

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y EL EPISODIO
DEPRESIVO EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA DE
LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO, 2015**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

DANIELA ALEXANDRA MILLA FALCONI

CESAR AUGUSTO CANO CRUZ

ASESOR

VICTOR O. CRUZ CAMPOS

LIMA - PERÚ

2023



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y EL EPISODIO
DEPRESIVO EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA DE
LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES DE LIMA
METROPOLITANA Y CALLAO, 2015**

TESIS

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

**PRESENTADO POR
DANIELA ALEXANDRA MILLA FALCONI
CESAR AUGUSTO CANO CRUZ**

**ASESOR
DR. VICTOR O. CRUZ CAMPOS**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

PRESIDENTE: Dr. Enrique Javier Bojorquez Giraldo

MIEMBRO: Dr. Joel Christian Roque Henriquez

MIEMBRO: Dr. Edwin Llajaruna Zumaeta

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Victor Cruz, por guiarnos y asesorarnos durante este proyecto. A nuestras familias, amigos y colegas que nos brindaron apoyo moral, económico y emocional durante nuestra formación académica.

ÍNDICE

JURADO.....	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTOS.....	<i>iii</i>
ÍNDICE.....	<i>iv</i>
RESUMEN.....	<i>v</i>
ABSTRACT.....	<i>vi</i>
I. INTRODUCCIÓN.....	<i>1</i>
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	<i>12</i>
III. RESULTADOS.....	<i>18</i>
IV. DISCUSIÓN.....	<i>22</i>
V. CONCLUSIONES.....	<i>25</i>
VI. RECOMENDACIONES.....	<i>26</i>
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	<i>27</i>
ANEXOS.....	<i>33</i>

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio observacional de casos y controles, de fuente de data secundaria, busca explorar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica que acuden a los establecimientos de salud de Lima Metropolitana. **Metodología:** El presente estudio utilizará la base de datos del “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015”. Los casos (n=162) son pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo en algún momento de su vida que acuden a estos establecimientos, mientras que los controles (n=408) son pacientes con gastritis crónica sin episodio depresivo que acuden a estos establecimientos. Para el análisis de la asociación del abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica se usó la regresión logística binaria no pariada. **Resultados:** Los casos se diferencian significativamente de los controles en algunas variables sociodemográficas como edad (rango de edad 18-30 años) y sexo. Tanto en el modelo no ajustado como ajustado, el abuso infantil estuvo significativamente asociado al episodio depresivo. Encontramos asociación significativa para el antecedente de abuso infantil físico (OR = 2; IC95%, 1.14-3.58; p-valor = 0.017), el antecedente de abuso infantil sexual (OR = 3.5; IC95%, 1.64-7.48; p-valor = 0.002) y el antecedente de abuso infantil psicológico (OR = 2.43; IC95%, 1.49-7.48; p-valor < 0.001). No se encontró asociación significativa con el abuso infantil por negligencia (OR = 1.66; IC95%, 0.95-2.9; p-valor = 0.068). **Conclusiones:** El abuso infantil está asociado significativamente al episodio depresivo de vida en los pacientes con gastritis crónica. Haber experimentado abuso infantil físico, sexual o psicológico podría aumentar el riesgo de presentar episodio depresivo de vida.

Palabras claves: abuso infantil, depresión, gastritis

ABSTRACT

Objective: The present observational of case-control study and secondary data source, seeks the association between child abuse and depressive episode among patients with chronic gastritis who attend health facilities in Metropolitan Lima. **Method:** This study will use the database of the “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015”. The cases (n = 162) are patients with chronic gastritis and depressive episode who went to this establishments, meanwhile the controls (n = 408) are patients with chronic gastritis without depressive episode who went to these establishments. For the analysis of the association between child abuse and the depressive episode among patients with chronic gastritis, nonpartisan binary logistic regression was used. **Results:** The cases differ significantly from the control group in some sociodemographic variables such as age (age range of 18-30 years) and sex. In both unadjusted and adjusted model, child abuse was significantly associated with depressive episode. We found significant association in history of physical child abuse (OR = 2; 95% CI, 1.14-3.58; p-value = 0.017), history of sexual child abuse (OR = 3.5; 95% CI, 1.64-7.48; p-value = 0.002) and history of psychological child abuse (OR = 2.43; 95% CI, 1.49-3.98; p-value < 0.001). No significant association with child abuse due to neglect was found (OR = 1.66; 95% CI, 0.95-2.9; p-value = 0.068). **Conclusion:** The child abuse is significantly associated with life depressive episode in patients with chronic gastritis. Having experienced physical, sexual o psychological child abuse increases the risk of presenting life depressive episode.

Key words: child abuse, depression, gastritis

NOMBRE DEL TRABAJO

ASOCIACIÓN ENTRE EL ABUSO INFANTIL Y EL EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES CON GASTRITIS CRÓNICA DE LOS

AUTOR

DANIELA ALEXANDRA MILLA FALCON

RECuento DE PALABRAS

10482 Words

RECuento DE CARACTERES

59884 Characters

RECuento DE PÁGINAS

40 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

149.8KB

FECHA DE ENTREGA

May 12, 2023 8:46 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 12, 2023 8:47 AM GMT-5

● 17% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base d

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



Victor Orlando Cruz Campos
Medico-Psiquiatra
CMP: 32995, RNE: 14113

<https://orcid.org/0000-0003-2676-1601>

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población mundial afectando a más de 300 millones de personas. Puede aparecer en cualquier momento de la vida, pero se ve con mayor frecuencia en mujeres, presentándose inicialmente en la adolescencia o entre los 20 - 30 años¹. Según el National Institute of Mental Health, componente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, los factores de riesgo más ligados al desarrollo de la depresión son principalmente los cambios drásticos en el estilo de vida y el estrés. Actualmente, este trastorno es considerado la principal causa mundial de discapacidad^{2,3}.

En el Perú, se estima que hasta 37% de la población tiene probabilidad de sufrir un trastorno mental. La prevalencia de vida de los trastornos depresivos en Lima Metropolitana en el año 2012 fue de 17.3%⁴. Esta prevalencia varía según el área geográfica, en la sierra rural fue de 15.1%⁵ y en la selva rural fue de 14.5%⁶.

Existen factores que tienden a incrementar el riesgo de desencadenar este trastorno. Uno de los más destacables es haber experimentado una situación traumática como lo es el abuso sexual, físico o psicológico¹. Se ha demostrado que, si el abuso se da en edades tempranas, duplica el riesgo de desarrollar episodios depresivos múltiples en la edad adulta junto con otros problemas conductuales, físicos y/o mentales⁷.

Existe información limitada sobre la prevalencia del abuso infantil en países en desarrollo como los de América del Sur; sin embargo, un estudio realizado en Ecuador encontró que la prevalencia del abuso infantil llega a 69.9%. Se diferenció la prevalencia de cada tipo de abuso infantil encontrando 47.6% de abuso infantil físico, 54% de el abuso infantil psicológico y 15.5% de abuso infantil sexual⁴⁹.

Lamentablemente, en el Perú la violencia infantil está normalizada por muchos padres ya que lo ven como métodos de educación para sus hijos y piensan que es la mejor forma de disciplinarlos. Esto conlleva a que los infantes desarrollen posteriormente trastornos psicológicos o conductuales⁸.

En los casos donde hubo abuso infantil, los pacientes suelen tomar medidas de afrontamiento negativas tales como auto inculparse o pensamientos catastróficos⁹. Cabe mencionar que existe una respuesta por parte de las vísceras al estímulo emocional y ambiental, mostrando una interacción del funcionamiento gastrointestinal y los procesos psicosociales en el eje cerebro-visceral¹⁰.

Estudios previos han demostrado una asociación entre depresión y el desarrollo de desórdenes gastrointestinales funcionales como dispepsia y colon irritable¹¹. Además, el estudio realizado por Sang Pyo Lee et al. demostró que la depresión es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de adenomas y carcinomas gástricos¹².

La importancia del presente estudio radica en que se ha visto que muchos pacientes con gastritis crónica presentan a la par, deterioro en su salud mental por sufrir estrés psicológico. Las principales causas fueron somatización, depresión, ansiedad, entre otros¹³. El abuso sexual, físico o psicológico podría influir en el desarrollo de estos trastornos.

La carga global de enfermedad presenta a las principales enfermedades con mayor mortalidad y discapacidad en el mundo. En 1990, la depresión ocupaba la cuarta posición en este estudio y se estimaba que para el año 2020 llegaría a ocupar el segundo lugar¹⁴.

Según la Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA, el 19 de julio de 2019 se aprobó las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú (2019-2023)”, donde encontramos a la salud mental como uno de los problemas sanitarios con prioridades de investigación nacionales, dentro de los cuales están los factores asociados en la depresión¹⁵.

La prevalencia, en el 2015, del episodio depresivo en la población general es de 5.5%⁴⁷, mientras que en pacientes con gastritis crónica es de 54.5%⁴⁸. Es importante buscar en este grupo qué factores pueden influenciar a que los pacientes con gastritis crónica padezcan más depresión. Un estudio longitudinal encontró relación entre el maltrato infantil y la depresión¹⁹.

El cáncer gástrico ocupa el quinto lugar en prevalencia de neoplasias malignas, y el tercero en muertes correlacionadas a cáncer¹⁶. Es común ver que este tipo de cáncer se presente como la evolución de una gastritis crónica, principalmente aquellas de tipo atróficas.

Los resultados de esta investigación serán de utilidad para poder averiguar si es que el maltrato infantil es un probable factor desencadenante de estrés y depresión que generarán molestias gástricas. De modo que se podrá tratar de forma temprana aquellos pacientes que presenten sintomatología de depresión con antecedentes de abuso infantil, con la finalidad de evitar el desarrollo de gastritis crónica y sus complicaciones.

Se detallarán experiencias y estudios previos a nivel internacional y nacional que demuestren la relación entre los trastornos mentales, como la depresión, y la gastritis. Además, de presentar al abuso infantil como posible causa.

R.D. Goodwin et al. publicaron en 2013 una investigación que buscaba examinar la relación que hay entre gastritis y desórdenes mentales. Se empleó una evaluación de encuesta central incluyendo una entrevista médica estandarizada asistida por computadora (CAPI) a 4181 adultos entre los 18 - 79 años del German National Health Interview and Examination Survey. Tras los análisis correspondientes, se reveló que la prevalencia de los desórdenes mentales como ataques de pánico, fobia social, alteraciones del estado anímico y depresión mayor, fueron superiores en aquellos pacientes que padecían de gastritis, evidenciando que existe relación entre esta enfermedad y los desórdenes mentales en adultos. Además de una posible causa genética o ambiental que correlaciona ambas patologías¹⁷.

An-Zhong Zhang et al. realizaron en el 2016 una investigación que buscaba establecer la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales crónicas. Se utilizó un cuestionario diseñado por el departamento de gastroenterología del Hospital General incluyendo datos demográficos y características de la enfermedad a 1736 pacientes. El estudio mostró que la principal enfermedad fue gastritis crónica con 807 pacientes, y 221

pacientes sufrían de depresión a la par que gastritis crónica, demostrando una asociación entre gastritis y depresión¹⁸.

En el año 2019, se publicó un artículo de investigación por Özyurt G. et al. sobre los síntomas psiquiátricos en pacientes adolescentes que padecen gastritis crónica, además se evaluó el funcionamiento familiar en dichos pacientes. Los adolescentes evaluados tenían entre 12 - 18 años y pertenecían al departamento de gastroenterología pediátrica del Hospital Universitario y de Investigación de Tepecik, todos contaban con diagnóstico de gastritis crónica únicamente. Las conclusiones fueron que la gastritis en la población adolescente aparenta tener relación con el incremento significativo de los problemas emocionales y con dificultades significativas en el funcionamiento familiar¹⁹.

Se realizó un estudio descriptivo correlacional en Chile, en el 2019 por Guerra V. et al. donde buscaban la relación de la polivictimización con la depresión y el comportamiento autolesivo. Para esto, encuestaron a 114 adolescentes con edades entre 17 y 18 años. Los resultados mostraron que el 40.3% de la muestra sufrió por lo menos 2 tipos distintos de victimización. Además, se evidenció asociación con los niveles de depresión y la frecuencia en autoagresiones²⁰.

En el Perú, L. Fiestas-Teque y J. M. Vega-Dienstmaier realizaron en el 2012 una investigación en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Esta tenía como finalidad determinar la frecuencia de los síntomas somáticos y comorbilidades físicas dentro de los 100 pacientes evaluados con trastornos de ansiedad y/o depresión que acudieron a la consulta externa de psiquiatría. Los datos fueron obtenidos por medio del Cuestionario de Salud del Paciente-15 (PHQ-15) junto con una entrevista directa para la evaluación de síntomas físicos. Los resultados mostraron que los síntomas con mayor frecuencia fueron indigestión o gases (75.3%), cefalea (74.9%), dorsalgia (61.2%), entre otros. Además, se evidenció que la gastritis crónica fue la comorbilidad física con mayor prevalencia entre los pacientes, con un 8%. Finalmente, se llegó a la conclusión de que la mayoría de los casos presentan síntomas somáticos, predominantemente dolorosos y que la comorbilidad entre trastornos de ansiedad y depresión se relaciona con un mayor nivel de síntomas físicos²¹.

A continuación revisaremos algunas bases teóricas para mejor entendimiento del presente estudio.

Abuso infantil

El abuso infantil abarca a todos los tipos de maltrato contra aquellos individuos menores de 18 años, ya sea físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o ponga en riesgo su supervivencia²².

Los términos utilizados serán los definidos según los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

- Abuso físico: tales como golpes, puñetes o empujones, que han sido recibidos por el individuo de forma frecuente durante su crecimiento.
- Abuso psicológico: se consideran los insultos, agresiones verbales u ofensas; además, el haber sido objeto de chantajes, manipulaciones o humillaciones frecuentemente durante su etapa de crecimiento.
- Abuso sexual: haber sufrido de intentos o actos sexuales inapropiados, ya sea bajo amenaza o de forma forzada en contra de su voluntad.
- Negligencia: situaciones donde se ha sentido abandonado por la ausencia de alimentos, fármacos, vestimenta adecuada, asistencia médica o no le han brindado otras necesidades básicas y/o afecto²³.

Episodio depresivo

El episodio depresivo (CIE-10 F32) es aquel episodio de duración no menor a 2 semanas, que no ha sido desencadenado por alguna sustancia psicoactiva o relacionado a algún síndrome orgánico mental y el paciente no debe haber presentado síntomas hipomaníacos o maníacos.

Dentro de la sintomatología, para ser considerado síndrome somático, debe presentar mínimo 4 de los siguientes:

- Pérdida marcada de interés o placer en actividades que causan placer

- Carencia de reacciones emotivas a eventos o actividades que suelen producir respuesta emocional
- Despertar 2 horas antes o después de lo acostumbrado
- Evidencia objetiva de agitación o retardo psicomotor
- Pérdida de apetito marcada
- Baja ponderal (5% o más, en comparación con el mes anterior)
- Reducción de la libido

Los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” usaron los criterios de investigación del CIE-10 para definir el episodio depresivo leve, moderado y severo.

- Episodio depresivo leve (F32.0): sin síndrome somático (F32.00) o con síndrome somático (F32.01)

A. Cumplir con criterios de episodio depresivo (F32)

B. Presentar mínimo 2 de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo deprimido anormal para el individuo presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que no se ve influenciado por alguna circunstancia y aparece de manera sostenida por mínimo 2 semanas.
- Pérdida de interés o placer en actividades que realiza con normalidad.
- Aumento de fatigabilidad o pérdida de energía.

C. Presentar uno o más de los siguientes síntomas adicionales, para dar un total de 4 síntomas por lo menos:

- Pérdida de confianza y autoestima
- Sentimiento de rechazo propio irracional o sentimiento de culpa excesiva e inapropiada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier comportamiento suicida
- Disminución de la concentración o habilidad de pensar como indecisión o vacilación

- Cambio en actividad psicomotriz con agitación o retardo (objetivo o subjetivo)
 - Desordenes del sueño de cualquier tipo
 - Cambios en el apetito (aumento o disminución en relación al peso)
- Episodio depresivo moderado (F32.1): sin síndrome somático (F32.10) o con síndrome somático (F32.11)
 - A. El criterio general para episodio depresivo (F32) debe cumplirse
 - B. Tener por lo menos 2 de los criterios presentados en la sección B del episodio depresivo leve (F32.0)
 - C. Los síntomas adicionales de la sección C del episodio depresivo leve (F32.0) deben estar presentes, para dar un total de al menos 6.
 - Episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos (F32.2): no hay especificación de presencia o ausencia de síndrome somático ya que se presume su presencia en la mayoría de los casos.
 - A. Cumplir con criterios de episodio depresivo (F32)
 - B. Tener presente los 3 síntomas del episodio depresivo leve sección B.
 - C. Los síntomas adicionales de la sección C del episodio depresivo leve (F32.0) deben estar presentes, para dar un total de al menos 8.
 - D. No debe presentar alucinaciones, delusiones o estupor depresivo

Si el paciente presenta síntomas como agitación o retardo marcado, puede no querer o estar indispuesto para describir a detalle los síntomas del episodio. En tal caso, está justificado hacer una clasificación generalizada²⁴.

Influencia paternal

Se ha demostrado que la influencia de las madres en la tendencia a usar la charla de estado mental con sus hijos posee una significancia importante para el desarrollo mental de preescolares²⁵. En contraparte, la paternidad negativa demostró un pobre desempeño relativo a los niños no maltratados; evidencia

teórica y empírica sugiere que experiencias tempranas de abuso y experiencias tempranas de privación o negligencia están asociados con distintas secuelas neurológicas, cognitivas y afectivas²⁶.

Psicopatología

Los desórdenes mentales tienen diversas etiologías, pero se ha visto que frecuentemente son consecuencia de experiencias adversas vividas durante la infancia, tales como la pérdida de algún familiar, problemas intrafamiliares, maltrato infantil, pobreza o condiciones de vida deplorables. Aquellos individuos que han sido expuestos a adversidades durante su infancia presentan mayor riesgo de vida de desarrollar un trastorno mental, y este incrementa a su vez según la cantidad de adversidades experimentadas²⁷.

La multifinalidad es el proceso por el que el mismo riesgo y/o factores de protección pueden derivar en diferentes resultados del desarrollo, esto es clave para explicar la psicopatología. Los principales mecanismos que explican los patrones de multifinalidad son el procesamiento emocional y el funcionamiento ejecutivo, estos son los procesos que se ven alterados ante las adversidades, considerados factores de riesgo proximales. Tienden a ser los relacionados a la aparición de sintomatología y son considerados modificables. Las dimensiones centrales de la adversidad infantil se conceptualizan como factores de riesgo distales para la psicopatología, principalmente las experiencias de amenaza o privación^{28,29}.

El procesamiento emocional es el procesamiento de información de estímulos emocionales como atención, memoria, reacción y regulación emocional del individuo frente al estrés. Por otro lado, el funcionamiento ejecutivo abarca a un conjunto de procesos cognitivos que influyen en la capacidad de aprender nuevos conocimientos y habilidades para su posterior desarrollo. Este comprende la capacidad de mantener la información y enfocarse en lo relevante (memoria de trabajo), inhibe las acciones e información irrelevante y permite la flexibilidad cognitiva. Al verse alterados estos mecanismos, se puede producir un desorden mental, ya sea de ánimo, ansiedad, comportamiento o uso de sustancias²⁷.

Eje hipotálamo-pituitario-adrenal y sensibilidad al estrés

El maltrato infantil puede ser un factor de riesgo a largo plazo para depresión al incrementar la sensibilidad de futuros estresores³⁰, esto puede conllevar a que se incremente la vulnerabilidad hacia los efectos depresores de estresores en la adultez.

El rol del eje hipotálamo-pituitario-adrenal se puede ver alterado por las experiencias a edades tempranas a causa del estrés³¹. La activación crónica está asociada con atrofia hipocampal dada por experiencias infantiles adversas a la par que depresión³².

Mediadores neurobiológicos

Entre los hallazgos más consistentes con relación a este tema se encontró la asociación entre la atrofia hipocampal con depresión³³. El hipocampo evidencia anomalías en depresión las cuales también suelen aparecer en individuos con historial de maltrato infantil³⁴, esto sugiere que la posibilidad de reducción del volumen hipocampal se encuentra relacionado a maltrato infantil y el desarrollo de depresión en la edad adulta.

A su vez la amígdala se presenta atípica en depresión y maltrato infantil, en el caso de depresión se incrementa la activación de la amígdala en respuesta al estímulo negativo³⁵, resultados similares se denotaron en adultos con historial de maltrato infantil³⁴.

En la corteza prefrontal dorsolateral puede estar relacionada a modular las reacciones de la amígdala ante estímulos emocionales³⁶, en etapas tempranas de la vida este circuito no se ve alterado en individuos con depresión sin adversidades en la infancia³⁷.

El acortamiento de telómeros en el envejecimiento celular se ha vuelto un biomarcador para estrés crónico³⁸. Adversidades en la infancia tales como maltrato infantil se ven correlacionadas negativamente con el largo de los telómeros³⁹, el largo de los telómeros se encuentra alterado en individuos con depresión⁴⁰, hasta la fecha no hay estudios que determinen la asociación entre

la erosión acelerada de telómeros y su relación con depresión en edad adulta y maltrato infantil.

Influencia genética

Dentro de la fisiopatología de la depresión, se ha visto implicada la predisposición genética y la presencia de experiencias adversas durante la infancia. La evidencia indica interacción entre el polimorfismo FKBP5 y maltrato infantil, mostrando diferencias estructurales entre regiones cerebrales asociadas al procesamiento emocional y su regulación⁴¹. En otro estudio, el polimorfismo BDNF Val66met reacciona ante el maltrato infantil asociándose a la reducción del volumen hipocampal y a la corteza prefrontal lateral⁴², a su vez el polimorfismo 5-HTTLPR y el maltrato infantil se asociaron con atrofia hipocampal²⁷.

El presente estudio tiene como objetivo general determinar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes diagnosticados con gastritis crónica de los centros de salud y hospitales de Lima Metropolitana, 2015.

Dentro de los objetivos específico tenemos:

- 1) Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo (casos) y de los pacientes con gastritis crónica sin episodio depresivo (controles) de los centros de salud y hospitales de Lima Metropolitana, 2015.
- 2) Determinar si el grupo de casos difiere del grupo control de acuerdo con las variables sociodemográficas.
- 3) Determinar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en los pacientes con gastritis crónica de los centros de salud y hospitales de Lima Metropolitana, 2015.
- 4) Determinar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en los pacientes con gastritis crónica luego de controlar por el efecto confusor de la variable sexo.

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes diagnosticados con gastritis crónica de los

centros de salud y hospitales de Lima Metropolitana. Por esta razón, se formulan la hipótesis de que si hay asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica de los centros de salud y hospitales de Lima Metropolitana, 2015.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional y analítico con diseño de casos y controles, para explorar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica. La fuente de datos empleada es secundaria ya que fue obtenida por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” en el año 2015. El estudio es de tipo observacional ya que no se manipularon las variables. Es analítico ya que se quiere evaluar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica. Además, es de casos y controles ya que la toma de muestra se dio en una sola ocasión, durante el año 2015 y se compara a la población que presenta gastritis crónica y episodio depresivo con aquellos pacientes con gastritis crónica que no presentan episodio depresivo.

Nuestra población de estudio fueron pacientes con gastritis crónica de 18 años de edad a más, que acudieron a los servicios de consulta externa de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana en el año 2015.

- Casos: pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo que acuden a los servicios de consulta externa de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015.
- Controles: pacientes con gastritis crónica sin episodio depresivo que acuden a los servicios de consulta externa de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015.

El “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales generales y centros de salud de de Lima Metropolitana 2015”⁴⁷ es un estudio de tipo descriptivo epidemiológico de corte transversal. La población de estudio fueron las personas que acudieron a los servicios de consulta externas de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud seleccionados en Lima Metropolitana que tuvieran 18 años de edad o más.

Los hospitales considerados fueron seleccionados a partir del “Acuerdo de cooperación entre instituciones prestadoras de servicios de salud de Lima ciudad

para el fortalecimiento de servicios de salud mental”, cada uno de ellos se acompañaba de sus dos mayores centros de referencia:

- El primer grupo fue conformado por el Hospital Nacional “Cayetano Heredia” ubicado en el distrito de San Martín de Porres, al cual se le agregaron los centros de salud “Laura Caller” y “Juan Pablo II”.
- El segundo grupo fue conformado por el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza”, ubicado en el distrito de Lima Cercado, al cual se le agregó el centro de salud “Breña”, y el centro de salud “Chacra Colorada”.
- El tercer grupo fue el hospital “Santa Rosa” ubicado en el distrito de Pueblo Libre, al cual se le agregó el centro de salud “Magdalena” y el centro de salud “San Miguel”.
- El cuarto grupo fue el Hospital “Sergio E. Bernales” en el distrito de Comas, al que se le agregó el centro de salud “Tahuantinsuyo Bajo” y el centro de salud “El Progreso”.
- El quinto grupo fue conformado por el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” en el distrito de Puente Piedra, al cual se le agregó el centro de salud Materno Infantil “Enrique Martín Altuna” y el centro de salud “Los Sureños”.
- El sexto grupo se encuentra el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, en el distrito de Lima Cercado, a este grupo se le agregó el centro de salud “Juan Pérez Carranza” y el centro de salud “Mirones”.
- El séptimo grupo fue el Hospital Nacional “Hipólito Unanue” ubicado en el distrito del Agustino, a este grupo se le agregó el centro de salud “Madre Teresa de Calcuta” y el centro de salud “Cooperativa Universal”.
- El octavo grupo fue conformado por el Hospital “San Juan de Lurigancho”, en el distrito de San Juan de Lurigancho, a la par del centro de salud “José Carlos Mariátegui” y el centro de salud “Ganimedes”.
- El noveno grupo fue el Hospital “José Agurto Tello” en el distrito de Lurigancho (Chosica) agregando al centro de salud “Chosica” y el centro de salud “Nicolás de Piérola”.
- El décimo grupo fue integrado por el Hospital Nacional “María Auxiliadora” ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores agregando el centro de salud “César López Silva” y el centro de salud Materno infantil “San José”.

- En el décimo primer grupo se encuentra el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” en la provincia constitucional del Callao en el distrito de Bellavista, al cual se le agregó el centro de salud “Bellavista” y el centro de salud “Néstor Gambeta Alta”.

Para calcular el tamaño de muestra del “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015” se consideraron los siguientes parámetros:

- Parámetro de referencia (p): 24%, prevalencia puntual de trastornos mentales en poblaciones atendidas en establecimientos de salud.
- Tasa de no-respuesta esperada (tnr): 0.3 (30%).
- Efecto de diseño (deff): se consideró 1.3 en general.
- Margen de error relativo: 4% en torno al parámetro por estimar. Esto dará aproximadamente un margen de error absoluto (m) de +/- 0.96 puntos porcentuales.
- Nivel de confianza: 95% (Z = 1.96)

La fórmula utilizada fue:

$$n = \left(\frac{z}{m} \right)^2 (1 - p) p \left(\frac{deff}{(1 - tnr)} \right)$$

Se obtuvo una muestra teórica de 9884 personas, que tras ajustar por la tasa de no respuesta da una cantidad de 14120 personas. Por fines de distribución de la muestra se estableció una muestra de 13600 personas (1200 en cada hospital general y 250 en cada centro de salud).

Para el presente estudio se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia de los pacientes estudiados, encontrando 570 pacientes con gastritis crónica en el “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana 2015”, de los cuales 162 pacientes presentaron episodio depresivo en algún momento de su vida y 408 no presentaron episodio depresivo.

Para el cálculo retrospectivo del poder estadístico de nuestra muestra utilizamos el programa de libre distribución Epidat versión 4.2, desarrollado por el Servicio de Epidemiología de la Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidades (Xunta de Galicia) con el apoyo de la OPS-OMS y la Universidad CES de Colombia.

Utilizando los siguientes parámetros para tamaños de muestra de estudios de casos y controles:

- Proporción de casos expuestos: 82.239%
- Proporción de controles expuestos: 69.600%
- Odds ratio a detectar: 2.03
- Número de controles por casos: 3
- Nivel de confianza 95%

Se llegó a calcular una potencia de 86.1% para un tamaño de muestra de 570, lo cual nos indica que el presente estudio es capaz de encontrar resultados estadísticamente significativos.

Los criterios de selección fueron:

- Criterios de inclusión: personas de 18 años de edad a más que buscan atención en los servicios de consulta externa de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana en el año 2015, que no tengan problemas que impidiera la comunicación y obtuvieran el diagnóstico de gastritis en el reporte HIS de los médicos tratantes.
- Criterios de exclusión: pacientes que acuden a los servicios especializados en salud mental.

Se analizó la data que ya fue recogida por los investigadores del INSM en el “Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015”, donde utilizaron cuestionarios y escalas para hacer el diagnóstico de trastornos psiquiátricos y otros problemas de salud mental como maltrato infantil, violencia de pareja, o conducta suicida. Esta data fue proporcionada por el mismo Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia

Especializada (OEAIDE) autorizó el uso de la base de datos de los “EESM en Hospitales Generales y Centros de salud Lima Metropolitana, 2015” para la elaboración de la presente investigación.

En lo que respecta al diagnóstico del episodio depresivo, utilizaron la escala MINI-International Neuropsychiatric Interview desarrollado por Sheehan and Lecubrie⁴³ y validado al español por Bobes⁴⁴. Los investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental, encontraron un alfa de Cronbach de 0.665 para los síntomas de depresión en adultos, el cual es un valor aceptable para la confiabilidad de consistencia interna de la presente escala⁴⁵.

El análisis estadístico del presente estudio observacional analítico de casos y controles, con fuente de data secundaria, que busca evaluar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica, se realizó en dos etapas.

La primera etapa consistió en un análisis exploratorio de los datos, donde se buscó errores de digitación, datos atípicos, y datos faltantes que pueden poner en riesgo la validez del presente estudio.

La segunda etapa está enfocada en los objetivos específicos y los estadísticos respectivos para cada uno de ellos:

- Para el objetivo específico número 1, determinar las características sociodemográficas para los casos y controles se usó los comandos “survey proportion” y “survey mean” del software estadístico Stata 14⁴⁶ que nos permite estimar las proporciones y medias teniendo en cuenta los factores de ponderación y la varianza para muestras complejas.
- Para el objetivo específico número 2, determinar si el grupo de casos difiere del grupo control de acuerdo con las variables sociodemográficas, se usó el comando post test “lincom” de los comandos “survey proportion” y “survey mean” del software estadístico Stata 14⁴⁶ que nos permite hacer combinaciones lineales para ver si la proporción o media de los casos difiere de la proporción o media de los controles.
- Para el objetivo específico número 3, determinar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en pacientes con gastritis crónica,

utilizamos la regresión logística binaria no pareada para muestras complejas del software estadístico Stata 14⁴⁶.

- Para el objetivo específico número 4, determinar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en los pacientes con gastritis crónica controlando por el efecto confusor de la variable sexo, utilizamos la regresión logística múltiple binaria no pareada para muestras complejas.

El estudio, al utilizar data de fuente secundaria, no presentó ningún riesgo o probabilidad de atentar contra los derechos de los participantes. Por esta misma razón, no fue necesaria la elaboración de un consentimiento informado, ya que no se tuvo contacto con ningún paciente. Los datos recolectados fueron utilizados con anonimato ya que la data que nos proporcionó el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" no tiene información que permita identificar a los que participaron del estudio.

El protocolo y los consentimientos informados del "Estudio Epidemiológico de Salud Mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015" fueron aprobados por el comité de ética del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" en el año 2015.

III. RESULTADOS

Se estudiaron pacientes de 18 años de edad a más que buscaron atención en los servicios de consulta externa de todas las especialidades de los hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana en el año 2015, de los cuales 570 tenían el diagnóstico de gastritis crónica, entre ellos 162 presentaron a la par episodio depresivo en algún momento de su vida (casos) y 408 no presentaron episodio depresivo (controles).

En relación con las características sociodemográficas, la edad promedio en los pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo (casos) fue de 47.1 ± 1.22 años, y en los controles fue de 41.4 ± 1.61 años. La población predominante en los casos es de 46 – 60 años con 44 pacientes que representan el 29.5%, mientras que en los controles la población predominante es de 18 – 30 años con 148 personas, representando al 34.8%. El sexo predominante tanto en los casos como en los controles fue el sexo femenino, representando un 82% entre los casos, y 61.6% entre los controles.

Sobre la presencia de abuso infantil, encontramos que en los casos hubieron 28 pacientes (19.1%) que sufrieron de abuso infantil físico, mientras que en los controles fueron 39 (10.5%) personas. Respecto al abuso infantil sexual, 18 (11.5%) casos y 12 (3.6%) controles sufrieron de este tipo de abuso. Para el abuso infantil psicológico, en los casos se encontraron 30 (21%) pacientes que sufrieron de esta experiencia adversa y en los controles hubieron 37 (9.9%) personas. Finalmente, dentro del abuso infantil por negligencia, 12 (7.9%) casos y 21 (4.9%) controles refirieron haberlo experimentado.

De forma general, se obtuvo que 49 (33%) de los pacientes con gastritis crónica sufrieron de algún tipo de abuso infantil y 112 (67%) no lo hicieron. Por otro lado, en los controles encontramos que 68 (17.9%) personas también sufrieron esta experiencia adversa durante su infancia y 340 (82.1%) no la sufrieron.

Encontramos diferencia significativa en las medias de edad entre el grupo de casos y controles (p -valor = <0.001), también hubo diferencia significativa en el rango de edad de 18-30 años (p -valor = <0.001). No encontramos diferencia significativa en el rango de edad de 31-45 años (p -valor = 0.634), en el rango de

edad 46-60 (p-valor = 0.484), ni en el rango de edad de 61-82 años (p-valor = 0.083). Finalmente, si hubo diferencia entre ambos grupos con respecto a la variable sexo (p-valor = <0.001).

Encontramos evidencias significativas entre ambos grupos de acuerdo con la historia de abuso infantil físico (p-valor = 0.025), abuso infantil sexual (p-valor = 0.042) y abuso infantil psicológico (p-valor = 0.003). No encontramos evidencia significativa en relación al abuso infantil por negligencia (p-valor = 0.094).

Las personas con historia de abuso infantil físico presentaron un OR de 2 (IC95%, 1.14-3.58; p-valor = 0.017) para presentar episodio depresivo en algún momento de su vida comparado con aquellos que no presentaron abuso infantil físico. Esta asociación se mantiene significativa con un OR de 2.18 luego de controlar por el efecto confusor de la variable sexo (IC95%, 1.25-3.78; p-valor = 0.007).

Los pacientes que presentan antecedente de abuso infantil sexual tienen un OR de 3.5 (IC95%, 1.34-5.93; p-valor = 0.002) para desarrollar episodio depresivo en algún momento de su vida comparado con aquellos que no experimentaron esta experiencia adversa. Esta asociación permanece significativa luego de controlar por el efecto confusor de la variable sexo (OR = 2.82; IC95%, 1.34-5.93; p-valor: 0.008).

Los pacientes que reportan abuso infantil psicológico tienen un OR de 2.43 (IC95%, 1.49-3.98; p-valor = 0.001) para presentar episodio depresivo en algún momento de su vida respecto a los que no tuvieron abuso infantil psicológico. Esta asociación se mantiene significativa luego de controlar por el efecto confusor de la variable sexo (OR = 2.48; IC95%, 1.55-3.97; p-valor < 0.001).

En relación al abuso infantil por negligencia, no se encontró asociación significativa con el episodio depresivo (OR = 1.66, IC95% 0.95-2.9; p-valor = 0.074).

En general, los pacientes con gastritis crónica que presentaron uno o más tipos de abuso infantil presentaron un OR de 2.26 (IC95%, 1.47-3.48; p-valor < 0.001) para presentar episodio depresivo en algún momento de su vida respecto a

aquellos que no experimentaron ningún tipo de abuso infantil. Esta asociación se mantiene significativa luego de controlar por el efecto confusor de la variable sexo (OR 2.36, p-valor < 0.001).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los 162 casos de pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo de vida y 408 controles de pacientes con gastritis crónica sin episodio depresivo de vida en los hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015. (n = 570)

Características	Casos (n=162)		Controles (n=408)		p-valor
	n	%	n	%	
Edad (media ± DS)	47.1 (± 1.22)		41.4 (± 1.61)		<0.001
Edad (años)					
18 - 30	36	20.3	148	34.8	<0.001
31 - 45	42	26.0	98	24.0	0.634
46 - 60	44	29.5	101	25.1	0.484
61 - 82	40	24.2	61	16.1	0.083
Sexo					
Masculino	29	18.0	149	38.4	<0.001
Femenino	133	82.0	259	61.6	<0.001
Abuso infantil físico					
Si	28	19.1	39	10.4	0.025
No	133	80.9	369	89.6	0.025
Abuso infantil sexual					
Si	18	11.5	12	3.6	0.042
No	143	88.5	396	96.4	0.042
Abuso infantil psicológico					
Si	30	21.0	37	9.9	0.003
No	131	79.0	371	90.1	0.003
Abuso infantil por negligencia					
Si	12	7.9	21	4.9	0.094
No	149	92.1	387	95.1	0.094
Abuso infantil en general					
Si	49	33.0	68	17.8	0.003
No	112	67.0	340	82.2	0.003

Tabla 2. Asociación del abuso infantil (AI) con el episodio depresivo (ED) en pacientes con gastritis crónica de hospitales y centros de salud de Lima Metropolitana, 2015.

Variables	Casos		Controles		Modelo no ajustado		Modelo ajustado	
	n	%	n	%	OR[IC95%]	P-valor	OR[IC95%]	P-valor
Abuso infantil físico								
Si	28	19.1	39	10.4	2.02 [1.14, 3.58]	0.017	2.18* [1.25, 3.78]	0.007
No	133	80.9	369	89.6	1	-	1	-
Abuso infantil sexual								
Si	18	11.5	12	3.6	3.5 [1.64, 7.48]	0.002	2.82* [1.34, 5.93]	0.008
No	143	88.5	396	96.4	1	-	1	-
Abuso infantil psicológico								
Si	30	21.0	37	9.9	2.43 [1.49, 3.98]	0.001	2.48* [1.55, 3.97]	<0.001
No	131	79.0	371	90.1	1	-	1	-
Abuso infantil por negligencia								
Si	12	7.9	21	4.9	1.66 [0.95, 2.9]	0.074	1.62* [0.96, 2.73]	0.068
No	149	92.1	387	95.1	1	-	1	-
Abuso infantil en general								
Si	49	33.0	68	17.8	2.26 [1.47, 3.48]	<0.001	2.36* [1.61, 3.46]	<0.001
No	112	67.0	340	82.2	1	-	1	-

*OR ajustado por sexo

IV. DISCUSIÓN

En este estudio, para buscar si existe asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo en los pacientes con gastritis crónica, se estudiaron 570 pacientes que tenían el diagnóstico de gastritis crónica, de los cuales 162 presentaron a la par episodio depresivo en algún momento de su vida (casos) y 120 personas no presentaron episodio depresivo (controles). La exposición al abuso infantil en los casos fue de 33%, mientras que en los controles fue de 17.8%.

Existe una asociación significativa entre el abuso infantil y el desarrollo de depresión durante la adultez⁵⁰. Actualmente se sabe que la sobreactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal se asocia al desarrollo de depresión y a su vez al estrés en edades tempranas, lo cual desemboca en el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la adultez⁵¹. Nuestro estudio encontró que el abuso infantil está asociado significativamente al episodio depresivo de vida en los pacientes con gastritis crónica. Se evidencia la asociación entre los diversos tipos de abuso infantil con el episodio depresivo de vida en la población estudiada, demostrando que existe una fuerte asociación entre el abuso infantil y alteraciones psicológicas que presentan consecuencias a corto y largo plazo. A su vez, debemos tomar en cuenta que la presencia de múltiples tipos de abuso infantil se suelen correlacionar con un incremento exponencial del desarrollo de trastornos psiquiátricos como la depresión y suelen presentarse con síntomas más severos⁵⁵.

El tipo de de abuso infantil con mayor fuerza de asociación en el presente estudio fue el abuso sexual, con un OR de 3.5, esto es congruente con otros estudios que demuestran que el abuso infantil sexual es un factor de riesgo importante para desarrollar diversos trastornos psicopatológicos tanto en la infancia como en la edad adulta. Un estudio realizado para determinar la tasa y el riesgo de trastornos clínicos y de personalidad diagnosticados en la infancia y la edad adulta en personas que se sabe que sufrieron abuso sexual durante su infancia encontró que la exposición al abuso sexual aumentó el riesgo para psicosis, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad⁵².

En el presente estudio se encontró un fuerte asociación entre el episodio depresivo de vida y el antecedente de abuso infantil psicológico y físico. Ambos tipos de abuso fueron los que mayor exposición presentaron entre los casos, con 21% y 19.1% respectivamente. En el Perú, está muy normalizado entre los padres el uso de violencia infantil como castigo⁸. Esta realidad se presenta también en otros países, un estudio transversal realizado en pacientes con depresión y ansiedad de una clínica psiquiátrica de Arabia Saudita encontró que los castigos que recibían los pacientes por parte de sus padres eran físicos (35.5%), emocionales (26.5%) y verbales (18.1%), y se llegó a la conclusión de que los recuerdos del abuso infantil persiguen a los adultos en su futuro y les causan graves daños psicológicos, aumentando así la probabilidad de sufrir depresión o ansiedad en la edad adulta⁵⁷.

Por otro lado, el abuso infantil por negligencia no resultó significativo en nuestro estudio, lo cual difiere con otro estudio realizado en Alemania que demuestra con un meta análisis la significancia del abuso infantil por negligencia como factor de mayor riesgo para el desarrollo de depresión⁵³. Cabe mencionar que un estudio que examinó el impacto del abuso infantil en las características de la depresión mayor en adultos, los tipos más comunes de abuso infantil fueron el abuso psicológico y negligencia, y que por lo general suelen coexistir diferentes tipos de abuso⁵⁵.

Las víctimas de abuso infantil físico y sexual tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático en la edad adulta, el abuso cometido después de los 5 años de edad tiene más impacto nocivo sobre la salud mental⁵⁸. Una reducción del 10-25% en la prevalencia del abuso infantil sexual o físico podría prevenir potencialmente entre 0.4-1 millón de casos de depresión y ansiedad⁵⁴.

Debemos tomar en cuenta que entre los meses de enero y abril del año 2022 en Perú se han atendido 17 247 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes⁵⁹ lo que vulnera su salud física y psicológica que puede conllevar al desarrollo de depresión durante su etapa adulta. La estadística de atención de casos de depresión durante el periodo 2021 fue de 313 455 casos en Perú⁶⁰, tomando en cuenta el presente estudio consideramos que de existir una

reducción de casos de maltrato infantil a su vez existiría una disminución de casos de depresión en cierta medida. Se estima que más de la mitad de los casos de depresión y ansiedad en todo el mundo son potencialmente atribuibles al abuso infantil autoinformado, una reducción del 10-25% del abuso infantil podría prevenir potencialmente en 31-80 millones de casos de depresión y ansiedad en todo el mundo⁵⁴.

Dentro de las limitaciones que presentó el estudio, consideramos el uso de data secundaria como limitación ya que podrían haber errores de registro. Otra limitación es la atemporalidad en el instrumento de recolección de datos, el cual no pregunta por depresión reciente sino depresión en algún momento de su vida. La forma en la que se midieron las variables toma un periodo de tiempo muy prolongado que no permite identificar si el abuso infantil es la causa de la depresión o esta puede estar influenciada por otras variables externas más cercanas al episodio depresivo. En relación a esto, también encontramos como limitación el sesgo del recuerdo del paciente. La memoria es un proceso cognitivo muy complejo, si bien es cierto que los eventos traumáticos se recuerdan mejor, son más consistentes con el paso del tiempo y se caracterizan por una memoria clara y exacta para los detalles principales del acontecimiento⁶¹, la consideramos una limitación ya que este suceso es muy antiguo para una gran cantidad de pacientes; sin embargo, esta limitación está mitigada ya que el estar bajo una situación estresante o traumática es más difícil de olvidar por la gran carga emocional que conlleva.

Si bien se identificaron algunas limitaciones, es importante resaltar la asociación entre el abuso infantil y el episodio depresivo. Este dato permitiría que los decisores políticos sanitarios utilicen esta información para incidir sobre estrategias para disminuir problemas de salud mental o manejo de salud mental.

V. CONCLUSIONES

Nuestro estudio encontró que el abuso infantil esta asociado significativamente con el episodio depresivo en la población estudiada. La exposición al abuso infantil en los pacientes con gastritis crónica y episodio depresivo fue de 33%. Se encontró asociación significativa en el modelo no ajustado y en el modelo ajustado para las variables abuso infantil físico, abuso infantil sexual, abuso infantil psicológico y abuso infantil en general, por lo que llegamos a la conclusión que haber experimentado abuso infantil físico, sexual o psicológico podría aumentar el riesgo de presentar episodio depresivo en algún momento de su vida.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar otro estudio con metodología más amplia, que no sea de data secundaria. Este estudio puede servir de base para estudios primarios de carácter prospectivo que busquen medir con mayor precisión el posible efecto causal del abuso infantil en el desarrollo del episodio depresivo.

Se recomienda para investigaciones futuras valorar otros factores que podrían influir en la presentación del episodio depresivo. De ser posible, valorar si la coexistencia de los diversos tipos de abuso infantil aumentan aún más el riesgo de presentar episodio depresivo.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mayo Clinic Depresión [Internet]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
2. OMS. Depresión [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. National Institute of Mental Health. Depresión [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
4. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental. 2013; 29.
5. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la sierra rural 2008. Informe General. Anales de Salud Mental. 2009; 25(1-2).
6. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de Salud Mental en la selva rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental. 2012; 28.
7. James Gallagher. Abuso infantil "duplica" riesgo de depresión persistente en la vida adulta [Internet]. BBC News. 2011. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/08/110815_salud_maltrato_infantil_depresion_sao
8. Aldeas Infantiles SOS Perú. Las cifras de violencia física y sexual contra menores son alarmantes [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.aldeasinfantiles.org.pe/noticias/las-cifras-de-violencia-sexual-fisica-y-sexual-con>
9. Nowack KM. Manual del Perfil del Estrés. México: Manual Moderno. 2002.
10. De la Roca-Chiapas JM et al. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. J Psychosom Res. 2010; 68(1): 73-81.
11. Mak AD et al. Dyspepsia is strongly associated with major depression and generalized anxiety disorder - a community study. Aliment Pharmacol Ther. 2012; 36(8): 800-810.

12. Sang Pyo Lee et al. The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *JNM*, 2015; 21(2): 273-282.
13. Yaoyao Sun et al. Psychological distress in patients with chronic atrophic gastritis: the risk factors, protection factors, and cumulative effect. *Psychology, Health & Medicine*. 2018
14. Lopez, A., Murray, C. The global burden of disease, 1990–2020. *Nat Med*. 1998; 4: 1241–1243.
15. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. [Internet] Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_658-2019-MINSA.PDF
16. Antoni Sebastien, Soerjomataram Isabelle, Møller Bjørn, Bray Freddie & Ferlay Jacques. An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016; 94(3): 174-184.
17. Goodwin RD. Gastritis and mental disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47: 128-132.
18. An-Zhong Zhang et al. Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestive system diseases: A multicenter epidemiological study. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(42): 9437–9444.
19. Özyurt G, Çağan-Appak Y, Karakoyun M, Baran M. Evaluación de problemas emocionales y conductuales, y del funcionamiento familiar en adolescentes con gastritis crónica. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(2): e110-e114.
20. Guerra V. Cristóbal, Pinto C. Cristián, Hernández A. Viviana. Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. [Internet]. 2019; 57(2): 100-106. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200100
21. Fiestas-Teque L, Vega-Dienstmaier JM. Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev neuro-psiquiatría*. 2012; 75(2): 47-57.

- 22.OMS. Maltrato de menores [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/
- 23.Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Cuestionario sobre salud mental del adulto en Lima Metropolitana. 2012.
- 24.WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research. 1993.
- 25.Benson JE, Sabbagh M. Theory of mind and executive functioning: A developmental neuropsychological approach. *Developmental social cognitive neuroscience*. 2010; 63-80.
- 26.Rnic K, Sabbagh M et al. Childhood emotional abuse, physical abuse, and neglect are associated with theory of mind decoding accuracy in young adults with depression. *Psychiatry Res*. 2018; 268: 501-507.
- 27.Katie A. McLaughlin. Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016; 45(3): 361–382.
- 28.Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6(6): 589–609.
- 29.Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 1996; 8(4): 597–600.
- 30.Kendler Kenneth S, Kuhn Jonathan W, Prescott Carol A. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press. 2004; 34(8): 1475–82.
- 31.Dante Cicchetti and Sheree L. Toth. Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005; 1: 409-438.
- 32.Richard T. Liu. Childhood Adversities and Depression in Adulthood: Current Findings and Future Directions. *Clin Psychol Sci Prac*. 2017; 24(2): 140-153.
- 33.MacQueen, G., Frodl, T. The hippocampus in major depression: evidence for the convergence of the bench and bedside in psychiatric research. *Mol Psychiatry*. 2011; 16: 252–264.

34. Meena Vythilingam et al. Childhood Trauma Associated with Smaller Hippocampal Volume in Women with Major Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(12): 2072-2080.
35. Price, J., Drevets, W. Neurocircuitry of Mood Disorders. *Neuropsychopharmacol*. 2010; 35: 192–216.
36. Sarah J. Banks, Kamryn T. Eddy, Mike Angstadt, Pradeep J. Nathan, K. Luan Phan. Amygdala–frontal connectivity during emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2007: 2(4): 303–312.
37. Greg J. Siegle et al. Increased Amygdala and Decreased Dorsolateral Prefrontal BOLD Responses in Unipolar Depression: Related and Independent Features. *Biological Psychiatry Journal*. 2007; 61(2): 198-209.
38. Elissa S. Epel. Telomeres in a Life-Span Perspective: A New “Psychobiomarker”? *Current Directions in Psychological Science*. 2009; 18(1): 6-10.
39. Lawrence H. Price et al. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry Journal*. 2013; 73(1): 15-23.
40. Schutte, N.S. and Malouff, J.M. the association between depression and leukocyte telomere length: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2015; 32: 229-238.
41. Tozzi, L., Carballedo, A., Wetterling, F. et al. Single-Nucleotide Polymorphism of the FKBP5 Gene and Childhood Maltreatment as Predictors of Structural Changes in Brain Areas Involved in Emotional Processing in Depression. *Neuropsychopharmacol*. 2016; 41: 487–497.
42. Frodl, T., Reinhold, E., Koutsouleris, N. et al. Childhood Stress, Serotonin Transporter Gene and Brain Structures in Major Depression. *Neuropsychopharmacol*. 2010; 35: 1383–1390.
43. Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E, Dunbar, G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59 Suppl 20, 22-33; quiz 34-57.
44. Bobes J. SEC55-2 - A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry*. 1998; 13: 198s-199s.

45. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la selva peruana. [Internet] 2009. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-CVCEESMLSP/files/res/downloads/book.pdf>
46. StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP.
47. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana - 2015. Informe General. Anales de Salud Mental. 2018; 34(1).
48. Zhao X, Wu M, Zhang D, Sun Y, Yang Y, Xie H, Su Y, Jia J, Zhang S. The relationship of interpersonal sensitivity and depression among patients with chronic atrophic gastritis: The mediating role of coping styles. *J Clin Nurs*. 2018; 27(5-6): 984-991.
49. Jiménez-Borja M, Jiménez-Borja V, Borja-Alvarez T, Jiménez-Mosquera C, Murgueitio J. Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child Abuse & Neglect* 99. 2020; 104230.
50. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depress Anxiety*. 2010; 27(7): 631-642.
51. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(6): 816-828.
52. Cutajar M, Mullen P, Ogloff J, Thomas S, Wells D, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abuse children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34(11): 813-822.
53. Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016;190:47-55.
54. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016; 46(4): 717-730.

55. Medeiros GC, Prueitt WL, Minhajuddin A, Patel SS, Czysz AH, Furman JL, Mason BL, Rush AJ, Jha MK, Trivedi MH. Childhood maltreatment and impact on clinical features of major depression in adults. *Psychiatry Res.* 2020; 293: 113412.
56. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med.* 2016; 46(4): 717-730.
57. Albalawi HK, Khafez AA, Alasmari MM, Alsulaiman QM, Alshehri SA, Aldobikhi YA. Childhood maltreatment and its relation with depression and anxiety among psychiatric patients in Riyadh - KSA. *J Family Med Prim Care.* 2022; 11(6): 2603-2607.
58. Adams J, Mrug SS, Knight D. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect.* 2018; 86: 167-177.
59. Colectivo EPU. Informe del colectivo EPU de Perú para el 4º ciclo del examen periódico universal de las Naciones Unidas: La situación de los derechos humanos en el Perú. Save the Children. 2022. Disponible en: <https://www.savethechildren.org.pe/publicaciones/el-informe-de-peru-para-el-4-ciclo-del-examen-periodico-universal-de-las-naciones-unidas/>
60. MINSA. Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. Ministerio de Salud. 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
61. Manzanero AL, Recio M. El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuad med forense.* 2012; 18(1): 19-25.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se usaron los cuestionarios empleados en el ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN HOSPITALES GENERALES Y CENTROS DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA, 2015.

La **sección G** del **MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A**, fue usada para detectar el episodio depresivo F32.

La **pregunta 64** del **MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO** fue utilizada para determinar si el paciente ha sufrido algún tipo de abuso durante su infancia.

MÓDULO DE SÍNDROMES CLÍNICOS A G. F32-F33

128. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, DURANTE POR LO MENOS DOS SEMANAS SEGUIDAS Y AL MISMO TIEMPO:

	SI	NO
a. ¿Se ha sentido especialmente triste, decaído(a), deprimido(a) la mayor parte del tiempo a lo largo del día, y así, casi todos los días?	1	0
b. ¿Tenía casi todo el tiempo el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que le agradan habitualmente?	1	0
c. ¿Se sentía casi todo el tiempo cansado(a), sin energía?	1	0
d. ¿Usted o su entorno (familia y/o amigos) notaron que usted ya no era el(la) mismo(a) de antes?	1	0
e. ¿Había cambiado notablemente su forma de ser o de comportarse o de pensar o de sentir?	1	0

ENTREVISTADOR(A): SI EN P128 (entre a-c) HAY 1 O MÁS SI CONTINÚE, SINO PASE A P148

129. PIENSE EN EL PERIODO MÁS SEVERO DE DOS SEMANAS O MÁS EN LAS QUE SE SENTÍA DEPRIMIDO(A), SIN INTERÉS POR LA MAYOR PARTE DE LAS COSAS O CANSADO(A). DURANTE ESE PERIODO, CASI TODOS LOS DÍAS...:

	SI	NO
a. ¿Su apetito había cambiado notablemente? y ¿había aumentado o perdido peso sin tener esa intención? (Marcar 1, si respondió Si en ambas)	1	0
b. ¿Tenía problemas de sueño casi todas las noches como: demorarse en dormir, despertarse durante la noche o se le iba el sueño muy temprano, ¿o su sueño estaba aumentado (hipersomnía)?	1	0
c. ¿Hablaba o se movía más lentamente de lo habitual, o al contrario se sentía más agitado(a) y tenía dificultad para permanecer quieto(a)?	1	0
d. ¿Le faltaba la confianza en usted mismo(a), o se sentía sin valor, inferior a los demás?	1	0
e. ¿Se hacía reproches, o se sentía culpable?	1	0
f. ¿Tenía dificultad para reflexionar o para concentrarse, o para tomar decisiones?	1	0
g. ¿Tenía varias veces ideas negativas como pensar que sería mejor que estuviese muerto(a), o pensaba en hacerse daño?	1	0
h. ¿Desde el inicio de este estado de tristeza o depresión ha intentado hacerse daño?	1	0
i. ¿Se sentía especialmente irritable (o rabioso) o se molestaba fácilmente la mayor parte del tiempo?	1	0
j. Estos síntomas se debieron totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y fueron similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecían la mayoría de las personas en circunstancia similares.	1	0

130. ENTREVISTADOR(A): ¿4 O MÁS RESPUESTAS ENTRE P128 (A-C) Y P129 (A-G) SON SÍ?

SI	1	
NO	0	Pase a P148

131. DURANTE ESTE PERIODO (DE DOS SEMANAS O MÁS) ¿EN QUÉ GRADO CREE HABER NECESITADO (O NECESITAR) AYUDA PROFESIONAL PARA SUPERAR ESE PROBLEMA?

TARJETA 1

- Nada 1
- Poco..... 2
- Regular..... 3
- Bastante..... 4
- Mucho..... 5
- No sabe..... 6

132. DURANTE ESTE PERIODO (DE DOS SEMANAS O MÁS) DE TRISTEZA O DESÁNIMO QUE VENIMOS CONVERSANDO ¿QUÉ GRADO DE MALESTAR CONSIDERA QUE CAUSABA (O CAUSA) ESTE PROBLEMA?

TARJETA 1

- Nada 1
- Poco..... 2
- Regular..... 3
- Bastante..... 4
- Mucho..... 5
- No sabe..... 6

133. DURANTE ESTE PERIODO (DE DOS SEMANAS O MÁS) DE TRISTEZA O DESÁNIMO, ¿CUÁNTO AFECTÓ ÉSTO SU TRABAJO O LABORES NORMALES, VIDA SOCIAL O RELACIONES PERSONALES?

TARJETA 1

- Nada 1
- Poco..... 2
- Regular..... 3
- Bastante..... 4
- Mucho..... 5
- No responde..... 6

134. ¿QUÉ EDAD TENÍA LA PRIMERA VEZ EN SU VIDA QUE TUVO UN PERIODO DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?

	AÑOS
--	------

135. ¿HACE CUANTO TIEMPO EMPEZÓ EL ÚLTIMO PERIODO (DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS) CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?

AÑOS	
MESES	
DÍAS	

136. ¿QUÉ MOTIVOS LO(A) LLEVARON A SENTIRSE ASÍ LA ÚLTIMA VEZ?

	SI	NO
a. Problemas con su apariencia física?	1	0
b. Problemas o conflictos con sus padres?	1	0

c. Problemas o conflictos con sus hijos(as)?	1	0
d. Problemas o conflictos con otros parientes?	1	0
e. Problemas o conflictos con su pareja o cónyuge?	1	0
f. Problemas o conflictos con sus amigos(as)?	1	0
g. Problemas de trabajo o en su trabajo?	1	0
h. Problemas con sus estudios?	1	0
i. Problemas con sus compañeros(as) de estudios?	1	0
j. Problemas económicos?	1	0
k. Problemas con su salud física?	1	0
l. Preocupaciones con la salud de un familiar?	1	0
m. Separación de un familiar?	1	0
n. Muerte de pareja o cónyuge?	1	0
o. Separación de pareja o cónyuge?	1	0
p. Muerte de un hijo(a)?	1	0
q. Muerte de alguno de sus padres?	1	0
r. Experiencia violenta, inesperada o traumática? (especificar)	1	0
.....		
s. Sin motivo aparente?	1	0
t. Otros? (especificar)	1	0
.....		
u. Detalle los motivos que lo(a) llevaron a sentirse así la última vez		
.....		
.....		
.....		
.....		

137. ¿HACE CUANTO TIEMPO TERMINÓ ESTE ÚLTIMO PERIODO DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS CON ALGUNO DE LOS PROBLEMAS ANTES DESCRITOS?

AÑOS	
MESES	
DÍAS	
Aún continúa	96

ENTREVISTADOR(A): SI P137 ES MÁS DE 1 AÑO Y 1 MES PASE A P146

138. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO UN PERIODO DE TRISTEZA, PÉRDIDA DE INTERÉS Y/O CANSANCIO DE DOS SEMANAS O MÁS, RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO O PSICOLÓGICO?

SI	1	
NO	0	Pase a P143

139. ¿CUÁNTO TIEMPO PASÓ ENTRE EL INICIO DEL ÚLTIMO PERIODO Y EL INICIO DE DICHO TRATAMIENTO?

AÑOS	
MESES	
DÍAS	

140. ¿QUIÉN LO(A) HA ATENDIDO PRINCIPALMENTE DURANTE LA CONSULTA?

- Psiquiatra..... 1
- Psicólogo..... 2
- Médico general..... 3
- Neurólogo..... 4
- Trabajadora social..... 5
- Enfermera..... 6
- Técnico de enfermería..... 7
- Sanitario..... 8
- Promotor de salud..... 9
- Familiar/amigo (no médico) 10
- Sacerdote – religioso(a)..... 11
- No sabe..... 98
- ¿Otro? 88

(Especifique)

141. ¿EN QUÉ CONSISTIÓ LA ATENCIÓN DE ESTA PERSONA?

	SI	NO
a. Le recetaron medicinas?	1	0
b. Recibió psicoterapia (sesiones continuas de ayuda psicológica)?	1	0
c. Recibió consejería?	1	0
d. Fue hospitalizado(a)?	1	0
z. Otro? (especifique).....	1	0

142. ¿CÓMO EVALÚA LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO RECIBIDO?

TARJETA 14

- Empeoró..... 1
- Seguía igual /sin cambio..... 2
- Mejóro..... 3
- No sabe, no responde..... 4

143. EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, ¿CUÁNTOS DÍAS DE TRABAJO O DE HACER SUS LABORES NORMALES, HA PERDIDO A CAUSA DE ESTE PROBLEMA?

	DÍAS
--	------

144. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES PASADOS, ¿CUÁNTO HA GASTADO USTED EN LA ATENCIÓN DE ESTE PROBLEMA, INCLUYENDO PAGO A QUIEN LO ATENDIÓ, MEDICINAS, HIERBAS, HOSPITALIZACIONES U OTRAS?

S/.

145. DURANTE SU VIDA, ¿HA TENIDO OTROS PERÍODOS QUE HAYAN DURADO AL MENOS DOS SEMANAS EN LOS QUE SE

HAYA SENTIDO DEPRIMIDO(A) TENIENDO LOS PROBLEMAS DE LOS QUE HEMOS ESTADO HABLANDO?

SI	1	
NO	0	Pase a P147

146. EN TOTAL, CONTANDO EL ÚLTIMO EPISODIO O EPISODIO ACTUAL, ¿CUÁNTOS EPISODIOS O PERIODOS DE ESTE PROBLEMA HA PRESENTADO EN SU VIDA?

--

147. ANTES DE SENTIRSE DEPRIMIDO(A) LA ÚLTIMA VEZ, ¿SE HABÍA ENCONTRADO BIEN DURANTE AL MENOS DOS MESES?

SI	1
NO	0

MÓDULO DE SALUD INTEGRAL DEL ADULTO

64. CON RESPECTO A EXPERIENCIAS EN SU INFANCIA Y NIÑEZ ANTES DE LOS 18 AÑOS

TARJETA 26	NO ↓	NA ↓	SI →	65. ¿A qué edad, en años cumplidos, fue (la 1ra vez)?
a. Sus padres se separaron o divorciaron?	0 ↓	2 ↓	1 →	
b. Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso físico como golpes, puñetes o empujones en forma frecuente?	0 ↓	2 ↓	1 →	
c. Mientras crecía sufrió algún tipo de abuso sexual como ser objeto (o haber sufrido) de intentos o actos sexuales inapropiados, forzados en contra de su voluntad o bajo amenazas?	0 ↓	2 ↓	1 →	
d. Mientras crecía, su familia vivió en permanente riesgo o amenaza a la integridad física de alguno de sus miembros? <i>Especifique</i>	0 ↓	2 ↓	1 →	
e. Mientras crecía recibió insultos, agresiones verbales u ofensas en forma frecuente?	0 ↓	2 ↓	1 →	
f. Mientras crecía fue objeto (o haber sufrido) de chantajes, manipulaciones o humillaciones en forma frecuente?	0 ↓	2 ↓	1 →	
g. Mientras crecía se ha encontrado en situaciones en las que se ha sentido abandonado(a) porque no le procuraban alimentos, medicinas, ropa adecuada, no lo(a) han llevado al médico o no le han brindado otras necesidades básicas o afecto.	0 ↓	2 ↓	1 →	