

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO ESPECIALIZADO “PRADERA
DE LOS CELAJES” ANDAHUAYLAS 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

AUTORES:

**MARIVEL BARBARÁN ALVAREZ
JESSICA MELIZA GAMBOA GUIZADO
SARA INCA FLORES**

**Callao, 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTE
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA SECRETARIA
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE MIEMBRO

ASESOR: DR. WILLIAM HOLDEN HORNA PIZARRO

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 128-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 03/12/2020

Resolución de Decanato N° 585-2020-CF/FCS de fecha 26 de Noviembre del 2020, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Esta investigación la dedico a mis familiares y a todas las personas que me han apoyado durante este largo camino, quienes han impulsado en mí el deseo de continuar y perseverar ante las adversidades.

Sara, Inca Flores

La presente tesis está dedicada con todo mi amor a mi Padre Celestial por darme la vida y el conocimiento para seguir logrando mis metas.

A mi amado esposo Rony Coronado y mi hija Ariadna Coronado por ser mi inspiración y motivación para poder cumplir mi deseo de superación profesional. Fueron muchos los días que no estuvimos juntos por ir detrás de este sueño, agradezco su comprensión y apoyo constante.

A mis padres, quienes fueron el cimiento para la construcción de mi vida profesional; y a mis hermanos por sus palabras de aliento para seguir adelante y luchar con perseverancia por mis ideales.

Marivel, Barabarán Alvarez

Este trabajo de investigación lo dedicó principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento.

A mi amado hijo, por ser mi motivación e inspiración para seguir cada día.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional.

Jessica Meliza, Gamboa Guizado

ÍNDICE

ÍNDICE	1
TABLAS DE CONTENIDO	3
TABLAS DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3 Objetivos.....	11
1.4 Limitaciones de la investigación	12
II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.2 Bases teóricas	18
2.3 Conceptual.....	25
2.4 Definición de términos básicos	35
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	37
3.1 Hipótesis	37
3.2 Definición de variables.....	37
3.3 Operacionalización de variables	39
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	40
4.1 Tipo y diseño de investigación	40
4.2 Métodos de investigación.....	40

4.3	Población y muestra	40
4.4	Lugar de estudio	41
4.5	Técnicas e instrumentos	41
4.6	Procedimientos estadísticos	42
V.	RESULTADOS	44
5.1	Resultados descriptivos	44
5.2	Resultados inferenciales.....	49
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	57
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.....	57
6.2	Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	59
6.3	Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos.....	61
	CONCLUSIONES.....	62
	RECOMENDACIONES	63
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS	68
	ANEXO 1: Matriz de consistencia	69
	ANEXO 2: Ficha de Observación indirecta: Violencia Familiar y Depresión	71
	ANEXO 3: Carta de autorización para la aplicación del estudio	74
	ANEXO 4: Matriz de datos	75
	ANEXO 5: Prueba de normalidad	78
	ANEXO 6: Otros resultados	79

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla N°5.1	Violencia familiar en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	44
Tabla N°5.2	Violencia familiar física en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	45
Tabla N°5.3	Violencia familiar psicológica en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	46
Tabla N°5.4	Violencia familiar sexual en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	47
Tabla N°5.5	Depresión en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	48
Tabla N°5.6	Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	49
Tabla N°5.7	Correlación entre la violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.	50
Tabla N°5.8	Violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	51

Tabla N°5.9	Correlación entre la violencia familiar física y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.	52
Tabla N°5.10	Violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	53
Tabla N°5.11	Correlación entre la violencia familiar psicológica y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	54
Tabla N°5.12	Violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	55
Tabla N°5.13	Correlación entre la violencia familiar sexual y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	56

TABLAS DE GRÁFICOS

Gráfico N°5.1	Violencia familiar en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	44
Gráfico N°5.2	Violencia familiar física en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	45
Gráfico N°5.3	Violencia familiar psicológica en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	46
Gráfico N°5.4	Violencia familiar sexual en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	47
Gráfico N°5.5	Depresión en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019	48
Gráfico N°5.6	Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	49
Gráfico N°5.7	Violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	51
Tabla N°5.8	Violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	53
Tabla N°5.9	Violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

Metodología: Tipo aplicada, no experimental, descriptivo-correlacional, transversal. La población de estudio fue de 146 mujeres, con una muestra de 96 mujeres seleccionadas a través del muestreo no probabilístico por conveniencia. La técnica fue la observación y los instrumentos fueron: la ficha de tamizaje de violencia familiar y el test de Hamilton para medir la depresión.

Resultados: Descriptivos: del total de la muestra, el 54.2%% sufrió al menos un tipo de violencia, el 47.7% hasta dos y, el 4.2% los tres tipos; el 51% presentó violencia física, el 86% psicológica y el 12.5% sexual. En cuanto a la depresión, un 36.5% presento depresión leve, el 31.3% moderada, el 8.33% severa y el 1.04% muy grave; el 22.9% no presentó depresión según la escala Hamilton. **Inferenciales:** a través del coeficiente Rho de Spearman se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables ($r=.434$, $p=.000$). Se evidenció relación directa entre la depresión y la violencia física ($r=.434$, $p=.000$), no se halló relación ($r=-.155$; $p=.132 > 0,05$) con la violencia psicológica, pero sí con la violencia sexual ($r=.317$; $p=0,02$).

Conclusiones: Se demostró al relación directa y significativa entre la depresión y la violencia intrafamiliar, así mismo entre la depresión con la violencia física y sexual.

Palabras claves. Violencia familiar, depresión, mujeres.

ABSTRACT

Objective. To determine the correlation between family violence and depression in women treated at the Specialized Community Mental Health Center " Meadow of the Celajes" Andahuaylas 2019.

Methodology: Applied, non-experimental, descriptive-correlational, transversal type. The study population was 146 women, with a sample of 96 women selected through non-probability sampling for convenience. The technique was observation and the instruments were: the family violence screening sheet and the Hamilton test.

Results: Descriptive: of the total sample, 54.2% suffered at least one type of violence, 47.7% up to two and 4.2% the three types; 51% presented physical violence, 86% psychological and 12.5% sexual. Regarding depression, 36.5% presented mild depression, 31.3% moderate, 8.33% severe and 1.04% very severe; 22.9% did not present depression according to the Hamilton scale. Inferential: through Spearman's Rho coefficient, a statistically significant relationship was found between the variables ($r=.434$, $p=.000$). There was a direct relationship between depression and physical violence ($r=.434$, $p=.000$), no relationship ($r=-.155$; $p=.132>0.05$) with psychological violence, but there was with sexual violence ($r=.317$; $p=0.02$).

Conclusions: A direct and significant relationship between depression and domestic violence was demonstrated, as well as between depression and physical and sexual violence.

Keywords. Family violence, depression, women.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres, considerada por la OMS un problema de salud pública, hace referencia a la conducta que causa daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual a una mujer dentro del ámbito público o privado. Las consecuencias de la violencia, además de generar lesiones físicas, sexuales y reproductivas, puede desencadenar diversos problemas mentales entre los cuales se encuentra la depresión.

El presente estudio de investigación pretende conocer y relacionar la violencia familiar que padecen las mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” y la depresión que experimentan.

Es documento desarrolla seis capítulos distribuidos de la siguiente manera: el primer capítulo detalla el planteamiento del problema, el segundo capítulo centra su redacción en los antecedentes relacionados a las variables, el marco teórico y conceptual, el tercer capítulo plantea las hipótesis de investigación sometidas a comprobación, el capítulo cuatro describe la metodología a emplear, en el quinto capítulo se pueden evidenciar las tablas y gráficos elaborados con los datos obtenidos de la aplicación, en el capítulo seis se encuentra la discusión de los resultados, finalmente se encuentran las conclusiones, recomendaciones y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La violencia contra las mujeres según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2017, en particular la violencia de pareja y la violencia sexual, es un importante problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. Las estimaciones globales publicadas por la OMS indican que aproximadamente 1 de cada 3 (35%) de las mujeres en todo el mundo han experimentado violencia física y / o sexual en pareja o violencia sexual sin pareja en su vida. La mayor parte de esta violencia es violencia de pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han estado en una relación informan que han experimentado algún tipo de violencia física y / o sexual por parte de su pareja en su vida. A nivel mundial, hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por un compañero íntimo masculino. (1)

Sequeiros. Centro de Emergencia Mujer (CEM) en Apurímac, han atendido 1 107 casos por violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar y en Abancay 69 casos al abril del año 2019. (2) Torres. Según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar del INEI, las cifras del 2015 muestran hasta un 85% de mujeres violentadas y teniendo un descenso en el 2016 a un 79.1%. las regiones con mayor porcentaje Puno (78.8%) y Cusco (75.4%), tipo de violencia hacia las mujeres el 75.6% violencia psicológica, el 45.8% violencia física y el 12.7% violencia sexual. En la región de Apurímac las provincias con más altos porcentajes Chincheros con 22%, Cotabambas con 17.4% y Andahuaylas 17.1%.

(3) Boletín estadístico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables enero 2019, casos atendidos en los Centros de Emergencia Mujer (CEM): 14 491 casos de violencia contra la mujer, violencia familiar y violencia sexual se registraron en el mes de enero del presente año a través de los CEM a nivel nacional. (4) Ante las comisarias policiales de Andahuaylas y Santa María de Chicmo 2018, las mujeres agraviadas hicieron constar la parte policial de la violencia familiar y el elemento común del agresor fue la ebriedad. (5)

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia familiar psicológica en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?

- b. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia familiar física en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?

- c. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia familiar sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Determinar la relación entre la depresión y la violencia familiar psicológica en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.
- b. Determinar la relación entre la depresión y la violencia familiar física en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.
- c. Determinar la relación entre la depresión y la violencia familiar sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

1.4 Limitaciones de la investigación

Las limitaciones fueron diversas. Sánchez, et al. Las limitaciones en la investigación se refieren a las restricciones metodológicas que puede tener o ha tenido una investigación para así saber dentro de qué límites se mueven las conclusiones que se logren. (6)

1.4.1 Teórica

Las consideraciones como indicadores de la violencia familiar en los antecedentes citados no se encontraron de manera concordante, a pesar de haber aplicado el mismo instrumento de medición.

1.4.2 Temporal

El tiempo de ejecución de este estudio fue corto, pues según la literatura el tiempo requerido debiera ser no menor a un año; sin embargo, la coyuntura actual requirió reducir el tiempo de aplicación.

1.4.3 Espacial

La restricción de acceso para efectos de recolección de datos fue muy laborioso y accidental, debido por la emergencia sanitaria por COVID-19, donde la autoridad sanitaria del establecimiento de salud referido, la autorización de acceso mantuvo por muchas semanas el silencio administrado y la demora de acceso a las historias clínicas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Esie Precious, et al (2019). En el artículo titulado: “La violencia y la depresión de la pareja íntima en las zonas rurales de Bangladesh: contabilización de la gravedad de la violencia en un entorno de alta prevalencia”, plantearon como objetivo: relacionar la violencia de pareja íntima (IPV) y el episodio depresivo mayor (EDM). El estudio fue representativo a nivel nacional, aplicado en mujeres casadas de 16 a 37 años de zonas rurales de Bangladesh, recolectadas a través de una muestra estratificada de varias etapas en 77 aldeas en 2014 (n=3290). Se usaron modelos de regresión log-binomial multivariable para estimar la asociación entre la gravedad de la IPV (operacionalizada como la frecuencia del abuso psicológico, físico y sexual) y el riesgo de episodio depresivo mayor (MDE) utilizando la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS). Los resultados develaron que 1 de cada 6 mujeres (16.8%) tuvo MDE. En el 2018 la IPV fue endémica: psicológica (77.2%) fue la más común, seguida de sexual (58.8%) y física (44.4%). Hubo una relación entre la gravedad de cada tipo de IPV y MDE; los niveles más altos de exposición psicológica (RR=2.27, IC 95%: 1.62, 3.17), física (RR=2.44, IC 95%: 1.94, 3.08) y sexual (RR=1.65, IC 95%: 1.08, 2.52) la severidad de IPV estuvo asociada con MDE, además de experimentar lesiones relacionadas con IPV (RR = 1.72, IC 95%: 1.23, 2.40). la gravedad de los tipos de IPV conyugal contra las mujeres está fuertemente relacionada con un mayor riesgo de MDE. (7)

Yu Rongqin, et al (2019). Publicó un artículo titulado: “Trastornos mentales y violencia por parte de la pareja íntima perpetrados por hombres hacia mujeres: un estudio longitudinal de población sueca”, con el objetivo de asociar trastornos mentales y violencia de pareja íntima de hombres hacia mujeres a través de un estudio longitudinal basado en población sueca entre 1998-2013. Se evidenció mayor riesgo de IPV contra las mujeres en hombres con trastornos de personalidad y por uso de sustancias. Las tasas absolutas de IPV contra las mujeres oscilaron entre 0.1% y 2.1% en los diagnósticos durante 3.4 a 4.8 años. En los análisis de hermanos, encontramos que los hombres con trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de drogas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de personalidad tenían un mayor riesgo de IPV contra las mujeres que sus hermanos no afectados, con valores de RHR que van desde 1.7 (1.3–2.1) a 4.4 (3.7–5.2) (p-valores <0.001). el análisis se limitó a IPV que conducen al arresto (formas más severas). Conclusiones: la mayoría de los trastornos mentales están asociados con un mayor riesgo de perpetrar IPV, el uso de sustancias tiene los riesgos más altos. Se respalda el desarrollo de servicios de identificación y prevención de riesgos de IPV en hombres con trastornos. (8)

Trujillo (2015), en su informe de tesis titulado: “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”, tuvo como objetivo probar que la violencia intrafamiliar produce depresión e inestabilidad familiar en mujeres, explicado en la teoría cognitivo-conductual y los aportes del DSM4-TR mediante

un estudio no experimental, correlacional, en una muestra de 38 mujeres con depresión (test de Hamilton). Los resultados muestran que todas las mujeres fueron 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. Los resultados demuestran que el 68% han sido víctimas de violencia física y psicológica al mismo tiempo, mientras que el 19% de las mujeres han sido maltratadas con un solo tipo de violencia en el que predomina la psicológica y finalmente el 13% de mujeres han sido víctimas de tres tipos de violencia que son la física, psicológica y la sexual. A parte de la depresión (35%), experimentaron ira (30%), ideas de suicidio (19%) y temor (16%). la mayoría (40%) tiene depresión muy grave, el 21% moderada, 18% grave, 13% leve y tan solo un 8% no tienen depresión. Concluye que la violencia doméstica produce depresión con todas las características de esta patología en las investigadas. Se requiere conformar un equipo interdisciplinario que atienda y prevenga esta problemática desde los ámbitos psicosocial y jurídico. (9)

2.1.2 Nacionales

Valentín (2018) en su informe titulado: “Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017”, con el objetivo de determinar los indicadores de depresión en mujeres violentadas. El método empleado fue descriptivo, en una población de 90 mujeres participantes del Programa Vaso de Leche, obtenida mediante el método no probabilístico por conveniencia. Se empleó el Inventario de Depresión de Beck y la Ficha de

Tamizaje de Violencia Familiar y maltrato infantil, VIF. Los resultados evidencian que el 74,5% de mujeres tienen sintomatología depresiva moderada (35,56%) y severa (38,89%) y 15,56% leve, siendo más recurrente en mujeres adultas y convivientes, que sufren violencia física y psicológica. El 7,8% sufrió de violencia Física, Psicológica y Sexual. 49,9% presentó 2 tipos de violencia. (10)

Ramos (2017), presentó un informe de investigación titulado: “Depresión y violencia de género en mujeres que participan del vaso de leche, Ancón 2017” con el objetivo de relacionar la depresión y violencia de género en una población de 134 mujeres y una muestra de 100 mujeres participantes del vaso de leche en el Distrito de Ancón. Los resultados demostraron una relación significativa directa con un Rho de Spearman de .508, y una significancia $p < 0.05 = .000$ evidenciando la relación entre la depresión y la envergadura de la violencia de género. Se concluye que, a mayor grado de violencia de género, mayor fue el nivel de depresión. (11)

Puerta (2016), en su informe de tesis titulado: “Relación entre violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de un Club de Madres, del distrito de Ventanilla, Lima 2016” el objetivo fue determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión en Mujeres. La investigación fue básica, de nivel correlacional y diseño no experimental, aplicado en una muestra no probabilística de 138 mujeres a través de la Escala de Opiniones de Violencia Familiar de 18 ítems y el Inventario de depresión de Beck- II de 21 ítems. Los resultados demuestran el 56% de las mujeres manifiestan un nivel medio de violencia

intrafamiliar, además se ejerce un nivel medio de violencia psicológica 52%, un nivel alto de violencia física 44% y violencia sexual en un nivel bajo 46%. Por otro lado, los niveles de depresión en las mujeres, se muestra con predominancia una depresión moderada 53%, asimismo existe un 36% de depresión alto, un 8% de depresión leve, un 4% de depresión mínimo. Así mismo la correlación entre ambas fue directa, moderada y significativa. (12)

Barbaran y Apaza (2015), en su informe de tesis titulado: “Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014” tuvieron como objetivo determinar la relación entre la depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres hospitalizadas. El estudio fue descriptivo – correlacional, de corte transversal, con una muestra no probabilística de 73 pacientes mujeres entre los 18 a 55 años maltratadas por su pareja, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (1961) y la Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud (Resolución Ministerial, 2007). Los resultados muestran que el 26.7% (23) llevan una relación marital con el agresor y, el 63.0% (46) de las han sido maltratadas entre los 0 a 5 años atrás. El 94.5% (69) de las pacientes tienen depresión. Se aprecia que existe presencia de violencia psicológica en un porcentaje mayor de 98.6 % (72) del total de participantes y el 89.0% (65) hacen notar que han sufrido violencia física y finalmente un 11.0% (8) pasaron por un episodio de violencia sexual. En conclusión, se encontró que la violencia familiar en sus tres dimensiones (psicológica, física y sexual) no está asociada con la depresión en las pacientes que consideramos en nuestro estudio ($p>0.05$). (13)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Teorías de enfermería

El Modelo de Promoción de la Salud, desarrollado por la enfermera Nola Pender, sustenta que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y potencial humano, respondiendo sobre el cómo las personas toman decisiones sobre su cuidado. Enfatiza la relación de tres componentes: las características y experiencias individuales, las cogniciones y afectos relativos a la conducta y, el resultado conductual.

El primer componente aborda dos conceptos: la conducta previa, refiriéndose a experiencias vividas antes y que comprometen sus acciones; y, por otro lado, los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) que pudieran predecir las conductas a adoptar. El componente central del modelo relacionado a los conocimientos y afectos, y comprende seis conceptos: 1) los beneficios percibidos, resultados positivos anticipados; 2) las barreras percibidas, desventajas personales que obstaculizan su compromiso; 3) la autoeficacia percibida, la capacidad para ejecutar una conducta, reduce las barreras percibidas; 4) los afectos, son las reacciones favorables o desfavorables hacia una conducta; 5) influencias interpersonales, más probable que se comprometan con una conductas cuando reciben el apoyo de su entorno más cercano y valioso; y 6) influencias situacionales en el entorno, que pueden aumentar o disminuir el compromiso en la conducta promotora (14).

Lo previamente mencionado confluye en el compromiso de adoptar un plan de acción, precedente del resultado conductual; así mismo, existen demandas (trabajo o cuidado familiar) y preferencias contrapuestas inmediatas, en las primeras con poco control debido al entorno y en las segundas con un mayor control personal (14).

La esencia de la labor enfermera tiene interés genuino e implícito hacia el cuidado, el mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad. Por lo tanto, este modelo es una herramienta para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas, en este caso de las mujeres inmersas en una situación de violencia intrafamiliar, permitiendo identificar los puntos de abordaje en este tema.

2.2.2. Teorías explicativas sobre la permanencia de la mujer en una relación de maltrato

a. Sobre el proceso de toma de decisiones

Teoría de costes y beneficios de Pfouts, 1978. La mujer decide abandonar o seguir la relación de pareja después de considerar las ventajas (beneficios) y desventajas (costes) percibidas en función de las posibles alternativas que se le presentan.

Teoría de la trampa psicológica Brockner y Rubin, 1985 Strube, 1988. La mujer maltratada tiene la esperanza de que cese el maltrato y cree que

invirtiendo más esfuerzos y tiempo puede lograr una relación de pareja armoniosa.

Modelo de la inversión Rusbult, 1983. La mujer analiza su grado de compromiso en la relación de pareja a partir de tres factores: grado de satisfacción, alternativas e inversión realizada en recursos materiales y psicológicos.

Modelo del proceso de toma de decisiones en mujeres maltratadas Choice y Lamke, 1997. La mujer toma una decisión en función de dos preguntas: a) ¿estaré mejor fuera de la relación?; y b) ¿seré capaz de salir de ella con éxito? (15).

b. Referidas a la dependencia emocional

Teoría de la indefensión aprendida Seligman, 1975 Walker, 1979; 1984. La persona que durante un periodo prolongado de tiempo sufre maltrato de forma impredecible e incontrolable llega a un estado de indefensión que hace más probable su permanencia dentro de esa relación. Asimismo, su malestar (p. ej., falta de motivación, apatía, etc.) interfiere gravemente en su proceso de toma de decisiones.

Teoría de la unión traumática Dutton y Painter, 1981. Esta teoría se refiere al vínculo emocional que se establece entre dos personas, cuando una de ellas maltrata de forma intermitente a la otra.

Modelo del castigo paradójico Long y McNamara, 1989. La permanencia en la situación de maltrato se debe a las contingencias de reforzamiento que se establecen en función de un patrón cíclico de interacción (formación de la tensión, descarga de la tensión por parte del agresor, escape de la víctima, arrepentimiento del agresor y “reconciliación”).

Modelo de intermitencia Dutton y Painter, 1993. Las víctimas de maltrato pueden autodevaluarse e idealizar al agresor debido a la diferencia de poder entre la víctima y agresor, así como a la intermitencia extrema entre el buen y el mal trato (15).

2.2.3. Teorías referidas a la depresión

a) Teorías biológicas

Si bien no se ha identificado un solo marcador genético para la depresión, los cambios biológicos están presentes. El conjunto de síntomas que caracterizan a la depresión incluye cambios fisiológicos como: anorexia, estreñimiento, insomnio, fatiga y deterioro de la concentración, entre otros. Las personas deprimidas pueden quejarse de dolor crónico, malestar gastrointestinal, mareos u otros dolores corporales vagos que provocan un deterioro significativo en el funcionamiento y el estado de salud física.

El apoyo a un componente genético o familiar en la depresión ha surgido en los últimos 30 años a través de estudios de genética, cohortes de gemelos y neurotransmisores. Se han utilizado tres enfoques diferentes para estudiar neurotransmisores: 1) un modelo de deficiencia, 2) un modelo de

desequilibrio y 3) el modelo de desregulación de sistemas. Las primeras teorías atribuían la causa de la depresión a una deficiencia de un neurotransmisor como la norepinefrina (NE), mientras que las teorías más recientes han reconocido la complejidad y la interacción de muchos sistemas. La teoría del desequilibrio (NE y acetilcolina) surgió de las observaciones de los efectos de los fármacos en los niveles de NE. Más recientemente, la teoría de la desregulación (neuroquímica y neuroendocrina) ha ganado atención adicional al igual que el papel del cortisol como una hormona de respuesta al estrés (16).

Los intentos anteriores de clasificar la depresión de base biológica como "endógena" en contraste con la depresión basada en el estrés como "Exógenos" son considerados por muchos como demasiado simplistas. Según Barlow y Durand (1995), aunque el desencadenante principal de un episodio depresivo puede ser un factor estresante externo, se deben reconocer las contribuciones genéticas/familiares, ya que las tasas de depresión son más altas entre los parientes biológicos de primer grado que en la población general. El papel de otros factores, como la socialización en la familia, también puede contribuir al grado de depresión que experimenta un individuo genéticamente predispuesto. Las investigaciones que utilizan cohortes de gemelos han demostrado que muchos individuos pueden tener una predisposición genética y / o fisiológica a la depresión mayor que resulta en episodios depresivos cuando ocurren eventos estresantes en la vida (16).

Otras personas pueden no tener tal disposición, pero cuando se enfrentan a factores estresantes, exhiben los síntomas y marcadores biológicos del trastorno depresivo. Kendler (1996), encontró efectos directos importantes de eventos estresantes de la vida sobre la depresión; sin embargo, la relación de la composición genética con el riesgo de estar en una situación estresante es menos clara. Además, encontraron un apoyo modesto para los efectos indirectos de la genética en el riesgo de experimentar eventos estresantes de la vida, lo que sugiere que la medida en que las mujeres genéticamente predispuestas a la depresión tienen un mayor riesgo de experimentar entornos de alto riesgo, como las relaciones de maltrato, necesita más investigación. Ningún estudio de depresión en mujeres maltratadas ha investigado específicamente el papel de la biología en el origen o la intensidad de la depresión (16).

b) Teorías cognitivas

Seligman (19975) sugirió que la depresión es análoga a la indefensión aprendida en los animales. Para los humanos, la indefensión aprendida es una respuesta a eventos ineludibles que le enseñan a un individuo que él o ella carece de control y, por lo tanto, se desanima de las respuestas adaptativas (Bootzin R., et al. 1993). Esta teoría se adaptó para incorporar la desesperanza, reflejando la creencia de la víctima de que los eventos negativos persistirán o se repetirán. (Abramson L., et al. 1989). También parte de la teoría es la premisa de que aquellos que se culpan a sí mismos

por eventos incontrolables tienen más probabilidades de sufrir una depresión crónica y grave que aquellos que culpan a causas externas (16).

El concepto de indefensión aprendida fue aplicado por primera vez a las mujeres maltratadas por Lenore Walker (1984), quien postuló que la falta de control inherente a las relaciones abusivas creaba la situación de no contingencia básica para la indefensión aprendida. Los déficits de la indefensión aprendida incluyen depresión, baja autoestima, apatía y dificultades para resolver problemas, atributos que se observan con frecuencia en los primeros estudios de mujeres maltratadas (16).

Walker (1984) encontró apoyo para un modelo de que la indefensión aprendida en la infancia predice la indefensión aprendida por los adultos en mujeres maltratadas de una muestra comunitaria grande (16). Sin embargo, sus predicciones de que las mujeres que habían abandonado relaciones abusivas estarían menos deprimidas no fueron apoyadas. Otros estudios también han encontrado resultados ambiguos. Campbell encontró cierto apoyo general para un modelo de impotencia aprendida en un estudio de comparación correlacional predictiva de 97 mujeres maltratadas y 96 no maltratadas, (Campbell JC. 1989) y citado (16). pero las relaciones específicas predichas por el modelo (control en la relación y duración del abuso con depresión) no fueron apoyadas. La mayor cantidad de variación en la depresión se explicó por la autoestima en lugar de construcciones más independientes. También contrariamente a la formulación de la indefensión

aprendida, la autoinculpación prevaleció por igual en los grupos no maltratados y maltratados (20%) y no estaba relacionada con la depresión. En el seguimiento de esa muestra, la mayoría de las mujeres maltratadas pudieron dejar la relación abusiva o poner fin a la violencia, reafirmando el control en lugar de volverse más indefensas. (Campbell JC., et al. 1994) y citado (16). En otros dos estudios, con el tiempo se encontró más búsqueda de ayuda que menos, lo contrario de las predicciones de impotencia aprendidas. (Gondolf EW. 1990, Bowker L. 1983). y citado (16).

2.3 Conceptual

2.3.1 Definición de Violencia contra la mujer

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Dicha convención agrega además que se entenderá que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica (17).

2.3.2 Factores de riesgo de la violencia

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes: un bajo nivel de instrucción (autores

de violencia sexual y víctimas de violencia sexual), un historial de 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 que toleran la violencia (autores), la existencia de normas sociales que privilegian a los hombres o les atribuyen un estatus superior y otorgan un estatus inferior a las mujeres y un acceso reducido de la mujer a empleo remunerado. (1)

Entre los factores asociados específicamente a la violencia de pareja cabe citar: los antecedentes de violencia, la discordia e insatisfacción marital, las dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja, la conducta dominadora masculina hacia su pareja. Entre los factores asociados específicamente a la violencia sexual destacan: la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual, las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre y la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual. (1)

2.3.3 Tipos de la violencia contra la mujer

- a. La violencia psicológica**, que por lo general acompaña a las otras formas de violencia y que también tiene como base la desigualdad de género, es definida en la Ley N° 30364 como “la acción o conducta tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla

o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (artículo 8 Ley 30364, inciso b) (17).

Incluye varias formas de afectación tales como amenazas, insultos relacionados con el aspecto físico de la persona, con su inteligencia, con sus capacidades como trabajadora, con su calidad como madre, esposa o ama de casa; humillaciones de todo tipo, desprecio, desvalorización de su trabajo o de sus opiniones. Incluye además el afán insistente de saber a dónde van las mujeres, los celos así como la acusación de infidelidad, la prohibición a la mujer de trabajar fuera de su casa, de estudiar, de maquillarse y arreglarse (Red de Defensorías de Mujeres, 2010), el impedimento de visitar o de que la visiten sus amistades, la amenaza de abandono o de privarla de sus hijos, la indiferencia o el silencio y en general todas aquellas acciones que provocan sentimientos de miedo o culpa en la víctima y que incrementan el nivel de control y de dominación que ejerce sobre ella el agresor, reforzando el patrón de género existente. Este tipo de violencia causa un grave impacto en la autoestima y el proyecto de vida de las mujeres, menoscaba sus aspiraciones y su afirmación como ser humano (MIMDES, 2009 y citado) (17).

b. La violencia física es “la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación” (artículo 8 Ley 30364, inciso a). Este tipo de violencia es la más denunciada, precisamente por ser la más visible (17).

c. La violencia sexual sigue siendo una de las modalidades menos denunciadas y con más problemas de acceso a la justicia. Puede darse tanto en el espacio privado como en el público, en tiempos de paz o de conflicto armado y más aún puede constituirse en delito de lesa humanidad cuando es perpetrado de forma sistemática contra las mujeres de una nación o grupo étnico, como forma de humillar a los varones vencidos y dar una prueba de hegemonía (Defensoría del Pueblo, 2011). Por sus características, la violencia sexual se constituye en un verdadero indicador de las desigualdades de género en todos los ámbitos de la vida social, que limitan el ejercicio de derechos de las mujeres (17).

La violencia sexual abarca una gran diversidad de situaciones contra la integridad sexual de la persona, que tienen como base la desigualdad de género, y en la cual intervienen además otros determinantes. En la Ley 30364, se señala que la violencia sexual se refiere a “acciones de

naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, artículo 8, inciso c. (17).

2.3.3 Consecuencias para la salud por casos de violencia

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud (Heise L, 1999) y citado (18). también pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia. La violencia contra mujeres y niñas ocurre en todos los países y culturas y tiene sus raíces en actitudes y normas sociales y culturales que dan a los hombres supremacía sobre las mujeres, y a los niños varones sobre las niñas. Este maltrato adopta muchas formas, como las siguientes: violencia por parte de la pareja (a veces llamada violencia doméstica o intrafamiliar, o maltrato conyugal), que puede ser de tipo físico, sexual o emocional, violencia en citas amorosas, violencia sexual (incluida la violación) infligida por un desconocido, un conocido o la pareja, violaciones sistemáticas en situaciones de conflicto armado, prostitución forzada, trata de personas u otras formas de explotación sexual, mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas, violencia relacionada con la dote,

matrimonio o cohabitación forzados, incluidos herencia forzada de esposas y “secuestro de esposas”; femicidio y asesinato de niñas o mujeres en nombre del “honor” e infanticidio o descuido deliberado de niñas (18).

Consecuencias frecuentes para la salud de la violencia contra la mujer:

a) Físicas: lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes, lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen, afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico y muerte, por ejemplo por femicidio o en relación con el SIDA.

b) Sexuales y reproductivas: embarazo no planeado o no deseado, aborto o aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, complicaciones del embarazo o aborto espontáneo, hemorragias o infecciones vaginales, infección pélvica crónica, infecciones de las vías urinarias, fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro), relaciones sexuales dolorosas y disfunción sexual.

c) Mentales: depresión, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios, estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés posttraumático), autoagresión e intentos de suicidio y baja autoestima y d) Conductuales: uso nocivo de alcohol u otras sustancias, múltiples

compañeros sexuales, elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida, tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones (18).

2.3.4 Definición de depresión

Según el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático (sustancias o enfermedad médica), tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico y Trastornos bipolares como los principales (19).

La depresión resulta ser un trastorno que afecta de manera tal a la persona que lo padece, que permea la percepción de sí mismo y del mundo que lo rodea, generando un círculo vicioso donde la percepción negativa de sí mismo es reforzada por la percepción negativa de lo exterior; a esto se añade la notable negativa para casi cualquier actividad (19).

La depresión, por lo tanto, es un síndrome complejo resultado de la combinación de múltiples factores genéticos y ambientales.

2.3.5 Causas de la depresión

- a. Historia familiar. Las mujeres con antecedentes familiares de depresión pueden tener un mayor riesgo. Pero la depresión también puede ocurrir en mujeres que no tienen antecedentes familiares de depresión.

- b. Cambios cerebrales. Los cerebros de las personas con depresión se ven y funcionan de manera diferente a los de las personas que no la padecen.
- c. Química. En una persona que tiene depresión, es posible que las partes del cerebro que controlan el estado de ánimo, los pensamientos, el sueño, el apetito y el comportamiento no tengan el equilibrio adecuado de sustancias químicas.
- d. Niveles de hormonas. Los cambios en las hormonas femeninas estrógeno y progesterona durante el ciclo menstrual, el embarazo, el período posparto, la perimenopausia o la menopausia pueden aumentar el riesgo de depresión de una mujer. Tener un aborto espontáneo también puede poner a una mujer en mayor riesgo de depresión.
- e. El estrés. Los eventos de vida graves y estresantes, o la combinación de varios eventos estresantes, como trauma, pérdida de un ser querido, una mala relación, responsabilidades laborales, cuidado de niños y padres ancianos, abuso y pobreza, pueden desencadenar depresión en algunas personas.
- f. Problemas médicos. Hacer frente a un problema de salud grave, como un derrame cerebral, un ataque cardíaco o un cáncer, puede provocar depresión. Las investigaciones muestran que las personas que padecen una enfermedad grave y depresión tienen más probabilidades de tener tipos más graves de ambas afecciones. Algunas enfermedades médicas,

como la enfermedad de Parkinson, el hipotiroidismo y el accidente cerebrovascular, pueden provocar cambios en el cerebro que pueden desencadenar la depresión.

- g. Dolor. Las mujeres que sienten dolor físico o emocional durante períodos prolongados tienen muchas más probabilidades de desarrollar depresión. El dolor puede provenir de un problema de salud crónico (a largo plazo), accidente o trauma, como agresión o abuso sexual (20).

2.3.6 Neurobiología de la depresión

Siguiendo el modelo de otras patologías crónicas, podemos considerar que, sobre un umbral determinado por una carga genética individual, actúan una serie de factores en etapas tempranas y a lo largo de la vida que, al interactuar con factores ambientales en un momento determinado, pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos (21).

Su origen poligénico y su transmisión no mendeliana se traducen en una gran heterogeneidad del curso de la enfermedad, de la respuesta al tratamiento y de los síntomas cognitivos, emocionales y psicomotores. Además, la observación de los cambios patológicos en el cerebro es complicada y los modelos animales son difícilmente extrapolables al ser humano. Todo ello dificulta el diagnóstico de la enfermedad y el estudio de los mecanismos subyacentes y de las áreas cerebrales implicadas en la pato- génesis, siendo el conocimiento de su fisiopatología infinitamente

menor al de otras patologías crónicas, como la diabetes tipo 2 o enfermedades isquémicas (21).

Aunque aún existen muchas dudas por esclarecer, con los hallazgos obtenidos a partir de estudios en sujetos con depresión y en modelos animales de depresión, han ido surgiendo distintas hipótesis neurobiológicas para explicar su etiología a través de un modelo neurobiológico. Sabemos que la depresión se puede presentar con síntomas psicopatológicos mensurables que se traducen de alteraciones anatomopatológicas, sin embargo, los síntomas que suelen aquejar los pacientes deprimidos a su médico de cabecera frecuentemente son los somáticos, principalmente el dolor, y quedando en un segundo plano los psicológicos, convirtiéndose en pacientes hiperfrecuentadores en los que no se objetiva ninguna causa médica que justifique sus quejas físicas. El médico de primaria debería sospechar una depresión en estos pacientes, especialmente cuando las quejas se acompañan de ansiedad y/o de enfermedad médica discapacitante (21).

2.3.7 Manifestaciones clínicas de la depresión

- a. Emocionales: tristeza, ansiedad, disforia, apatía, anhedonia e irritabilidad.
- b. Cognitivos: pensamiento bradipsíquico, focalizado o monotemático, pobre en contenidos, negativista, pesimista, ideas de culpa, ruina, hipocondría (puede llegar a ser delirante), autodevaluación (pasado,

presente y futuro), trastornos mnésicos, dificultades de atención y concentración e ideación suicida.

- c. Conductuales: inhibición psicomotriz, aislamiento, abandono personal, actitudes regresivas, tentativas de suicidio, somáticas, hiporexia, conductas bulímicas, insomnio, algias y disfunciones sexuales.

Hemos comentado que uno de los síntomas nucleares de la depresión es la tristeza, frecuente en muchos acontecimientos adversos de la vida, por lo que es importante distinguir entre la tristeza normal y la tristeza patológica de la depresión (21).

2.4 Definición de términos básicos

- Violencia psicológica. Infligir angustia a través del control y limitación de acceso a amigos, escuela o trabajo; aislamiento forzado, ser testigo involuntario de actividades e imágenes violentas; intimidación, usar el miedo o el daño físico, las amenazas, los chantajes, amenazas de suicidio y acoso hacia los demás; destrucción de propiedades y mascotas (22).
- Violencia física. Infligir o amenazar con daño o lesiones, por ejemplo: empujones, bofetadas, golpes, estirones de pelo, mordiscos, patadas, torcer los brazos, golpear con objetos, quemaduras, etc. Coerción forzada y limitar movimientos físicos (22).
- Violencia sexual. Contacto sexual sin consentimiento, cualquier contacto sexual coercitivo o con fines de explotación, por ejemplo: caricias, relaciones

sexuales vaginales o anales, ataques a zonas sexuales del cuerpo. Obligar a ver imágenes o actividades sexuales y amenazar con contactos sexuales (22).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Existe relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” – Andahuaylas - 2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

- a. Existe correlación entre violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” – Andahuaylas - 2019.
- b. Existe correlación entre violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” – Andahuaylas - 2019.
- c. Existe correlación entre violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” – Andahuaylas - 2019.

3.2 Definición de variables

3.2.1 Violencia familiar

“Todo acto u omisión sobrevenido en el marco familiar por obra de uno de sus componentes que atente contra la vida, la integridad corporal o psíquica, o la

libertad de otro componente de la misma familia, o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad” (Consejo de Europa, 1986) y citado (22).

3.2.2 Depresión

Según DSM-5. La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del humor común y grave. Aquellos que sufren de depresión experimentan sentimientos persistentes de tristeza y desesperanza y pierden interés en actividades que alguna vez disfrutaron. Además de los problemas emocionales causados por la depresión, las personas también pueden presentar síntomas físicos como dolor crónico o problemas digestivos. Para ser diagnosticado como depresión, los síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas. (23)

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR	ESCALA	
V1: VIOLENCIA FAMILIAR	La medición de las variables de estudio y la variable interviniente se determinaron a través de la Ficha de Observación Indirecta: Violencia Familiar y Depresión	psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Extrema falta de confianza en sí mismo. - Tristeza, depresión o angustia - Retraimiento - Llanto frecuente - Demandas excesivas de atención - Intento de suicidio - Aislamiento de personas - Uso de alcohol, drogas, analgésicos 	0 = No presenta 1=Presenta	Presenta un tipo de violencia Presenta dos tipos de violencia	nominal
		física	<ul style="list-style-type: none"> - Hematomas, contusiones inexplicables - Fracturas inexplicables, marca de mordeduras - Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. - Quejas sin causa física: cefalea, problemas de sueño - Problemas con apetito 	0 = No presenta 1=Presenta	Presenta tres tipos de violencia	
		sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo no deseado - Infecciones de transmisión sexual - Indica verbalmente que fue víctima de violencia sexual 	0 = No presenta 1=Presenta		
V2: DEPRESIÓN		Nivel de depresión	Normal	0 a 7 puntos		intervalo
			Leve	8 a 13 puntos		
			moderado	14 a 18 puntos		
			severo	19 a 22 puntos		
			Muy severo	23 a más puntos		

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

Investigación aplicada. Sánchez y Mejía (24), tipo de investigación pragmática o utilitaria que aprovecha los conocimientos logrados por la investigación básica o teórica para el conocimiento y solución de problemas inmediatos. Investigación no experimental, Sánchez y Mejía (24), denominación para los estudios en los cuales no se aplica el método experimental. Investigación transversal, de nivel correlacional.

4.2 Métodos de investigación

Entre los métodos generales de la investigación científica que se aplicaron inductivo - deductivo, analítico - sintético, abstracción y concreto, histórico – lógico, hipotético deductivo, comparativo y analogía. Según Céspedes (25), el investigador recurre a los métodos de la investigación científica para cumplir con sus objetivos, tanto en la investigación pura y aplicada. Sin embargo, es difícil pensar en la existencia de un método apropiado o perfecto para el estudio de un determinado fenómeno.

4.3 Población y muestra

Población de estudio estuvo conformada por 146 mujeres atendidas por la violencia familiar en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas, perteneciente a la Red de salud Andahuaylas y Dirección Regional de Salud Apurímac II.

Tipo de muestreo: no probabilístico. Muestra: 96 mujeres entre 30 y 59 años de edad. Hurtado (26), la población se refiere a un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de los cuales se desea obtener alguna información; siendo la muestra, una porción representativa de la población que se toma para realizar el estudio.

4.4 Lugar de estudio

Región Apurímac, Provincia Andahuaylas y Distrito Talavera de la Reyna.

4.5 Técnicas e instrumentos

Técnica: la observación

Instrumentos de medición: Fichas de observación indirecta de violencia familiar y depresión, ambos instrumentos proporcionados por el MINSA para su utilización en establecimientos de salud mental comunitarios.

Ficha de tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato Infantil:

La ficha constituye un adecuado instrumento de trabajo que proporciona información relevante para la atención de víctimas de violencia en los servicios de salud (Minsa, 2007), su aplicación dura no más de 10 minutos y, se caracteriza por tener preguntas cerradas con escala de sí y no. Este protocolo se implementa como un procedimiento de rutina para la detección y atención de cualquier tipo de violencia contra la mujer y el grupo familiar.

Indicadores de maltrato:

- Maltrato físico: 8 indicadores
- Maltrato psicológico: 5 indicadores

- Abuso sexual: 3 indicadores

Escala de Depresión de Hamilton:

La escala mide la severidad de los síntomas depresivos, la escala original evaluaba 21 síntomas y la validada en el Perú 24, su administración toma entre 15 a 20 minutos y está diseñada para ser administrada por médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud. La consistencia interna con el alfa de Cronbach es mayor mientras mayor sea el universo de pacientes (0.65-0.90), siendo en el Perú de 0.72.

El umbral de severidad es:

- No depresión: 0 a 7 puntos
- Depresión leve: 8 a 13 puntos
- Depresión moderada: 14 a 18 puntos
- Depresión grave: 19 a 22 puntos
- Depresión muy grave: más de 23 puntos

4.6 Procedimientos estadísticos

Para resultados descriptivos fueron agrupados para cada variable y sus dimensiones, siendo presentados en tablas y gráficos de frecuencias.

Se empleó la estadística inferencial para responder las hipótesis planteadas. Primero se evaluó el comportamiento normal de los datos a través de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (anexo 5), posteriormente se empleó la estadística no paramétrica de Rho de Spearman para determinar la relación entre las variables de investigación.

Los valores de Rho pueden variar de -1.00 a $+1.00$:

-0.80 a -1.00 (Correlación negativa muy alta)

-0.60 a -0.79 (Correlación negativa alta)

-0.40 a -0.59 (Correlación negativa moderada)

-0.20 a -0.39 (Correlación negativa moderada baja)

-0.01 a -0.19 (Correlación negativa muy baja)

0.00 (No existe correlación alguna)

0.01 a 0.19 (Correlación positiva muy baja)

0.20 a 0.39 (Correlación positiva moderada baja)

0.40 a 0.59 (Correlación positiva moderada)

0.60 a 0.79 (Correlación positiva alta)

0.80 a 1.00 (Correlación positiva muy alta)

V. RESULTADOS

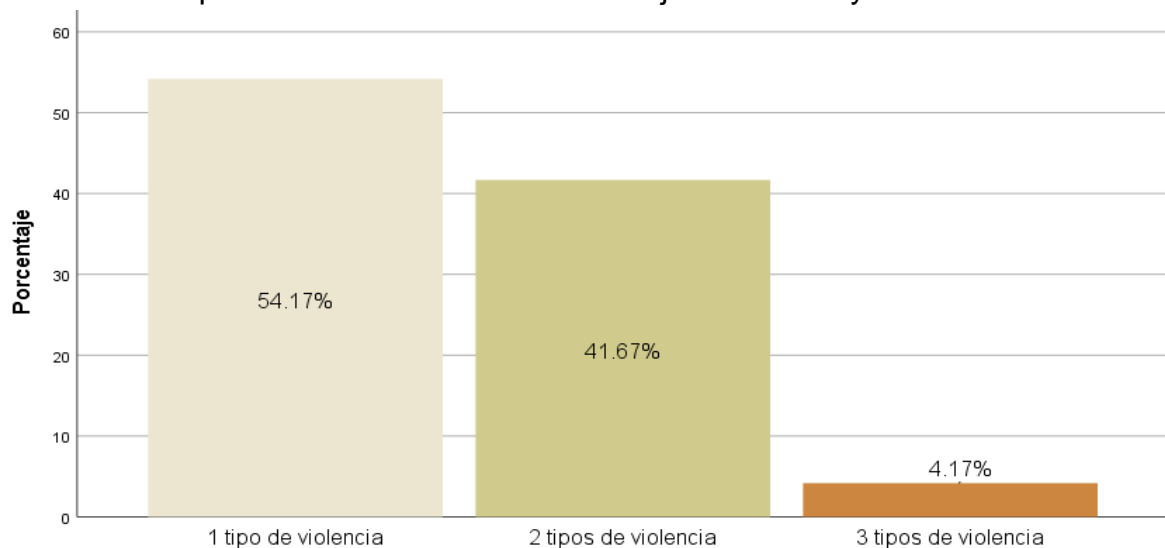
5.1 Resultados descriptivos

Tabla N°5.1
Violencia familiar en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Con un tipo de violencia	52	54.2
Con dos tipos de violencia	40	41.7
Con tres tipos de violencia	4	4.2
Total	96	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.1
Violencia familiar en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019



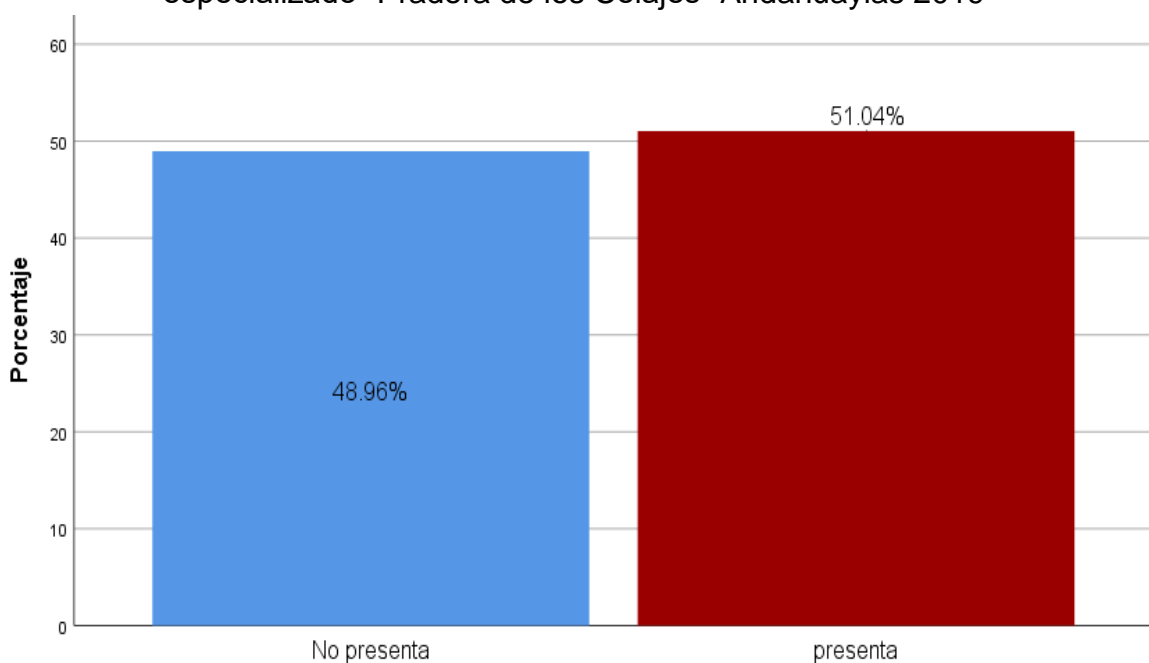
En la tabla N°5.1 se evidencia que más de la mitad (54.2%) de las participantes han sufrido un tipo de violencia, seguido de un porcentaje igual de significativo del 41.7% de mujeres que sufrieron al menos 2 tipos de violencia, y un 4.2% quien han padecido ataques físicos, psicológicos y sexuales.

Tabla N°5.2
 Violencia familiar física en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario
 especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019

Violencia física	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	47	49.0
Presenta	49	51.0
Total	96	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.2
 Violencia familiar física en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario
 especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019



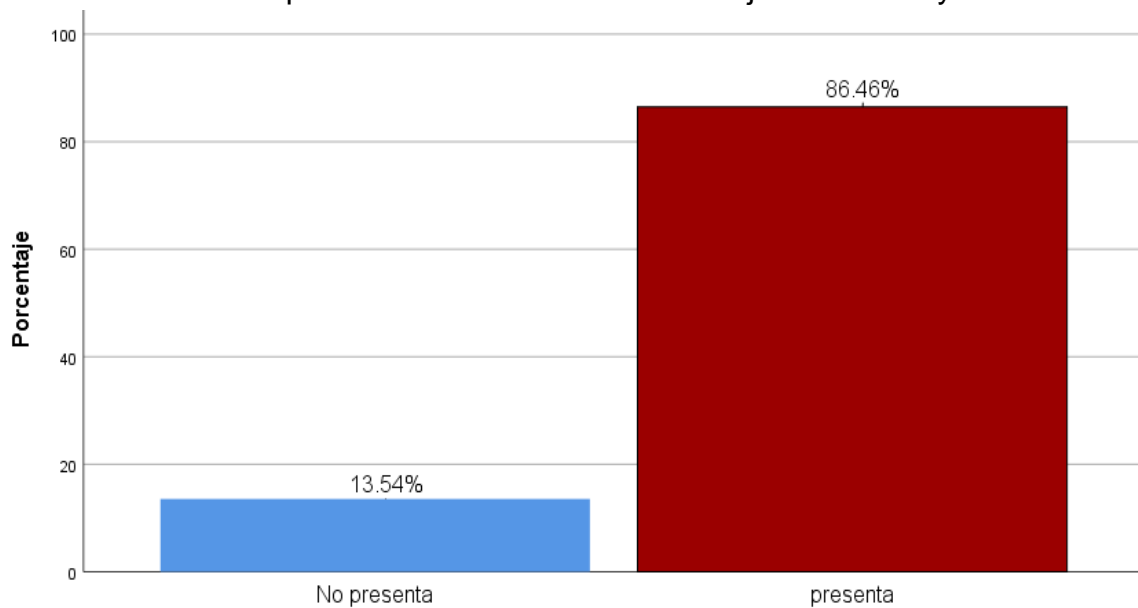
En la tabla N°5.2 se observa que más de la mitad (51%) de las mujeres han presentado violencia física y el 48.96% no ha padecido este tipo de violencia intrafamiliar, lo que no significa que quienes no presentaron violencia física no hayan padecido algún otro tipo de violencia, ya sea psicológica y/o sexual.

Tabla N°5.3
 Violencia familiar psicológica en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019

Violencia psicológica	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	13	13.5
Presenta	83	86.5
Total	96	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.3
 Violencia familiar psicológica en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019



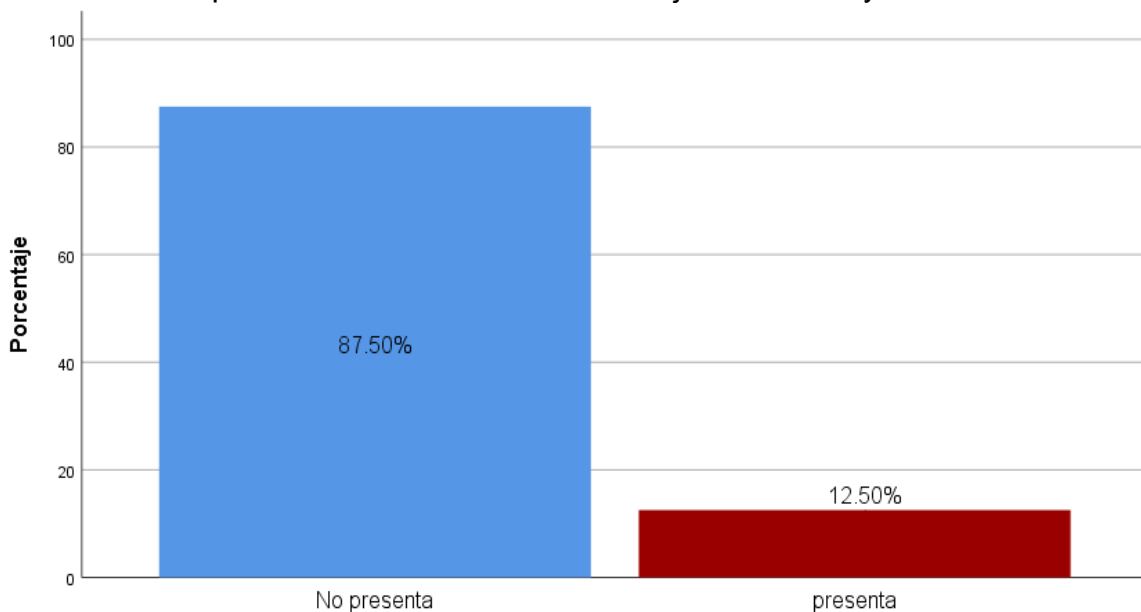
En la tabla N°5.3 se observa que un gran número de mujeres, específicamente el 86.46%, han presentado violencia psicológica, solo el 13.54% no ha padecido este tipo de violencia intrafamiliar, lo que no significa que no puedan haber experimentado otro tipo de violencia, tales como la física y/o sexual.

Tabla N°5.4
Violencia familiar sexual en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019

Violencia sexual	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	84	87.5
Presenta	12	12.5
Total	96	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.4
Violencia familiar sexual en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019



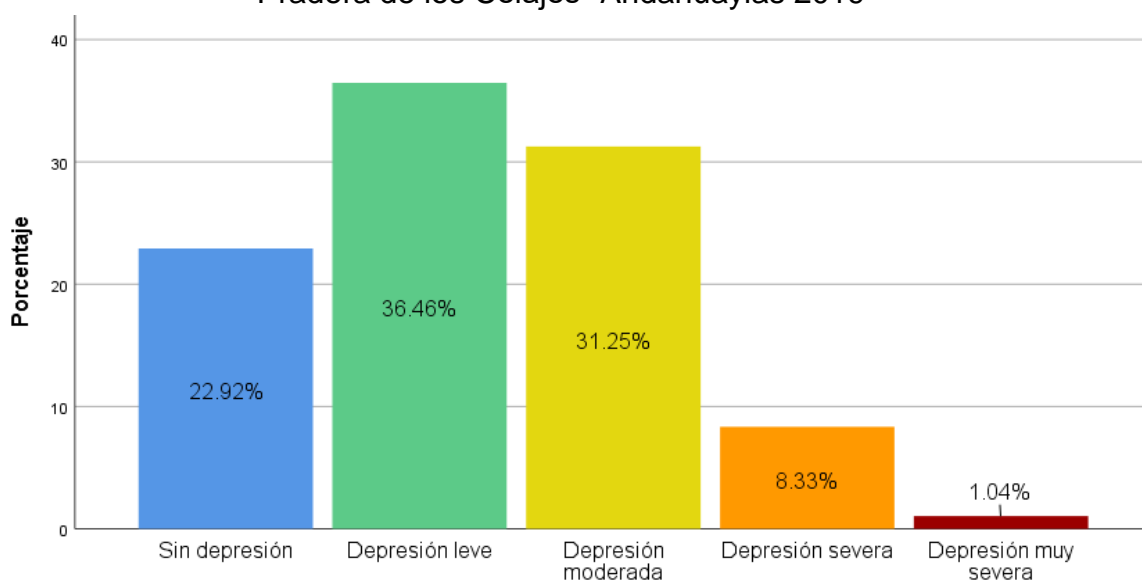
En la tabla N°5.3 se observa que un 12.5% ha sufrido de violencia familiar de tipo sexual, y aunque un gran porcentaje (87.5%) de mujeres no haya padecido este tipo de violencia, no significa que no hayan padecido violencia e tipo psicológica y/o física.

Tabla N°5.5
 Depresión en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado
 “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019

	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	22	22.9
Depresión leve	35	36.5
Depresión moderada	30	31.3
Depresión severa	8	8.3
Depresión muy severa	1	1.0
Total	96	100.0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.5
 Depresión en mujeres atendidas centro de salud mental comunitario especializado
 “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019



En la tabla N°5.5 se evidencia que el 77.18% de las mujeres que participaron en la investigación presentaron depresión según el test de Hamilton. Se identificó que el 36.46% tuvo depresión leve, el 31.25% depresión moderada, el 8.33% depresión severa y el 1.04% depresión muy grave.

5.2 Resultados inferenciales

Tabla N°5.6

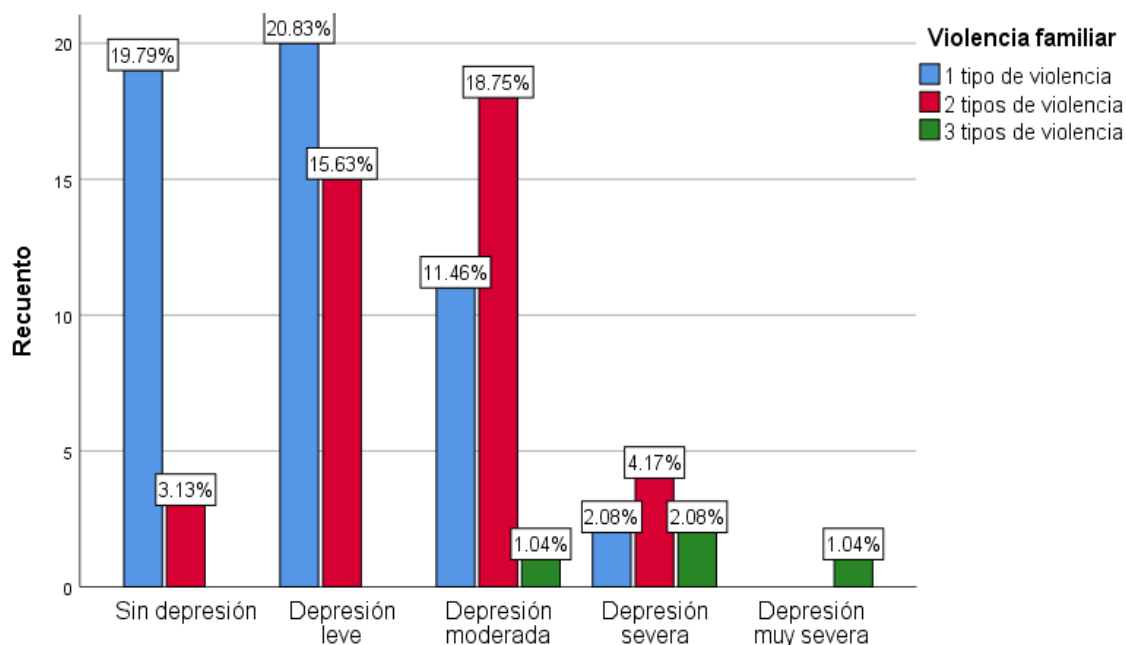
Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

		Violencia Familiar			Total		
		1 tipo	2 tipos	3 tipos			
Depresión	Sin depresión	Recuento	19	3	0	22	
		% del total	19.8%	3.1%	0.0%	22.9%	
	leve	Recuento	20	15	0	35	
		% del total	20.8%	15.6%	0.0%	36.5%	
	moderada	Recuento	11	18	1	30	
		% del total	11.5%	18.8%	1.0%	31.3%	
	severa	Recuento	2	4	2	8	
		% del total	2.1%	4.2%	2.1%	8.3%	
	muy severa	Recuento	0	0	1	1	
		% del total	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	
	Total		Recuento	52	40	4	96
			% del total	54.2%	41.7%	4.2%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.6

Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.



En la tabla N°5.6 se evidencia que entre las mujeres que no presentan depresión, el 19.8% (19) han experimentado solo 1 tipo de violencia; así mismo, el 20.8% que presentaron depresión leve habían sufrido 1 tipo de violencia y el 15.6% hasta dos. Respecto a quienes presentaron depresión moderada y severa, la mayoría (18.8% y 4.2% respectivamente) sufrieron dos formas violencia, y todas las mujeres que sufrieron los tres tipos de violencia presentan depresión entre moderada y muy severa, esta última presentándose únicamente en estos casos.

Tabla N°5.7
Correlación entre la violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”- Andahuaylas 2019

		Correlación	Depresión	Violencia
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	.447**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	96	96
	Violencia	Coeficiente de correlación	.447**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	96	96

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°5.7, el coeficiente de correlación de Spearman evidencia una correlación positiva moderada entre las variables violencia familiar y depresión, siendo además estadísticamente muy significativo ($r=.477$; $p=0,00 < 0,05$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmando que existe relación directa y significativa entre la violencia familiar y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

Tabla N°5.8

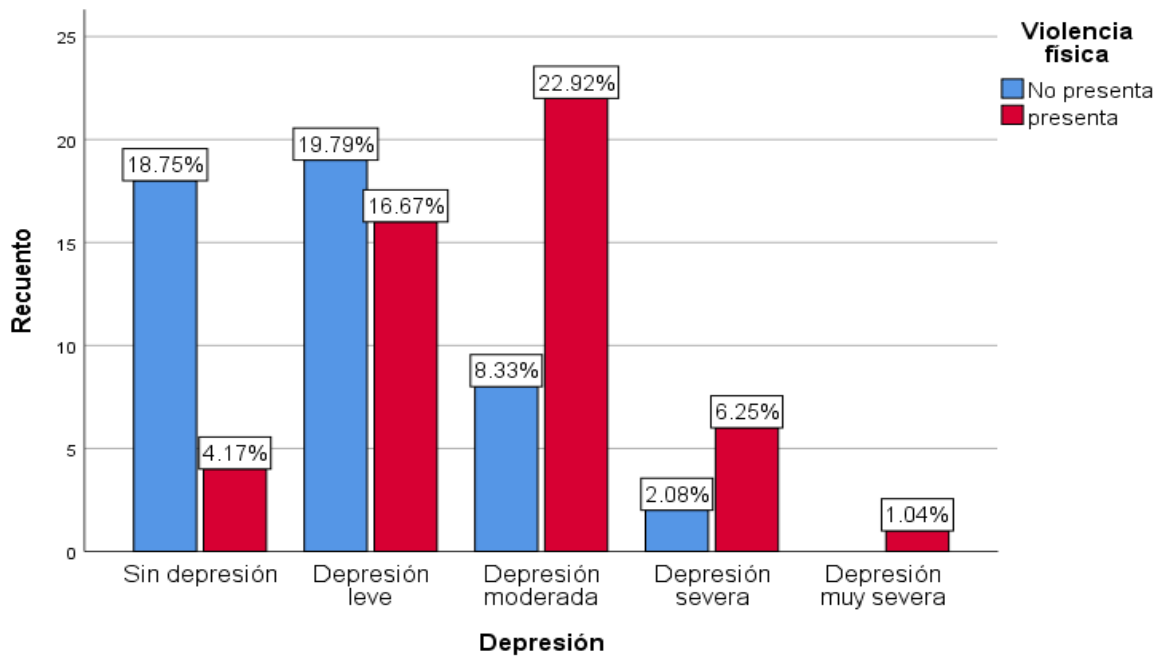
Violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019

			Violencia física		Total
			No presenta	presenta	
Depresión	Sin depresión	Recuento	18	4	22
		% del total	18.8%	4.2%	22.9%
Depresión leve	Depresión leve	Recuento	19	16	35
		% del total	19.8%	16.7%	36.5%
Depresión moderada	Depresión moderada	Recuento	8	22	30
		% del total	8.3%	22.9%	31.3%
Depresión severa	Depresión severa	Recuento	2	6	8
		% del total	2.1%	6.3%	8.3%
Depresión muy severa	Depresión muy severa	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	1.0%	1.0%
Total		Recuento	47	49	96
		% del total	49.0%	51.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.7

Violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019



En la tabla N°5.8 se evidencia que entre la mayoría de las mujeres que no presentaron violencia física presentan depresión leve 19.8%, frente a un 22.9% que experimento este tipo de violencia y presentó una depresión moderada, un 6.3% severa y el 1% muy severa; así mismo, ninguna persona que no presentó violencia física presento depresión muy severa.

Tabla N°5.9

Correlación entre la violencia familiar física y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

		Correlación	Depresión	Violencia física
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	.434**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	96	96
	Violencia física	Coeficiente de correlación	.434**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	96	96

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°5.9, el coeficiente de correlación de Spearman evidencia una correlación positiva moderada entre la violencia física y la depresión, siendo además estadísticamente significativo ($r=.477$; $p=0,00 < 0,05$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmando que existe relación directa y significativa entre la violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

Tabla N°5.10

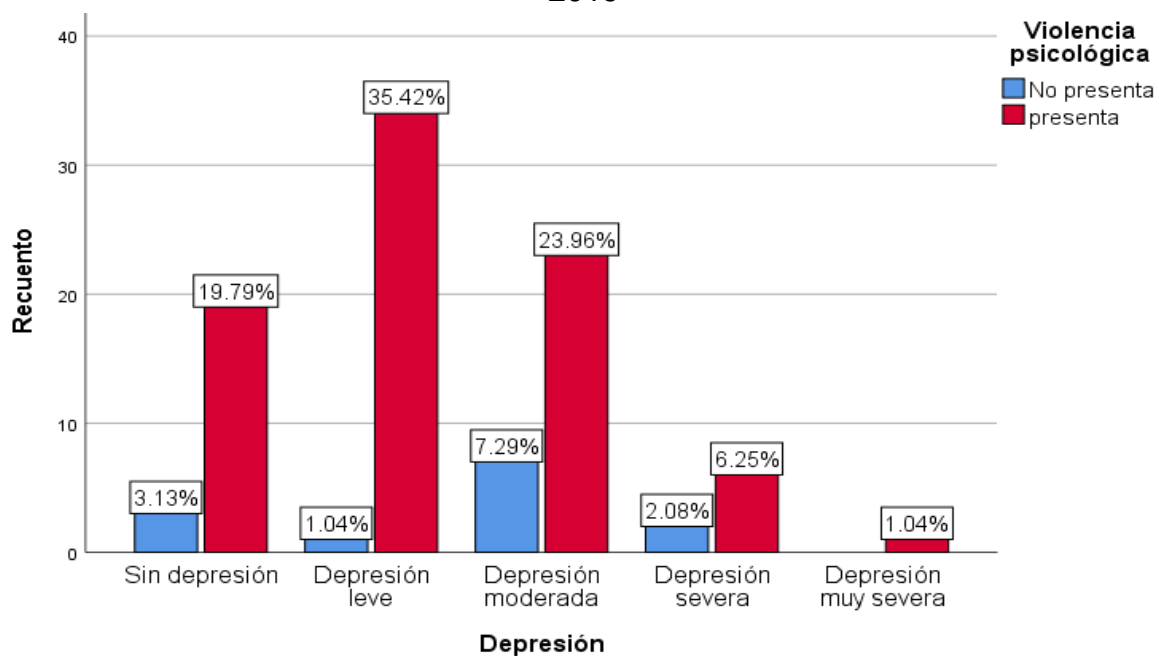
Violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019

			Violencia psicológica		Total
			No presenta	presenta	
Depresión	Sin depresión	Recuento	3	19	22
		% del total	3.1%	19.8%	22.9%
Depresión leve	Depresión leve	Recuento	1	34	35
		% del total	1.0%	35.4%	36.5%
Depresión moderada	Depresión moderada	Recuento	7	23	30
		% del total	7.3%	24.0%	31.3%
Depresión severa	Depresión severa	Recuento	2	6	8
		% del total	2.1%	6.3%	8.3%
Depresión muy severa	Depresión muy severa	Recuento	0	1	1
		% del total	0.0%	1.0%	1.0%
Total		Recuento	13	83	96
		% del total	13.5%	86.5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.8

Violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019



En la tabla N°5.10 se observa que un 19.8% de las mujeres, a pesar de sufrir violencia psicológica no evidencia tener depresión; por otro lado, el 35.4% presentó una depresión leve, el 24% depresión moderada, y el 6.3% depresión severa.

Tabla N°5.11

Correlación entre la violencia familiar psicológica y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

		Correlación	Depresión	Violencia psicológica
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	-.155**
		Sig. (bilateral)	.	.132
		N	96	96
	Violencia psicológica	Coeficiente de correlación	-.155**	1.000
		Sig. (bilateral)	.132	.
		N	96	96

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°5.11, el coeficiente de correlación de Spearman no evidencia una correlación significativa entre la violencia psicológica y la depresión ($r=-.155$; $p=.132 > 0,05$). En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se afirma que no existe relación entre la violencia familiar psicológica y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

Tabla N°5.12

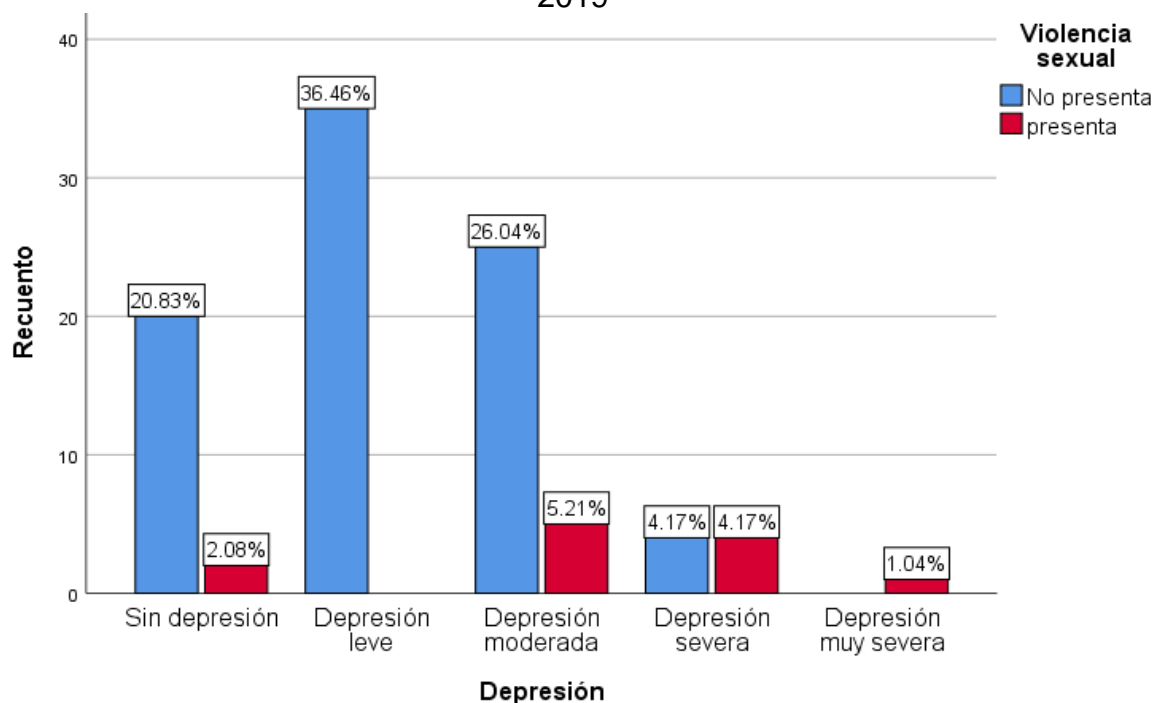
Violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019

		Violencia sexual		Total
		No presenta	presenta	
Depresión Sin depresión	Recuento	20	2	22
	% del total	20.8%	2.1%	22.9%
Depresión leve	Recuento	35	0	35
	% del total	36.5%	0.0%	36.5%
Depresión moderada	Recuento	25	5	30
	% del total	26.0%	5.2%	31.3%
Depresión severa	Recuento	4	4	8
	% del total	4.2%	4.2%	8.3%
Depresión muy severa	Recuento	0	1	1
	% del total	0.0%	1.0%	1.0%
Total	Recuento	84	12	96
	% del total	87.5%	12.5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5.9

Violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019



En la tabla N°5.12, evidencia que las mujeres que sufrieron de un ataque sexual presentan principalmente depresión moderada (5.2%) y severa (4.2%), el 1% de mujeres tuvo depresión muy severa y ninguna presenta una depresión leve.

Tabla N°5.13

Correlación entre la violencia familiar sexual y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

Correlación		Depresión	Violencia sexual
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.002
		N	96
Violencia sexual	Depresión	Coeficiente de correlación	.317**
		Sig. (bilateral)	.002
		N	96

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°5.9, el coeficiente de correlación de Spearman evidencia una correlación positiva entre la violencia sexual y la depresión, siendo además estadísticamente significativa ($r=.317$; $p=0,02 < 0,05$). En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmando que existe relación directa y significativa entre la violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Hipótesis general:

Ho: No existe relación entre la violencia familiar y la depresión

Hi: Existe relación entre la violencia familiar y la depresión

A través del estadístico de prueba de correlación de Spearman, con un valor de correlación bilateral calculada = .447 y, un nivel de significancia (α) = $0.000 < 0.05$, se rechaza la Ho y se acepta la Hi; por lo tanto, según existe relación directa y significativa entre la violencia familiar y la depresión.

Los resultados confirman a la depresión como una de las consecuencias de salud mental en las mujeres (17), esto concuerda con la asociación significativa positiva ($r=.529$, $p=.000 < 0.05$) entre la depresión y la violencia de género hallada por Esie Precious, et al (2019), Ramos (2017) y Puerta (2016). Sin embargo, se opone a los resultados del estudio de Barbarán y Apaza (2015), quienes no pudieron demostrar la relación significativa ($p > 0.05$) entre las variables.

Respecto a las dimensiones de la violencia familiar (física, psicológica o sexual), los resultados de Barbarán y Apaza (2015) no pudieron hallar relación entre cada una de las dimensiones de la violencia y la depresión; pero Esie Precious y sus colaboradores (2019) demostraron la relación entre el tipo de violencia y un episodio depresivo mayor, hallando niveles más altos de exposición psicológica, física y sexual en episodios depresivos mayores. Así mismo, este estudio halló la relación entre la depresión y dos de las dimensiones de violencia (física y sexual), demostrada a continuación:

Hipótesis específica a:

Ho: No existe relación entre la violencia psicológica y la depresión

Hi: Existe relación entre la violencia psicológica y la depresión.

A través del estadístico de prueba de correlación de Spearman, con un valor de correlación bilateral calculada = $-.155$ y, un nivel de significancia (α) = $.132 > 0.05$, se acepta la Ho y, por lo tanto, no se demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre la violencia familiar psicológica y la depresión.

Hipótesis específica b:

Ho: No existe relación entre la violencia física y la depresión

Hi: Existe relación entre la violencia física y la depresión.

A través del estadístico de prueba de correlación de Spearman, con un valor de correlación bilateral calculada = $.434$ y, un nivel de significancia (α) = $0.000 < 0.05$, se rechaza la Ho y se acepta la Hi; por lo tanto, se demuestra que existe relación directa y significativa entre la violencia familiar física y la depresión.

Hipótesis específica c:

Ho: No existe relación entre la violencia sexual y la depresión

Hi: Existe relación entre la violencia sexual y la depresión.

A través del estadístico de prueba de correlación de Spearman, con un valor de correlación bilateral calculada = $.317$ y, un nivel de significancia (α) = $0.002 < 0.05$, se rechaza la Ho y se acepta la Hi; por lo tanto, se demuestra que existe relación directa y significativa entre la violencia familiar sexual y la depresión.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

Esta investigación ha demostrado que el total de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia, siendo en el 89.6% de los casos el principal atacante la pareja (esposo, conviviente o ex conviviente), coincidiendo con los estudios de Trujillo (2015) y Barbaran y Apaza (2015); evidenciando así, el problema de salud pública que según la OMS (2017) implica.

Respecto a la violencia familiar, el 54.2% de las mujeres han sufrido al menos un tipo de violencia, el 41.7% de mujeres que sufrieron al menos 2 tipos de violencia y el 4.2% ha sido atacada física, psicológica y sexualmente. Similar a lo hallado por Valentín (2018), quien identificó que el 49.9% de las mujeres presento dos tipos de violencia y el 7.8% hasta tres, este último, ligeramente superior a nuestros resultados; por otro lado, Trujillo (2015) identificó menor porcentaje (19%) de mujeres que experimentaron un solo tipo de violencia, pero mayor porcentaje (13%) en quienes fueron víctimas de los tres tipos.

La violencia psicológica fue la más frecuente, puesto que el 86.46% de las mujeres afirmó haberla padecido; esto coincide con los resultados de Esie Precious (2019), Puerta (2016) y Trujillo (2015), superando en todos los casos los hallazgos de los investigadores mencionados, quienes identificaron un 77.2%, 52% y 49% respectivamente; aunque superior a lo evidenciado por Barbaran y Apaza (2015), quienes identificaron violencia psicológica en el 98.6% de las mujeres. Esto devela que este tipo de violencia es sufrida por la mayoría, tal vez por ser la más imperceptible y

tolerada, además que un 19.8% no presentó depresión y el 35.4% solo tuvo depresión leve (lo que no excluye que puedan haber presentado otro tipo de violencia).

El 51% de las mujeres han presentado violencia física, posicionando a este tipo de violencia como la segunda más común, similar a las investigaciones de Esie Precious y colaboradores (58.8%), Trujillo (43%), Puerta (44%) y Barbarán (89%). Respecto a la violencia sexual no es la más común, habiéndose hallado en el 12.5% de las mujeres, similar a Barbarán y Apaza (11%), superior a Trujillo (8%) y mucho mejor a Puerta y Esie Precious y colaboradores con el 46% y 44.4% respectivamente.

En cuanto a la depresión identificada en las mujeres entrevistadas en el centro de salud mental comunitario especializado “pradera de los celajes”, el 77.18% de las mujeres que participaron en la investigación presentaron depresión según el test de Hamilton, similar a los resultados de Valentín (74.5%), pero inferior a otros estudios nacionales e internacionales que superan el 90%.

Entre la clasificación de depresión más frecuente resaltan la depresión leve (36.46%) y moderada (31.25%), pero en la mayoría de las investigaciones ha sido más frecuente la depresión moderada, severa/grave y muy severa/grave (40%). Estos resultados son alarmantes ya que, como menciona Valentín (2018), los indicadores moderados y severos causan sufrimiento y alteraciones en la vida cotidiana, y en este estudio el 40.6% de las mujeres padecen estos niveles de depresión; así mismo, es importante resaltar que además de depresión, estas mujeres podrían experimentar ira, ideas suicidas y temor según Trujillo (2015), por lo que es imprescindible brindar una atención oportuna y seguimiento especializado permanente.

Además, son necesarias acciones de promoción y prevención que frenen esta las tasas de violencia familiar, a través de intervenciones direccionadas a los atacantes, puesto que según Yu Rongqin, et al (2019), los hombres con ciertos trastornos (depresivo, ansiedad, personalidad), hábitos como el consumo de alcohol y drogas, así también con déficit de atención e hiperactividad, tendrían mayor riesgo de violencia contra las mujeres que los no afectados (p-valores <0.001).

Por lo tanto, a mayor número de tipos de violencias física, sexual o más de un tipo de violencia familiar, se agrava el diagnóstico depresivo de leve a moderada, siendo la violencia sexual la que mayor gravedad depresiva genera en una mujer víctima de violencia.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos

Los actuados estuvo sujeto a los códigos éticos en investigación biomédica: Código Nuremberg, informe Belmont, Convenio de Oviedo y Declaración de Helsinki. Además, en cumplimiento del Código de Ética y Deontología. Colegio de Enfermeros del Perú (27), el artículo 58°. La enfermera(o) que participa en investigaciones debe ceñirse a los principios éticos, bioéticos, leyes y declaraciones universales vigentes.

CONCLUSIONES

1. Existe relación directa estadísticamente significativa ($r=.434$, $p=.000 < 0.05$) entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019. Resaltando que el 1% que presenta depresión muy severa ha sufrido las tres formas de violencia (física, psicológica y sexual) en su vida, y el 22.8% que ha presentado depresión ha experimentado solo un tipo de violencia.
2. No se halló relación significativa ($r=-.155$; $p=.132 > 0,05$) entre la depresión y la violencia psicológica en mujeres atendidas en el C.S. Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”, aunque el 86,46% afirma haber sido víctima de violencia psicológica, un 19.8% de las mujeres no evidencia depresión.
3. Se demostró la relación directa y significativa ($r=.434$, $p=.000$) entre la depresión y la violencia física en mujeres atendidas en el C.S. Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”. El un 51% de las mujeres han sufrido violencia física dentro de la familia, y la mayoría (22.9%) presenta depresión moderada.
4. Se halló relación directa y significativa ($r=.317$; $p=0,02$) entre la depresión y la violencia sexual en mujeres atendidas en el C.S. Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”. El 12.5% de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual, de las cuales el 10.4% presentó depresión de moderada a muy severa.

RECOMENDACIONES

1. Al responsable del Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celaje” – Andahuaylas implementar política de intervención sanitaria en la jurisdicción de la Provincia de Andahuaylas en la prevención de los problemas de salud mental: identificar y monitorear los factores de riesgo, identificar grupos de riesgo, detección temprana de problemas afines, acceso a la información oportuna sobre programas y servicios que beneficien la salud mental, etc. Conforme a la Ley de Salud Mental N° 30947.
2. Al responsable del Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” – Andahuaylas, formular un plan de intervención que incluya la aplicación permanente del Test de Hamilton, rehabilitación mental de las mujeres con depresión y acciones preventivas de violencia familiar
3. Al responsable del Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celaje” – Andahuaylas, implementar durante la emergencia sanitaria por COVID-19, los alcances de telesalud que comprenden: telemedicina, telenconsulta, teleinterconsulta, teleorientación, telemonitoreo, interoperatividad, etc. Conforme al Decreto Legislativo N° 1490, Resolución Ministerial N° 117-2020/MINSA., etc. Para preservar la salud mental de las personas.
4. A la Dirección del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” proponer la Historia Clínica Electrónica ante el Ministerio de Salud y posterior implementación en los centros comunitarios de salud mental del Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud . Violencia Contra la Mujer. [Online].; 2017 [cited 2020 Enero 27. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
2. Sequeiros. Cusco: Más de 4 mil denuncias por violencia contra la mujer en lo que va del año. [Online].; 2019 [cited 2020 Enero 27. Available from: <https://diariocorreo.pe/edicion/cusco/cusco-mas-de-4-mil-denuncias-por-violencia-contra-la-mujer-en-lo-que-va-del-ano-924557/?ref=dcr>.
3. Torres Seoane J. Femicidios en Apurímac: la región con más violencia contra las mujeres. [Online].; 2018 [cited 2020 Enero 27. Available from: <http://www.noticiasser.pe/informe/femicidios-en-apurimac-la-region-con-mas-violencia-contra-las-mujeres>.
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables . Informe estadístico enero 2019. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 16. Available from: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/informe-estadistico-01-2019_PNCVFS-UGIGC%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/informe-estadistico-01-2019_PNCVFS-UGIGC%20(1).pdf).
5. Expresión . Olas de denuncias por violencia familiar en andahuaylas. [Online].; 2018 [cited 2020 Mayo 2020. Available from: <https://www.diarioexpresion.pe/local/ola-de-denuncias-por-violencia-familiar-en-andahuaylas/>.
6. Sánchez Carlessi H, Reyes Romero C, Mejía Sáenz K. Manual de Términos en Investigación Científica, Tecnológica y Humanística Lima : Universidad Ricardo Palma ; 2018.

7. Esie P, Osypuk L, Schuler R, Bates M. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. ElSevier. 2019 January.
8. Yu R, Nevado-Holgado AJ, Molero Y, D'Onofrio BM, Larsson H, Et al.. Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. Plos/Medicine. 2019 December .
9. Trujillo Valencia AF. 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. Tesis pregrado. Santa Clara de San Millán : Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas ; 2015.
10. Valentín Bejarano K. Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017. Tesis pregrado. Sapallanga : Universidad Continental , Facultad de Humanidades ; 2018.
11. Ramos García GG. Depresión y violencia de género en mujeres que participan del vaso de leche, Ancón 2017. Teis pregrado. Lima : Universidad César Vallejo , Facultad de Humanidades ; 2017.
12. Puerta Villgaray L. Relación entre violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de un Club de Madres, del distrito de Ventanilla, Lima 2016. Tesis pregrado. Lima : Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades ; 2016.
13. Barbaran Macuyama M, Apaza Pacori. Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014. Tesis pregrado. Lima: Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2015.
14. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una

reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011; 8(4):16-23. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>

15. Amor P, Bohórquez A, Echeburúa E. ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora. *Acción psicológica*. 2006 Junio; IV(2).
16. Campbell J, Kub E, Rose L. Depression in Battered Women. ResearchGate. 2015 March; LI(3).
17. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. [Online].; 2016 [cited 2020 Agosto 21. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/mimp_violencia_basada_en_genero_marco_conceptual_para_las_politicas_publicas_y_la_accion_del_estado.pdf
18. Organización Mundial de la Salud . Comprender y Abordar la Violencia contra las Mujeres. [Online].; 2013 [cited 2020 Enero 25. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf?sequence=1.
19. Ochoa Gómez C, Cruz Agudelo AF, Moreno Carmona D. Depresión en la mujer: ¿Expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 2015 Enero - junio; VI(1).
20. A fact sheet from the office on womens health. Depression. [Online]. [cited 2020 Agosto 21. Available from: <https://www.womenshealth.gov/files/documents/fact-sheet-depression.pdf>.
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad . Guía buena práctica clínica en algoritmos de decisión en depresión. [Online].; 2011 [cited 2020 Agosto

21. Available from:
https://www.cgcom.es/sites/default/files/gbpc_algoritmos_depresion.pdf.
22. Alonso Varea M, Castellanos Delgado L. Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*. 2006; XV(3).
23. Truschel. Definición de depresión y criterios de diagnóstico DSM-5. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 17. Available from:
<https://www.psycom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria/>.
24. Sánchez Carlessi , Reyes Romero , Sáenz Mejía. Manual de Términos en Investigación Científica, Tecnológica y Humanística Lima : Universidad Ricardo Palma ; 2018.
25. Céspedes Estévez J. Metodología de la Investigación La Paz ; 2008.
26. Hurtado de Bacerra. Metodología de la Investigación Holística. Tercera ed. Caracas; 2000.
27. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. [Online]. [cited 2019 Abril 25]. Available from:
<http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

Problema(s)	Objetivo(s)	Hipótesis	Variables	Dimensiones e indicadores	Metodología
<p>General ¿Cuál es la relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?</p> <p>Específicos a. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia familiar psicológica en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?</p>	<p>General Determinar el nivel de relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.</p> <p>Específicos a. Determinar el nivel de relación entre la depresión y la violencia familiar psicológica en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.</p>	<p>General Existe relación entre violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”- Andahuaylas - 2019.</p> <p>Específicas a. Existe correlación entre violencia familiar psicológicas y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes”- Andahuaylas - 2019.</p>	<p>V1: Violencia familiar</p>	<p>Dimensión: Psicológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extrema falta de confianza en sí mismo. - Tristeza, depresión o angustia - Retraimiento - Llanto frecuente - Demandas excesivas de atención - Intento de suicidio - Aislamiento de personas - Uso de alcohol, drogas, analgésicos <p>Dimensión: Física</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hematomas, contusiones inexplicables - Fracturas inexplicables, marca de mordeduras 	<p>Tipo y diseño: Investigación aplicada, no experimental, transversal, correlacional.</p> <p>Población y muestra 146 mujeres atendidas por la violencia familiar. Tipo de muestreo no probabilístico. Muestra: 96 mujeres entre 30 y 59 años de edad</p> <p>Lugar de estudio Región Apurímac, Provincia Andahuaylas y Distrito Talavera de la Reyna.</p>

<p>b. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia familiar física en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?</p> <p>c. ¿Cuál es el nivel de relación entre la depresión y la violencia familiar sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019?</p>	<p>b. Determinar el nivel de relación entre la depresión y la violencia familiar física en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.</p> <p>c. Determinar el nivel de relación entre la depresión y la violencia familiar sexual en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas 2019.</p>	<p>b. Existe correlación entre violencia familiar física y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas - 2019.</p> <p>c. Existe correlación entre violencia familiar sexual y la depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” - Andahuaylas - 2019.</p>	<p>V2: Depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. - Quejas sin causa física: cefalea, problemas de sueño - Problemas con apetito <p>Dimensión: Sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo no deseado - Infecciones de transmisión sexual - Indica verbalmente que fue víctima de violencia sexual <p>Dimensión: Nivel de depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal - Leve - Moderado - Severo - Muy severo 	<p>Técnicas e instrumentos: La técnica: observación y el instrumento de medición: Ficha de Observación indirecta.</p> <p>Procedimiento estadístico: Prueba no paramétrica Rho de Spearman.</p>
--	---	---	--------------------------	---	--

ANEXO 2: Ficha de Observación indirecta: Violencia Familiar y Depresión

Dirigido: a personal que realiza la observación.

La presente es anónima y tiene el objetivo: **registrar datos de violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitario Especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019.** Lea atentamente y rellenar los datos solicitados, marcar una o más alternativas respecto a la violencia y cuya fuente de datos documental son las historias clínicas. Tenga en cuenta que los datos consignados y reales permitirá garantizar el nivel de confiabilidad del estudio.

Datos generales		
Fecha: ____/____/____ (en números y legible)	Historía clínica: _____ (en números y legible)	Edad: _____ (años cumplidos)
1. Violencia familiar		
1.1 Psicológica		
a. Extrema falta de confianza en sí mismo b. Tristeza, depresión o angustia c. Retraimiento. d. Llanto frecuente e. Demandas excesivas de atención f. Intento de suicidio g. Aislamiento de personas h. Uso de alcohol, drogas, analgésicos		
1.2 Física		
a. Hematomas, contusiones inexplicables b. Fracturas inexplicables, marca de mordeduras. c. Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. d. Quejas sin causa física: Cefalea, problemas de sueño e. Problemas con apetito		
1.3 Violencia sexual		
a. Embarazo no deseado b. Infecciones de transmisión sexual c. Indica verbalmente que fue víctima de violencia sexual		
2. Depresión		
Puntaje: _____ puntos (en números legible)		

(Adaptado: RM N° 141-2007/MINSA y RM N° 648- 2006/MINSA)

Gracias...

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Apellidos y Nombres:.....

H.C.:.....

SÍNTOMA	0 inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 mes	12 mes	18 mes
1. Animo deprimido: (tristeza, desesperanza, impotencia, inutilidad) 0 Ausente 1 La sensación está presente pero sólo se manifiesta al preguntársele. 2 La sensación está presente y se manifiesta verbalmente en forma espontánea. 3 La sensación se presenta en forma no verbal, por ejemplo a través de la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto. 4 El paciente reporta estas sensaciones virtualmente en su comunicación espontánea verbal y no verbal.							
2. Sentimientos de culpa 0 Ausentes. 1 Auto-reproche, siente que ha causado el fracaso de los demás. 2 Ideas de culpa o rumiación respecto a errores pasados o actos pecaminosos. 3 La presente enfermedad es un castigo. Delusiones de culpa. 4 Escucha voces acusatorias o que lo denuncian o experiencias alucinatorias visuales amenazantes.							
3. Suicidio 0 Ausente. 1 Siente que la vida no vale la pena. 2 Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de posible muerte de si mismo. 3 Gesto o ideas suicidas. 4 Intentos suicidas (cualquier intento serio debe ser valorado como 4).							
4. Insomnio de conciliación 0 No hay dificultad para conciliar el sueño. 1 Quejas de dificultad ocasional para conciliar el sueño. Por ejemplo, más de ½ hora. 2 Quejas de que todas las noches tiene dificultad para conciliar el sueño.							
5. Insomnio de medio sueño 0 No hay dificultad. 1 El paciente se queja de haberse desvejado o estar alterado durante la noche. 2 Se despierta durante la noche, cualquier levantarse de la cama salvo para evacuar.							
6. Insomnio tardío 0 No hay dificultad. 1 Se despierta en horas muy temprano de la mañana pero nuevamente se duerme. 2 Es incapaz de volver a dormirse nuevamente si se levanta de la cama.							
7. Trabajo y actividades 0 No hay dificultad. 1 Pensamientos y sensación de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada con las actividades, el trabajo o las distracciones. 2 Pérdida de interés en las actividades, distracciones o trabajo, tanto si ésta es reportada directamente por el paciente o indirectamente por descuidos, indecisión o vacilación 3 Disminución en el tiempo presente dedicado a actividades o disminución en la productividad. En el hospital se valorará 3 si el paciente no emplea por lo menos 3 horas al día en actividades (trabajo hospitalario o entrenamiento), excluyendo actividades domésticas (desaliño personal). 4 Suspende el trabajo debido a la enfermedad actual. En el hospital se valorará 4 si el paciente no participa excluyendo las actividades domésticas. Si el paciente realiza de manera deficiente sus actividades domésticas (aliño personal) sin asistencia.							
8. Retardo: (lentitud en el pensamiento y el habla, disminución de la capacidad de concentración, actividad motora disminuida). 0 Habla y pensamientos normales. 1 Discreto retardo durante la entrevista. 2 Retardo obvio durante la entrevista. 3 Entrevista dificultosa. 4 Estupor completo.							
9. Agitación 0 Ninguna. 1 Juega con las manos, cabello, etc. 2 Se frota las manos, las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.							

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN DEPRESIÓN

Apellidos y
Nombres:.....

H.C.:.....

SÍNTOMA	0 Inicio	4 sem.	6 sem.	8 sem.	6 mes	12 mes	18 mes	24 mes
10. Ansiedad psíquica 0 No hay dificultad. 1 Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 Se preocupa por asuntos menores. 3 Aparente actitud aprehensiva en el rostro o en el habla. 4 Temores expresados sin preguntárselo.								
11. Ansiedad somática: (componentes fisiológicos) De la ansiedad: <u>gastrointestinales</u> – sequedad de boca, gases, indigestión, diarrea, retortijones, eructos; <u>cardiovasculares</u> – palpitaciones, cefalea; <u>respiratorios</u> – hiperventilación, suspiros; <u>frecuencia urinaria, sudoración</u> . 0 Ausente. 1 Mediano. 2 Moderado 3 Severo. 4 Incapacitante.								
12. Síntomas somáticos gastrointestinales 0 Ninguno. 1 Pérdida del apetito pero el sujeto se alimenta sin deseos. Sensación de pesadez en el abdomen. 2 Dificultad para alimentarse sin ver la urgencia del mismo. Se requiere de laxantes o medicación para el intestino o los síntomas gastrointestinales.								
13. Síntomas somáticos generales 0 Ninguno. 1 Pesadez en los miembros, la espalda o cabeza; dolores de espalda, cefalea; dolores musculares o pérdida de energía o fatiga. 2 Cualquier síntoma claro se evalúa como 2.								
14. Síntomas genitales: (pérdida de libido, Alteraciones menstruales, no determinado) 0 Ausentes. 1 Moderado. 2 Severo.								
15. Hipocondría 0 No está presente. 1 Preocupación por el propio cuerpo. 2 Preocupación por la salud. 3 Quejas constantes, búsqueda de ayuda, etc. 4 Delusiones hipocondríacas.								
16. Pérdida de peso A Cuando se evalúa por historia: 0 No hay pérdida de peso. 1 Probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual. 2 Definitiva pérdida de peso (de acuerdo con el paciente). B. En evaluaciones semanales por el psiquiatra en la sala, cuando los cambios de peso actuales son ponderados: 0 Menos de ½ Kg. De peso perdido en una semana. 1 Más de ½ Kg. De peso perdido en una semana. 2 Más de 1 Kg. De peso perdido en una semana.								
17. Introspección 0 Reconocerse estar deprimido y enfermo. 1 Reconocerse enfermedad pero atribuirlo a causas tales como: mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 Negarse estar enfermo del todo.								
Puntaje Total:								

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

- 0 – 7 Normal.
- 8 – 13 Leve.
- 14 – 18 Moderado.
- 19 – 22 Severo.
- 23 ó > Muy severo

ANEXO 3: Carta de autorización para la aplicación del estudio



ANEXO 4: Matriz de datos

n°	Edad	VIOLENCIA				DEPRESIÓN					
		Sexual	Psicológica	Física	Total	Muy severa	Severa	Moderada	Leve	Normal	Total
1	39	0	1		1	0	0	0	0	1	1
2	37		1	1	2	0	0	1	0	0	3
3	38	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
4	32	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
5	41	1	1	1	3	0	0	1	0	0	3
6	33	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1
7	40	1	1	1	3	0	1	0	0	0	4
8	56	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
9	35	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
10	48	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
11	32	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
12	42	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
13	30	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
14	47	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
15	34	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
16	54	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
17	37	1	1	1	3	0	1	0	0	0	4
18	33	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
19	51	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
20	30	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
21	31	1	0	0	1	0	1	0	0	0	4
22	31	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
23	45	0	1	1	2	0	1	0	0	0	4
24	48	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
25	37	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
26	54	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
27	31	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
28	59	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
29	36	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
30	42	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
31	32	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
32	57	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
33	38	1	1	1	3	1	1	0	0	0	5
34	32	1	1	0	2	0	0	1	0	0	3
35	35	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
36	38	0	1	0	1	0	1	0	0	0	4
37	31	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
38	33	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3

39	30	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
40	37	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
41	42	0	1	1	2	0	1	0	0	0	4
42	46	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
43	38	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
44	36	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
45	43	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
46	31	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
47	35	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
48	30	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
49	42	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
50	38	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
51	32	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
52	33	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
53	46	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
54	38	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
55	32	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
56	41	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
57	39	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
58	30	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3
59	50	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
60	36	0	1		1	0	0	0	1	0	2
61	44	0	1	1	2	0	1	0	0	0	4
62	36	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
63	30	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
64	46	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
65	32	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
66	59	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1
67	38	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
68	47	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
69	52	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
70	57	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
71	54	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
72	40	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
73	30	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
74	32	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
75	45	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
76	37	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
77	32	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
78	38	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
79	34	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
80	35	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1

81	45	0	1	1	2	0	0	0	0	1	1
82	33	1	0	1	2	0	1	0	0	0	4
83	59	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
84	35	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
85	35	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
86	39	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
87	32	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1
88	38	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2
89	37	0	0	1	1	0	0	1	0	0	3
90	40	0	1	0	1	0	0	1	0	0	3
91	33	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
92	36	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
93	37	0	1	1	2	0	0	1	0	0	3
94	39	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2
95	38	0	1	1	2	0	0	0	1	0	2
96	30	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1

ANEXO 5: Prueba de normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Depresión	Violencia familiar
N		96	96
Parámetros normales ^{a,b}	Media	.77	1.50
	Desv. Desviación	.423	.580
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.477	.347
	Positivo	.294	.347
	Negativo	-.477	-.264
Estadístico de prueba		.477	.347
Sig. asintótica(bilateral)		.000^c	.000^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Hipótesis:

Ho: La distribución de la motivación no difiere a la distribución normal

H1: La distribución de la motivación difiere a la distribución normal

Nivel de significancia: El nivel de significancia (alfa) $\alpha = 5\% = 0,05$

Variable depresión:

Con el valor de la prueba de Kolmogorov-Smirnov de .477 y un $p=.000 < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que la variable Motivación no tiene una distribución normal.

Variable violencia familiar:

Con el valor de la prueba de Kolmogorov-Smirnov de .347 y un $p=.000 < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que la variable Motivación no tiene una distribución normal.

Prueba inferencial a utilizar: prueba no paramétrica, correlación Rho de Spearman

ANEXO 6: Otros resultados

Tabla 1. Distribución porcentual de edades agrupadas

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30 – 39	26	28.6
40 – 49	29	31.9
50 a más	8	8.8
Total	96	100.0

En la tabla N° 1. Del 100% de la muestra y según la agrupación de edades fueron: el 28.6% de 30 a 39 años, el 31.9% de 40 a 49 años y, el 8.80% de 50 años a más.

Tabla 2. Distribución porcentual de violencias psicológicas

Violencias psicológicas	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza, depresión o angustia	51	30.9%
Extrema falta de confianza en sí mismo	39	23.6%
Aislamiento de personas	33	20.0%
Llanto frecuente	20	12.1%
Intento de suicidio	12	7.3%
Uso de alcohol, drogas, analgésicos	6	3.6%
Retraimiento	2	1.2%
Demandas excesivas de atención	2	1.2%
Total	165	100.0%

En la tabla N° 2. La distribución porcentual de violencias psicológicas fue: el 30.9% tristeza depresión o angustia, el 23.6% extrema falta de confianza en sí mismo, el 20.0% aislamiento de personas, el 12.1% llanto frecuente, el 7.3% intento de suicidio, el 3.6% uso de alcohol drogas analgésicos, el 1.2% retraimiento - demandas excesivas de atención.

Tabla 3. Distribución porcentual de violencias físicas

Violencias físicas	Frecuencia	Porcentaje
Quejas sin causa física: cefalea, problemas de sueño	37	56.1%
Hematomas, contusiones inexplicables	16	24.2%
Problemas con apetito	10	15.2%
Fracturas inexplicables, marca de mordeduras	2	3.0%
Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.	1	1.5%
Total	66	100.0%

En la tabla N° 3. La distribución porcentual de violencias físicas fue: el 56.1% quejas sin causa física: cefalea - problemas de sueño, el 24.2% hematomas – contusiones inexplicables, el 15.2% problemas con apetito, el 3.0% fracturas inexplicables – marca de mordeduras y el 1.5% laceraciones en boca – mejillas – ojos – etc.

Tabla 4. Distribución porcentual de violencias sexuales

Violencias sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Indica verbalmente que fue víctima de violencia sexual	6	75.0%
Embarazo no deseado	1	12.5%
Infecciones de transmisión sexual	1	12.5%
Total	8	100.0%

En la tabla N° 4. La distribución porcentual de violencias sexuales fue: el 75.0% indica verbalmente que fue víctima de violencia sexual, el 12.5% embarazo no deseado – infecciones de transmisión sexual.

Tabla 5. Distribución porcentual del responsable de la violencia

Atacante	Frecuencia	Porcentaje
Hermano	6	6.3%
Esposo	37	38.5%
Conviviente	35	36.5%
Ex conviviente	14	14.6%
Padres	1	1.0%
Primo, enamorado, cuñado	3	3.1%
Total	96	100.0%

En la tabla N° 5. La distribución porcentual sobre el atacante fue: el 38.5% realizada por el esposo, el 36.5% por el conviviente, y el 14.6% por el ex conviviente; lo que refleja que más del 80% de mujeres es violentada por su pareja principalmente.

Tabla 6. Distribución porcentual del tiempo

Hace cuanto tiempo fue violentada	Frecuencia	Porcentaje
Días	18	18.8%
Meses	29	30.2%
Años	49	51.0%
Total	96	100.0%

En la tabla N° 6. La distribución porcentual sobre tiempo transcurrido de la violencia fue: hace años en más de la mitad de las mujeres (51%), hace meses en el 30.2% y, el 18.8% ha sufrido violencia en menos de un mes.