.- Evaluar las variables sociodemográficas de las mujeres en estudio
- 3.- Identificar a las mujeres diagnosticadas con depresión y ansiedad que presentaron antecedentes psicosociales de violencia intrafamiliar.
- 4.- Describir la evolución de las pacientes sometidas a violencias valorando el correcto seguimiento terapéutico y la intervención familiar.

## **HIPOTESIS**

De las mujeres jóvenes de 18 a 35 años que acudieron a la consulta médica de Psiquiatría en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil en el período 2010-2015 que fueron diagnosticadas con depresión y ansiedad, un porcentaje significativo presenta antecedentes de violencia intrafamiliar, como factor psicosocial desencadenante

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal en el cual se revisaron las historias clínicas de mujeres de 18 a 35 años, con diagnóstico de depresión y ansiedad que han sido atendidas en la consulta de psiquiatría del Hospital Abel Gilbert Pontón el período comprendido entre el año 2010 al año 2015.

### **UNIVERSO**

Se obtuvieron datos de 225 pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Abel Gilbert Pontón de la Ciudad de Guayaquil, con CIE10 de depresión (F32) y ansiedad (F40- F41).

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres de 18 a 35 años, atendidas en la consulta externa de psiquiatría, con diagnóstico de depresión y ansiedad que tengan antecedentes de violencia intrafamiliar.
- Historias clínicas con los datos completos.

## Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren duplicados en la base de datos.
- Historias clínicas incompletas

## MUESTRA

El estudio se realizó con una muestra de 225 pacientes con patología depresiva y de ansiedad que cumplieron todos los criterios de selección previamente establecidos.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA
Diagnostico	Diagnostico que la paciente tiene en su historia clínica	Cualitativa nominal Politomica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión</li><li>• Ansiedad</li><li>• Depresión y Ansiedad</li></ul>
Instrucción	Nivel educativo que se encuentre detallado en la historia clínica	Cualitativa nominal Politomica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primaria</li><li>• Secundaria</li><li>• Bachiller</li><li>• Universitario</li></ul>
Tipo de vivienda	Lugar donde refiera habitar la paciente.	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buenas condiciones</li><li>• Regulares condiciones</li><li>• Malas condiciones</li></ul>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"><li>• 18-23 años</li><li>• 24-29 años</li><li>• 30-35 años</li></ul>
Estado civil	Condición de vida de la pareja con respecto al reconocimiento de su unión ante la ley.	Cualitativa nominal Politomica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soltera</li><li>• Casada</li><li>• Unión libre</li><li>• Ex conviviente</li><li>• Ex cónyuge</li><li>• Viuda</li></ul>
Violencia intrafamiliar	La violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos	Cualitativa nominal Politomica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Violencia física</li><li>• Violencia psicológica</li><li>• Violencia sexual</li><li>• Violencia económica</li><li>• Abandono</li></ul>

Seguimiento terapéutico	Uso correcto de los medicamentos por parte de las pacientes, especificidad del tratamiento, resultado del manejo del medicamento	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado</li> <li>• Inadecuado</li> </ul>
Intervención sobre la familia	Terapias psicológica a las pacientes, intervención de trabajo social al grupo familiar, sugerencias a tomar medidas legales	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
Evolución de la enfermedad	Forma en que esta enfermedad se va a curar, estabilizar o empeorar. Si se resuelve espontáneamente o con tratamiento. Si deja secuelas mínimas o complicaciones duraderas	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorable (estabilizada, mejoría, resolución del problema)</li> <li>• No favorable (recaídas, no hay mejoría, mayor consumo de fármacos)</li> </ul>

### **Procedimiento para la obtención de datos**

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la consulta externa de psiquiatría con el CIE10 de depresión (F32) y ansiedad (F40- F41), del Hospital Abel Gilbert Pontón desde 2010 al 2015.

Toda esta información se incorporó a la base de datos de Microsoft Excel para su posterior organización estadística.

### **Análisis estadístico**

Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas como porcentaje y para variables cuantitativas como la media.

### **Consideraciones éticas**

En esta investigación médica se protege la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en esta investigación.

## RESULTADOS

Se describe en el presente estudio a las 225 mujeres de 18 a 35 años, atendidas en la consulta externa de psiquiatría, con diagnóstico de Depresión y Ansiedad con antecedentes de violencia intrafamiliar.

La tabla #1 nos muestra que, de los diagnósticos obtenidos, predomina el de la ansiedad consecuente de la violencia intrafamiliar con un 43% (96/225) seguido de la Depresión con un 40% (91/225) y la Depresión y Ansiedad con un 17% (38/225). (Grafico 1).

**Tabla 1. Diagnósticos**

Diagnostico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Depresión	91	40
Ansiedad	96	43
Depresión & Ansiedad	38	17
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

En la tabla #2. Donde se evidencia la distribución de las pacientes diagnosticadas de depresión y/o ansiedad y representado en el grafico #2, observamos que el grupo etario de 24 – 29 años se presenta con un (51%; 114/225) seguido por el grupo de 18-23 (25%; 57/225). (Grafico 2.)

**Tabla 2. Frecuencia por Edad.**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
De 18 a 23 años	57	25
De 24 a 29 años	114	51
De 30 a 35 años	54	24
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

Como se muestra en la tabla #3, donde se describen las condiciones sociodemográficas de las pacientes en estudio, las malas condiciones de la vivienda predomina en 125 pacientes que representa el 56 %, seguida de las regulares condiciones con 68 pacientes para un 30 %. De ellas 85 presentan un estado civil de casadas (38%) y 52 solteras (23 %) en el nivel de educación bachiller 107 pacientes (48 %), y el nivel de secundaria 82 (36%). (Grafico 3, 4, 5). En las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar por su pareja, el estado civil que predominó fue el de casada con un porcentaje de 38%. (Grafico 3, 4, 5).

**Tabla 3. Condiciones sociodemográficas**

<b>Condiciones sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Tipo de vivienda</b>		
Buenas condiciones	32	14
Regulares condiciones	68	30
Malas condiciones	125	56
<b>Estado civil</b>		
Casada	85	38
Ex conviviente	25	11
Ex conyugue	17	7
Soltera	52	23
Unión libre	46	21
Viuda	0	0
<b>Nivel de educación</b>		
Primaria	29	13
Secundaria	82	36
Bachiller	107	48
Universitario	7	3
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

En la tabla #4 entre los principales tipos de violencia intrafamiliar se destacan la violencia física (32%; 71/225), seguida por el abandono total de la pareja (26 %; 60/225). La violencia psicológica ocupa el (20%; 45/225), (Grafico 6.)

**Tabla 4. Distribución de las pacientes según el tipo de antecedentes de violencia intrafamiliar**

<b>Violencia intrafamiliar</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Violencia física	71	32
Violencia psicológica	45	20
Violencia sexual	38	17
Violencia económica	11	5
Abandono	60	26
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

De 178 pacientes que han tenido un seguimiento terapéutico adecuado, en 158 pacientes (89 %) se observa una evolución favorable. Como se muestra en la tabla #5. (Grafico 7).

**Tabla 5. Seguimiento terapéutico - Evolución**

Seguimiento terapéutico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Evolución – p= 0.27 <sup>(a)</sup>		
			Favorable/ No favorable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adecuado	178	79	Favorable	158	89
			No favorable	20	11
No adecuado	47	21	Favorable	40	85
			No favorable	7	15
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>			

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado

Con respecto a la intervención familiar, de 178 pacientes que recibieron intervención sobre la familia (79 %), 156 evolucionaron de manera satisfactoria (88 %) y 22 evolucionaron de manera no favorable (12%), por otra parte en las 47 pacientes que no recibieron intervención sobre la familia (21%), la evolución de 36 mujeres fue de manera no favorable (77%), como se muestra en la tabla #6. (Grafico 8).

**Tabla 6. Intervención sobre la familia**

Intervención sobre la familia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Evolución – p= 0.31 <sup>(a)</sup>		
				Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	178	79	Favorable	156	88
			No favorable	22	12
No	47	21	Favorable	11	23
			No favorable	36	77
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>			

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado

Se muestra en la tabla # 7 que la evolución de la enfermedad tiene un alto porcentaje de progreso favorable (88%; 198/225), respecto a la no favorable (12%; 27/225), representado en el (Grafico 9).

**Tabla 7. Evolución de la enfermedad**

Evolución de la enfermedad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Favorable	198	88
No favorable	27	12
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 201

## DISCUSION

El principal hallazgo de este estudio es que el trastorno ansioso - depresivo se relaciona con la violencia Intrafamiliar directamente en una muestra de mujeres que acudieron a la consulta de psiquiatría del Hospital Abel Gilbert Pontón en el periodo estudiado.

Todas las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar sufrieron un tipo de trastorno psiquiátrico. Encabezado por la ansiedad con noventa y seis pacientes (43%) y la depresión con noventa y un pacientes (40%), los cuales tuvieron un porcentaje similar, y por ultimo las pacientes que sufrieron ambas patologías fueron treinta y ocho (17%).

Castillo y Col. <sup>(15)</sup> entre marzo 2006 y febrero 2007, realizaron un estudio de casos y controles, en la ciudad de Mérida, México, donde describen a las pacientes del sexo femenino que acudían a consulta externa de un Hospital General, cuyo objetivo fue evaluar si la violencia intrafamiliar era un factor de riesgo importante para el trastorno depresivo mayor en la mujer; el resultado de esta investigación fue que la violencia intrafamiliar se encuentra íntimamente asociada con la depresión mayor. Este estudio muestra que la violencia intrafamiliar es frecuente, ya que estuvo presente en el 100% de las mujeres diagnosticadas con depresión y/o ansiedad. <sup>(15)</sup>

Con respecto a los grupos etarios más frecuente fue el rango entre los 24 a los 30 años con ciento veintisiete pacientes (56%). Seguido por las pacientes entre los 18 a 25 años de edad con setenta y dos pacientes (32%) y las que tienen de 31 a 35 años, con veintiséis pacientes (12%).

En el presente estudio se muestra que las mujeres que sufrieron violencia intrafamiliar se hallan con más frecuencia en los niveles medio y bajo de escolaridad. Este hecho propone que los muchos factores sociodemográficos tienen una íntima relación con la violencia intrafamiliar.

Se aprecia que el tener un título profesional es un factor que aleja a la violencia intrafamiliar, un mayor porcentaje de pacientes que padecieron depresión y violencia intrafamiliar eran pacientes sin título universitario o no habían terminado el colegio, es decir que el tener menor educación, es un factor de riesgo para ser víctima de violencia intrafamiliar.

El bajo nivel educativo resulta ser un factor de riesgo en las mujeres con depresión que sufrieron violencia Intrafamiliar, además, este grupo de mujeres no contó con apoyo social, por consecuencia, no disminuye el efecto negativo de la violencia intrafamiliar.

El estado civil también jugó un papel importante sobre la violencia que sufrieron las pacientes, siendo el estado de casada el más frecuente con un 38% de las pacientes que padecen depresión y/o ansiedad seguido de las solteras con un 23%. En la bibliografía consultada no encontramos aspectos relacionados que se pudieran comparar con el presente estudio.

El tipo de violencia que predomina es la violencia física, seguida por el abandono de la pareja, luego la violencia psicológica, la violencia sexual resultados que concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado por Castillo R. y Manzano A.<sup>(15)</sup>

En las historias clínicas de las pacientes se describe un seguimiento terapéutico adecuado y favorable (79%), que conlleva a una notable recuperación y mejoría. Podemos mencionar que el 21% no siguieron el tratamiento, faltaron a las citas o dejaron de ir a consulta, actitud que fue desfavorable para su evolución.

Con respecto a la intervención familiar se apreció 178 pacientes que recibieron intervención sobre la familia (79 %) que como resultado de esto 156 evolucionaron de manera satisfactoria (88 %) y 22 evolucionaron de manera no favorable (12%), por otra parte en las 47 pacientes que no recibieron intervención sobre la familia (21%), la evolución de 36 mujeres fue de manera no favorable (77%). La importancia sobre la intervención en la familia por parte

del personal de salud es elemental para fomentar acciones de salud que permitan que las familias de la comunidad sean funcionales.

Para finalizar, las pacientes tuvieron en su mayoría una evolución favorable (88%) (198/225), con pacientes estabilizadas y en algunos casos a la resolución de su problema.

Las historias clínicas incompletas fueron una limitación para el estudio, así como también se considera que en este estudio era de suma importancia para que estas pacientes puedan tener un mejor control de estas patologías.

## **CONCLUSIONES**

La depresión y ansiedad son dos trastornos emocionales complejos que implican problemas psicológicos y conductuales con una causa en común, la violencia intrafamiliar. Existen varias causas, pero una de las principales que se podría tratar es la violencia en general. Los grupos de edades más vulnerables para presentar violencia fueron de 24 a 29 años. El nivel socioeconómico tiene un papel muy importante puesto que las mujeres que fueron diagnosticadas con depresión o ansiedad la mayoría eran de un nivel económico bajo o el lugar. Se demuestra una vez más la importancia que tiene y adecuado seguimiento terapéutico e intervención sobre la familia para mejorar el estado de salud de la población.

## **RECOMENDACIONES**

Lograr la intervención a todas las pacientes que presenten algún tipo de Ansiedad y/o Depresión por violencia intra familiar y así recuperar la salud en el mayor por ciento de ellas con la actuación de un equipo de salud multidisciplinario (psicólogos, psiquiatras, médicos generales) que evalúe la integridad de la familia.

## REFERENCIAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 65.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA65.4 Punto 13.2 del orden [Internet]. [Citado 2012 mayo 25]; 1 Documento A65/10. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Organización Panamericana de la salud. La violencia, un problema de Salud Mundial. Rev. Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable. 2005; 3(10). [Internet]. [Citado 2013 septiembre 16]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
3. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, (2011) “Aspectos metodológicos, Encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres”, disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
4. LÓPEZ GARCÉS, Ramiro, libro: “La Violencia Intrafamiliar en el Ecuador”. Editorial Rodin, Quito – Ecuador. [Internet]. [Citado Mayo- Septiembre del 2009 ]; Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/1245/2/T%20023-2%20D.pdf>
5. Ecuador - Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres Noviembre 2011. Fecha de producción del metadato 2012-05-21, Identificador del documento DDI 1.-ECU-INEC-DIES-Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres Noviembre 2011-2012-v1-3.
6. Drake RE, Cimpean D, Torrey WC. Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 11: 455-63.
7. Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, Stedman MR, Brookhart MA, Choudhry NK, Shrank WH. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2012 Dec 3; 300(21):2514-26.

8. Chrousos GP, Gold PW. A healthy body in a healthy mind- and viceversa- the damaging power of uncontrollable stress. *J Clin Endocr Metab* 2014; 83: 1842-1845.
9. MANUAL DE PSIQUIATRÍA "HUMBERTO ROTONDO" Perales, Alberto, ed. Capítulo 5 SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA Dr. M. Zambrano
10. Lecciones de Psiquiatría. Edita Departamento de Psiquiatría. Clínica Universitaria de Navarra. D.L. NA-2537/2007. 2007.
11. Gelder M, Harrison P, Cowen P. *Psychiatric*. 5 the Edition, Oxford University Press. 2006.
12. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 6ª edición. Masson-Elsevier, Barcelona. 2006.
13. Brotat, M.; Ruiz Ruiz, M.: La prueba de preferencia y rechazos en el Rorschach de familias de esquizofrénicos: un estudio preliminar. *Anales de Psiquiatría*, 15 (10): 421-427, 1999.
14. Ruiz-Ruiz, F.: Fundamentos de la psicoterapia de grupo en la práctica médica I: análisis crítico de las técnicas gestálticas y transaccionales. *Anales de Psiquiatría*, 20 (2): 41-45; II: sobre el método psicodramático. *Anales de Psiquiatría* 20 (2): 46-51; III: contexto epistemológico y disciplinar de los grupos. *Anales de Psiquiatría*, 20 (2): 52-55, 2004.
15. Castillo R y Manzano A. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev. Biomed* 2008; 19:128-136.
16. Barro S, Saus M, Barro A. Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Aten Primaria* 2004; 34(9):504
17. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. Barcelona: Masson, 3ra. Reimpresión 2003.
18. Ruiz-Ruiz, F.: La enseñanza de la Psicología Médica. Retorno a las fuentes psicológicas de una medicina antropológica. *Anales de Psiquiatría*, 25 (5), 2009
19. Barondes S. *Mood Genes: Hunting for the Origins of Mania and Depression*. New York: W. H. Freedman & Co. 2008.

20. Hegarty K, Gunn J, Chondros P. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *Brit Med J* 2004; 328:621-24.
21. Mc Cauley J et al. The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 2005; 123:737– 746
22. Velzeboer, M, et al., La violencia contra las mujeres: Responde el sector salud-OPS/OMS, 2013.
23. Bermúdez, Ivonne Siu, comp. Antología latinoamericana y del Caribe: mujer y género: volumen II / compilador Dierckxsens, Wim, compilador Guzmán, Laura. -- Managua: Universidad Centroamericana, 1999. 600 p. - - (Antología latinoamericana y del Caribe : mujer y género ; v. 2)
24. ANALISIS DE GENERO; RELACIONES DE GENERO; VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES; GENERO; CIUDADANIA; FEMINISMO; TRABAJADORAS; AMERICA LATINA; AMERICA CENTRAL
25. Bera v.2 Bidaseca, Karina. Femicidio y políticas de la memoria: exhalaciones sobre la abyección de la violencia contra las mujeres En: Hegemonía cultural y políticas de la diferencia / coordinador Grimson, Alejandro. -- Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2013 p.79-100
26. Buenos Aires (provincia). Comisión provincial por la Memoria. Dirección General de Promoción y Transmisión de la Memoria. Yo, tú, el, ella, nosotros: género y violencia [videograbación. (Jóvenes y memoria/Comisión Provincial por la Memoria. Programa Jóvenes Memoria ; (vol.9)

## ANEXOS

### ANEXO 1. Criterios diagnósticos de episodio depresivo según CIE-10 <sup>(10)</sup>

a.-Episodio depresivo dura al menos dos semanas
b.-El episodio no está relacionado a algún abuso de sustancias psicotrópicas o a algún trastorno mental
c.- Síndrome Somático: <ul style="list-style-type: none"><li>- perdida significativa del interés en actividades que normalmente eran agradables.</li><li>- desaparición de reacciones emotivas ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta emocional</li><li>- despertar por la mañana a dos o más horas previas a la hora normal que uno se despierta.</li><li>- enlentecimiento motor o agitación</li><li>- pérdida de apetito</li><li>- pérdida del 5% del peso en el último mes</li><li>- disminución del libido sexual</li></ul>

### ANEXO 2: Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10 (10)

<b>A. Criterios generales para episodio depresivo:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</li><li>2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico</li></ol>
<b>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.</li><li>2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.</li><li>3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.</li></ol>

**C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
8. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa.
9. excesiva e inadecuada.
10. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
11. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
12. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
13. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
14. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

**D. Puede haber o no síndrome Somático.**

Según estos criterios, podemos clasificarlo en:

1. **Episodio depresivo leve:** Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
2. **Episodio depresivo moderado:** Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
3. **Episodio depresivo grave:** Deben existir los 3 síntomas del criterio B y

síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo

### **ANEXO 3.** Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada

(12)

Ansiedad y preocupación excesivas acerca de diversos acontecimientos ocurridos mayormente en al menos los últimos 6 meses.

1. La persona tiene dificultad para controlar la preocupación.

2. La ansiedad y la preocupación se asocian con al menos 3 de los siguientes 6 síntomas (en los niños solo se requiere 1 síntoma):

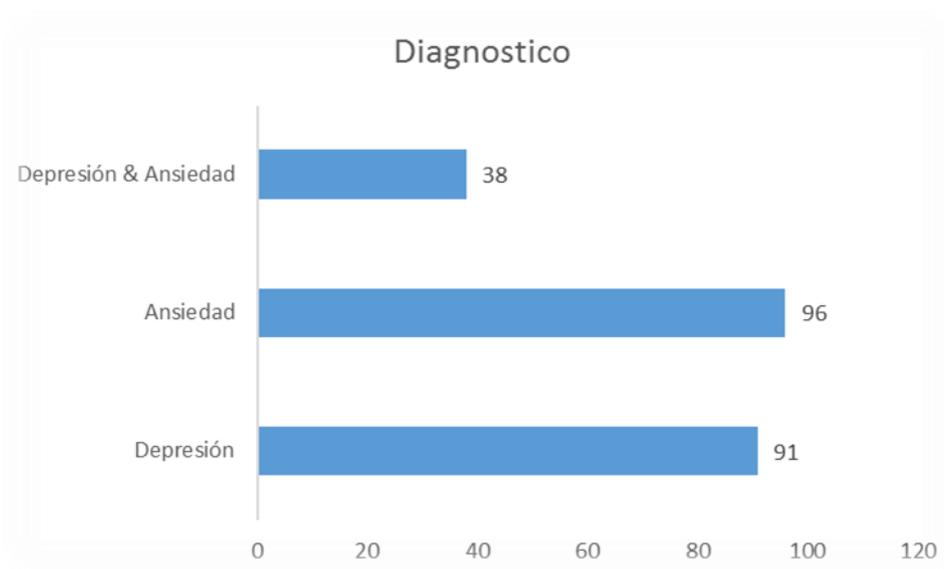
- inquietud o sensación de estar excitado o nervioso
- se fatiga fácilmente
- tiene dificultad para concentrarse y es irritable
- tensión muscular
- trastornos del sueño

3. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos asociados causan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad.

4. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una condición médica.

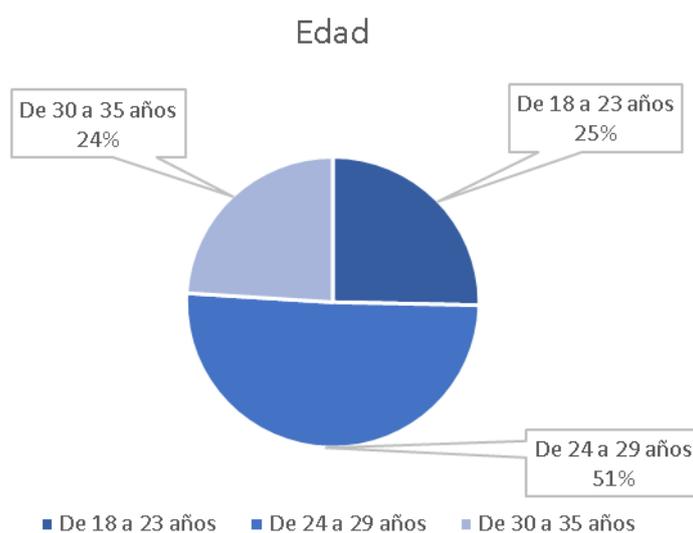
5. La alteración no puede encasillarse mejor con otro trastorno mental relacionado.

## Grafico 1. Diagnósticos



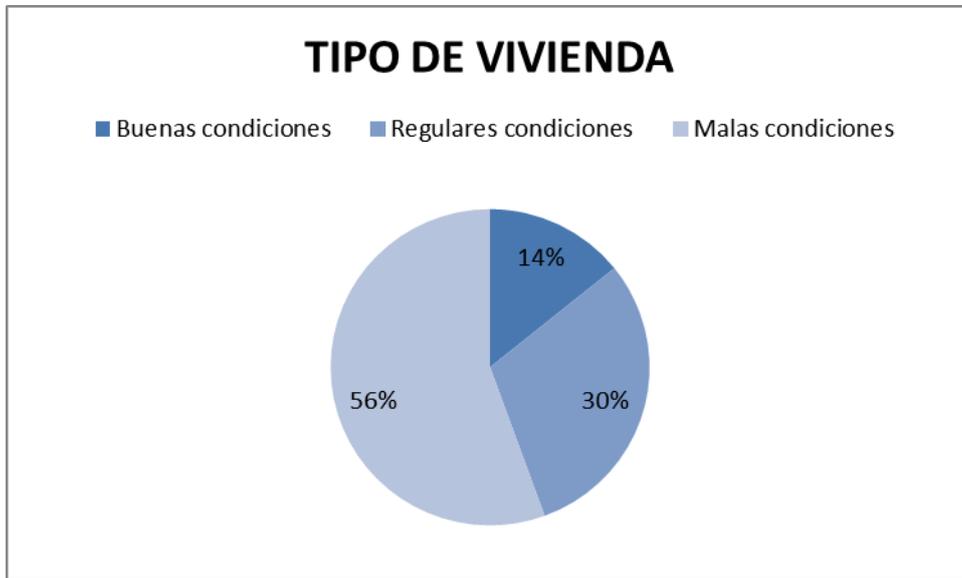
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

## GRAFICO 2. Frecuencia por Edad



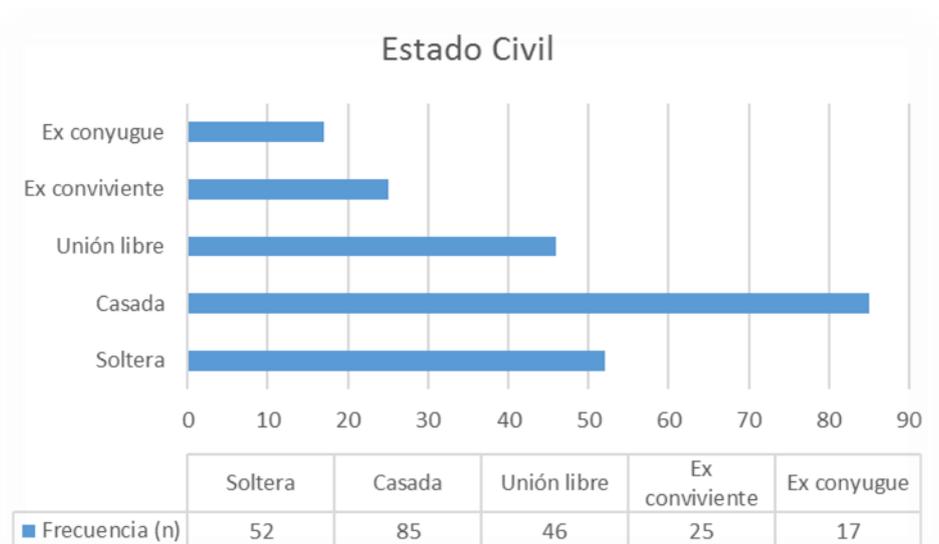
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

### Grafico 3. Tipo de vivienda



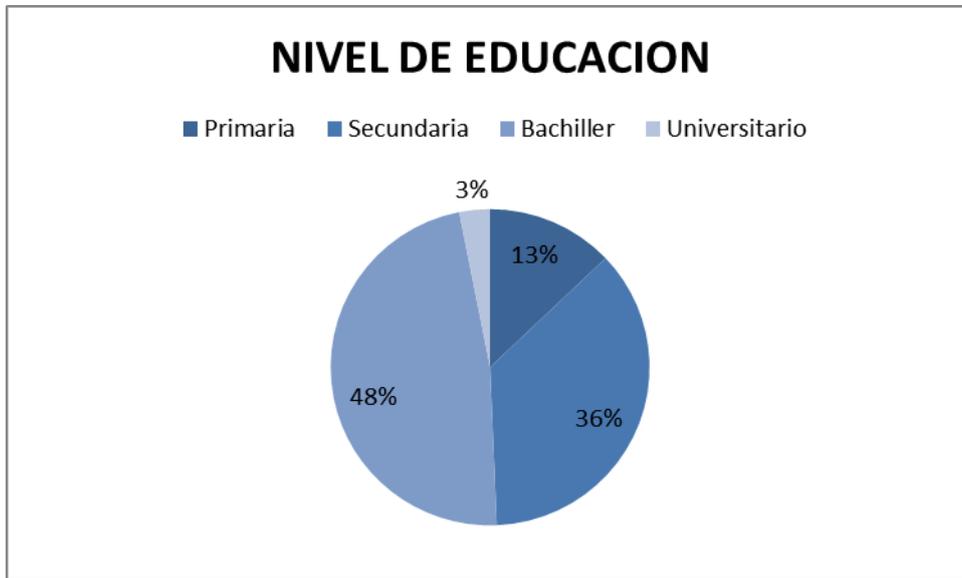
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

### Grafico 4. Estado Civil



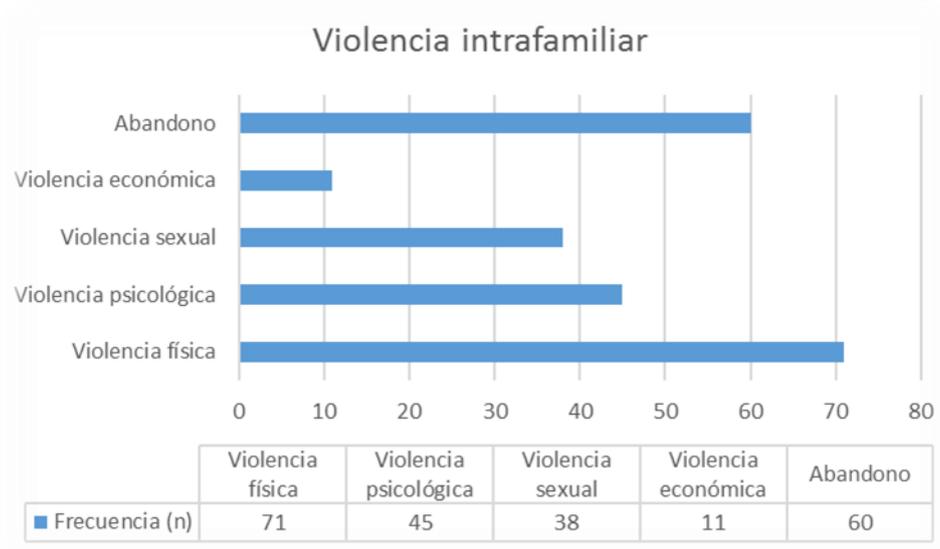
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

**Grafico 5. Nivel de educación**



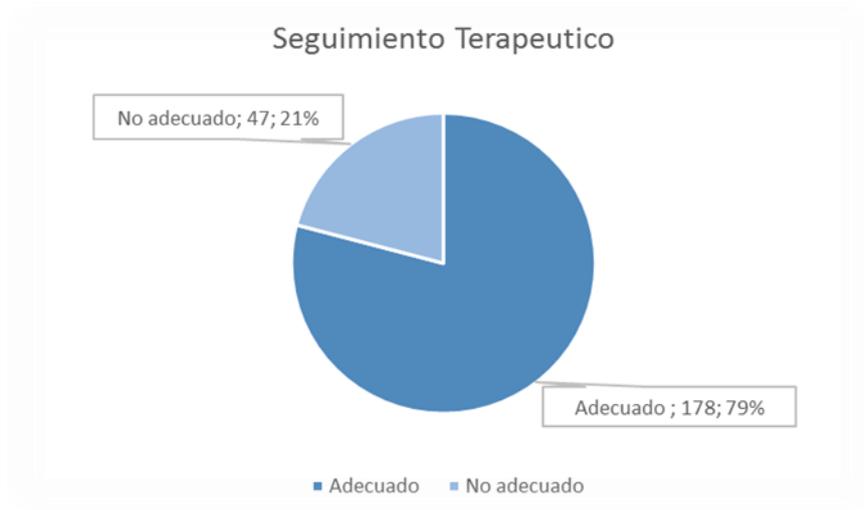
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

**Grafico 6. Violencia intrafamiliar**



Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

## Grafico 7. Seguimiento terapéutico



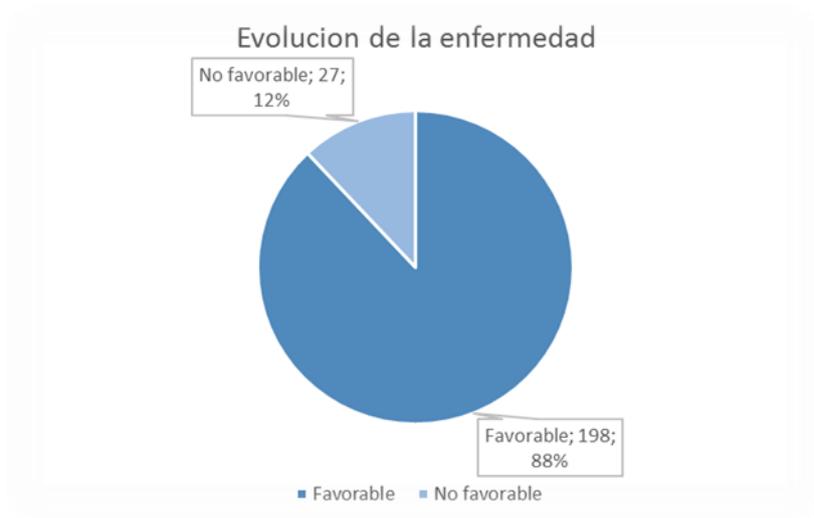
Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

## Grafico 8. Intervención sobre la familia



Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017

## Grafico 9. Evolución de la enfermedad



Fuente: Base de datos de pacientes atendidos en el Hospital Abel Gilbert. JOFFRE PLAZA. 2017



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JOFFRE JAVIER PLAZA TORAL** con C.C: # **092485976-3** autor/a del trabajo de titulación **PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES DE 18 A 35 AÑOS COMO CONSECUENCIA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, HOSPITAL ABEL GILBERT 2010 AL 2015**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 septiembre 2017

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Joffre Javier Plaza Toral**

C.C: 092485976-3



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>				
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>				
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de la Depresión y Ansiedad en mujeres de 18 a 35 años como consecuencia de violencia intrafamiliar, Hospital Abel Gilbert 2010 al 2015			
<b>AUTOR(ES)</b>	Joffre Javier Plaza Toral			
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Caridad Isabel Mayo Galbán			
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica De Santiago De Guayaquil			
<b>FACULTAD:</b>	Facultad De Ciencias Medicas			
<b>CARRERA:</b>	Medicina			
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Medico			
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	05 de septiembre del 2017	<b>No. PÁGINAS:</b>	53	
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Depresión, Ansiedad, Violencia Intrafamiliar			
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Depresión, Ansiedad, Violencia Intrafamiliar, Socioeconómica, Relaciones Interpersonales, Muerte			
<p>La depresión y la ansiedad son enfermedades frecuentes en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. Es importante resaltar que una de las causas importantes es la violencia de diferentes tipos, pero sobre todo hay un porcentaje significativo de violencia intrafamiliar en mujeres jóvenes, Se demostró que la violencia intrafamiliar que sufren este grupo de mujeres, es el factor psicosocial más importante que desencadena el trastorno depresivo y ansioso. La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Considerando que, en el Ecuador, uno de los factores frecuente donde se destacan sentimientos negativos, es la problemática social de la violencia de género contra las mujeres en las relaciones interpersonales y/o familiares, se la conceptualiza como violencia intrafamiliar, contemplada además como una enfermedad social y de Salud Pública.</p>				
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-982459448	E-mail: drjoffo@icloud.com		
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dra. Caridad Isabel Mayo Galbán			
	<b>Teléfono:</b> +593-983143091			
	<b>E-mail:</b> dra.mayo.ucsg@gmail.com			
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>				
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>				
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>				
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>				