



Universidad
Continental

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de
Psicología

Tesis

**Indicadores de depresión y violencia familiar
en mujeres del Programa Vaso de Leche de
Sapallanga, 2017**

Valentín Bejarano Milagros Katteryn

Huancayo, 2018

Para optar el Título Profesional
de Licenciada en Psicología



Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Obra protegida bajo la licencia de [Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/peru/)

ASESORA:

Ps. Elsa Maritza Aliaga Meléndez

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre y hermanos, por haberme proporcionado la mejor educación y principales lecciones de vida.

A la Universidad Continental, mi alma mater, por haberme acogido cálidamente en sus aulas.

A mi asesora de tesis, Ps. Elsa Maritza Aliaga Meléndez por su apoyo incondicional.

Al Prof. David Anglas Urdánegui, por hacer fácil lo difícil, por su tiempo y dedicación.

A la Ps. Rosario Lívano Herrera, por su valioso aporte en la investigación.

Al Ps. Carlos Ávila Benito, persona de gran corazón y excelente profesional.

A todos mis docentes, que en estos años aportaron con sus vastos conocimientos mi desarrollo personal y profesional.

A mis amigos y amigas, por brindarme su tiempo y un hombro donde descansar.

DEDICATORIA

A ti viejito adorado, por las mil veces que me dijiste “no” y por las dos mil veces más que me dijiste “si”, me enseñaste a comprender la vida.

Donde quiera que estés, descansa en paz.

Te amo.

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| ÍNDICE | v |
| RESUMEN..... | viii |
| ABSTRACT..... | ix |
| INTRODUCCIÓN | x |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO | 1 |
| 1.1. Planteamiento y formulación del problema..... | 1 |
| 1.2. Problema..... | 4 |
| 1.3. Objetivos | 4 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 4 |
| 1.3.2. Objetivos específicos. | 5 |
| 1.4. Justificación..... | 5 |
| 1.5. Hipótesis y descripción de variables | 7 |
| 1.5.1. Hipótesis. | 7 |
| 1.5.2. Variables. | 8 |
| 1.6. Delimitación y limitación de la investigación | 8 |
| 1.6.1. Delimitación..... | 8 |
| 1.6.2. Limitaciones..... | 10 |
| CAPÍTULO II | 11 |
| MARCO TEÓRICO..... | 11 |
| 2.1 Antecedentes..... | 11 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales..... | 11 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales. | 14 |
| 2.2 Bases Teóricas | 15 |
| 2.2.1 Definiciones fundamentales de depresión. | 15 |
| 2.2.2 Modelos teóricos de la depresión..... | 18 |
| 2.2.3. Características de la depresión..... | 35 |
| 2.2.4. Dimensiones de la depresión. | 37 |
| 2.2.5. Medición de la depresión. | 38 |
| 2.2.6. Indicadores de depresión..... | 41 |
| 2.2.7. Epidemiología de la depresión..... | 42 |
| 2.2.8. Definiciones de violencia familiar. | 43 |

| | |
|---|----|
| 2.2.9. Modelos teóricos de violencia familiar..... | 44 |
| 2.2.10. Tipos de Violencia intrafamiliar..... | 47 |
| 2.2.11. Factores de riesgo..... | 49 |
| 2.2.12. Consecuencias de la violencia intrafamiliar..... | 50 |
| 2.3 Definición de términos básicos..... | 51 |
| 2.3.1 Indicadores de depresión..... | 51 |
| 2.3.2 Depresión..... | 51 |
| 2.3.3 Dimensiones de la depresión..... | 52 |
| 2.3.4 Mujeres víctimas de violencia familiar..... | 52 |
| 2.3.5 Violencia familiar..... | 53 |
| CAPÍTULO III..... | 54 |
| METODOLOGÍA..... | 54 |
| 3.1 Métodos y alcances de la investigación..... | 54 |
| 3.1.1 Método de Investigación..... | 54 |
| 3.1.2 Nivel..... | 55 |
| 3.1.3 Tipo..... | 55 |
| 3.2 Diseño de investigación..... | 56 |
| 2.3. Población y muestra..... | 56 |
| 2.4. Procedimiento..... | 59 |
| 2.5. Técnicas de recolección de datos..... | 60 |
| 2.5.2. Inventario de Depresión de Beck..... | 60 |
| 2.5.3. Cuestionario de violencia familiar..... | 63 |
| CAPÍTULO IV..... | 0 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 0 |
| 4.1 Resultado del tratamiento y análisis de la información..... | 0 |
| 4.1.1 Resultados en relación con el objetivo general..... | 0 |
| 4.1.2 Resultados en relación con los objetivos específicos..... | 1 |
| 4.2 Discusión de resultados..... | 7 |
| CONCLUSIONES..... | 12 |
| RECOMENDACIONES..... | 14 |
| ANEXOS..... | 20 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. | 58 |
| Condición civil de las mujeres víctimas de violencia..... | 58 |
| Tabla 2. | 58 |
| Edades..... | 58 |
| Tabla 3. | 59 |
| Tipo de violencia..... | 59 |
| Tabla 4. | 63 |
| Nivel de confiabilidad de la investigación..... | 63 |
| Tabla 5. | 66 |
| Indicadores de depresión..... | 66 |
| Tabla 6. | 67 |
| Indicadores Cognitivo – Afectivo de la depresión..... | 67 |
| Tabla 7. | 68 |
| Indicadores somáticos de la depresión..... | 68 |
| Tabla 8. | 69 |
| Relación entre tipo de violencia e indicadores de depresión. | 69 |
| Tabla 9 | 71 |
| Relación de la condición civil e indicadores de depresión | 71 |
| Tabla 10. | 71 |
| Relación entre los grupos atareos e indicadores de depresión..... | 71 |

RESUMEN

La investigación titulada “Indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017” tiene como objetivo, determinar los indicadores de depresión que presentan dichas mujeres. El método empleado fue el científico y descriptivo. La población accesible fue de 90 mujeres que asisten al Programa Vaso de Leche y tienen índices de violencia familiar en cualquiera de sus tres facetas y que, además, conviven con su pareja, esta población se obtuvo mediante el método no probabilístico por conveniencia. Se recolectó datos a través del Inventario de Depresión de Beck y la Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y maltrato infantil, VIF. Según Beck, el BDI – II evalúa niveles de depresión en personas con antecedentes psiquiátricos e indicadores en personas sin ellos, por eso, se tomaron en cuenta solo los indicadores moderados y severos, pues a diferencia de los indicadores mínimos y leves, los primeros representan la sintomatología depresiva que causa sufrimiento y alteraciones en actividades de la vida cotidiana. Se concluye señalando, que se el 74,5% de mujeres evaluadas tienen sintomatología depresiva, además este es más recurrente en mujeres adultas y convivientes, que sufren en su mayoría tanto de violencia física como psicológica, y también existe mayor prevalencia del nivel somático de la depresión.

Palabras claves: Depresión, dimensiones de la depresión, indicadores de depresión, mujeres víctimas de violencia, violencia familiar.

ABSTRACT

The research entitled "Indicators of depression presented by women victims of family violence in the District of Sapallanga, 2017" aims, determine the indicators of depression that these women present. The method used was scientific and descriptive. The accessible population was 90 women who attend the Glass of Milk Programme and have rates of family violence in any of its three facets and who, in addition, live with their partner, this population was obtained by the non-probabilistic method of convenience. Data was collected through the Beck Depression Inventory and the Family Violence Screening and Child Abuse Tab, VIF. According to Beck, the BDI - II evaluates levels of depression in people with a history of psychiatric and indicators in people without them, therefore, only moderate and severe indicators were taken into account, since unlike the minimum and slight indicators, the former represent the depressive symptomatology that causes suffering and alterations in activities of daily life. It is concluded, pointing that 74.5% of women evaluated have depressive symptomatology, and this is more recurrent in adult and cohabiting women, who suffer mostly physical and psychological violence, and there is also a higher prevalence of the somatic indicator of the Depression.

Keywords: depression, dimensions of depression, indicators of depression, women victims of violence, family violence

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 40 años los porcentajes de enfermedades mentales se han ido incrementando en el mundo. La depresión se ha elevado de manera radical, tanto en países pobres como ricos, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad ocupa el cuarto lugar en la prevalencia de todas las enfermedades, y de acuerdo con los pronósticos para el año dos mil veinte será el segundo padecimiento en el mundo sólo superada por las enfermedades cardiovasculares. (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004 citado en Carranza, 2015).

Además, esta enfermedad se presenta en la población con una diferencia de género, es decir, la proporción de mujeres con depresión es mayor a la de hombres. La explicación se relaciona con el entorno social y cultural de las afectadas, ya que por lo general están expuestas a situaciones adversas como pobreza, hambre, exceso de trabajo o falta de empleo y, por último, lo que promueve este estudio, la violencia.

En el 2016 la OMS mencionó que en la actualidad una de cada tres mujeres en el mundo sufre de violencia familiar, siendo estas mujeres doblemente proclives para desarrollar trastornos afectivos de cualquier índole. Sin embargo, a pesar de que existen diversas formas de violencia, se ha enfatizado en la “física”, esto genera que, a nivel práctico, instituciones encargadas de recibir y brindar el apoyo pertinente, requieran ver signos de violencia física (golpes, moretones, heridas, violencia sexual, etc.) y dejan en segundo plano a los otros tipos, lo que en otras palabras contribuye a la sintomatología depresiva de las víctimas.

En Latinoamérica, Perú fue uno de los primeros países en aprobar leyes sobre violencia familiar con el fin de salvaguardar la integridad de las víctimas, a pesar de ello, los índices de violencia no disminuyeron tal como se quería, así demuestra el informe emitido por el INEI en

el 2015, donde se observa que la provincia de Junín ocupa el tercer lugar en violencia familiar y tentativa de homicidio.

Del mismo modo, considerando que en nuestro país la depresión mayor es una de las enfermedades mentales con mayor presencia (18,2%), se estima que 20 de cada 100 personas en el Perú sufren de dicha enfermedad, y al igual que en otros países, el porcentaje de atenciones es menor, solo el 40% reciben la ayuda que necesitan, además se suicidan más hombres que mujeres, pero es mayor el porcentaje de mujeres con intentos de suicidio. De acuerdo con el estudio ejecutado por el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, resulta más que relevante estudiar el fenómeno antes expuesto en nuestras madres peruanas víctimas de violencia. Según el Ministerio de Salud, esta enfermedad es la que causa mayor discapacidad (declive en el cuidado propio y de sus hijos) y ausencia laboral, siendo las mujeres las más afectadas (MINSA, 2007).

Por todo ello se propuso estudiar los indicadores de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar, con el fin de demostrar la existencia de sintomatología depresiva en mujeres con esta problemática, para esto se recurrieron a dos objetivos específicos: Identificar los indicadores cognitivo - afectivo e identificar los indicadores somáticos de la depresión que presentan dichas mujeres, para obtener un enfoque más individualizado de la sintomatología.

Diversas investigaciones se enfocaron en la depresión como una de las principales consecuencias que tiene la violencia hacia la mujer. En Ecuador, Trujillo (2015) en el estudio que realizó a 38 mujeres diagnosticadas con algún grado de Depresión, mediante técnicas de entrevista, psicométrica (test de Hamilton) y encuestas. La totalidad, han sido víctimas de alguna forma de violencia, siendo la violencia psicológica la más predominante, luego la física, esto quiere decir que la mayoría de las mujeres investigadas han tenido esta patología como consecuencia de violencia recibida. Asimismo, Moreno (2014) en el mismo país observó que, la Violencia Intrafamiliar se encuentra asociada con el Trastorno Depresivo, además descubrió

mayor prevalencia de mujeres con trastorno depresivo leve y porcentaje elevado de violencia económica.

Sobre este punto, otras investigaciones corroboraron la presencia de sintomatología depresiva en mujeres violentadas, Labra (2014), en Chile abarcó no solo la sintomatología depresiva sino también el estrés post traumático, encontró que existe relación entre los distintos niveles de síntomas de salud mental y tiempo de duración de la violencia, a si también entre el nivel del abuso sufrido y los tipos de factores estresantes adicionales, al igual que los otros investigadores, Labra halló que el total de su muestra presenta signos y síntomas de depresión, siendo el nivel severo el más representativo.

Adicionalmente, se considera que aspectos como factores de vulneración se encuentran asociados a la prevalencia de violencia, Bermúdez, Casas, Castro, Lembo, & Saldías (2013) encontraron que en Montevideo existe una relación directa entre nivel sociocultural bajo, la inexistencia de una buena relación con la pareja y las manifestaciones de violencia en mujeres con diagnóstico de depresión, así también, Guerrero (2014) descubrió que hay mayor incidencia de sintomatología depresiva en mujeres que comprenden los 35 y 50 años y a que a su vez son causadas tanto por factores externos como internos, y en ellas sobresale la violencia física y psicológica.

En relación a nuestro contexto, en Perú, Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil, & Campos (2014) encontró que entre las mujeres que sufren maltrato y las que no, las primeras son quienes presentan mayores índices de ansiedad y depresión, por otro lado, Guzmán (2015), obtuvo como resultado de su investigación, que las mujeres interrogadas asocian la violencia a experiencias tempranas y a definiciones aprendidas culturalmente, por lo general la relacionan con sucesos concretos: violencia física y verbal, y en segundo lugar a reacciones emocionales. En pocas palabras, suelen asociar la violencia, con actos físicos y sexuales.

Para medir los indicadores de depresión, se tomó como referencia a la teoría cognitiva de Beck (BDI – II) y a los signos y síntomas descritos en el DSM IV. Se tuvo en cuenta las variaciones habituales del estado de ánimo y las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En intensidad moderada y grave, indica posible enfermedad, que puede convertirse en un problema de salud mental. Sobre esto, Perris y Klerman citados en Belloch, Sandín, & Ramos (2008), refieren que experimentar sentimientos de tristeza no es bastante para determinar una depresión, es por ello por lo que se deja de lado indicadores depresivos en los niveles mínimo y leve debido a que la depresión descrita como síntoma (es decir, sentirse triste) está presente en la mayor parte de la vida cotidiana.

La depresión puede referirse a un estado de ánimo, un síndrome o una enfermedad. En el primer caso se utiliza para describir bajas transitorias del estado de ánimo propias de la vida misma, como síndrome se caracteriza por la asociación de una serie de signos y síntomas que lo diferencian de las reacciones normales y que pueden agruparse en categorías. En lo que se refiere a la depresión como enfermedad se consideran que estos sentimientos y vivencias constituyen una depresión clínica cuando existe un síndrome depresivo, habitualmente autónomo con respecto a cualquier experiencia vital que pueda haber iniciado y que afecta el funcionamiento social, laboral o interpersonal. (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, & Camba, s.f. p.173).

Existen diversas teorías que tratan de explicar la depresión, Sigmund Freud, menciona que las personas depresivas serian aquellas, que desde los primeros años de vida y a causa de la pérdida de un “objeto amado” ya sea por separación, muerte o rechazo, llegaron a ser muy sensitivos a la pérdida o abandono, real o imaginario. Estos objetos amados tienen que haber sido muy significativos en la vida de los niños, usualmente los padres y más recurrentemente la madre. Estas pérdidas tempranas hicieron que su autoestima, su autovaloración necesite del

consentimiento y el afecto de los que lo rodean, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración de que por cualquier acontecimiento son rechazados, criticados o abandonados.

Por otro lado, Beck, refiere que es una enfermedad que tiene como principal alteración al procesamiento de información (esquemas) y percepción de la realidad, donde la persona tiene un enfoque negativo de sí mismo, el mundo y el futuro.

En cuanto a violencia familiar, se entiende como cualquier acto que produzca muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, a la mujer o integrantes del grupo familiar ya sea en ambientes públicos como privados, dentro de la familia o en cualquier otra interacción interpersonal, donde el agresor haya compartido la misma vivienda que la mujer, la agresión puede ser físico, psicológico o sexual.

Las explicaciones acerca de la violencia familiar han sido debatidas desde hace mucho, y pocas aproximaciones cubren plenamente las complejas realidades en las que se despliega la violencia, la manera más práctica de explicar esta problemática es a través de la teoría ecológica que diferencia entre los múltiples factores que intervienen, categorizándolos y explicándolos en cómo estos interactúan entre sí. Existen así 4 factores: macrosistema, exosistema, microsistema e historia personal. De igual forma, la teoría del ciclo de la violencia menciona que la finalidad principal del agresor no es lesionar sino más bien someter a su víctima. Los actos violentos tienden a la repetición compulsiva y a ser aumentados gradualmente de intensidad dando lugar al denominado ciclo de violencia, que una vez instalada en el hogar es muy difícil de frenar, esta se divide en tres fases: incremento y acumulación de la tensión, explosión de la violencia y manipulación efectiva.

Esta investigación está dividida en cuatro capítulos. El Capítulo I presenta el planteamiento y formulación del problema, objetivos, justificación e importancia, limitaciones, delimitaciones, hipótesis y descripción de variables. En el Capítulo II se encuentra los

antecedentes de la investigación, bases teóricas y la definición de términos básicos. En el Capítulo III se desarrolla el método, tipo, nivel de la investigación, diseño de la investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de procesamiento de datos. Por otro lado, en el Capítulo IV se da a conocer la presentación de resultados, la discusión de resultados. Finalmente, las conclusiones y recomendaciones del caso responden a las determinaciones del problema de investigación. Las referencias bibliográficas y las fuentes de las tablas gráficos permiten encontrar validar la información encontrada en este documento.

La Autora

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento y formulación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 mencionó que 350 millones de personas en el mundo, padecen de depresión, siendo las mujeres a diferencia de los hombres, más proclives a sufrir dicha condición, convirtiéndose en una de las causas más importantes de carga de morbilidad femenina, tanto en los países con ingresos altos como bajos. Los porcentajes de depresión en Latinoamérica son aún mayores, se estima que cuatro de cada diez madres Latinas padecen de dicha enfermedad, además entre el 60 y 65% de personas diagnosticadas con este padecimiento en esta parte del mundo no reciben la atención pertinente, debido a diversas causas socioculturales (OPS, 2014), sobre esto Moreno (2014), afirma que del 1,5% de personas depresivas que llegan al médico general, solo el 0,2% son atendidas por el personal capacitado, probablemente porque, ni el paciente, familia, ni el entorno social, la reconocen como una enfermedad

De acuerdo con el estudio ejecutado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi en nuestro país, la depresión mayor es una de las enfermedades mentales con mayor presencia (18,2%), se estima que 20 de cada 100 personas en el Perú sufren de dicha enfermedad, y al igual que en otros países, el porcentaje de

atenciones es menor, solo el 40% reciben la ayuda que necesitan, además se suicidan más hombres que mujeres, pero es mayor el porcentaje de mujeres con intentos de suicidio. Venegas (2009). Según el Ministerio de Salud, esta enfermedad es la que causa mayor discapacidad (decae en el cuidado propio y de sus hijos) y ausencia laboral, siendo las mujeres las más afectadas (MINSA, 2007).

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia; la depresión es una de las consecuencias negativas más frecuentes en personas que la padecen Ellsberg y Heise (2010), viene a ser una expresión de la indefensión que experimenta la víctima por su incapacidad para tomar decisiones oportunas y firmes, este fenómeno social, a pesar de los esfuerzos notables de las autoridades por erradicarla, ha ido incrementándose durante los últimos años, así se observa en el informe de la OMS (2016), donde señala que de cada tres mujeres en el mundo (35%), una, ha sufrido de violencia física o sexual por parte de su pareja u otras personas en algún momento de su vida, así mismo, menciona que a raíz de este tipo de experiencias la persona tiene doble probabilidad de desarrollar enfermedades mentales.

La violencia familiar es uno de los mayores problemas que el Estado Peruano debe enfrentar. A pesar que fue uno de los principales países en Latinoamérica en aprobar las leyes específicas sobre violencia doméstica, (Alcalde, 2014) señala que el 69% de mujeres rurales y 51% de urbanas han sufrido violencia física o sexual, y el 24% de mujeres rurales en el Perú, su primera experiencia sexual fue forzada (OMS Estudio Multipais, 2015). Según el instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2015, 3750 mujeres menores de 18 años denunciaron a terceros por violencia sexual, de las cuales 156 pertenecían a la provincia de Junín, 1538 mujeres mayores de 18 años denunciaron a terceros por violencia sexual, siendo de estas 90 pertenecientes a la provincia de Junín; 84 mujeres en el Perú

murieron a causa del feminicidio 7 de ellas eran de Junín. Por otro lado el 39.3% de las mujeres en Junín refieren haber sido víctimas de violencia física por parte de su pareja alguna vez en su vida, el 81.2% de mujeres en nuestro país, aseveran haber sido víctimas de violencia psicológica o verbal por parte de su compañero o esposo alguna vez en su vida (INEI, 2017), estos indicadores colocan a la provincia como el tercer lugar en casos de tentativa de actos de feminicidio a nivel nacional, un puesto sumamente alarmante

Estudiar la depresión asociada a la violencia familiar se hace relevante, esta incluye a todas las agresiones físicas, psicológicas y sexuales por las que son expuestas las mujeres dentro del ámbito familiar. Entre las consecuencias que tiene, es erróneo captar la idea de que esta solo es perjudicial para las mujeres, por el contrario, ampliar la observación de que la violencia es dañina tanto para la mujer como para los niños y los hombres que comparten su vida crearía conciencia social y la necesidad de que se realicen más estudios sobre la problemática. A pesar de las muchas formas de violencia que existen, los estudios han tomado mayor relevancia a la violencia física, esto conlleva que a nivel práctico, las instituciones encargadas de recibir a las víctimas para apoyarlas (Policía Nacional del Perú), exijan ver signos de violencia física y dejan en segundo plano a los otros tipos, lo que surge que la agresión y la violación no deben ser considerados los únicos marcadores de violencia, en conclusión la mayoría de varones no necesitan ser agresores o violadores para ser violentos con las mujeres (Alcalde, 2014).

Además, se cree erróneamente que las mujeres víctimas de violencia familiar provenientes de los status sociales medio y bajo no tienen consecuencias emocionales.

Frente a este hecho se propone estudiar los indicadores de depresión en mujeres víctimas de violencia, en consecuencia, se formula el siguiente problema general:

1.2. Problema.

2.2.2.1.1. Problema General.

¿Cuáles son los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?

2.2.2.1.2. Problemas específicos.

- ¿Existen indicadores de la dimensión cognitivo - afectivos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?
¿Existen indicadores de la dimensión somáticos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el tipo de violencia y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la condición civil y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la edad y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general.

Determinar los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos.

- Determinar los indicadores de la dimensión cognitivo - afectivos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.
- Determinar los indicadores de la dimensión somáticos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.
- Determinar la relación que existe entre el tipo de violencia y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.
- Identificar la relación que existe entre la condición civil y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.
- Identificar la relación que existe entre la edad y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.

1.4. Justificación

Las mujeres son más predisponentes a desarrollar depresión ya sea por aspectos biológicos hormonales o socioculturales, esta a su vez, no solo deja secuelas internas si no también puede propagarse al ámbito familiar, en consecuencia se tienen trastornos de conducta en sus miembros, esto lleva a un coste social, económico y de salud física y mental, muchas veces arruina las capacidades de sostén de la familia generando consternación y por ende carga para el Estado. La depresión es una de las consecuencias más frecuentes de la violencia familiar.

Para la Organización Panamericana de la salud, la violencia psicológica, sexual y física son las que generan mayor riesgo en la salud mental de la población, específicamente en las mujeres, en dicho informe mencionan como consecuencias principales: a la depresión, intentos de suicidio, trastorno de estrés post traumático y otros trastornos de estrés y ansiedad. Asimismo, aquellas mujeres que señalaron haber sufrido violencia psicológica, física y sexual desde muy temprana edad, indican sentir menosprecio por sí mismas, dificultad por distinguir entre la conducta sexual y afectuosa. (OPS, 2014).

La violencia se practica sin distinción tanto en zonas urbanas como rurales, sin embargo, las políticas y programas estatales se realizan esencialmente en zonas urbanas. “de cada diez investigaciones, siete se han realizado en zonas urbanas, es decir, en la ciudad; mientras que solo una es exclusiva del área rural y otras dos tomaron en cuenta su realización tanto en zonas urbanas como rurales” (MIMP 2012: 19 citado en Crisostomo, 2016).

Las personas tienden a creer que la violencia física, psicológica y sexual realizada por la pareja hacia las mujeres de la sierra, no tiene por qué ser abordada por las políticas estatales, ya que estas prácticas se basan en las costumbres tradicionales y no tienen costes emocionales o sociales, convirtiendo a las mujeres en cómplices de su propio sufrimiento como miembro de una etnicidad y culturas atrasadas vinculadas a la sierra. (Alcalde, 2014).

En tal sentido, los resultados de la investigación, en el plano psicológico, permiten conocer la relación que existe entre la problemática y los indicadores de depresión de las mujeres maltratadas de estratos sociales bajos y provenientes de la sierra del Perú, así mismo ayuda a generar futuros programas con el fin de prevenir y combatir este problema, dándole un enfoque no solo social si no también clínico, ya que se direcciona a disminuir los signos y síntomas de la depresión en mujeres maltratadas.

La aplicación del test de depresión de Beck y cuestionario sobre violencia familiar a estas mujeres ayudaron a formalizar la investigación para que pueda servir de base a las futuras investigaciones sobre este tema y ampliar nuevos conocimientos a través de la medición de las variables.

Por otro lado, la depresión, según Beck se subdivide de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM – IV en dos dimensiones; cognitivo afectivo y somático, dentro de la sintomatología de cada uno podemos encontrar que, para la dimensión Cognitivo – afectivo se evalúa: tristeza, pesimismo, fracaso, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con un mismo, autocrítica y desvalorización. Para la dimensión somática evalúa síntomas como: pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Dado que los objetivos de la terapia en depresiones, es eliminar los síntomas, prevenir las recaídas e identificar de manera indistinta los niveles de cada dimensión, permitirá plantear programas de recuperación emocional en mujeres víctimas de violencia de una manera más individualizada.

1.5. Hipótesis y descripción de variables

1.5.1. Hipótesis.

El presente estudio no presenta hipótesis por ser de alcance o nivel descriptivo, al respecto Hernández, Fernández, y Baptista (2014) señalan que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis de esta clase o que sean afirmaciones más generales debido a que no es sencillo realizar estimaciones precisas sobre ciertos fenómenos.

1.5.2. Variables.

Definición conceptual de la variable indicadores de depresión.

Los indicadores de depresión son referencias específicas que brindan datos o información cualitativa de la depresión desde la perspectiva de la teoría cognitiva de Beck quien toma como referente a los signos y síntomas del DSM IV. Para esto, se considera las variaciones habituales del estado de ánimo y las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En intensidad moderada y grave, indica posible enfermedad, que puede convertirse en un problema de salud muy seria que causa sufrimiento y alteración en las actividades diarias.

Definición operacional de la variable.

La variable indicadores de depresión se midió a través de las dimensiones cognitivo - afectivo y somático cuyos indicadores son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo autocrítica, pensamientos o ideas suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión desvalorización, pérdida de energía, cambio en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo, su escala de medición es: 0 a 13, referente al rango de depresión mínima; 14 a 19 depresión leve; 20 a 28 depresión moderada y 29 a 63 depresión severo. El instrumento pertenece al Inventario de Depresión de Beck. (Ver anexo - cuadro de operacionalización de la variable)

1.6. Delimitación y limitación de la investigación

1.6.1. Delimitación.

El estudio, a través del Inventario de Depresión de Beck, analizó las dimensiones de la depresión; cognitivo – afectivo y somático, este instrumento permite apreciar la intensidad

de la depresión en pacientes psiquiátricos y detecta indicadores de posible depresión en la población normal, es decir, el resultado de esta escala de medición en población sin antecedente de enfermedad psiquiátrica no es suficiente para un diagnóstico de depresión en la población del estudio.

Esta investigación se realizó en la localidad de Sapallanga durante los meses de octubre y noviembre del 2017. Este distrito se caracteriza por estar distribuida entre población urbana y rural, para la investigación, se trabajó con 4 sectores rurales (Libertador Simón Bolívar, Barrio Centro, Mariscal Castilla y San Pedro), su principal actividad productora es la agricultura y el pequeño comercio. La población tiene necesidades básicas insatisfechas, es decir habitan viviendas físicas inadecuadas sin servicio de desagüe, ni agua de forma permanente, por lo general las viviendas se encuentran localizadas en el campo, dispersas y distanciadas (INRENA, 2006) .

La población, elegida está constituida por madres pertenecientes al programa Vaso de Leche, este programa social fue creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a la población considerada vulnerable (menores de 8 años, madres gestantes y en periodo de lactancia con ingresos reducidos que nos les permite cubrir necesidades mínimas de alimentación). Este programa es administrado por los Municipios que son los que se encargan de ejecutar las labores financieras, logísticas y operativas que demanda el programa.

Las mujeres participantes del estudio se caracterizan por ser víctimas de violencia familiar por su pareja en cualquiera de sus tres variantes: física, psicológica y/o sexual, son convivientes o casadas y tienen como mínimo un hijo que no sobrepasa los 8 años.

Se observa que son mujeres pertenecientes al nivel socioeconómico E; es decir en su mayoría son trabajadoras independientes (vendedores ambulantes, servicio doméstico, comerciantes, agricultores o ganaderos), y por lo general, carecen de estudios o solo culminaron con el nivel de educación primaria.

Por otro lado, no participaron del estudio mujeres con otras enfermedades mentales, menores de edad, no víctimas de violencia familiar, de estratos sociales diferentes al nivel socioeconómico E y madres con hijos mayores de 8 años.

1.6.2. Limitaciones.

La indisposición por parte de las autoridades para brindar la información pertinente acerca de las madres de familia para la elaboración del estudio fue una de las limitantes que sobresalieron en la investigación.

Al momento de administrar las fichas, se observó que el grado de preparación académica y las diferencias culturales que existieron en las madres pertenecientes al programa vaso de leche fue una de las dificultades más complejas que se superó.

Los resultados obtenidos en la investigación no podrán ser generalizados debido a la poca cantidad de la población y las características de estas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Trujillo (2015) sustentó la tesis titulada *Depresión en mujeres adultas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al sub centro de salud Santa Clara de San Millán del área de salud N° 2.*, en la ciudad de Quito con la finalidad de obtener la licenciatura en Psicología Clínica, en la Universidad Central de Ecuador, esta tuvo como objetivo probar si la violencia intrafamiliar produce depresión en las mujeres e inestabilidad familiar y si en los hogares de origen del maltratador hay antecedentes de violencia. Esta investigación no es experimental, según su tipo es correlacional, con diseño no probabilístico, se utilizó una muestra de 38 mujeres diagnosticadas con algún grado de depresión, mediante técnicas de entrevista, psicométrica (test de Hamilton) y encuestas. La totalidad de mujeres que conforman esta muestra investigada, han sido víctimas de alguna forma de violencia. La violencia psicológica se detecta en 49% de los casos, la violencia física en un 43% y un 8% de las mujeres están afectadas también por violencia sexual. Se pudo constatar además que la mayoría de las mujeres (40%) presentan una depresión muy

grave mientras que un porcentaje significativo (21%) presentan depresión moderada, seguida de un grupo (18%) que presenta depresión grave, con el 13% encontramos a un grupo de mujeres que tienen depresión leve y tan solo un 8% del grupo no tienen depresión, esto quiere decir que la mayoría de las mujeres investigadas han tenido esta patología como consecuencia de la violencia recibida.

Labra (2014), realizó la tesis titulada *La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad Chilena*, en la ciudad de Madrid, con la finalidad de obtener el grado de Doctor en Psicología en la Universidad Complutense de Madrid, tuvo como objetivo analizar las repercusiones en la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género que asisten a los centros de la mujer Sernam en Santiago de Chile. Esta investigación es descriptiva y comparativa, se tomó como muestra para el estudio a 202 mujeres supervivientes de violencia por parte de sus parejas en un “Centro de la Mujer” de la Región Metropolitana de Chile, este estudio concluye diciendo que un porcentaje elevado de situaciones en las que las mujeres de la muestra experimentan violencia, incluida la violencia psicológica, física y sexual cometida por un compañero o ex pareja, a si mismo existe una relación entre los diferentes niveles de síntomas de salud mental y duración de violencia , a si también entre el nivel del abuso sufrido y el nivel de factores estresantes adicionales, en cuanto a estrés post traumático el 69,3% de la mujeres evaluadas presentan TEPT, con respecto a la sintomatología de depresión, utilizando el cuestionario de BDI (Beck) se encontró que 19% de los casos eran por depresión leve, 27% depresión moderada y 30% de los casos eran depresión grave.

Guerrero (2014) realizó la tesis titulada *Depresión en mujeres de 35 y 50 años (Estudio realizado en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhuleu), en la ciudad de Quetzaltenango, México*; con la finalidad de obtener la licenciatura en Psicología

Clínica, en la Universidad Rafael Landívar, tuvo como objetivo identificar como la depresión aqueja a las mujeres que asisten a los distintos centros de atención a la mujer, en la Ciudad de Retalhuleu, durante el mes de octubre. La investigación se realizó desde el enfoque cuantitativo y diseño descriptivo. A través de los estudios realizados en centros de atención a las mujeres, se concluyó que la depresión perjudica a las mujeres de 35 a 50 años en diferentes indicadores, como son severo o mínimo, en la mayoría de los casos afecta su vida cotidiana y tranquilidad social, por las diferentes emociones y conductas causadas por factores externos e internos. Entre los internos se encontró: muerte de algún ser querido, pérdidas emocionales, críticas y falta de confianza en ellas mismas, y externos: falta de trabajo, falta de realización personal, ruptura con la pareja sentimental, infertilidad y maltratos psicológico y físico.

Moreno (2014) presentaron la tesis titulada *Violencia intrafamiliar como causa de trastorno depresivo en mujeres que acuden al centro de apoyo integral La tres Manueles y al hospital Cantonal de Sangolquí*, en la ciudad de Quito con la finalidad de obtener el Grado de Magister en Psicología Clínica, en la Universidad Central de Ecuador, esta tuvo como objetivo de determinar si la violencia intrafamiliar es causa del desarrollo de trastorno depresivo en mujeres que acuden al Centro de Equidad y Justicia “Las Tres Manueles”. Esta investigación es observacional, epidemiológico analítico, longitudinal de casos controles, se incluyeron 114 mujeres, 57 casos con trastorno depresivo y 57 controles sin trastorno depresivo. Los casos fueron mujeres del Centro de Equidad y Justicia “Las tres Manueles” que en la Escala de Zung obtuvieron resultados de trastorno depresivo. Los controles fueron pacientes de consulta externa de las diferentes especialidades del Hospital Cantonal Sangolquí, excepto de salud mental, que obtuvieron resultados de no depresión. Se obtuvieron como resultado que, de las 57 mujeres con trastorno depresivo, 40 (35,1%)

presentaron trastorno leve, 14 (12,3%) moderado y 3 (2,6%) grave. De las 57 mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo 51 (89,50%) sufrían violencia psicológica, 43 (75,40%) física, 42 (73,70%) sexual y 48 (84,2%) económica., por lo cual llego a la conclusión de la violencia intrafamiliar se encuentra asociada con el trastorno depresivo.

Bermúdez, Casas, Castro, Lembo, y Saldías (2013), realizaron una investigación: *Mujeres con diagnóstico de depresión que sufren de violencia doméstica* en la Universidad de la Republica, de la ciudad de Montevideo, el objetivo fue conocer si las mujeres con diagnóstico de depresión sufren algún tipo de violencia. Se realizó un estudio de tipo no experimental, descriptivo y de corte transversal con una metodología cuantitativa. La población del estudio es de 399 usuarios/as que se atendieron en la policlínica de salud mental de un centro de salud del interior del país en los meses marzo- agosto, tomándose como muestra a 77 mujeres que se atendieron en ese período y que tienen diagnóstico de depresión. Este estudio concluye refiriendo que la mayoría de las mujeres que sirvieron para el análisis, tienen un nivel sociocultural bajo, no tienen buena relación con la pareja y además existe un porcentaje elevado de manifestaciones de violencia en mujeres con dicho diagnóstico.

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

Guzmán (2015), presentó la tesis titulada *Representaciones sociales de la violencia contra las mujeres en actoras locales de un distrito rural costero* en la Pontifica Universidad Católica del Perú de la ciudad de Lima, dicha investigación tuvo como finalidad analizar las representaciones sociales de la violencia contra las mujeres en un grupo de actoras locales aliadas a una estrategia de intervención del Estado frente a la violencia familiar y sexual en un distrito rural costero, se recurrió al diseño cualitativo utilizando la técnica de línea de tiempo para dar mayor cuenta de las particularidades de la localidad y de sus

habitantes para ello se utilizó entrevistas. Se obtuvieron como conclusiones, que las mujeres interrogadas asocian la violencia a experiencias tempranas y a definiciones aprendidas culturalmente, por lo general la relacionan con sucesos concretos: físicos y verbales, y en segundo lugar a reacciones emocionales. En pocas palabras, suelen asociar la violencia, con actos físicos y sexuales.

Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil, y Campos (2014) desarrollaron una investigación en la Universidad Mayor de San Marcos titulada: *Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano marginales de la ciudad de Lima*, dicha investigación tuvo como fin analizar la relación entre la depresión y la ansiedad según su tipo de convivencia en mujeres con y sin maltrato en la relación de pareja, esta investigación recurrió al diseño correlacional transversal, los datos fueron recogidos en un solo momento. Se halla que existe correlación significativa entre la ansiedad estado y depresión ($\text{sig.}=0.04$) y muy significativa entre depresión y ansiedad rasgo ($\text{sig.}=0.00$). Asimismo, se encontró que entre las mujeres que sufren de maltrato y las que no, las primeras son quienes presentan mayores índices de ansiedad. En lo que respecta a la depresión, las mujeres maltratadas presentaron mayor depresión que aquellas no maltratadas. No se encontró relación entre estado rasgo o estado y los tipos de convivencias, la ansiedad puede estar presente en la mujer independientemente del tipo de familia al que pertenece. En cuanto a la depresión, no se han encontrado diferencias significativas según tipo de convivencia.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Definiciones fundamentales de depresión.

Hipócrates fue quien concebido la depresión por primera vez durante el siglo IV a. C, denominándolo “melancolía”, para él esta consistía en los estados de inhibición y tristeza

que se veían involucrados constantemente en personas esencialmente sensibles e inteligentes. “Para Hipócrates la melancolía se debe al desequilibrio de la secreción de la bilis negra, o bien a una mala combustión de esa sustancia dentro del organismo, que daría lugar a restos tóxicos” (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p.234).

En 1893 Sigmund Freud, padre del psicoanálisis en su trabajo titulado “duelo y melancolía interpretaba la depresión como a la existencia de un superyó excesivamente exigente, es decir de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea un gran sentimiento de culpa”. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 273)

Sin embargo, así, como algunas definiciones han ido cambiando a través de los tiempos, lo mismo sucede con la depresión que a partir de los años 50, sufre cambios dentro de su significado. Para los teóricos de aquellos años la denotación que tiene en el castellano suele ser inespecífica y puede referirse a un estado de ánimo, un síndrome o una enfermedad.

En el primer caso se utiliza para describir bajas transitorias del estado de ánimo propias de la vida misma ya que los sentimientos de tristeza y desilusión son dos vivencias habituales en la existencia humana, como síndrome se caracteriza por la asociación de una serie de signos y síntomas que lo diferencian de las reacciones normales y que pueden agruparse en categorías. En lo que se refiere a la depresión como enfermedad se consideran que estos sentimientos y vivencias constituyen una depresión clínica cuando existe un síndrome depresivo, habitualmente autónomo con respecto a cualquier experiencia vital que pueda haber iniciado y que afecta el funcionamiento social, laboral o interpersonal. (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, & Camba, s.f. p.173).

De la misma manera autores como Perris y Klerman citados en Belloch, Sandín, y Ramos (2008), refieren que experimentar sentimientos de tristeza no es bastante para determinar una depresión, realizar un discernimiento es de suma importancia, pues la depresión entendida como síntoma (es decir, sentirse triste) está presente en la mayor parte enfermedades mentales y médicas, sin embargo diferenciar entre la depresión clínica y los estados de ánimo no resulta fácil debido a que los teóricos no llegan a un acuerdo respecto a los límites que aclaran una respuesta depresiva “normal” de una respuesta depresiva patológica.

Por otro lado, el Dr. Podolsky en su enciclopedia de las Aberraciones, refiere que; las depresiones en sus menores rangos son fenómenos comunes en la vida diaria del ser humano, entendidas como declives del estado de ánimo lo suficientemente graves como para entorpecer la conducta normal del sujeto, produciéndose en forma aislada, como parte de las respuestas de la personalidad a muchas enfermedades. (Podolsky, 1967, p. 300).

Para el presente estudio se toma la definición de Aron Beck, que postula la depresión desde la perspectiva de la teoría cognitiva; refiere, que es una enfermedad que tiene como principal alteración al procesamiento de información (esquemas) y percepción de la realidad. Durante la depresión estos esquemas llegan a ser predominantes, filtrando la percepción de los recuerdos antecesores, por eso el sujeto está convencido que las cosas son tan negativas como las ve. Para poder explicar de una manera más sintetizada Beck lo explico desde la perspectiva de la triada cognitiva, en donde la persona tiene una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro. (Dahab, Rivadeneira, & Minici, s/f).

2.2.2 Modelos teóricos de la depresión

2.2.2.1.3. *Teoría psicodinámica de los trastornos depresivos.*

Si se habla de trastornos depresivos, los psicoanalistas fueron los primeros en estudiarlos, el 1893 Freud propuso algunas hipótesis sobre la melancolía, término que utilizó para caracterizar a la depresión; sin embargo, fue su discípulo Karl Abraham quién realizó las primeras teorías psicodinámicas de la depresión. Para él, el inicio de este trastorno, se evocan a las etapas “pre edípicas” del sujeto, explicándolo de la siguiente manera, “la depresión es una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de la gratificación oral” (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p.273).

Freud en su afán de explicar el proceso de los trastornos depresivos une la teoría de su discípulo con sus propios postulados así nace su trabajo titulado “duelo y melancolía” en donde distingue lo que para él eran las diferentes tipos de reacciones depresivas (melancolía y duelo), en este tratado Freud intenta explicar el modos operandi de la depresión, a si refiere que el sujeto en su intento por minimizar el dolor que le genera la pérdida del objeto amado, interioriza la representación de este objeto, lo introyecta; lo que hace que la ira que era dirigida hacia el objeto es ahora dirigida hacia el propio yo de la persona, predisponiéndole a futuros episodios depresivos determinados por sentimientos de reproche (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Esta teoría inicialmente fue utilizada por los seguidores de Freud, sin embargo, en sus últimos escritos interpretaba la depresión como: “La presencia de un superyó excesivamente exigente, es decir, de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimiento de culpa” (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 273).

En resumen, las teorías psicodinámicas más próximas aseveran que las personas depresivas serían aquellas, que desde los primeros años de vida y debido a la pérdida de un “objeto amado” por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de pérdida o abandono, real o imaginario. Estos objetos amados tienen que haber sido muy significativos en el crecimiento de los niños, ya sea el padre o con mayor impacto, la madre. Estas pérdidas tempranas hicieron que su autoestima, su autovaloración dependa de la aprobación y el afecto de los que lo rodean, de tal modo que se ven incapaces de superar la frustración de cuando por cualquier circunstancia son rechazados, criticados o abandonados (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Por otra parte, Melanie Klein mencionada por (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, y Camba, s.f.), postula que los pacientes con depresión:

Sufrían por la preocupación de haber destruido objetos amados a través de su propia destructividad y codicia. Como resultado de esta destrucción fantaseada experimentaban la persecución de los objetos odiados que un quedaban. El sentimiento de desprecio que experimentan algunos sujetos deprimidos se desarrollaría por la sensación de que los padres buenos internalizados se han transformado en perseguidores, debido a la fantasía destructiva de los propios sujetos y sus propios impulsos (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, & Camba, s.f., p.183).

2.2.2.1.4. Teorías conductuales de los trastornos depresivos.

Existen diversas vertientes que intentan explicar a los trastornos depresivos, según Belloch, Sandín, y Ramos (2008), a si por ejemplo tenemos a las teorías conductuales, quienes comparten las mismas bases teóricas que la teoría del aprendizaje, especialmente la del condicionamiento operante. Uno de los primeros psicólogos en explicar el suceso

depresivo a través de un marco clínico/ experimental, fue Charles Fester, según él la principal característica de la depresión es la limitada continuidad de conductas reforzadas positivamente que se usan para controlar el medio, y, sin embargo, se produce en abundancia conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos, Fester señala los siguientes cuatro procesos que, aislados o en combinación, podrían explicar la patología depresiva:

- Alteraciones imprevistas, bruscas y rápidas en el ambiente que predigan pérdidas en las fuentes de reforzadores o de estímulos discriminativos relevantes para el sujeto. Esta asociación explica por qué en la depresión, tras la disminución de la única fuente de reforzamiento, se produce una generalización de efectos y conductas que no están necesariamente conectados entre sí. Ejemplo, si una persona que pasa por un proceso depresivo ya no va al cine o no sale a tomar un café, actividades que usualmente le resultaban placenteras, es porque antes acostumbraba ir acompañada o con su pareja y, tras el alejamiento de dichas personas, esa fuente de reforzamiento ha desaparecido, estas conductas continúan en el repertorio de la persona , pero la ausencia de las personas ha reducido su frecuencia a cero, para Fester el entorno social estaría funcionando como un estímulo discriminativo cuya ausencia o presencia indica a la persona la ausencia o presencia del refuerzo y por tanto aumenta o reduce la conducta.(Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).
- Programas de refuerzo de gran valor, que requieren grandes permutaciones de conducta para producir secuelas en el medio (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).
- Dificultad en desarrollar repertorios conductuales nuevos debido al apareamiento de círculos patológicos en las que una disminución de la tasa de refuerzos positivos incita a una rebaja de conductas, lo que acarrearía después una mala adaptación al

medio y, por consecuencia, un número menor de refuerzos positivos que a su vez originaría una nueva reducción conductual (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

- Repertorio de observación restringida que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

En definitiva, para Fester, citado en (Santo-Domingo, Baca, Carrasco, & Camba, s.f.), la depresión es una manifestación de la falta de refuerzo positivos contingentes a la conducta. Para él un reforzamiento escaso en los espacios vitales del sujeto conduciría a un estado de ánimo deprimido y una reducción en el número de conductas, que a su vez podría deberse a la ocurrencia de los siguientes factores, solos o en combinación:

- Un contexto que no proporciona el reforzamiento suficiente.
- Carencia de habilidades sociales para conseguir el reforzamiento de un ambiente dado.
- Incapacidad para disfrutar de los reforzadores disponibles ya que el individuo presenta altos indicadores de ansiedad social, que al obstruir con la puesta en marcha de sus habilidades le impiden acceder a sus refuerzos sociales.

2.2.2.1.5. Teorías cognitivas de los trastornos depresivos.

De manera general, para Belloch, Sandín, y Ramos (2008), las teorías cognitivas de los trastornos depresivos refieren que algunos procesos cognitivos tienen un papel significativo, en el curso o la retención de la depresión. Así mismo plantea las siguientes vertientes:

2.2.2.1.6. Teorías del procesamiento de información.

Este supuesto utiliza conceptos teóricos derivados de la psicología experimental para conceptualizar la depresión. Observa al sujeto como un sistema de procesamiento de información en un medio que está en continuo cambio de las demandas de capacidades adaptativas, es decir la persona elabora la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en su medio. La información que va obteniendo sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea sufre transformaciones cognitivas y por ende afecta a las respuestas tanto emocionales como conductuales de la persona produciéndose una interdependencia entre cognición, emoción y conducta (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.7. Teoría de Beck.

Para Aron Beck, en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, es decir:

Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando como lo que se conoce como la triada cognitiva: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 276).

Aron Beck citado en (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008), trata de fundamentar su teoría sobre la depresión mediante la triada cognitiva, está según Beck, es consecuencia de una exacerbación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, ya sea en su duración,

frecuencia o en su intensidad, de tal manera que interfieren asombrosamente con la capacidades adaptativa del individuo que lo padece, hay diversas causas que pueden desencadenar este tipo de procesamiento distorsionado de la información que adquiere el sujeto, sin embargo la teoría cognitiva de Beck afirma que en la depresión no endógena las causas principales tendrían que ver con la interacción de los siguientes factores.

- La existencia de conductas o creencias disfuncionales sobre el significado de experiencias significativas, que en un futuro condicionan la construcción de la realidad.
- El individuo tiende a generar valoraciones subjetivas muy altas de dichas experiencias significativas.
- La ocurrencia de un estresor en particular que desencadene dichos factores, es decir, un suceso considerado importante que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Para Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior , estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno” (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 276), a su vez estas intervienen en el procesamiento des adaptativo y distorsionado de la información, que viene a ser procesada por medio del mecanismo de “arriba – abajo”, es decir aquellos estímulos permanentes con los esquemas se elaboran y se codifican mientras que la información inconsistente se ignora y se olvida, como un principio de economía cognitiva, sin embargo la consecuencia de este proceso simplificador es un procesamiento des

adaptativamente distorsionado de la información y por ende su posterior interpretación errónea que tiende a ser sesgada de la realidad.

En cuanto a esquemas disfuncionales depresógenos de los individuos depresivos distan de las personas normales en su estructura como en su contenido de la información que almacena. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias y actitudes erróneas acerca del individuo y del mundo que lo rodea , por lo general estas llegan a ser poco realistas e inflexibles además de ser inapropiadas para determinar su propia auto valía, debido a este mecanismo es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria del individuo se vean obstaculizados, estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de la persona, recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. De forma más textual Beck refiere sobre la depresión:

Los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo), para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado del ánimo del individuo o en sus procesos cognitivos, ni tampoco necesariamente se encuentra fácilmente accesibles a la conciencia (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008. p.278).

Según Beck existen dos dimensiones de personalidad que influyen a la vulnerabilidad a la depresión, estos son: la sociotropía y la autonomía. El esquema socio trópico tiene actitudes y creencias que implican la exaltación de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar sus propias actitudes y aptitudes, los esquemas

independientes contienen actitudes en las que priman la independencia la libertad de acción la vida priva privada y la autodeterminación.

La depresión es generada por el tipo de cognición que tiene la persona; es decir por sus actitudes disfuncionales, estas se expresan mediante pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos, que son imágenes o ideas estereotipadas de manifestación repetitiva e intencionada que no son sencillamente controlables; ambos pensamientos comprenden el discurso interno del individuo, de manera que son relativamente asequibles a la conciencia y dañinos psicológicamente. En la depresión giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incomprensión y desesperanza, que en conjunto configurarían la triada cognitiva negativa, esta implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.8. Hipótesis de la activación diferencial de Teasdale.

John Teasdale desarrolla una teoría a partir de los modelos cognitivos de Beck, él intenta explicar la relación que existe entre la emoción y cognición. Este modelo postula que

Cada emoción en particular está representada en la memoria por una unidad o nodo específico, el cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas automáticas, los términos verbales que la describen y cogniciones que contienen tanto descripciones de los sucesos que evocan esa emoción como pensamiento, creencias y recuerdos que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado al nodo de esa emoción con dichas cogniciones (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 280).

Sin embargo, en las depresiones o tristezas, las cogniciones que se generan en el nodo específico son negativas, por ende, cuando un nodo en específico es impulsado, se percibe la emoción correspondiente y la activación se lanza a través de las conexiones para recordar otras manifestaciones de la emoción. Para Teasdale, la depresión clínica se inicia cuando un nodo negativo es activado por algún suceso estresante en el sujeto, estos acontecimientos pueden producir en el individuo al menos un estado de ánimo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas, por lo general estos nodos suelen optar por mecanismos del tipo cíclico; círculos viciosos entre el nodo depresivo y el nodo cognitivo, intensificando y manteniendo en el tiempo al estado depresivo inicial.

Según Teasdale para que este ciclo se establezca, depende de que “los nodos o constructos cognitivos activados tras la activación inicial del nodo depresivo suponen la activación de los acontecimientos que le ocurren al individuo como sucesos altamente aversivos e incontrolables”. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 280)

Cabe subrayar que Teasdale afirma que las interpretaciones depresógenas que pueden realizar un sujeto están en función a las diferencias individuales de los nodos cognitivos negativos que hay en la memoria de los individuos o a la diferencia en su disponibilidad (resultado del aprendizaje del tipo de experiencias vividas) y a la facilidad con la que los nodos se pueden activar (experiencias repetitivas).

En conclusión, la teoría diferencial de Teasdale postula que:

A medida que la persona experimenta más episodios depresivos, habría una mayor facilidad para la activación de todos los procesos cognitivos negativos en su conjunto y habría un descenso en el umbral de activación de tales procesos, todo lo cual crearía una espiral de relaciones recíprocamente reforzantes entre proceso cognitivo

negativo y estado de ánimo deprimido; por tanto, la próxima vez, se requería un estímulo estresante muy pequeño para activar la estructura muy completa de constructos depresivos, y, por ende la depresión (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008, p. 281).

2.2.2.1.9. Teorías cognitivo-sociales.

2.2.2.1.10. Teoría de la indefensión aprendida.

Postulada por primera vez en 1975 por su precursor Martin Seligman, Belloch, Sandín, y Ramos (2008). Seligman partiendo del condicionamiento clásico instrumental, estudio los efectos que producían constantes choques eléctricos en animales, quienes a su vez carecían de algún tipo de escapatoria. Descubrió que dichos animales desarrollaban conductas y permutas neuroquímicas semejantes a la depresión.

En su intento por relacionarlo con conductas humanas, refirió acerca de la depresión que esta era provocada por la pérdida que el sujeto perciba acerca del control del ambiente o expectativas de incontrabilidad, y que además era el resultado de dos factores; la primera; un historial de fracaso en el manejo de situaciones, y la segunda una historia de reforzamiento que haya consentido que la persona no aprenda capacidades esenciales para controlar el ambiente.

Sin embargo esta teoría no explicaba de manera general las principales características de la depresión como la baja autoestima, el autoinculpamiento por sus fallos, la cronicidad, la generalidad del déficit depresivo y por último la anomalía en los estados de ánimo, por ello Abramson, Seligman y Teasdale postularon la teoría reformulada de la indefensión aprendida, según estos autores, cuando una persona experimenta una situación incontrolable intenta darse una explicación acerca de las causas de la incontrabilidad atribuyéndole dos

factores; internos y externos, el primero producido por un descenso en la autoestima y el segundo por carencia de control de factores estables, estas conducirían a la posible incontrolabilidad de situaciones semejantes, finalmente Abramson postulo un factor motivacional, es decir la depresión sucedería en aquellos casos en los que la posibilidad de incontrolabilidad hacía referencia a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a la ocurrencia de un hecho altamente aversivo. (Belloch, Sandín, y Ramos, 2008)

2.2.2.1.11. La teoría de la desesperanza.

Fue postulada por Abramson, Metalsky y Alloy once años después que la teoría de la indefensión aprendida Belloch, Sandin, y Ramos (2008), esta teoría trata de explicar la depresión desde su causa, dicho de otra manera, la causa más próxima y suficiente para que surja este tipo de depresión es la desesperanza; o sea, la expectativa negativa sobre la ocurrencia de un suceso estimado como muy importante sumados a la impresión de indefensión sobre la probabilidad de cambiar la ocurrencia de ese suceso.

Esta teoría tiene un modelo diátesis – estrés que especifica una sucesión de causas distantes y próximas que aumentan la probabilidad de depresión y que terminan en la desesperanza. La cadena causal empieza con la ocurrencia de sucesos vitales negativos, que en la teoría de la indefensión aprendida serian llamados; sucesos incontrolables, esta diferencia es muy importante debido a que se pone en manifiesto de que los sucesos estresantes negativos están vinculados con la aparición de reacciones depresivas. Por otro lado, el tipo de atribución que el individuo genera acerca de los sucesos y el nivel de importancia que les concede, favorecen al desarrollo de la desesperanza y de los síntomas de la depresión por desesperanza, por tanto, es la generalización y la estabilidad de las atribuciones lo que determinan el alcance de la desesperanza (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

La teoría plantea que la desesperanza puede ser producto de las conclusiones a las que una persona llega sobre las consecuencias del suceso negativo, una parte peculiar es que no se incluyen síntomas del tipo de los errores y distorsiones cognitivos de Beck en la depresión por desesperanza. Los autores de este modelo refieren al respecto que hay probabilidad de que los depresivos pudieran ser más exactos en su visión de la realidad que los no deprimidos, fenómeno que se ha llamado como realismo depresivo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.12. La teoría de los estilos de respuesta.

Formulada por Susan Nolen Hoeksema, quien no se centra en el origen de la depresión sino más bien en los factores que explican su curso. Propuso que la forma en la que los individuos responden a los primeros síntomas depresivos influye en su duración y gravedad, es decir, aquellas personas que presentan respuestas rumiativas sufren durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos que aquellas que sean capaces de distraerse de los mismos (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Estas respuestas rumiativas de la depresión, son en realidad conductas y pensamientos que centran la atención de una persona en sus síntomas depresivos, en pocas palabras se refieren a las conductas de retraimiento que tiene la persona para pensar sobre los síntomas depresivos que experimenta, hablar todo el tiempo sobre ellos, o pensar de manera recurrente sobre sus posibles causas o consecuencias, estas respuestas se identifican por la incapacidad de la persona por buscar soluciones o estrategias de afrontamiento a la depresión y se centralizan concretamente en su sentimiento de minusvalía y desmotivación (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Esta teoría postula que los individuos desarrollan tipos de respuesta ante la depresión, es decir, patrones de conducta, pensamientos sólidos y estables que la persona va demostrando en situaciones en las que aparece la depresión. Se planea mecanismos psicológicos que expondrían el efecto del estilo rumiativo, el primero refiere que las rumiaciones acrecientan los efectos del estado de ánimo depresivo sobre las cogniciones, haciendo que aquellos pensamientos negativos que la persona experimenta sobre su pasado, presente y futuro sean más sobresalientes, agravando el estado de ánimo deprimido; segundo, la actividad rumiativa reduce la generación de soluciones efectivas a los problemas; tercero, las respuestas rumiativas interfieren en la iniciación de conductas instrumentales, como por ejemplo; salir con los amigos, las cuales permiten tener reforzamiento positivo. El pensamiento rumiativo en la depresión disminuye el efecto beneficioso que tiene el apoyo social en la depresión, provocando más problemas en las redes sociales de la persona deprimida. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008)

En cuanto a su origen, la teoría sugiere que estos son aprendidos, fundamentalmente en la infancia, a partir de las conductas de los padres y de otras figuras relevantes en la vida de los niños (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.13. Teorías conductuales – cognitivas.

A diferencia de las otras teorías, estas tratan de centrarse en las variantes personales, es decir en la interacción persona – situación que incluyen procesos cognitivos en su conceptualización de la depresión. Belloch, Sandín, y Ramos (2008), para ello propone las siguientes vertientes:

2.2.2.1.14. Teoría del autocontrol de Rehm.

Propuesto es 1977 por Lynn Rehm Belloch, Sandín, y Ramos (2008), quien se basó en el aprendizaje social, este explica que, la depresión es el resultado de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo, cuando esto sucede la persona se ve obligada al modelamiento de su propia conducta sin embargo cuando una persona pasa por un proceso depresivo, según Rehm, el individuo está desesperanzado sobre sus metas a largo plazo, por ende se sienten con poca capacidad de controlar sus propias conductas.

Este modelo se basa en la diátesis – estrés, específicamente en un declive es el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) y además de una ausencia de reforzadores externos (factor de estrés), ambos causan un episodio depresivo. Tal déficit, se concreta en cualquier combinación de los siguientes factores:

- Escasez de conductas de autoobservación; es decir los individuos tienen una mayor predisposición a prestar atención a los sucesos negativos que a los positivos, esto explica la visión negativa y pesimista de las personas deprimidas; además, estos individuos muestran mayor atención a las consecuencias inmediatas de las conductas que a las consecuencias a largo plazo (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).
- Déficit en las conductas de autoevaluación; aquellas personas que tienen un criterio de estándar más elevado para su autoevaluación son los más vulnerables para una depresión, debido a que en muchas ocasiones no alcanzan dichos criterios de evaluación y por ende mantienen una visión negativa de la realidad (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).
- Déficit en las conductas de auto reforzamiento; el individuo que pasa por un proceso depresivo tiene a administrarse excesivos castigos o insuficientes recompensas. Esto

explicaría, en su mayoría, el bajo nivel de actividad de los deprimidos y su excesiva inhibición (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.15. Teoría de la auto focalización de Lewinsohn.

Para Lewinsohn y su equipo los factores ambientales son los principales culpables de la depresión, sin embargo, los factores cognitivos mediarían los factores del ambiente, esta variable mediadora no es más que un aumento de la autoconciencia, que ayudan al individuo a resolver acontecimientos estresantes que le ocurren. Cuando una persona pasa por un evento depresivo, significa que hubo un suceso antecedente, la cual la define como cualquier suceso que aumenta la probabilidad de ocurrencia futura de depresión, estas son llamadas, estresores (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

Lewinsohn explica las características de la depresión a partir del curso que esta toma, de manera más literal refiere que:

Se asume que estos acontecimientos (los estresores) inician el proceso depresógenos en tanto en cuanto interrumpen importantes patrones adaptativos de conducta del individuo y este no es capaz de desarrollar otros patrones adaptativos de conducta del individuo que reemplacen al anterior, los patrones adaptativos que quedan interrumpidos son patrones conductuales relativamente automáticos que son necesarias para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. La presencia de los estresores y la consiguiente interrupción de conductas tienen como resultado una reacción emocional negativa o estado de ánimo deprimido, cuya intensidad depende de la importancia del acontecimiento y/o del nivel de interrupción de la conducta cotidiana. (Belloch, Sandin, & Ramos, 2008, p. 287)

Existen ciertas características que predisponen e incrementan la probabilidad del individuo a desarrollar un episodio depresivo, son características relativamente estables ya sea de la persona o del ambiente, estas influyen no solo en la probabilidad de la ocurrencia del episodio depresivo sino también en su duración. Lewinsohn las diferenció de la siguiente manera:

- Ser mujer.
- Tener 20 – 40 años.
- Tener una historia previa de depresión.
- Tener pocas habilidades de afrontamiento.
- Tener una sensibilidad elevada a sucesos aversivos.
- Ser pobre.
- Mostrar una alta tendencia a la autoconciencia.
- Tener baja autoestima.
- Tener un bajo umbral para la activación de auto esquemas depresógenos.
- Mostrar dependencia interpersonal.
- Tener niños menores de 7 años.

Finalmente, esta teoría recalca un papel importante al estado de ánimo deprimido, pues alega que es necesario para elaboración de las consecuencias negativas asociadas a la depresión y que sin su presencia nos hallaríamos ante un síndrome incompleto que no incluirá las permutas en el procesamiento de la información acerca de sí mismo ni los cambios de conducta social (Belloch, Sandín, & Ramos, 2008).

2.2.2.1.16. Teorías interpersonales de los trastornos depresivos.

Esta teoría enfatiza en la importancia de los factores interpersonales, ya sean sociales como familiares, en la causa, mantenimiento y tratamiento de la depresión. Conceptualmente está basada en la psiquiatría de Harry Sullivan y en la teoría general de sistemas.

Según Belloch, Sandín, y Ramos (2008), este autor propone que “la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que las respuestas de las personas significativas de su entorno sirven para mantener o exacerbar los síntomas depresivos” (p. 289). Es decir, cuando se produce una ruptura interpersonal, los depresivos se vuelven a ambiente en busca de un sistema de apoyo personal, sin embargo, las demandas constantes de apoyo emitidas por los depresivos tienden a ser aversivas para las personas que integran su círculo social.

Para este autor las causas del suceso depresivo se inician con la aparición de un suceso estresor, ya sea interpersonal, intrapsíquico o bien un cambio bioquímico; sin embargo, la magnitud de este estresor depende de causas externas, pero también de ciertos factores de vulnerabilidad, así trata de explicar el porqué de algunas personas desarrollan episodios depresivos graves y otras solo estados de ánimo deprimido.

Para Gorlib, los factores de vulnerabilidad son el resultado de experiencias familiares adversas durante la infancia o estilos des adaptativos de crianza, estas generan esquemas cognitivos negativos uno mismo y del mundo, además de características de personalidad sumamente dependientes, un repertorio inadecuado de solución de problemas e incapacidad para mantener relaciones sociales gratificantes.

2.2.2.1.17. Teoría psicobiológica de la depresión.

Para Belloch, Sandin, y Ramos (2008), la depresión es la consecuencia de la interacción de diferentes componentes constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que cambian los modelos de neurotransmisor entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, es decir, alteran de manera reversible los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. Básicamente, se centra en la desregularización de neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina, poniendo en tela de juicio la validez de la acetilcolina y la endorfina. Esta disfuncionalidad repercute no solo en la conducta del individuo sino también causa variaciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormonas tiroideas y hormona de crecimiento.

Para finalizar puntualiza en que el estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas con experiencia de pérdida, desvalimiento, indefensión y estrés, que influyen negativamente en la actividad de los neurotransmisores, creando así un círculo vicioso (Belloch, Sandín, y Ramos, 2008).

2.2.3. Características de la depresión.

Para Santo-Domingo, Baca, Carrasco, y Camba (s.f.) las características principales de episodio depresivo incluyen humor persistente deprimido o irritable, marcada reducción del interés o placer en las actividades habituales, cambios en el apetito y por consiguiente en el peso, trastornos del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa, baja concentración y pensamientos repetidos de muerte o ideaciones suicidas.

Un 50% de los pacientes diagnosticados sufren variaciones diurnas, es decir presentan mayor gravedad en las mañanas y se van aliviando a medida que pasa el día. Las características se agrupan de la siguiente manera:

- Humor, afectividad y sentimientos: a pesar de que la tristeza es un síntoma clave, muchos enfermos no son capaces de percibir el sentimiento de tristeza y parecen ignorar su depresión incluso cuando desarrollan síntomas conductuales como el aislamiento social.
- Lenguaje: se evidencia una notable reducción en la velocidad y volumen de su discurso, suelen comunicarse con monosílabos y con una importante latencia de respuesta.
- Alteraciones perceptivas: el diagnóstico de depresión psicótica o episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, evidencian la presencia de delirios y alucinaciones, estos además tienen que ser congruentes con el estado de ánimo.
- Memoria: el 50 y 75% de pacientes presentan alteraciones cognitivas que generalmente se centran en dificultades de concentración y frecuentes olvidos, cuando estos síntomas son intensos se denomina cuadro de pseudodemencia depresiva.
- Ideas de muerte: entre el 10 y 15% cometen suicidio y al menos la tercera parte una clara ideación auto lítica. El riesgo se aumenta en pacientes con depresión grave, debido a que cuando experimentan mejorías creen tener las fuerzas suficientes para planear y cometer el suicidio.

2.2.4. Dimensiones de la depresión.

Las dimensiones que se tomaron en cuenta para el presente estudio son los que se encontraron en una investigación realizada en España por Sáenz, Navarro y Vásquez en el año 2003 (citada en Alcántara 2008), dicha adaptación fue aplicada a 590 estudiantes universitarios y mostro una consistencia interna elevada, además se encontró que el BDI- II mide una dimensión general de depresión y se compone por dos factores o sub dimensiones altamente relacionados; uno cognitivo – afectivo y otro somático.

Por otro lado, Brenlla y Rodríguez en el 2016 (citados en Alcántara 2008) realizaron en Argentina una adaptación al castellano del BDI- II, basándose principalmente en las propiedades psicométricas del test, encontraron resultados similares a lo que desemboco Beck en 1996.

Sin embargo, según estos autores en la versión en inglés del BDI – II, hay un modelo de 3 factores o dimensiones, que conforman los síntomas de la depresión: actitud negativa, ejecución y síntomas somáticos.

Para esta investigación se utilizó el modelo de dos dimensiones; cognitivo – afectivo y somático – emocional, debido a que la adaptación argentina mostraba los ítems específicos correspondientes a cada una de las dimensiones, lo que no sucedía en el modelo de tres factores. Siguiendo esta teoría la adjudicación de los ítems para cada dimensión seria de la siguiente manera: factor cognitivo - afectivo compuesto por los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, y 17; el factor somático – emocional compuesto por los ítems 15, 16, 18, 19 y 20.

2.2.5. Medición de la depresión.

2.2.5.1.1. Según el DSM – IV – TR.

Nombrado episodio depresivo mayor Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2002). Se caracteriza por la manifestación paralela de una sucesión de síntomas significativos durante un periodo prácticamente continuado de 2 semanas, sin embargo, el número mínimo de síntomas necesarios es cinco, este puede depender del evaluador. Al mismo tiempo, cabe recalcar que es necesario que al menos uno de esos síntomas sea obligatoriamente o bien un estado de ánimo triste o deprimido, o anhedonia con las cosas con las que solía complacerse, sin embargo, no basta con la presencia de los síntomas, sino que se requiere además que estos síntomas conlleven a un marcado entorpecimiento en las actividades de la vida cotidiana del individuo.

Con estos criterios de inclusión, el diagnóstico de episodio depresivo mayor solicita cumplir dos criterios adicionales de exclusión: primero, que los síntomas no sean el resultado de una enfermedad o por consumo de sustancias y segundo, que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV, 2002). Al respecto se presenta los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor (DSM – IV- TR). Tomado de (Belloch, Sandin, & Ramos, 2008, p. 209)

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM – IV- TR)

- A. Durante por lo menos 2 semanas, existe la presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo de manera necesaria el 1 y 2.
1. Estado de ánimo deprimido.
 2. Disminución del placer o interés en cualquier actividad.

3. Aumento o disminución de peso / apetito.
 4. Insomnio o hipersomnio.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
 6. Fatiga o pérdida de energía.
 7. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
 8. Problemas de concentración o toma de decisiones.
 9. Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
- B. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- C. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- D. No asociar a la pérdida de un ser querido hace menos de 2 meses (excepto en casos de un deterioro marcado en el funcionamiento).

Los episodios depresivos mayores se diferencian debido a su gravedad, el DSM- IV plantea los siguientes indicadores de gravedad:

- Ligero: existen pocos síntomas, algunas veces solo los requeridos para el diagnóstico, en cuanto al deterioro social y laboral es mínimo.
- Moderado: deterioro socio laboral moderado.
- Grave no psicótico: presencia de bastantes síntomas más de los mínimos requeridos y además existencia de un deterioro marcado ocupacional.
- Con características psicóticas: se caracteriza por episodios en las que existen delirios y alucinaciones.
- En remisión parcial: estado intermedio entre ligero y remisión total.

- Remisión total: no ha habido signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.

2.2.5.1.2. Según el CIE – 10.

Para el manual CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento (1996) los sucesos típicos en el individuo que sufre de humor depresivo son: un deterioro en la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y presencia de cansancio exagerado incluso con el mínimo esfuerzo.

Incluyendo las siguientes características:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de la confianza en sí mismo.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Perspectiva sombría acerca del futuro.
5. Autoagresiones y/o pensamientos o ideaciones suicidas.
6. Trastornos del sueño.
7. Pérdida de apetito.

Cabe resaltar que para el diagnóstico del episodio depresivo los síntomas deben subsistir al menos dos semanas, sin embargo, periodos más cortos pueden ser aceptados siempre y cuando los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Divide de la siguiente manera los episodios depresivos:

- Episodio depresivo leve: ninguno de los síntomas mencionados deben estar presentes en un grado intenso, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, el enfermo con episodio depresivo leve se encuentra afectado por los síntomas los

cuales le generan un malestar en cuanto a su actividad laboral se refiere sin embargo no existe deterioro social. (CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento , 1996).

- Episodio depresivo moderado: es necesario la presencia de al menos dos de los tres síntomas más típicos en el episodio depresivo leve y además al menos tres de los demás síntomas. Los síntomas se presentan en grado intenso y duran al menos dos semanas, el individuo que la padece suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento , 1996).
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos; para diagnosticar este episodio es necesario la presencia de los tres síntomas típicos en el episodio leve y moderado y al menos cuatro de los demás síntomas, en esta etapa el enfermo suele experimentar una considerable angustia y agitación además que es probable que la pérdida de estimación de sí mismo los sentimientos de culpa o inutilidad sean importantes, el riesgo de suicidio es elevado. Es probable que la actividad física que realice el individuo se vea sumamente limitada. (CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento , 1996).
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos; episodio depresivo que se establece por las pautas ya antes mencionadas y que además están presentes las ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo, estas tienen que estar ligados al estado de ánimo depresivo. (CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento , 1996).

2.2.6. Indicadores de depresión.

Son referencias específicas que brindan datos o información cualitativa de la depresión desde la perspectiva de la teoría cognitiva. Beck, refiere que es una enfermedad que tiene como principal alteración al procesamiento de información (esquemas) y

percepción de la realidad. En la depresión estos esquemas pueden ser dominantes, filtrando la percepción de los recuerdos antecesores, por eso el sujeto está convencido que las cosas son tan negativas como las ve. Para poder explicar de una manera más sintetizada Beck lo explico desde la perspectiva de la triada cognitiva, en donde la persona tiene un enfoque negativo de sí mismo, el mundo y el futuro. (Dahab, Rivadeneira, & Minici, s/f).

2.2.7. Epidemiología de la depresión.

Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad las alteraciones mentales más recurrentes. Al respecto Santo-Domingo, Baca, Carrasco, y Camba (s. f.), refieren que además de ser comunes las consecuencias sociales que tiene este trastorno es bastante elevado. Se estima que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es de 3 y 4% de la población mundial y que entre el 13 y 20% de la población tienen síntomas depresivos.

Acerca de la morbilidad depresiva refiere que esta es muy elevada, por lo general el 15 y 25% de pacientes que se acercan a establecimientos hospitalarios de distintas áreas de psiquiatría en el mundo son asistidos en atención primaria, sin embargo, solo el 10% de esta población son asistidos por especialistas, es decir el resto no sería detectada por los dispositivos sanitarios o serían atendidos por médicos generales.

En cuanto a la edad, el promedio de inicio para este trastorno es de 40 años, en el 50% de pacientes diagnosticados, el trastorno se inicia entre los 20 y 50 años; en relación con el sexo parece claro el predominio de las mujeres frente al de los varones en proporción de 2 a 1 o 3 a 1; menciona a los factores hormonales como factor de riesgo, sin embargo no es necesaria su presencia para el diagnóstico de la depresión, por otro lado existen factores sociales que hacen a la mujer más vulnerable, entre ellos se encuentran: situaciones de marginación y frustración, con trabajos no gratificantes, así como la dependencia económica

y emocional del marido, con gran exceso por el cuidado de los hijos menores de edad, en circunstancias sociales poco favorables.

En cuanto al estado civil refiere que, a diferencia de los varones las mujeres suelen presentar más síntomas depresivos cuando son casadas.

2.2.8. Definiciones de violencia familiar.

Para el estudio se toma por definición al artículo 5 de la ley Peruana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la cual la detalla como a cualquier acción que produzca muerte, daño físico, sexual o psicológico, así, ya sea en el ambiente público como en el privado, tenga lugar dentro de la familia u otra relación interpersonal, donde el agresor y la mujer hayan compartido el mismo domicilio, comprende, además, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual. (Diario El Peruano, 2015).

Ferraro 1996:77 – 78 citado en Alcalde (2014), menciona que el término “violencia doméstica” se produjo en los inicios de los años 70 y fue definida como la brutalidad física y emocional dentro de las relaciones íntimas.

Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud la violencia contra la mujer es definida como:

Cualquier acto de violencia que tenga como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluso las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se provocan en la vida pública como en la privada. (OMS, 2016).

Para Cagigas 2000 (citada en Villa y Araya 2014), refiere que la violencia es una manera de demostrar dominio mediante el uso de la fuerza, siendo esta tanto física, psicológica, económica, política y sexual con el fin de dominar a la víctima.

Sernam 2012 (citado en Villa y Araya 2014), indica sobre la violencia que es una práctica orientada de aquellos que se sienten con más poder y derechos sobre otros, por lo que controlan e intimidan a quienes se encuentran en una posición inferior, este tipo de poder se describe por la existencia de sistemas de valores, normas jurídicas, símbolos y caracteres dentro de una estructura social, basándose en desigualdades; es decir no es más que un sistema de creencias y valores de una cultura patriarcal arraigada, que además permite las relaciones de abuso, naturalizándolas.

Autores refieren que la conducta violenta se presenta en situaciones de desequilibrio de poder, siendo las mujeres y los niños los más propensos a sufrirlo. Según Corsi, citado en Villa y Araya (2014), menciona que la violencia en sus múltiples manifestaciones es una forma de mostrar poder mediante la fuerza ya sea de manera física, psicológica o sexual y que además implica la existencia de un “arriba” y un “abajo” (padre- hijo, maestro – alumno, etc.). Este mismo autor sugiere que todas las representaciones de injusticia que tienen lugar entre los integrantes de la familia se llaman relación de abuso a la conducta que por acción u omisión causa daño físico y psicológico a algún miembro de la familia, sin embargo, para ser considerada como violencia intrafamiliar esta debe ser crónica, permanente y periódica.

2.2.9. Modelos teóricos de violencia familiar.

2.2.9.1. Modelo ecológico.

Para Barudy (1998) el modelo ecológico aplicado a la violencia contra la mujer y que se desarrolla dentro de un ambiente familiar, ayuda a diferenciar entre los diversos factores que se ven involucrados en la violencia, categorizándolos y explicándolos en cómo estos interactúan entre sí. Existen así 4 factores: los del microsistema, exosistema, microsistema e historia personal.

Los componentes individuales, o de historia personal, se refieren a las particularidades de la experiencia del desarrollo del individuo o de la personalidad que dan forma a su respuesta ante los estresores del micro y exosistema. (Barudy, 1998).

Para aquellos hombres que recurren a la violencia contra sus parejas existe tres tipos de predictores de futuros abusos: uno, ser testigos de violencia en su familia de origen durante su niñez; dos, haber sido víctimas de abusos físicos o sexuales cuando estos eran pequeños; tres, el haber tenido un padre ausente o haber sido rechazado por este, es una posibilidad pero menos clara que las otras. (Barudy, 1998).

El microsistema se refiere a las interacciones que el individuo tiene directamente con otros, así como a los significados subjetivos que tienen sobre estos. Para el hombre violento y su pareja, el microsistema más relevante es la familia. Así las variedades de los factores del microsistema demuestran el incremento del riesgo de la coerción sexual, abuso sexual infantil, y/o abuso físico en la mujer adulta. Quizás el más importante tiene que ver con la estructura de una familia tradicional. (Barudy, 1998).

El exosistema definido como “las estructuras sociales tanto formales como informales que afectan a la configuración inmediata en el que se encuentra una persona, y, por tanto, influencia, delimita o determina lo que ocurre allí”. El macrosistema son los valores culturales y creencias que impregnan e informan a las otras tres capas de la ecología social. Opera a través de la influencia sobre los factores y las estructuras más debajo en el sistema. (Barudy, 1998).

2.2.9.2.El ciclo de la violencia.

Según Zurita (2014) la violencia hacia la mujer es un tipo de violencia que tiende a manifestarse periódicamente, en el que el objetivo principal del agresor no es lesionar sino

más bien someter a su víctima. Los actos violentos tienden a la repetición compulsiva y a ser aumentados progresivamente de intensidad dando lugar al denominado ciclo de violencia, que una vez instalada en el hogar es complicado de frenar, este ciclo tiene como objetivo perpetuar el control del maltratador sobre la víctima, consta de tres fases.

- Incremento y acumulación de la tensión: Se puede percibir permutas imprevistos y repentinos en el estado de ánimo del hombre, sus frustraciones acarrear reacciones agresivas de igual modo ante cualquier señal de independencia que muestre la mujer este puede reaccionar de manera impulsiva. Empieza a mostrarse tenso e irritable ante cualquier conducta de la mujer. La mujer intenta solucionar el problema o buscar su causa, pero esto causa más enojos en el hombre, para no molestarle la mujer trata de hacer el menor número de cosas posibles, es decir entra en un estado de inmovilidad, pero esto también enoja al hombre. La mujer trata de minimizar los hechos, intenta justificarlos o atribuirle causas externas, todo ello con la esperanza de que la relación se pueda arreglar, Él se distancia emocionalmente, esto inicia en la mujer ideas auto derrotistas acerca de si misma y su relación (miedo a perderlo). Esta puede durar largos lapsos de tiempo, generalmente será algún movimiento externo el que cambie el equilibrio. (Zurita, 2014).
- Explosión de la violencia: Se determina por una descarga de tensión almacenada por la fase anterior, pudiendo adoptar distintas formas y grados de intensidad. Se producen gritos, insultos, amenazas graves y agresiones físicas. Se empieza por empujones, golpes, bofetadas, pero se puede llegar al uso de armas e incluso a provocar la muerte. En esta fase la mujer se halla totalmente paralizada y no puede defenderse porque supondría empeorar más la violencia lo único que puede hacer es desear fuertemente que los golpes terminen y que el agresor se marche, es decir la

mujer entra en un estado de indefensión aprendida que le impide reaccionar. (Zurita, 2014).

- **Manipulación Efectiva:** Es la designada fase de “Luna de Miel”. Reduce la tensión, el agresor se siente muy arrepentido de su conducta, pide perdón, promete cambiar. Y realmente cambia, en esta fase el hombre se parece ser el más encantador del mundo, le lleva el desayuno a la cama, le cura las heridas, se hace cargo de las tareas domésticas, cediéndole temporalmente todo el poder a ella. Si ella había tomado la decisión de dejar la relación en esta fase abandona la idea, ante esta actitud del agresor las víctimas suelen retirar las denuncias abandonar el tratamiento y tomar como real esperanza que todo cambiara. Sin embargo, esta etapa, dará fase a una nueva fase de tensión y a la repetición del ciclo. (Zurita, 2014).

2.2.10. Tipos de Violencia intrafamiliar.

Las características de la violencia contra la mujer en el hogar no difieren en cuanto a cultura o sociedad se refiere, es decir que no es exclusiva de algún sistema político o económico y sin distinción de raza o poder. Por ende, la violencia intrafamiliar contra la mujer es un problema mundial e histórico, por lo que se ha visto la necesidad de agruparlo en los siguientes sub grupos (Flora Tristán, 2005).

2.2.10.1.1. Violencia física.

Comprenden entre bofetadas, puñetazos, estrangulaciones, y patadas, látigos, uso del fuego o del ácido para producir dolor y daños de larga duración incluso el homicidio. (Flora Tristán, 2005). La violencia física es:

Todo tipo de violencia que causa lesiones que pueden ser internas o externas o cualquier otro acto que perturbe la integridad física de las víctimas. Generalmente es

la que el varón ejerce contra su pareja y puede variar en frecuencia e intensidad ya que puede ir desde un golpe hasta una golpiza que puede traer como consecuencia la muerte. (...) La violencia física también es considerada cuando hay maltrato frecuente que no es duro. (Trujillo, 2015, p. 39).

Para (Barudy, 1998), la violencia física, puede afectar a las mujeres a través de contusiones y roturas de huesos, además de abortos espontáneos que son producto a golpes severos o labores domésticas forzadas.

2.2.10.1.2. *Violencia psicológica.*

También conocida como violencia emocional, consiste en “amenazas comentarios degradantes, lenguaje sexista y comportamiento humillante, estas pueden tener implicancias en su bienestar psíquico emocional”. (Flora Tristán, 2005).

Por otro lado, la violencia psicológica es:

Todo acto que tenga como finalidad la disminución de la autoestima y la identidad, a través de la humillación. El chantaje, la degradación, el aislamiento de amigos familiares, la destrucción de objetos apreciados perjudica así su desarrollo y tranquilidad mental emocional. (Trujillo, 2015 p. 40).

En este sentido la violencia psicológica también puede considerarse como “discusiones, gritos, insultos, amenazas, intimidaciones, acoso, negación de los sentimientos de la pareja, añadido a esto se puede hablar del adulterio y la infidelidad que puede ser común entre las víctimas”. (OPS, 2012).

Para Barudy (1998), la violencia psicológica incluye insultos y humillaciones, que a mediano o largo plazo afecta a la autoestima ya que esta incluye agravios que se refieren a la valía de las mujeres.

2.2.10.1.3. *Violencia sexual.*

Definido como todo tipo de acto sexual, el intento de ejecutar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, en cualquier circunstancia y medio. Mayormente conocida como violación, es decir la penetración, mediante dominación física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto. (Flora Tristán, 2005).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define a la violencia sexual, como todo acto sexual o tentativa de culminarla, comentarios, insinuaciones de la índole sexual, no deseadas por la persona, la comercialización o utilización de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra, independientemente de su relación. Por otro lado, menciona que también es considerado como un tipo de violencia sexual, si la persona no se encuentra en condiciones para dar su consentimiento. (OMS, 2016).

Para Barudy (1998), la violencia sexual, son todas las acciones que pueden poner en peligro a las mujeres a través del sexo forzado, sensación de pérdida de control sobre su cuerpo que conllevan al riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

2.2.11. Factores de riesgo.

Los factores de riesgo son de carácter individual, familiar, comunitario y social. (OMS, 2016), la Organización Mundial de la Salud plantea los siguientes factores:

- Un bajo nivel de instrucción (autores de violencia sexual y víctimas de violencia sexual).
- La exposición al maltrato infantil (autores y víctimas).
- La experiencia de violencia familiar (autores y víctimas).

- El trastorno de personalidad antisocial (autores).
- El uso nocivo del alcohol (autores y víctimas).
- El hecho de tener muchas parejas o de inspirar sospechas de infidelidad en la pareja (autores).
- Las actitudes de aceptación de la violencia (autores y víctimas).
- Los antecedentes de violencia (autores y víctimas).
- La discordia e insatisfacción marital (autores y víctimas).
- Las dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja.
- La creencia en el honor de la familia y la pureza sexual.
- Las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre.
- La levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.

2.2.12. Consecuencias de la violencia intrafamiliar.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003), la violencia tiene consecuencias inmediatas sobre la salud física y mental de la mujer y en muchas situaciones puede llegar a ser mortal, estas se caracterizan por el tiempo prolongado con que los síntomas persisten en la vida de la víctima aún después de haber cesado la violencia. Las consecuencias se dividen de la siguiente manera:

- Físicas: lesiones físicas agudas o inmediatas como hematomas excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, fracturas de huesos o dientes; lesiones más graves que pueden producir incapacidad a la víctima como lesiones en la cabeza ojos u oído, tórax o abdomen en sus dimensiones más graves la muerte (feminicidio).

- Mentales: depresión, trastorno del sueño y de los hábitos alimentarios, estrés y trastornos de ansiedad, baja autoestima, intentos de suicidio, estrés post traumático.
- Conductuales: abuso de alcohol u otras sustancias dañinas, múltiples compañeros sexuales, elección de parejas disfuncionales con tendencia al abuso, declive en la salud reproductiva.
- Sexuales y reproductivas: embarazo no planeado, aborto, infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos complicados o aborto espontaneo, hemorragias o infecciones vaginales, fistulas (desgarro entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro), abuso sexual.

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Indicadores de depresión.

Son referencias específicas que brindan datos o información cualitativa de la depresión desde la perspectiva de la teoría cognitiva de Beck quien toma como referente a los signos y síntomas del DSM IV. Para esto se toma en cuenta las variaciones habituales del estado de ánimo y las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. En intensidad moderada y grave, indica posible enfermedad, que puede convertirse en un problema de salud muy seria que causa sufrimiento y alteración en las actividades escolares y familiares.

2.3.2 Depresión.

Aron Beck postuló sobre la depresión desde la perspectiva de la teoría cognitiva conductual, refiere que es una enfermedad que tiene como principal alteración al procesamiento de información (esquemas) y percepción de la realidad. Durante la depresión estos esquemas llegan a ser predominantes, filtrando la percepción de los recuerdos

antecedentes, por eso el sujeto está convencido que las cosas son tan negativas como las ve. Para poder explicar de una manera más sintetizada Beck lo explico desde la perspectiva de la triada cognitiva, en donde la persona tiene una visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro. (Dahab, Rivadeneira, & Minici, s.f.).

2.3.3 Dimensiones de la depresión.

Las dimensiones que se tomaron en cuenta para el presente estudio son los que se encontraron en una investigación realizada en España por Sáenz, Navarro y Vásquez en el año 2003 citada en Alcantára (2008) mide una dimension general de depresion y se compone por dos factores o sub dimensiones altamente relacionados; uno cognitivo – afectivo y otro somatico.

Para esta investigacion se utilizo el modelo de dos dimensiones; cognitivo – afectivo y somatico – emocional, debido a que la adaptacion Argentina mostraba los items especificos correspondientes a cada una de las dimensiones, lo que no sucedia en el modelo de tres factores. Siguiendo esta teoria la adjudicacion de los items para cada dimension seria de la siguiente manera: factor cognitivo - afectivo compuesto por los items 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, y 17 ; el fator somatico, compuesto por los items 15, 16, 18, 19 y 20 .

2.3.4 Mujeres víctimas de violencia familiar.

La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define a las mujeres víctimas de violencia familiar como todas aquellas que han sufrido de violencia y tienen como resultado daño psicológico, físico y sexual. (OMS, 1998).

2.3.5 Violencia familiar.

Para el estudio se toma por definición al artículo 5 de la ley Peruana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, Para el estudio se toma por definición al artículo 5 de la ley Peruana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la cual la detalla como a cualquier acción que produzca muerte, daño físico, sexual o psicológico, así, ya sea en el ambiente público como en el privado, tenga lugar dentro de la familia u otra relación interpersonal, donde el agresor y la mujer hayan compartido el mismo domicilio, comprende, además, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual. (Diario ^{F1} Peruano, 2015).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Métodos y alcances de la investigación

3.1.1 Método de Investigación.

3.1.1.1 Método General.

En la presente investigación, se utilizó el Método Científico como método general. Jimenez (1998) señala que la metodología del estudio científico es un conjunto de técnicas, categorías, leyes y procedimientos que disponen los esfuerzos de la investigación hacia la solución de problemas científicos con un máximo de eficiencia.

Diversos autores detallan en cinco etapas básicas: Planteamiento de problema, composición del marco teórico, formulación de la hipótesis, constatación de la hipótesis y la generalización de los resultados.

3.1.1.2 Método Específico

El estudio utilizó el método descriptivo. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2014), el método descriptivo, es aquella que busca detallar las peculiaridades, características y perfiles de individuos, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier

otro fenómeno que experimente un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera autónoma o conjunta sobre los conceptos o las variables estudiadas, es decir, su objetivo no es indicar su relación.

3.1.2 Nivel.

La investigación es de nivel descriptivo, “Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p.92).

3.1.3 Tipo.

2.2.12.1.1. Por su Finalidad.

Por su finalidad, la investigación es aplicada. Hernández, Fernández, y Baptista (2014) señalan que señalan que la investigación aplicada es práctica, ya que sus resultados son utilizados en la solución de problemas sociales o empresariales. Esta investigación, normalmente identifica las situaciones problema, y busca dentro de las posibles soluciones, aquella que pueda ser la más adecuada para el contexto específico.

2.2.12.1.2. Por su alcance.

La investigación es de alcance descriptivo ya que tiene por finalidad medir y describir los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar.

Según Hernández, Fernández, y Baptista (2014) generalmente las investigaciones de alcance descriptivo tienen como meta describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; para detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir,

únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

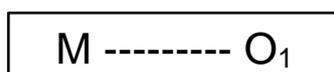
3.2 Diseño de investigación.

El Diseño que orientó la investigación es el descriptivo simple.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) refieren que

el diseño transaccional descriptivo tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o indicadores de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. (p.92)

Su diagrama representativo es el siguiente:



M = Muestra de investigación

O₁ = Observaciones de la variable

2.3. Población y muestra.

2.3.2. Población.

La población, elegida estuvo constituida por 90 madres pertenecientes al programa Vaso de Leche de Sapallanga, este programa social fue creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a la población considerada vulnerable (menores de 8 años, madres gestantes y en periodo de lactancia con

ingresos reducidos que nos les permite cubrir necesidades mínimas de alimentación). Es administrado por los Municipios que son los que se encargan de ejecutar las labores financieras, logísticas y operativas que demanda el programa.

Sapallanga se caracteriza por estar distribuida entre población urbana y rural, para la investigación, se trabajó con 4 sectores rurales (Libertador Simón Bolívar, Barrio Centro, Mariscal Castilla y San Pedro), su principal actividad productora es la agricultura y el pequeño comercio. Estos pobladores tienen necesidades básicas insatisfechas, es decir habitan viviendas físicas inadecuadas sin servicio de desagüe, ni agua de forma permanente, por lo general las viviendas se encuentran localizadas en el campo, dispersas y distanciadas (INRENA, 2006) .

Como criterios de inclusión para el estudio, se tomó aquellas madres que viven con su pareja, entre convivientes, quiere decir, que vivan con la pareja bajo el mismo techo, sin ningún certificado legal que acredite de manera formal su convivencia. Asimismo, mujeres casadas, que vivan con la pareja y además tengan certificados legales o religiosos de matrimonio. También aquellas que obtuvieron indicadores positivos de violencia familiar a partir de la aplicación de la ficha de tamizaje de Violencia Familiar (VIF). Sus edades entre 16 y 40 años, categorizándolas como: adolescentes (14 – 19 años), jóvenes (20 – 25 años) y adultas (25 a 60 años), categorización hecha la Organización Mundial de la Salud (2013). El criterio de inclusión señala que las mujeres tienen como mínimo un hijo y estos no sobrepasan los 8 años. En las siguientes tablas se detallan las características principales de

las madres de familia que formaron parte de esta investigación.

Para Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, (p. 29) “La población es el conjunto de individuos que comparten por lo menos una característica, sea una ciudadanía común, la

calidad de ser miembros de una asociación voluntaria o de una etnicidad, la matrícula en una misma universidad, o similares”. También son “fuentes de información o conjuntos de individuos a investigar. La población es un conjunto de sujetos o cosas que tienen una o más propiedades en común, se encuentran en un espacio o territorio y varían en el transcurso del tiempo”. Vara Horna, (2010).

Tabla 1.

Condición civil de las mujeres víctimas de violencia

| Condición Civil | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casada | 22 | 24,4 | 24,4 | 24,4 |
| Conviviente | 68 | 75,6 | 75,6 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 2.

Edades de las mujeres víctimas de violencia

| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Adolescente | 5 | 5,6 | 5,6 | 5,6 |
| Joven | 38 | 42,2 | 42,2 | 47,8 |
| Adulto | 47 | 52,2 | 52,2 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

Edades de

Tabla 3.

Tipo de violencia de las mujeres víctimas de violencia

| Tipo de violencia | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Física | 13 | 14,4 | 14,4 | 14,4 |
| Psicológica | 23 | 25,6 | 25,6 | 40,0 |
| Sexual | 2 | 2,2 | 2,2 | 42,2 |
| Física y Psicológica | 40 | 44,4 | 44,4 | 86,7 |
| Psicológica y Sexual | 1 | 1,1 | 1,1 | 87,8 |
| Física y Sexual | 4 | 4,4 | 4,4 | 92,2 |
| Física, Psicológica y Sexual | 7 | 7,8 | 7,8 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

2.3.3. Muestra

El estudio no cuenta con una muestra por ser la población pequeña, consiguientemente toda la población fue evaluada. Debido a que la unidad de análisis está claramente definida y delimitada, se realizó un censo poblacional, es decir un recuento completo de los elementos de la población.

Según Hernandez, Fernadez, y Baptista (2014) el censo poblacional es el número de elementos sobre el cual se pretende generalizar los resultados.

2.4. Procedimiento

Se realizó un muestreo no probabilístico del tipo intencional a 300 madres de familia que pertenecen al programa Vaso de Leche de la localidad de Sapallanga, de las cuales 90 cumplieron con las características que se requieren para la investigación (indicadores de violencia familiar y convivir con la pareja). Para cumplir con el objetivo del presente trabajo,

en una reunión posterior se aplicó el BDI – II en su versión Argentina a aquellas madres que cumplieron con los criterios de evaluación.

Las reuniones con las participantes se llevaron a cabo en los locales comunales del Vaso de Leche de cada anexo, iniciando con una breve presentación de la evaluadora mencionando los objetivos y pasos a seguir en cada reunión. Luego se dio paso a la lectura y entrega del consentimiento informado, para proseguir con la evaluación. Finalmente, se les entregó un pequeño break como reconocimiento a su apoyo.

2.5. Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas por la cual se recolectó información fueron mediante encuestas, esta permitió entrar en contacto de manera directa con los sujetos para recoger los datos. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “La encuesta es la técnica de recopilación de datos acerca de un hecho objetivo, opiniones, conocimientos, etc. Basado en una interacción directa (la entrevista) o indirecta (el cuestionario) entre el investigador (encuestador) y el encuestado (el que responde)”. (p, 217)

| VARIABLE | TÉCNICA | INSTRUMENTO |
|--------------------|----------|---|
| Violencia familiar | Encuesta | Ficha de tamizaje – violencia familiar y violencia infantil VIF |
| Depresión | Encuesta | Inventario de Depresión de Beck. BD |

2.5.2. Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario para la Depresión de Beck, es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para medir los síntomas depresivos en poblaciones normales y

clínicas, ya sea en prácticas profesionales como en investigaciones. Sáenz y Vasquez (1998). En otras palabras, este instrumento permite apreciar la intensidad de la depresión en pacientes psiquiátricos y detectar posible depresión en población normal.

El BDI – II, es un cuestionario auto administrativo de 21 ítems, la persona tiene que elegir entre un conjunto de 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que describe su estado durante las dos últimas dos semanas, incluyendo el día de la administración, sirve para medir la severidad y determinar la presencia de síntomas depresivos en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada pregunta se califica en una escala de 4 puntos (0-3), al final se suman dando un total que fluctúan entre 0 y 63. (Beck, Steer y Brown, 2006; citado en Vigil, 2016).

Fue creada en 1961 por Beck, Ward, Meldenson, Mack y Ebaug como una prueba auto administrada, en 1971, sus autores modificaron el BDI en el centro de la terapia cognitiva de la Universidad de Pennsylvania, eliminando algunas frases alternativas para los mismos síntomas evitando la doble negación, ya en 1987, se publica el manual técnico para el inventario de depresión de Beck adaptado (BDI – IA). Sin embargo, en 1996 se realiza la última publicación del Inventario de Beck (BDI – II) con el fin de valorar la depresión y derivarla a observaciones netamente clínicas. (Carranza, 2015).

Esta investigación toma como referente a la adaptación argentina del BDI – II (Brenlla & Rodríguez, 2006; citado en Espejo, 2012), que es tomado en las investigaciones epidemiológicas que realiza el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Evalúa los siguientes síntomas: Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos de Culpa, Sentimientos de Castigo, Disconformidad con Uno Mismo, Autocrítica, Pensamiento o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en el Apetito, Dificultad de

Concentración, Cansancio o Fatiga y Pérdida de Interés en el Sexo. Las escalas que se establecen en esta versión argentina, los clasifican de acuerdo con la puntuación total de 0 a 13 (Mínimo); 14 a 19 (Leve); 20 a 28 (Moderado) y 29 a 63 (Severo).

2.5.2.1.1. Validez

En relación con sus propiedades psicométricas, el BDI – II el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0.86 para la población general y todas las correlaciones ítem – total corregidas fueron significativas. En nuestro medio social el BDI – II todavía no ha sido adaptado, pero existe un gran número de estudios que miden sintomatología depresiva con este instrumento. (Espejo, 2012) Para (Rodríguez ,2008; citado en Espejo, 2012) descubrió una consistencia interna elevada ($\alpha = 0.91$) y correlaciones ítem – test mayores a 0.20.

Solo se encontró una adaptación en la ciudad de Huancayo, esta se realizó en un grupo de 300 adolescentes entre varones y mujeres de distintas instituciones educativas estatales del medio, ellos comprendían entre los 16 y 18 años y se halló una validez de .891, mostrando una consistencia cognitivo- afectivo y somático por lo cual se concluye en que el inventario posee indicadores de fiabilidad y validez en dicha muestra (Rodriguez A. , 2013). Sin embargo, hasta la actualidad, no hay adaptaciones a poblaciones con características diferentes.

2.5.2.1.2. Confiabilidad

(Alcántara, 2008; citado en Espejo, 2012) analizó la confiabilidad por consistencia interna y obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.94. En el análisis de correlación ítem-test los coeficientes conseguidos oscilaron entre 0.48 y 0.79; además la confiabilidad por consistencia interna del factor Cognitivo-Afectivo arrojó un Alfa de Cronbach de 0.92 con

correlaciones ítem-test desde 0.50 a 0.76. En el factor Somático, el Alfa de Cronbach obtenido fue de 0.80 con correlaciones ítem-test desde 0.50 hasta 0.75.

Esta investigación utilizó el alfa de Cronbach, como medida estadística para estimar la fiabilidad del instrumento. El Inventario de depresión de Beck consta de 21 ítems y se aplicaron a 90 personas, las pruebas fueron procesadas por el programa estadístico SPSS para obtener el Alfa de Cronbach y observar el grado de confiabilidad de los resultados. Teóricamente el valor aceptable que se estima es de 1, y por lo general 0.80 es considerado como un valor aprobado, mientras más se acerque a 1 el resultado se considera más confiable. El Alfa de Cronbach de esta investigación fue de 0.89, lo que significa que el resultado es confiable, como para afirmar que a pesar de que no se puede hablar de generalizaciones debido al poco alcance de la población, si se puede esperar resultados compatibles en otros experimentos clínicos similares.

Tabla 4.

Nivel de confiabilidad de la investigación

| Estadísticas de fiabilidad | |
|----------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,897 | 21 |

2.5.3. Cuestionario de violencia familiar.

La Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato infantil del Ministerio de Salud del Perú, constituye un adecuado instrumento de trabajo que, de utilizarse pertinentemente, proporciona información relevante para la atención de víctimas de violencia en los servicios de salud. (Minsa , 2017). Según el Ministerio de Salud del Perú, la aplicación de estas fichas de tamizaje se realiza con la finalidad de hacer una detección

temprana y oportuna de los problemas de salud mental en la población, por lo general no tiene una duración mayor a los 10 minutos, y se caracterizan por tener preguntas cerradas con escala de si y no.

Fue aceptado como un protocolo que busca implementar, procedimientos de rutina para la detección y atención de cualquier tipo de violencia contra la mujer y el grupo familiar, este protocolo de atención obliga al personal de salud detectar y atender personas afectadas por violencia. (Defensoría del Pueblo, 2010)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultado del tratamiento y análisis de la información

En este capítulo se presenta el estudio cuantitativo de la investigación y los resultados del análisis de los datos obtenidos. Consta de dos partes, en la primera se exponen los objetivos y la relación que existe entre las variables; en la segunda, se muestra la discusión de los resultados.

4.1.1 Resultados en relación con el objetivo general.

El objetivo general de la investigación fue determinar los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017 para ello se acudió a la aplicación de la versión argentina del BDI – II, esta adaptación es la empleada en los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Este inventario consta de 21 preguntas con la finalidad de medir la severidad de la sintomatología depresiva en pacientes con antecedentes psiquiátricos, pero en población normal la intensidad moderada y grave, indica posible enfermedad, que puede convertirse en un problema de salud mental muy seria. Los puntos de corte que se establecieron en esta versión argentina clasifican la puntuación total de 0 a

13 (Mínimo); 14 a 19 (Leve); 20 a 28 (Moderado) y 29 a 63 (Severo). A continuación, se detallan los resultados:

Tabla 5.

Indicadores de depresión

| Indicadores de depresión | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| mínima | 9 | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| leve | 14 | 15,6 | 15,6 | 25,6 |
| moderada | 32 | 35,6 | 35,6 | 61,1 |
| severa | 35 | 38,9 | 38,9 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

En la tabla 5, se observa que el 38,89% de mujeres tienen indicadores severos de depresión, el 35,56% indicador moderado y el 15,56% leve y el 10% mínima; hay mayor porcentaje de mujeres con indicadores severos y moderados de depresión y un pequeño porcentaje con indicadores mínimos. Es decir, existe un 74.45% de mujeres víctimas de violencia con indicadores de posible enfermedad, que puede convertirse en un problema de salud mental muy seria.

4.1.2 Resultados en relación con los objetivos específicos.

Los dos primeros objetivos específicos de la investigación responden a las dos dimensiones que mide el BDI – II, estas son: determinar los indicadores cognitivo - afectivos y somáticos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017

El instrumento arroja resultados generales, sin embargo, para fines de la investigación, mediante el tratamiento estadístico se clasificó en 4 indicadores: mínimo,

leve, moderado y severo, teniendo en cuenta que la población utilizada no tiene antecedentes psiquiátricos, se tomará solo la intensidad moderada y grave, como posible síntomas cognitivos – afectivos o somáticos.

Cada dimensión por separado evalúa tanto el factor Psicológico Cognitivo que encierra síntomas: tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconforme con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas y desvalorización. Y el factor Somático: pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Dado que los objetivos de la terapia en Depresiones es eliminar los síntomas y prevenir las recaídas, identificar de manera indistinta los niveles de cada dimensión, ayudará a modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas conflictivas y con ello plantear de manera más individualizada el proceso terapéutico que la persona puede seguir. A continuación, los resultados.

Tabla 6.

Indicadores Cognitivo – Afectivo de la depresión

| Dimensión Cognitivo - Afectivo | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mínimo | 19 | 21,1 | 21,1 | 30,0 |
| Leve | 25 | 27,8 | 27,8 | 57,8 |
| Moderado | 19 | 21,1 | 21,1 | 78,9 |
| Severo | 27 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

En la tabla 6, se puede observar que el 30,0% tienen indicadores del nivel Cognitivo - Afectivo severo, el 21,1% moderado, 27,8% leve y el 21,1% mínimo. En total hay un 51.1% de mujeres víctimas de violencia con indicadores moderados y severos de la dimensión cognitivo – afectivo, es decir, se evidencian indicadores de posibles síntomas elevados de tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas y desvalorización.

Tabla 7.

Indicadores somáticos de la depresión

| Dimensión somática | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| mínimo | 35 | 38,9 | 38,9 | 38,9 |
| leve | 0 | 0 | 0 | 0 |
| moderado | 32 | 35,6 | 35,6 | 74,4 |
| severo | 23 | 25,6 | 25,6 | 100,0 |
| Total | 90 | 100,0 | 100,0 | |

En la tabla 7, se puede observar que el 38,9% tienen indicadores somáticos mínimos, 35,6% moderado, el 25,6% severo y 0 % leve. En total hay un 61.2% de mujeres víctimas de violencia con indicadores moderados y severos de la dimensión somático, es decir, se evidencian indicadores de posibles síntomas elevados de pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Comparación de ambas dimensiones:

Dimensión Cognitivo – Afectivo de la depresión. 51.1%

Dimensión somática de la depresión. 61.2%

Se puede observar que existe una mayor prevalencia de mujeres con indicadores somáticos de la depresión. Es decir, la población evaluada se caracteriza por presentar mayores síntomas de pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

A continuación, se presentan los resultados en relación con el tercer objetivo, determinar la relación que existe entre el tipo de violencia y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017. Para lo cual se utilizan cuadros individualizados por cada tipo de violencia.

Tabla 8.

Relación entre tipo de violencia e indicadores de depresión.

| Tipo de violencia | Indicadores de depresión | | | | | | | | Total | |
|----------------------|--------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|------|
| | mínima | | leve | | moderada | | severa | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Física | 1 | 6,6% | 1 | 6,6% | 7 | 46,6% | 6 | 40% | 15 | 100% |
| Psicológica | 5 | 20,8% | 4 | 16,6% | 7 | 29,1% | 8 | 33,3% | 24 | 100% |
| Sexual | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50% | 1 | 50% | 2 | 100% |
| Física y Psicológica | 4 | 9,5% | 10 | 23,8% | 16 | 38,0% | 12 | 28,5% | 42 | 100% |
| Psicológica y Sexual | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100% | 0 | 0,0% | 2 | 100% |
| Física y Sexual | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 25% | 3 | 75% | 4 | 100% |

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|------|
| Física, Psicológica y Sexual | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 1 | 100% | 1 | 100% |
|------------------------------------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|------|

En la tabla 8 se puede observar que del total de mujeres víctimas de violencia física, el 46,6% tienen indicadores moderados y el 40% severos. Es decir, existe un 86,6% de mujeres víctimas de violencia física con indicadores de depresión. En cuanto a las mujeres víctimas de violencia psicológica, el 30,4% evidencian indicadores moderados y el 30,4% severos. Ósea, el 60,8 % tienen indicadores de depresión. Por otro lado, las mujeres víctimas de violencia sexual tienen indicadores moderados y severos, en su totalidad evidencian indicadores de posible enfermedad depresiva. Además, se observa que del total de mujeres víctimas de violencia física y psicológica, el 40% tienen indicadores moderados y el 30% severos, prevalece un 70% de mujeres víctimas de violencia física y psicológica con indicadores de depresión. La única persona que refiere haber sido víctima de violencia psicológica y sexual evidencia indicadores de posible sintomatología depresiva. Se puede observar que del total de mujeres víctimas de violencia física y sexual tienen puntajes de indicadores moderados y severos, 25% y 75% respectivamente. Es decir, el total de mujeres víctimas de violencia física y sexual evidencian indicadores de posible depresión, la única mujer víctima violencia física, psicológica y sexual tiene indicadores severos de la depresión.

A continuación, los resultados en relación con el cuarto objetivo específico de la investigación. Identificar la relación que existe entre la condición civil y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.

Tabla 9

Relación de la condición civil e indicadores de depresión

| Condición civil | Indicadores de depresión | | | | | | | | total | |
|-----------------|--------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|------|
| | mínima | | leve | | moderada | | severa | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F° | % |
| casada | 1 | 4,5% | 4 | 18,1% | 8 | 36,3% | 9 | 40,9% | 22 | 100% |
| conviviente | 8 | 11,7% | 10 | 14,7% | 24 | 35,2% | 26 | 38,2% | 68 | 100% |

En la tabla 09, se puede observar que de las 22 mujeres que tienen la condición civil de casadas y son víctimas de violencia, 36,3% tienen indicadores moderados y 40,9% severo. Es decir, existe un 77,2% de mujeres casadas con indicadores de posible enfermedad depresiva. Por otro lado, el 35,2% de mujeres convivientes tienen indicadores moderados, mientras que el 38,2% severo. Es decir, existe un 73,4% de mujeres convivientes con indicadores de depresión.

A continuación, los resultados en relación con el quinto objetivo específico de la investigación. Identificar la relación que existe entre la edad y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.

Tabla 10.

Relación entre los grupos atareos y los indicadores de depresión

| Edad | Indicadores de depresión | | | | | | | | total | |
|-------------|--------------------------|------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|------|
| | Mínima | | leve | | moderada | | severa | | | |
| | F | % | F | % | F | % | F | % | F | % |
| Adolescente | 2 | 40% | 0 | 0,0% | 2 | 40% | 1 | 20% | 5 | 100% |
| Joven | 3 | 7,8% | 5 | 13,1% | 14 | 36,8% | 16 | 42,1% | 38 | 100% |
| Adulto | 4 | 8,5% | 9 | 19,1% | 16 | 34% | 18 | 38,2% | 47 | 100% |

En la tabla 10, se puede observar que de las 5 mujeres que están entre las edades de 14 a 19 años, el 40% tienen indicadores moderados y el 20% severos. Es decir, existe un

60% de mujeres adolescentes con indicadores de posible enfermedad depresiva. Mientras que del total de mujeres que comprenden entre las edades de 20 a 25 años (jóvenes), el 78,9% evidencia indicadores de posible depresión. Y de las mujeres que comprenden entre las edades de 25 a 60 años (adultas), existe un 72,2% con indicadores de posible enfermedad depresiva.

4.2 Discusión de resultados

El primer descubrimiento de este estudio es que existen indicadores de depresión en la mayoría de las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, el 74.45% de féminas evaluadas evidenciaron entre indicadores moderados y severos, lo cual es señal de la presencia de signos y síntomas de malestar emocional relacionados con la depresión. Aquello concuerda con lo hallado en investigaciones realizadas en otros países, así por ejemplo en Chile, Labra (2014) utilizó el BDI – II para evaluar la incidencia de depresión en la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género, y descubrió que del 100% , el 59.9% presentan malestar psicológico entre sintomatología depresiva o estrés post traumático, asimismo el 23% (50 mujeres) representa a aquellas mujeres con depresión, de estas el 57.7% tienen depresión entre moderada y severa, por otro lado en Ecuador, Trujillo (2015) mediante una investigación correlacional sobre Depresión en mujeres adultas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar, observó que de las 114 mujeres evaluadas el 50% presentan indicadores de depresión pero solo el 14.9% entre moderado y grave.

Al igual que Villa & Araya (2014), quienes descubrieron que del total de mujeres estudiadas el 89, 5% manifiestan índices de depresión entre moderados y severos, en la presente investigación el 74.5% tienen los mismos indicadores, de esta manera se demuestra que la sintomatología depresiva es un suceso frecuente en mujeres víctimas de violencia

familiar, sin embargo detrás de estas enumeraciones mórbidas se esconden historias individuales que en su conjunto constituyen uno de los mayores problemas sociales en el Perú, las personas tienden a creer que la violencia que se ejerce hacia las mujeres de la sierra se basan en costumbres tradicionales y carecen de consecuencias emocionales o sociales, sin embargo con los resultados de la investigación, se desmiente dicha idea ya que se concluye afirmando la existencia de consecuencias emocionales.

Como criterio de inclusión se tomaron exclusivamente aquellas mujeres que dieron positivo en la ficha de tamizaje de violencia familiar e infantil VIF, no obstante, existen evidencias de que no todo abuso es reportado, por lo que la presencia de violencia podría ser mucho mayor y por tanto es difícil contar con estadísticas que reflejen las dimensiones reales de esta problemática. La ausencia de denuncias de actos de violencia obedece a muchas razones: vergüenza, estigma o temor a la venganza o simple desconocimiento. (Espejo, 2012)

En esta investigación se encontró mayor prevalencia de mujeres víctimas de violencia física y psicológica, siendo estas el 44% del total de la población, seguido por violencia psicológica, 25,6% y violencia física 14,44%; en contraste Trujillo (2015) en el estudio que realizó, encontró que al igual que en esta investigación el porcentaje más elevado es de violencia física y psicológica, el 68% padece de este tipo de violencia, seguido por el 49% de mujeres víctimas de violencia psicológica y 43% de mujeres que afirman haber sido víctimas de violencia física.

En cuanto al tipo de violencia y su relación con los indicadores de depresión se encontró que todas las mujeres víctimas de los tres tipos de violencia o violencia sexual en particular o en compañía de otro tipo de violencia, manifiestan indicadores entre moderados

y severos. Por otro lado, hay mayor incidencia de indicadores de depresión moderados y severos en mujeres víctimas de violencia física, 86,6%, mientras que un porcentaje menor pero no por ello menos preocupante de violencia psicológica, 62,4%.

En relación con la edad se encontró que el porcentaje más elevado (78,9%) de indicadores moderados y severos de depresión lo presentan las mujeres que comprenden entre los 20 y 25 años, mientras que solo el 60% de adolescentes tienen indicadores de depresión. No obstante, los resultados de la investigación no se pueden globalizar al total de la población

El instrumento de depresión utilizado arroja resultados generales acerca de las dimensiones de la depresión, sin embargo para fines de la investigación, mediante el tratamiento estadístico se clasificó en 4 indicadores: mínimo, leve, moderado y severo, teniendo en cuenta que la población utilizada no tiene antecedentes psiquiátricos, se tomó solo la intensidad moderada y grave, como posible síntomas cognitivos – afectivos o somáticos, por tanto siguiendo estos parámetros, se pueden visualizar que existe una mayor prevalencia de mujeres con indicadores somáticos de la depresión (61.1%). Es decir, la población evaluada se caracteriza por presentar mayores síntomas de pérdida del placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultades de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. No obstante, a pesar de que esta población pareciera tener dificultades en la realización de actividades en su vida cotidiana, la depresión sin un diagnóstico formal o en formas limitadas son compatibles con una vida aparentemente funcional, es decir nos podríamos encontrar ante personas supuestamente funcionales.

La presente investigación constituye un aporte importante para el conocimiento sobre la violencia familiar en nuestro contexto. Si bien es cierto, que estudios similares se han realizado en varios lugares, en Huancayo a pesar de su impacto social existe pocas investigaciones en el ámbito psicológico sobre la problemática en áreas rurales o semi rurales, quizás porque se trate de un fenómeno que se ha tomado en cuenta recientemente, más específicamente desde los años 80, fue en esta época que la violencia contra la mujer fue planteada por primera vez como una violación a los derechos humanos y es hasta los años 90 que científicos sociales muestran una atención más focalizada ante este problema, así lo refiere (Merry ,2006:21 ; Pleck, 2004:xix citados en Alcalde, 2014), los estudios que se realizaron a nivel mundial refieren que entre el 10% y el 50% de las mujeres son abusadas por una pareja sentimental, y que en su mayoría son hombres. A pesar de su prevalencia, este problema aún sigue siendo una pandemia silenciosa

Sería interesante, que en un futuro se realicen investigaciones con pacientes con mayores recursos económicos y educativos; ver si ocurre lo que al parecer se da en diferentes circunstancias.

En último lugar, dado que en la existen iniciativas con el objetivo de realizar programas de prevención e intervención con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, y dado que se halló indicadores más elevados de depresión en mujeres adultas y convivientes que en otro tipo de población, estas personas podrían beneficiarse de estos programas una vez diagnosticado la depresión u otras enfermedades mentales.

Por último, debido a que en la mayoría de las teorías que se tomaron para sustentar la presente investigación, señalan la importancia de la adquisición de experiencias tempranas en los individuos como base fundamental para el procesamiento de información futura y

enfrentamiento de los problemas, sería atractivo que en estudios futuros se analice más información sobre el historial familiar y las experiencias durante la infancia de cada persona evaluada.

CONCLUSIONES

1. Los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga son: leve, mínimo, moderado y severo. En consecuencia se encontró que el el 74.5% de ellas presentaron indicadores moderados y severos de depresión.
2. Existen cuatro indicadores cognitivo – afectivos de la depresión (leve, mínimo, moderado y severo) que evalúan la severidad de los síntomas cognitivo – afectivo, en tal sentido, se observó que el 30,0% tienen indicadores del nivel Cognitivo - Afectivo severo, el 21,1% moderado, 27,8% leve y el 21,1% mínimo. En total hay un 51.1% de mujeres víctimas de violencia con indicadores moderados y severos de la dimensión cognitivo – afectivo.
3. Existen cuatro indicadores somáticos de la depresión (leve, mínimo, moderado y severo) y evalúan la gravedad de los síntomas, se encontró que el 38,9% tienen indicadores somáticos mínimos, 35,6% moderado, el 25,6% severo y 0 % leve. En total hay un 61.2% de mujeres víctimas de violencia con indicadores moderados y severos de la dimensión somático
4. En la relación entre el tipo de violencia e indicadores de depresión, del total mujeres víctimas de violencia: sexual, tanto psicológica como sexual, física y sexual, física

psicológica y sexual, presentan indicadores de posible enfermedad y daño emocional, así mismo, con porcentajes menores, pero no por ello menos alarmantes encontramos a la violencia física, psicológica y tanto física como psicológica.

5. En relación con la condición civil y a los indicadores de depresión se encontró que, existe un 77,2% del total de mujeres casadas presentan indicadores de posible enfermedad depresiva. Mientras que el 73,4% del total de mujeres convivientes tienen indicadores de posible enfermedad depresiva.
6. En relación con la edad y los indicadores de depresión se encontró que del total de mujeres adolescentes el 60% tienen indicadores de posible enfermedad depresiva, así mismo del de mujeres jóvenes el 78,9% presentan estos indicadores mientras que el 72,2% del total de mujeres adultas tienen posibles indicadores de enfermedad depresiva.

RECOMENDACIONES

1. Es importante que se realicen futuras investigaciones de esta problemática en nuestra localidad, así mismo, analicen este problema en distintos tipos de estratos sociales tratando de recoger y analizar más información acerca del historial familiar y experiencias tempranas de cada individuo.
2. Implementar y ejecutar planes de acción para abordar la violencia familiar, debido a que es un problema importante de salud pública. Responder de manera adecuada cuando ocurra, y brindar el soporte emocional a las víctimas, ayuda a que estas puedan salir del círculo de violencia, es por ello por lo que se recomienda implementar refugios provisionales donde puedan sentirse seguras, además de recibir el apoyo y orientación profesional.
3. Buscar nuevas estrategias de difusión de las líneas de emergencia gratuita para mujeres víctimas de violencia en nuestro país, como medida de apoyo y para captar personas con dichos problemas para brindarles seguimiento.
4. Sensibilizar a aquellos que trabajen en los servicios esenciales, especialmente a los miembros policiales que se encuentren laborando en comisarías, a si también a los abogados, jueces, y personal de salud, como media que garantice el cumplimiento de normas y protocolos de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde, C. (2014). *La mujer en la violencia , pobreza, género y resistencia en el Perú*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistemica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós Terapia familiar. Recuperado el 2017, de <https://bauldelibroses.files.wordpress.com/2016/02/el-dolor-invisible-de-la-infancia-jorge-barudy.pdf>
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. España: Mc Graw Hill.
- Bermudéz, A., Casas, M., Castro, R., Lembo, S., & Saldias, R. (2013). *Mujeres con diagnostico de depresion que sufren violencia domestica* . Universidad de la Republica , Montevideo . Recuperado el 2017, de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/7356>
- Bvs Cuba. (2001). *Libros de autores Cubanos*. Obtenido de <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01c8a63a59a94100eaf4f010.6.1.7>
- Carranza, R. (2015). *Propiedades psicometricas del Inventario de Depresion de Beck en estudiantes universitarios de Lima*. Lima: Revista de Investigación Universitaria. Recuperado el 2017, de <http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/download/688/773>
- CIE 10 Trastornos mentales y de comportamiento* . (1996). Madrid: Meditor.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (s/f). la Depresion desde la terapia Cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 5.
- Defensoria del Pueblo. (Octubre de 2010). Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/pdf/141.pdf>

- Diario El Peruano. (Noviembre de 22 de 2015). *Diario el Peruano*. Obtenido de <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
- Espejo, A. (2012). *Propiedades psicométricas del PMWI - F en una muestra de mujeres violentadas psicológicamente*. Lima: PUCP. Recuperado el 2017, de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1482>
- Flora Tristán. (2005). La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú. *Flora Tristán*, 40. Recuperado el 2017, de <http://www.flora.org.pe/pdfs/Femicidio.pdf>
- Guerrero, S. (2014). *Depresión en mujeres de 35 a 50 años estudio realizado en centros de atención a la mujer, en la ciudad de Retalhueleu*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar. Recuperado el 2017, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>
- Guzmán, G. (2015). *Representaciones sociales de la violencia contra las mujeres en actrices locales de un distrito rural costero*. Lima: PUCP. Recuperado el 2017, de <http://redin.pncvfs.gob.pe/documento/investigacion/guzman-huayhuameza-geraldine-representaciones-sociales.pdf>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación, sexta edición*. Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A., & Campos, E. (2014). *Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Recuperado el 2014, de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>
- INEI. (2017). *Instituto Nacional de Estadística e Investigaciones*. Obtenido de correo institucional INEI: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/violencia-de-genero-7921/>
- Jimenez, R. (1998). *Metodología de la Investigación*. La Habana.

- Labra, P. (2014). *La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena*. Madrid: Universidad Computense de Madrid. Obtenido de <http://eprints.ucm.es/28942/1/T35895.pdf>
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. (2002). España: Masson .
- MIMP. (2016). *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual*. Obtenido de <http://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=39>
- Minsa . (2017). *scribd* . Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/240073687/Ficha-de-Tamizaje-VIF>
- Moreno, T. (2014). *Violencia Intrafamiliar como causa del trastorno depresivo en mujeres que acuden al centro de apoyo integral Las tres Manueles y al hospital Cantonal de Sangolquí durante el año 2011*. Universidad central de Ecuador, Quito. Ecuador: Universidad central de Ecuador. Recuperado el 2017, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4683>
- OMS. (Junio de 1998). *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*. Obtenido de http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- OMS. (Setiembre de 2013). *Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- OMS. (Noviembre de 2016). *Notas descriptivas de la Organización mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- OMS. (Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la salud* . Obtenido de centro de prensa OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- OMS Estudio Multipaís. (2015). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Obtenido de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/
- OPS. (2003). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. *Organización Panamericana de la Salud*, 8.

- OPS. (09 de Octubre de 2012). *Centro de prensa de la Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- OPS. (24 de Noviembre de 2014). *Centro de prensa Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10229%3A2014-violence-against-women-is-linked-to-reproductive-health-problems&Itemid=1926&lang=es
- Podolsky, E. (1967). *Enciclopedia de las aberraciones*. Buenos Aires : Psique.
- Rodriguez, A. (martes de agosto de 2013). *Cedro*. Obtenido de Cedro: www.cedro.org.pe/cursoonline20134/descargas/Modulo_4.pdf
- Rodriguez, E., & Farfán, D. (2013). *Propiedades psicometricas del Inventario de depresion de Beck en estudiantes del 5° año de secundaria de Huancayo, 2013*. Huancayo: Revista de Investigacion Universitaria .
- RPP. (09 de setiembre de 2016). *Rpp noticias* . Obtenido de <http://rpp.pe/peru/junin/junin-region-registra-15-suicidios-en-todo-el-2016-noticia-993563>
- RPP. (07 de marzo de 2016). *Rpp noticias* . Obtenido de <http://rpp.pe/peru/junin/huancayo-reportan-un-incremento-del-7-en-casos-de-violencia-a-la-mujer-noticia-943889>
- Santo-Domingo, J., Baca, E., Carrasco, J. L., & Camba, E. (s.f.). *Manual de Psiquiatria* . España : Psiquiatria Editores, S. L. .
- Sánz, J., & Vasquez, C. (1998). *Fiabilidad, Validez y datos normativos del inventario para la depresion de Beck*. España: Psicothema. Recuperado el 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72710207>
- Trujillo, A. (2015). *Depresión en mujeres adultas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al sub centro de salud Santa Clara de San Millán del área de salud N° 2*. Quito: Quito: UCE. Recuperado el 2017, de <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7124>

- Vara Horna, A. (2010). *Siete pasos para una tesis exitosa* . Lima: Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos.
- Venegas, L. (26 de diciembre de 2009). *Psicólogos Peru*. Obtenido de <http://psicologosperu.blogspot.pe/2009/12/estadisticas-sobre-depresion.html>
- Vigil, V. (2016). *Interpretacion emocional y sintomatología depresiva en un grupo de madres en Lima*. Lima: PUCP.
- Villa, G., & Araya, S. (2014). *Universidad Academia de Humanismo cristiano* . Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/1297>
- Vivanco, T. (23 de Noviembre de 2015). Maltrato contra la mujer se incrementa en Huancayo. *Diario Correo*, pág. 7.
- Zurita, J. (2014). Violencia Contra la mujer: Marco historico rvolutivo y prediccion del nivel de riesgo. *UAM*, 849. Recuperado el 2017, de <http://iknowpolitics.org/es/knowledge-library/academic-paper-article/violencia-contra-la-mujer-marco-hist%C3%B3rico-evolutivo-y>

ANEXOS

ANEXO A. Matriz de consistencia

| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | MÉTODO TIPO Y NIVEL | DISEÑO | POBLACIÓN Y MUESTRA | TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS |
|---|--|--|---|---|---|---|
| <p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel cognitivo - afectivo de la depresión que se presenta en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017?</p> | <p>Objetivo general</p> <p>Determinar los indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar del Distrito de Sapallanga, 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar los indicadores cognitivo - afectivos de depresión en las</p> | <p>El presente estudio no presenta hipótesis por ser de alcance o nivel descriptivo, al respecto (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) señalan que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis de esta clase o que sean afirmaciones más generales debido a que no es sencillo realizar estimaciones precisas sobre ciertos fenómenos.</p> | <p>En la presente investigación, se utilizó el método científico como método general y además el método descriptivo, su nivel fue descriptivo</p> | <p>El Diseño que orientó la investigación es el descriptivo simple, tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o indicadores de una o más variables en una población.</p> | <p>La población, elegida está constituida por madres pertenecientes al programa Vaso de Leche de Sapallanga, se trabajó con 4 sectores rurales (Libertador Simón Bolívar, Barrio Centro, Mariscal Castilla y San Pedro)</p> <p>La población está conformada por 90 madres de familia que pertenecen al Programa Vaso de Leche. Como</p> | <p>Las técnicas a través de las cuales se recolectaron los datos son: Encuestas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de tamizaje violencia familiar y violencia infantil VIF • Inventario de Depresión de Beck. BD |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| <p>¿Cuál es el nivel somático de la depresión que se presenta en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017? □</p> <p>¿Existen indicadores cognitivo - afectivos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?</p> <p>¿Existen indicadores somáticos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el tipo de violencia y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017?</p> | <p>mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.</p> <p>Determinar los indicadores somáticos de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el tipo de violencia y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la condición civil y los indicadores de depresión en las</p> | | | | <p>criterios de inclusión para la investigación se tomó aquellas madres que viven con su pareja, entre convivientes y casadas y que también obtuvieron indicadores positivos de violencia familiar a partir de la aplicación de la ficha de tamizaje de Violencia Familiar (VIF). Sus edades oscilan entre 16 y 40 años categorizándolas como: adolescentes, jóvenes y adultas Tienen como mínimo un hijo y estos no sobrepasan los 8 años de edad.</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>¿Cuál es la relación que existe entre la condición civil y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la edad y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017?</p> | <p>mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la edad y los indicadores de depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Sapallanga, 2017.</p> | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

ANEXO B. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK – BDII

NOMBRE ORIGINAL DEL INSTRUMENTO: Beck Depression Inventory (BDII)

FICHA TECNICA:

- **AUTORES:** Beck Steer (1961)
- **DESCRIPCION:** El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (IDB-II) es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en adultos y adolescentes, tanto psiquiátricos como normales, a partir de los 13 años. Cada ítem es puntuado según una escala de 0 a 3 y la puntuación total máxima que se puede obtener es de 63. Los ítems, en comparación con la primera versión, incluyen cambios en los ítems 16 y 18 que la persona evaluada marque más de una de Culpa, Sentimiento de Castigo, Disconformidad con Uno Mismo cubran cuentan con tres alternativas más de respuesta que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones del comportamiento y/o de la motivación. A su vez, se debe tomar en cuenta el valor más alto de un ítem, en caso de alternativa. Es necesario considerar que si bien esta versión del IDB fue desarrollada para evaluar la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV, no es un instrumento para especificar un diagnóstico clínico. Los síntomas evaluados por este inventario son: Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de Placer, Sentimientos, Autocrítica, Pensamientos o Deseos Suicidas, Llanto, Agitación, Pérdida de Interés, Indecisión, Desvalorización, Pérdida de Energía, Cambios en los Hábitos de Sueño, Irritabilidad, Cambios en el Apetito, Dificultad de Concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de Interés en el Sexo. En cuanto a la validez factorial, los datos parecen indicar que el IDB II representa dos dimensiones subyacentes – Cognitivo-Afectiva y Somática. Factor Cognitivo- afectivo, compuesto por los ítems 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17 y En el factor Somático, compuesto por los ítems 15, 16, 18, 19 y 20,
 - **APLICACIÓN:** individual o colectiva
 - **EDAD DE APLICACIÓN:** a partir de los 13 años
 - **DURACION DE PRUEBA:** de 10 a 15 minutos

IDB – II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un(a) fracasado(a).
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado(a).
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
- 2 Espero ser castigado(a).
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a).

7. Disconformidad con Uno Mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo(a).

2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a).

3 No me gusta a mí mismo(a).

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.

- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso(a).
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO C. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR – VIF



**FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
Y MALTRATO INFANTIL**

RED: _____ Establecimiento _____ FECHA _____
 Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina P.F. Otros
 Nombre y Apellido del usuario _____
 EDAD _____ SEXO Masculino Femenino
 Dirección _____ Referencia _____

LEA AL PACIENTE

Debido a que la violencia es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente está en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas.

PREGUNTE

SI ES ADULTO (A):

¿alguna vez algún miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?

Sí No

¿Quién? _____

¿Desde cuándo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

SI ES PADRE O MADRE DE FAMILIA:

¿Su hijo es muy desobediente?

SI

NO

¿Quién? _____

¿Alguna vez pide el control y lo golpea?

¿Desde cuándo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe

En todos los casos: niña(o), adolescentes, adulto(s), ancianas(o)

FISICO

- Hematomas y contusiones inexplicables.
- Cicatrices y quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de Mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc..
- Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc..
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño(mucho sueño, interrupciones de sueño)
- Enuresis (Niños)

PSICOLOGICO

- Extrema falta de confianza en si mismo.
- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento
- Llanto frecuente.

- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.
- Intento de Suicidio.
- Uso alcohol, Drogas.
- Tranquilizantes o analgésicos

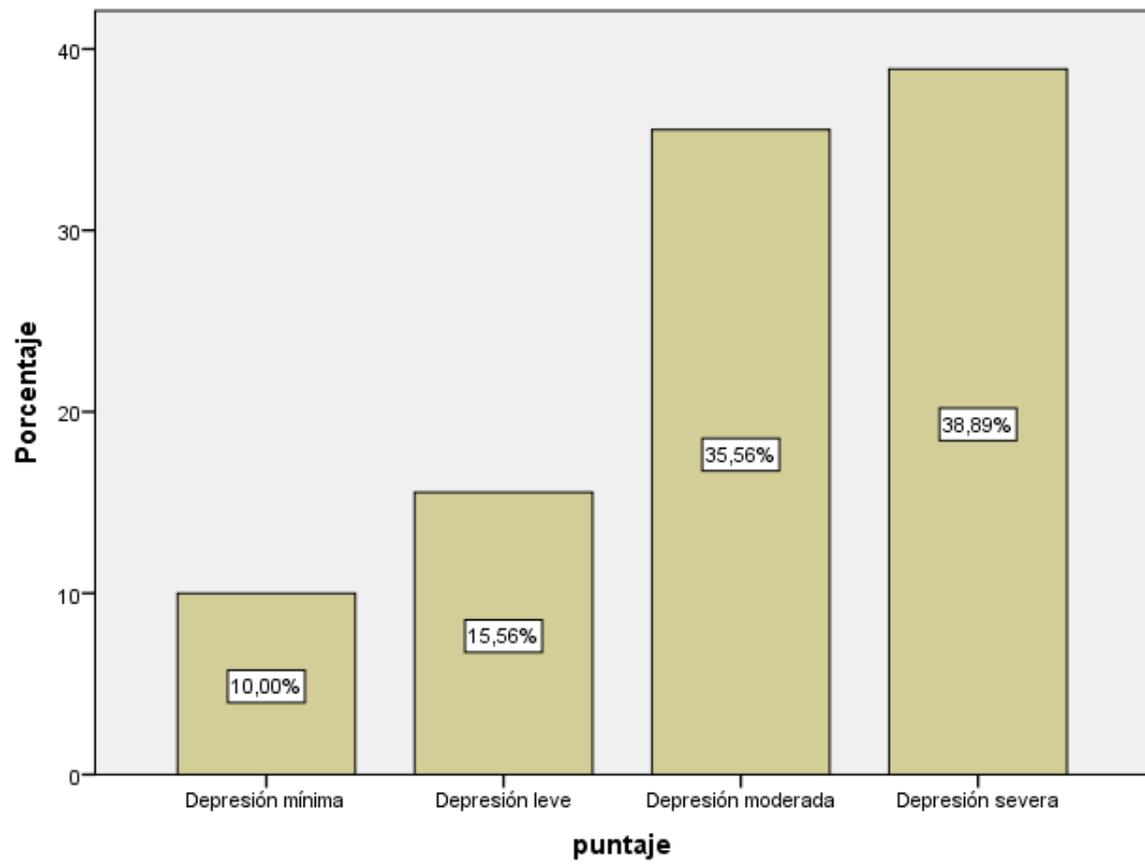
SEXUALES

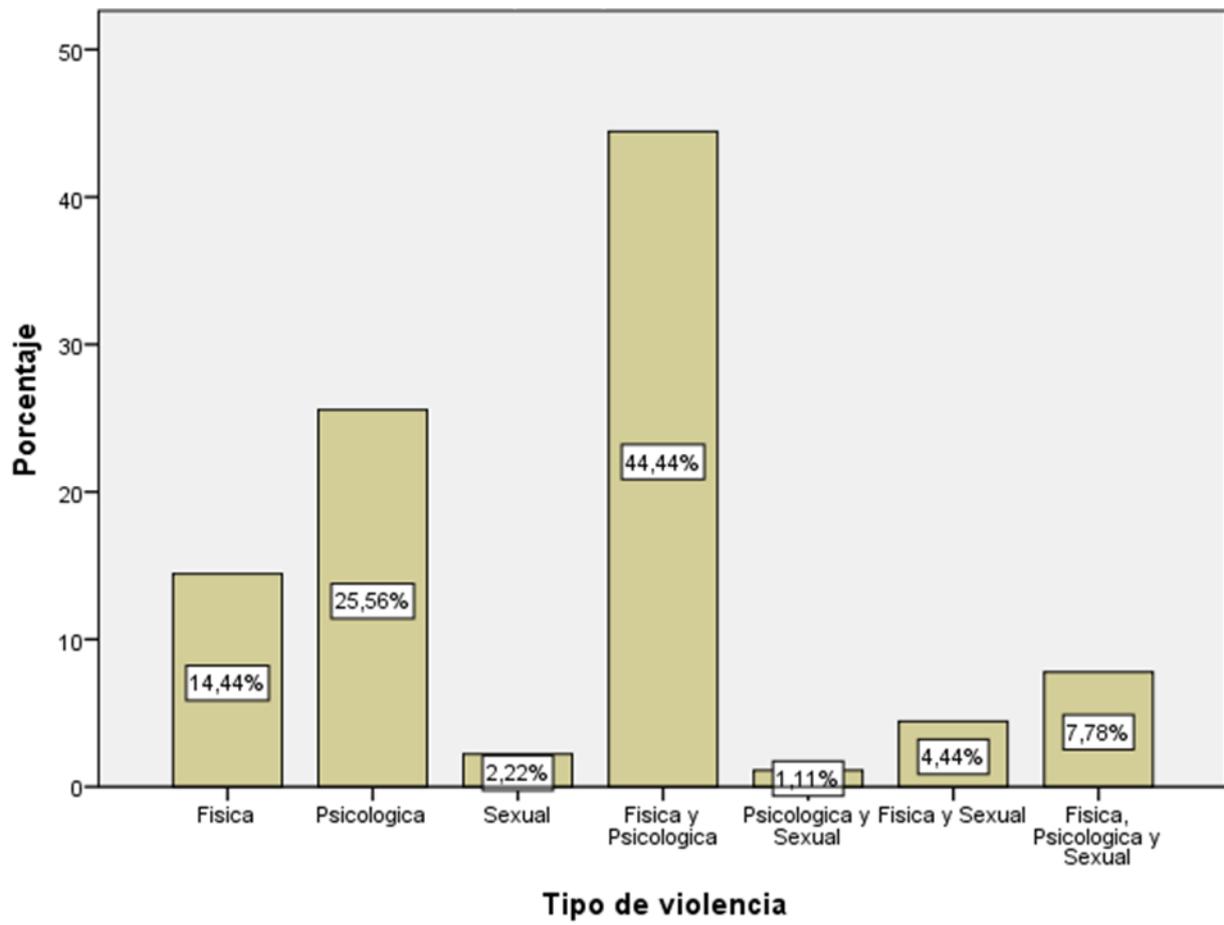
- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual.

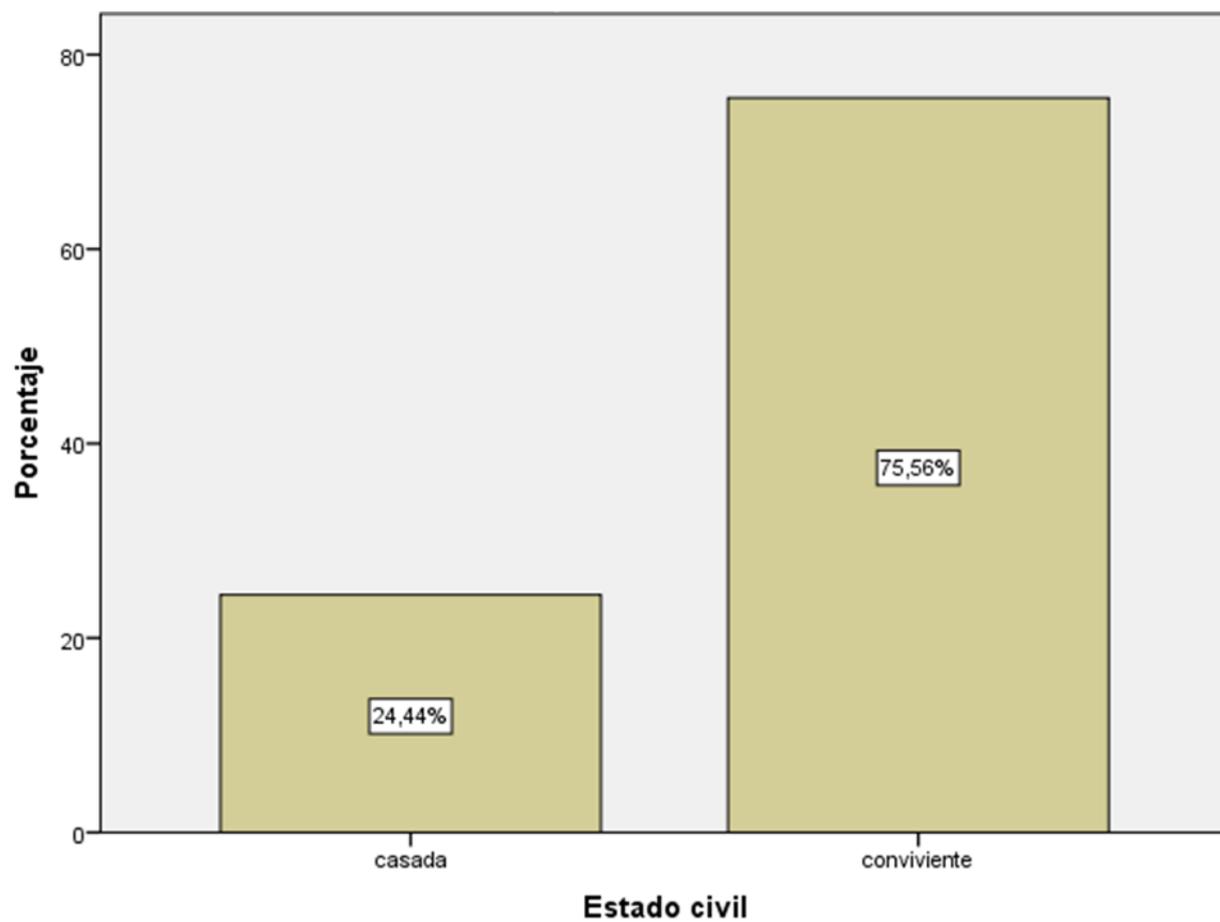
NEGLIGENCIA

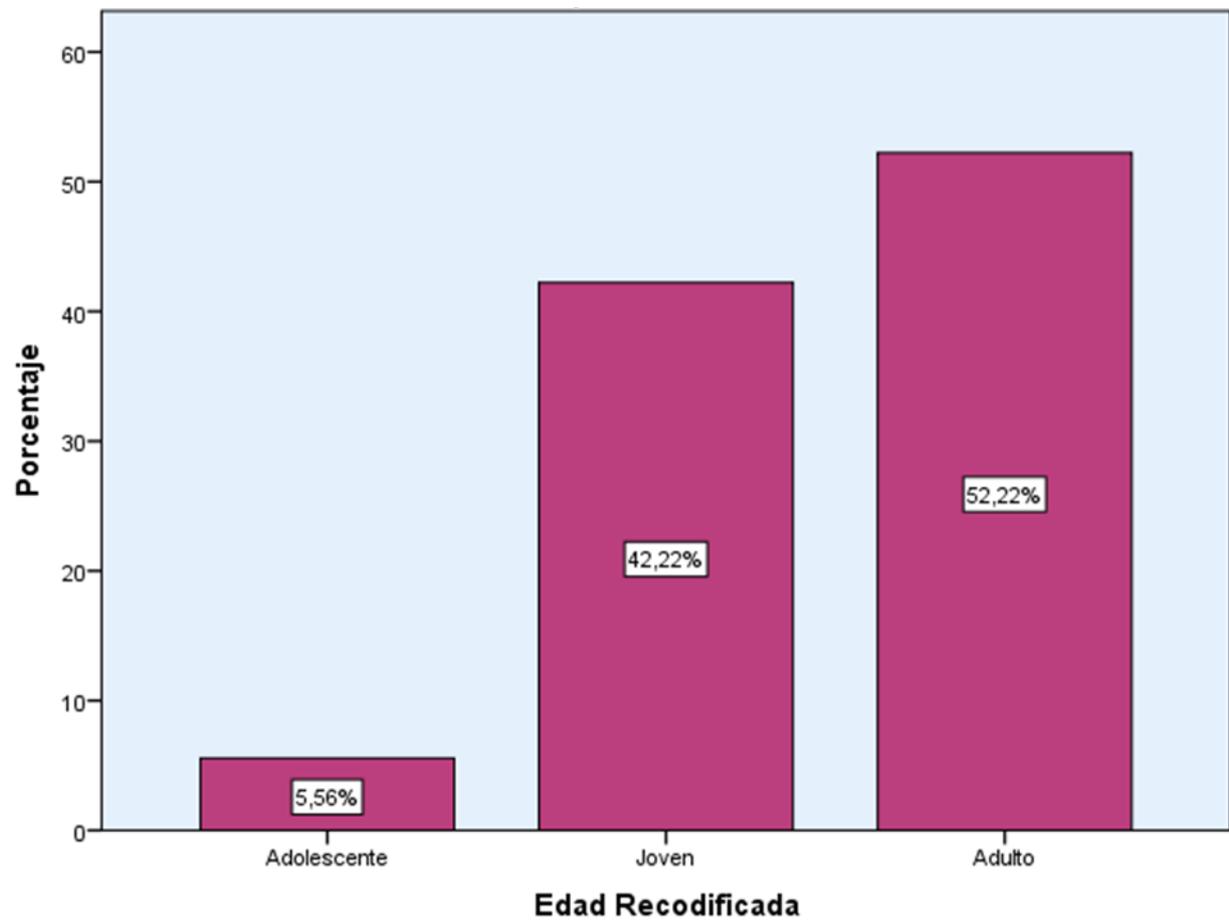
- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Accidente o enfermedad muy frecuente.
- Descuido de higiene y aliño, falta de estimulación del desarrollo
- Fatiga, sueño, hambre.

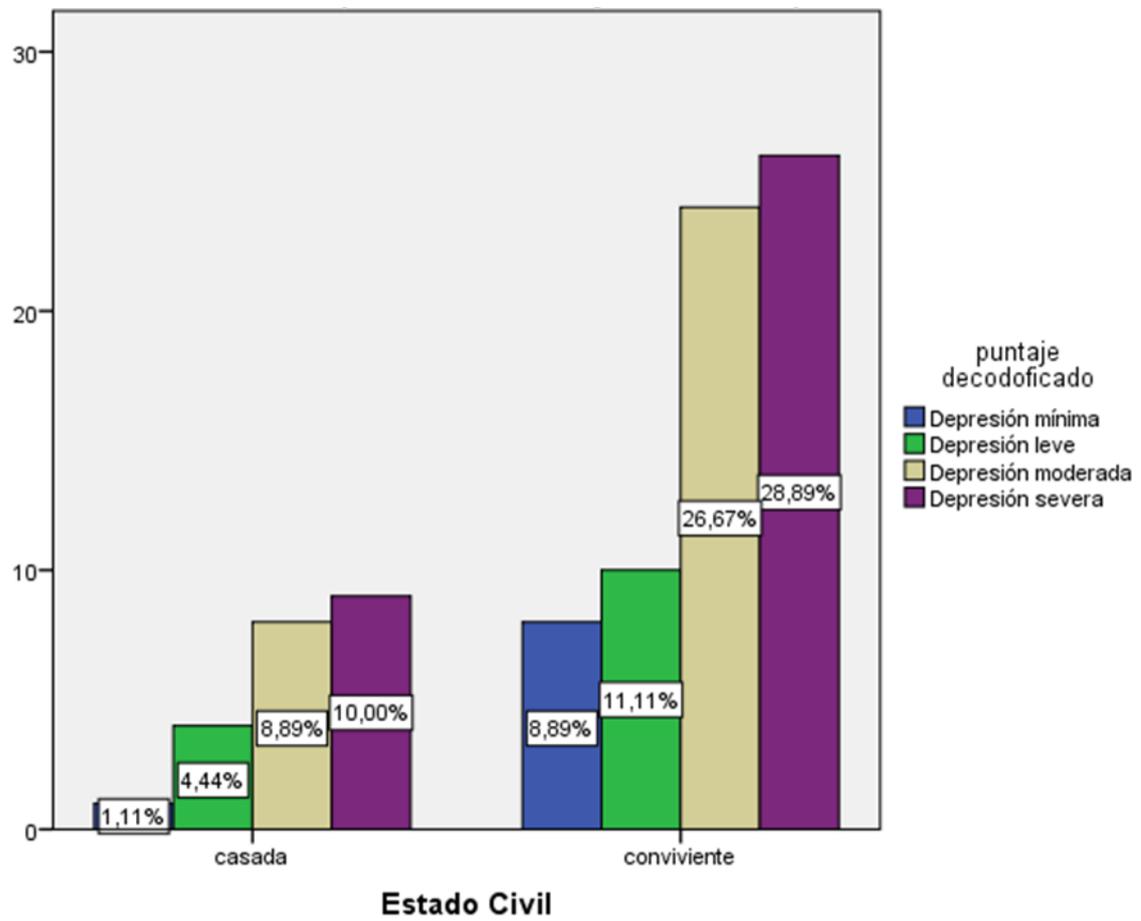
DERIVADO POR: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIO CASO: _____

ANEXO D. Gráfico por indicadores de depresión

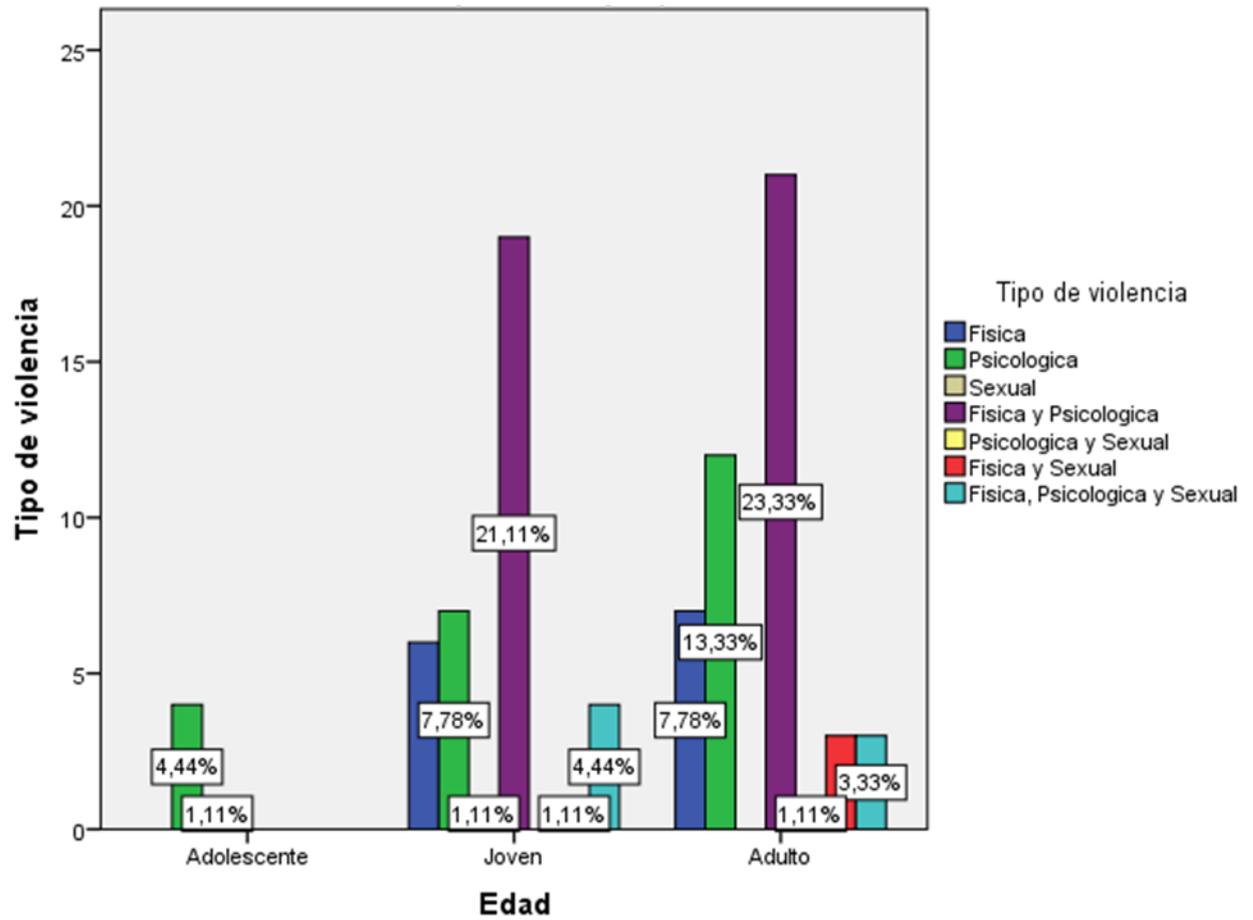
ANEXO E. Gráfico por tipo de violencia

ANEXO F. Gráfico por estado civil

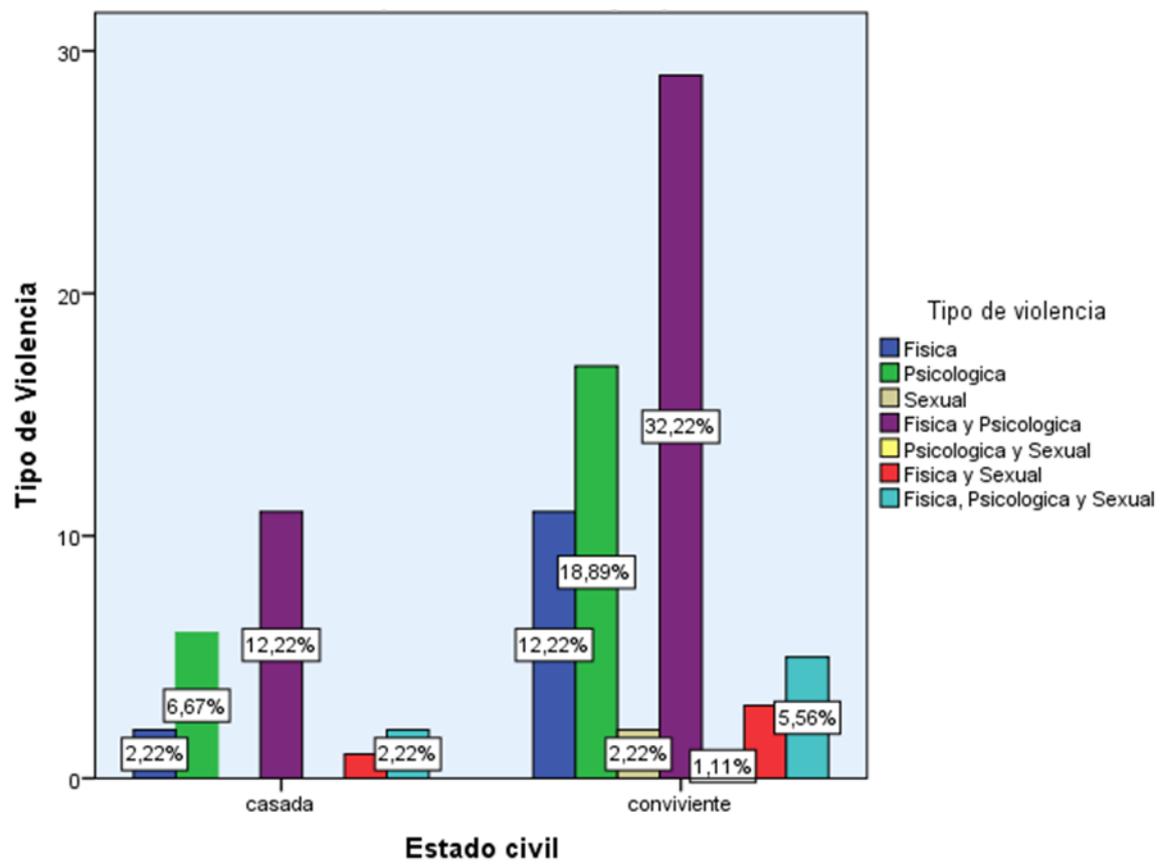
ANEXO G. Gráfico por edades

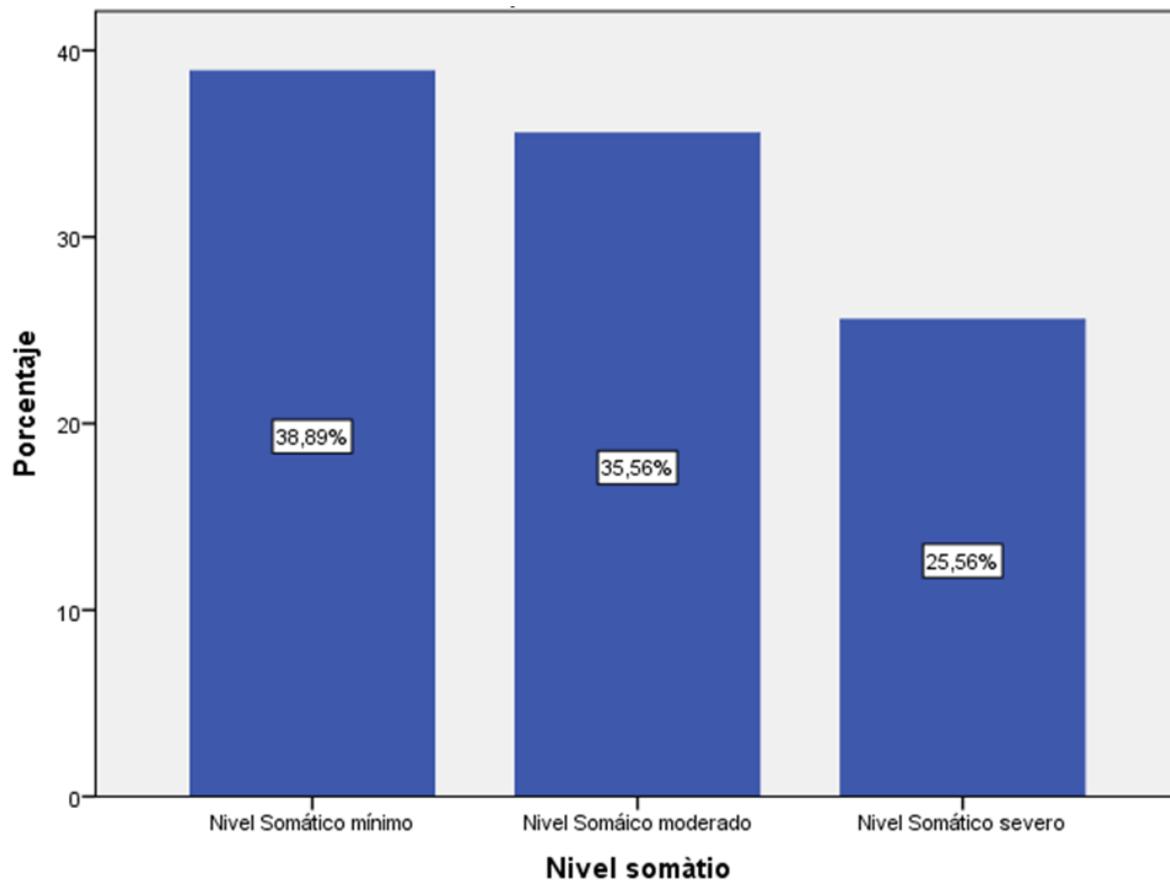
ANEXO H. Gráfico de la relación entre el estado civil e índices de depresión

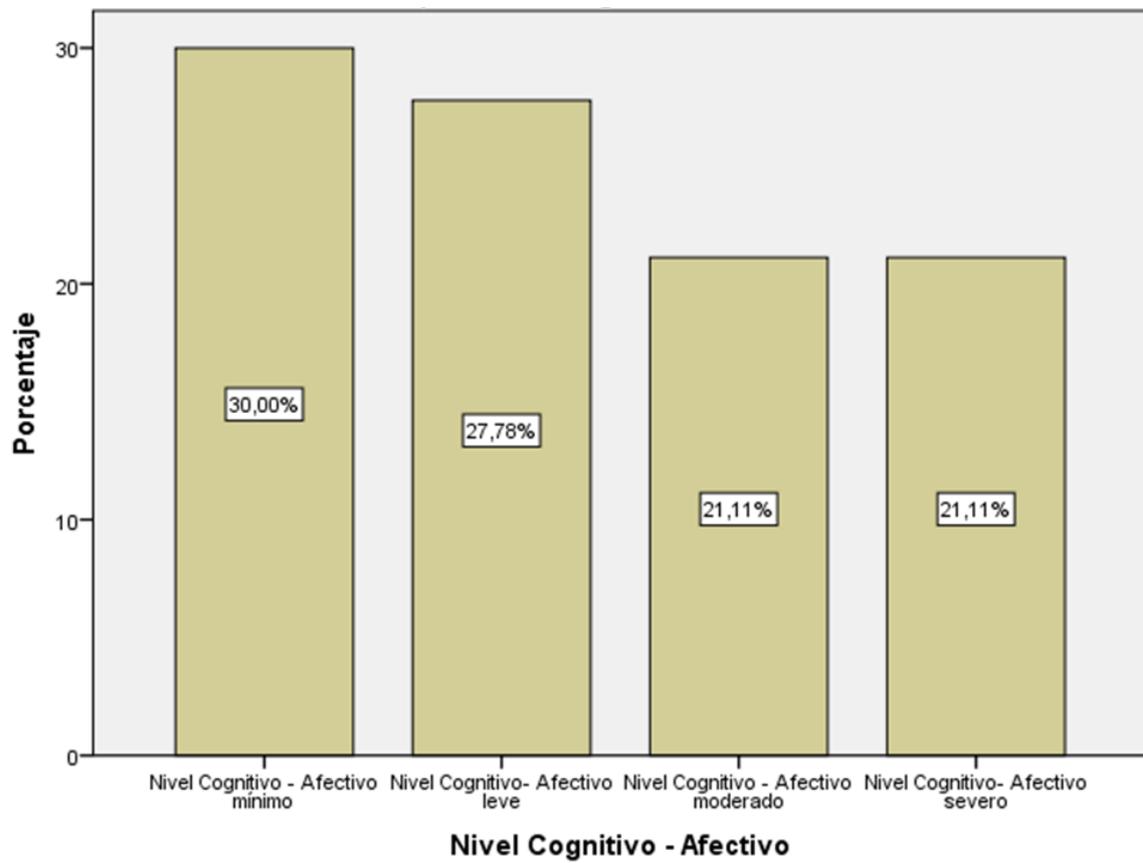
ANEXO I. Gráfico de la relación entre edad y tipo de violencia



ANEXO J. Gráfico de la relación entre el estado civil y tipo de violencia



ANEXO K. Gráfico por nivel somático de la depresión

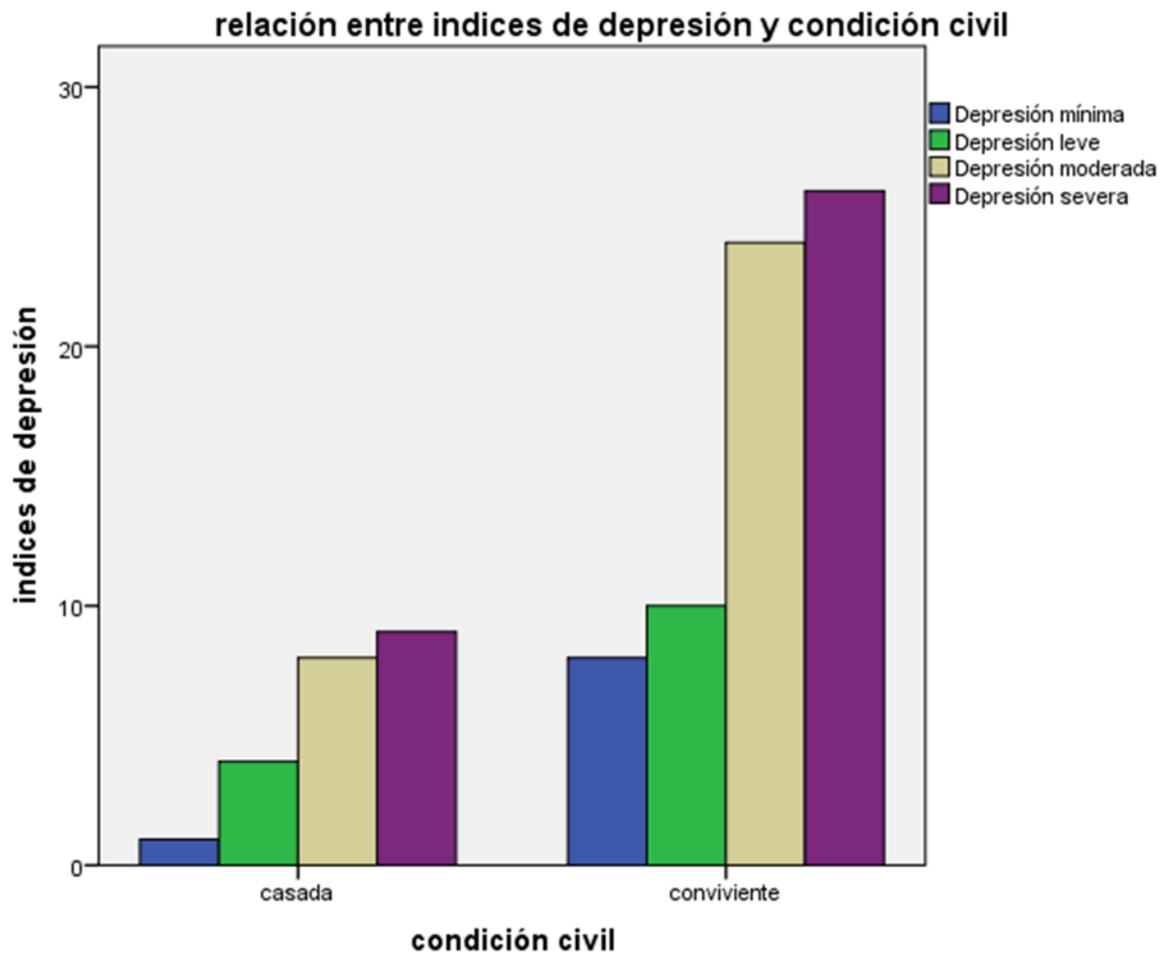
ANEXO L. Gráfico por nivel cognitivo – afectivo de la depresión

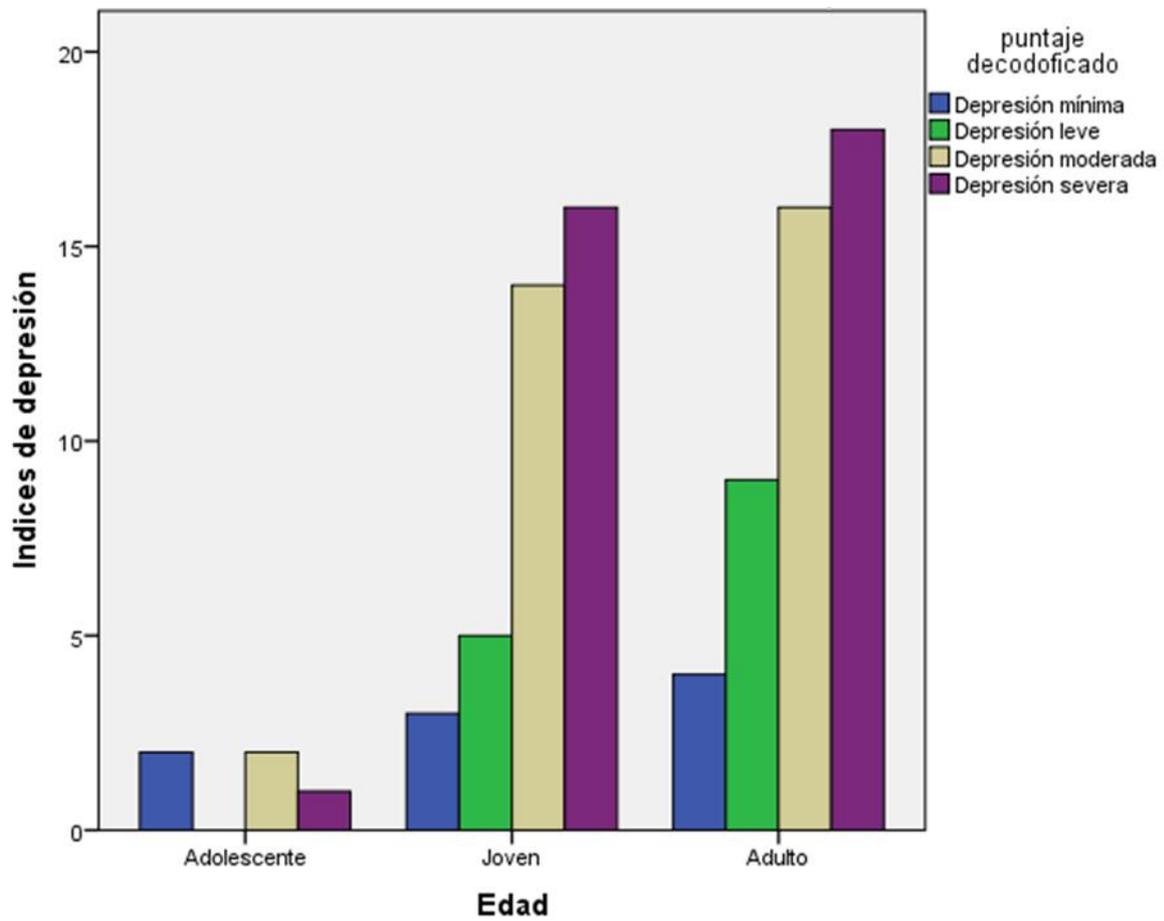
ANEXO M. Relación de la condición civil e indicadores de depresión

| Tipo de violencia | | | | | | | | |
|-------------------|--------|-------------|--------|----------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|-------|
| Condición civil | Física | Psicológica | Sexual | Física y Psicológica | Psicológica y Sexual | Física y Sexual | Física, Psicológica y Sexual | Total |
| casada | 2 | 6 | 0 | 11 | 0 | 1 | 2 | 22 |
| | 2,2% | 6,7% | 0,0% | 12,2% | 0,0% | 1,1% | 2,2% | 24,4% |
| conviviente | 11 | 17 | 2 | 29 | 1 | 3 | 5 | 68 |
| | 12,2% | 18,9% | 2,2% | 32,2% | 1,1% | 3,3% | 5,6% | 75,6% |
| % del total | 13 | 23 | 2 | 40 | 1 | 4 | 7 | 90 |
| | 14,4% | 25,6% | 2,2% | 44,4% | 1,1% | 4,4% | 7,8% | 100% |

ANEXO N. Relación entre la edad e indicadores de depresión

| Edad | Tipo de violencia | | | | | | | Total |
|-------------|-------------------|-------------|-----------|----------------------|----------------------|-----------------|------------------------------|--------------|
| | Física | Psicológica | Sexual | Física y Psicológica | Psicológica y Sexual | Física y Sexual | Física, Psicológica y Sexual | |
| Adolescente | 0 0,0% | 4 4,4% | 1 1,1% | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 0 0,0% | 5 5,6% |
| Joven | 6 6,7% | 7 7,8% | 1 1,1% | 19 21,1% | 0 0,0% | 1 1,1% | 4 4,4% | 38 42,2% |
| Adulto | 7 7,8% | 12 13,3% | 0 0,0% | 21 23,3% | 1 1,1% | 3 3,3% | 3 3,3% | 47 52,2% |
| total | 13 14,4% | 23 25,6% | 2 2,2% | 40 44,4% | 1 1,1% | 4 4,4% | 7 7,8% | 90 100,0% |

ANEXO O. Gráfico de la relación de la condición civil e indicadores de depresión

ANEXO P. Gráfico de la relación de la edad e indicadores de depresión

ANEXO Q: Solicitud de trámite

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAPALLANGA
Construyendo el gran cambio

SOLICITUD DE TRAMITE Nº 03276

SOLICITO: Aplicacion de tesis
GERENCIA SOCIAL Y
SERVICIOS PUBLICA

Sr. Alcalde de la Municipalidad Distrital de Sapallanga

Yo: MILAGROS KATTERYM VALENTIN BETARANO Con DNI. Nº: 70343138

Domiciliado en : CALLE DACHACAYO - EL TAMBO

ESPECIFICO LO SIGUIENTE:

SIRVASE ORDENAR A QUIEN CORRESPONDA
MI SOLICITUD PARA REALIZAR MI TESIS DE
APLICACION AL AREA DE VASO DE LECHE EL
QUAL ES UN REQUISITO PARA REALIZAR MI
TRAMITE DOCUMENTARIO.

RUEGO UD. SE ME ACCEDA MI
RETIUON POR SER DE JUSTICIA

ADJUNTO

| | |
|----------------------|----------|
| 1) <u>Copia DNI</u> | 4) |
| 2) <u>Resolucion</u> | 5) |
| 3) | 6) |

OTROS:

Municipalidad Distrital de Sapallanga

RECEPCIONADO

Exp. 2732

Fecha: 08 AGO 2017

Nro: 1112 Folio: 04

Firma: [Signature]

Sapallanga, 08 de Agosto de 2017

[Signature]

FIRMA

Dirección Av. Ricardo Palma S/N - Sapallanga / www.munisapallanga.gob.pe

Gestión 2015-2018

Teléfono: 064-368955

ANEXO R: SOLICITUD DE TRÁMITE



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
SAPALLANGA
Construyendo el gran cambio



El que suscribe: Responsable del Área de SISFOH - DEMUNA de la Municipalidad Distrital
De Sapallanga:

CONSTANCIA

DEJA CONSTANCIA QUE:

La Señorita **MILAGROS KATTERYN VALENTÍN BEJARANO**, identificada con DNI N^o 70343138; BACHILLER de la Escuela Académica Profesional de Psicología de la UNIVERSIDAD CONTINENTAL.

Ha recabado información (ADMINISTRACIÓN DE INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS) con 90 mujeres pertenecientes al Programa Vaso De Leche de la localidad con la finalidad de desarrollar su tesis "NIVELES DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL DISTRITO DE SAPALLANGA, 2017".

SE EXPIDE LA SIGUIENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DE LA INTERESADA.

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAPALLANGA

Stefany M. Siche Zambrano
Stefany M. Siche Zambrano
Jefe de DEMUNA-SISFOH

SAPALLANGA, 25 de setiembre del 2017

ANEXO S. FOTOGRAFIAS DE LA INVESTIGACION











ANEXO T. MODELO DE PRUEBAS APLICADAS



FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

RED: Red de Salud Valle del Mantaro Establecimiento _____ FECHA _____
 Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina P.F. Otros
 Nombre y Apellido del usuario Roselys
 EDAD 22 SEXO Masculino Femenino
 Dirección _____ Referencia _____

LEA AL PACIENTE

Debido a que la violencia es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente está en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas.

PREGUNTE

SI ES ADULTO (A):

¿alguna vez algún miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?

Sí No

¿Quién? esposo

¿Desde cuándo? 2 años

¿Cuándo fue la última vez? 3 días

SI ES PADRE O MADRE DE FAMILIA:

¿Su hijo es muy desobediente?

SI

NO

¿Quién? _____

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

¿Desde cuándo? _____

¿Cuándo fue la última vez? _____

Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe

En todos los casos: niña(o), adolescentes, adulto(s), ancianas(o)

FISICO

- Hematomas y contusiones inexplicables.
- Cicatrices y quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de Mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc..
- Laseraciones en la boca, mejilla, ojos, etc..
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño(mucho sueño, interrupciones de sueño)
- Enuresis (Niños)

PSICOLOGICO

- Extrema falta de confianza en si mismo.
- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento
- Llanto frecuente.

- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.
- Intento de Suicidio.
- Uso alcohol, Drogas.
- Tranquilizantes o analgésicos

SEXUALES

- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual.

NEGLIGENCIA

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Accidente o enfermedad muy frecuente.
- Descuido de higiene y aliño, falta de estimulación del desarrollo
- Fatiga, sueño, hambre.

DERIVADO POR: _____ FIRMA: _____
 NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIO CASO: _____

IDB - II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo.

2 Estoy triste todo el tiempo.

3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro de lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un(a) fracasado(a).

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

0 No siento que estoy siendo castigado(a).

1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a).

2 Espero ser castigado(a).

3 Siento que estoy siendo castigado(a).

7. Disconformidad con Uno Mismo

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo(a).

2 Estoy decepcionado conmigo mismo(a).

3 No me gusto a mí mismo(a).

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico(a) conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso(a).
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día.
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a Mi apetito es mucho menor que antes.
2b Mi apetito es mucho mayor que antes. 3a No tengo apetito en absoluto.
3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.
 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

PTJ : 20

ANEXO U. Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO****INVESTIGACIÓN:**

“Indicadores de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Sapallanga, 2017”

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____,

Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Continental, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Aplicación de la ficha de Tamizaje de Violencia familiar (VIF) e Inventario de Depresión de Beck (BDI –II)

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.

Firma y DNI

Firma y DNI

INVESTIGADORA

HUANCAYO, 2017