

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**



**“VIOLENCIA FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL TRANSTORNO DE
ANSIEDAD – DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO UYARINA WASI, PERIODO OCTUBRE –
DICIEMBRE 2020”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fredy Edgar Aguirre Blas".

**FREDY EDGAR AGUIRRE BLAS
LUISA JUSVELICA NAPURI JARA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luisa Jusvelica Napuri Jara".

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- DRA. ANA MARIA YAMUNAQUE MORALES SECRETARIA
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA MIEMBRO
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ MIEMBRO

ASESORA: DRA. TERESA VARGAS PALOMINO

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 004-2022

Fecha de Aprobación de tesis: 18 de Febrero del 2022

Resolución N° 051 – 2022 – CDUPG-FCS, de fecha 14 de Febrero del 2022

DEDICATORIA

A nuestros hijos Angie Luciana y Santiago Alessandro por ser los inspiradores de nuestro aprendizaje y a través de sus alegrías darnos fortaleza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Fredy y Luisa

AGRADECIMIENTO

Al jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi por haber aceptado y darnos las facilidades para la recopilación de la información de las Historias Clínicas.

A la Universidad Nacional del Callao, por permitirnos acceder a realizar una maestría.

A nuestros docentes por guiar esta investigación y formar parte del proceso enseñanza – aprendizaje.

Y para finalizar a todas aquellas personas, colegas y amigos que nos brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de nuestro objetivo.

Luisa y Fredy

ÍNDICE

ÍNDICE	1
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE GRÁFICO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática	12
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Limitantes de la investigación	18
1.4.1 Limitante teórica	18
1.4.2 Limitante espacial	19
1.4.3 Limitante temporal	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes del estudio	20
2.1.1 Antecedentes Internacionales	20
2.1.2 Antecedentes nacionales	22
2.2 Bases teóricas	26
2.2.1 Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión (2002)	26

2.2.2	Teoría de la ansiedad de Spielberger, 1972	27
2.2.3	Teoría de violencia familiar: trampa psicológica de Brockner y Rubin (1985)	29
2.2.4	Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975)	29
2.3	Base conceptual	30
2.3.1	Violencia familiar	30
2.3.2	Trastorno de ansiedad	32
2.3.3	Depresión	35
2.3.4	Dimensiones del trastorno de ansiedad y depresión	35
2.4	Definición de términos	37
III.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	39
3.1	Hipótesis general e hipótesis específicas	39
3.2	Definición conceptual de variables	40
3.2.1	Operacionalización de variables	41
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO	44
4.1	Tipo y diseño de investigación	44
4.2	Método de investigación	45
4.3	Población y muestra	45
4.4	Lugar de estudio y período desarrollado	46
4.5	Técnica e instrumentos para la recolección de la información	46
4.6	Análisis y procesamiento de datos	47
V.	RESULTADOS	48
5.1	Resultados descriptivos	48
5.2	Resultados inferenciales	52
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	56
6.1	Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.	56

6.1.1 Contraste estadístico de la hipótesis general.	56
6.1.2 Contrastación estadístico de la primera hipótesis específica	57
6.1.3 Contrastación estadístico de la segunda hipótesis específica	57
6.1.4 Contrastación estadístico de la tercera hipótesis específica	58
6.1.5 Contrastación estadístico de la cuarta hipótesis específica	59
6.1.6 Contrastación estadístico de la quinta hipótesis específica	59
6.1.7 Contrastación estadístico de la sexta hipótesis específica	60
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.	61
6.3 Responsabilidad ética	62
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	75
Anexo 01: Matriz de consistencia	76
Anexo 02: ficha de tamizaje violencia familiar y maltrato infantil	80
Anexo 03: guía de practica clínica en depresión	82
Anexo 04: Matriz de datos	84
Anexo 05: Tabla y gráfico violencia psicológica	89
Anexo 06: Tabla y gráfico violencia física	90
Anexo 07: Tabla y gráfico violencia sexual	91
Anexo 08: Tabla niveles de violencia familiar	92
Anexo 09: Tabla y gráfico componentes trastorno de ansiedad y depresión	93
Anexo 10: prueba estadística chi- cuadrado	94

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5. 1: Sexo de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.....	48
Tabla 5.2: Edad de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.....	49
Tabla 5.3: Violencia Familiar en las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.	50
Tabla 5.4: Niveles de ansiedad - depresión de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.....	51
Tabla 5.5: Prueba de Chi cuadrado de la violencia psicológica y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.....	52
Tabla 5.6: Prueba de Chi cuadrado de la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020	52
Tabla 5.7: Prueba de Chi cuadrado de la violencia física y el componente afectivo cognitivo del trastorno de ansiedad y depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.....	53
Tabla 5.8: Prueba de Chi Cuadrado de la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.....	53

Tabla 5.9: Prueba de Chi cuadrado de la violencia sexual y el componente afectivo cognitivo del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020	54
Tabla 5.10: Prueba de chi cuadrado de la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 5. 1: Sexo de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.....	48
Gráfico 5.2: Edad de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.	49
Gráfico 5.3: Violencia Familiar en las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.	50
Gráfico 5.4: Trastorno de ansiedad- depresión de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi	51

RESUMEN

La tesis titulada “Violencia familiar y su asociación con el trastorno de ansiedad - depresión en pacientes del CSMC Uyarina Wasi, periodo octubre - diciembre 2020”. Objetivo: determinar la asociación que existe entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi. Método: estudio de tipo descriptivo con diseño correlacional, prospectivo con una población muestral de 105 casos seleccionados por muestreo probabilístico, la técnica empleada fue la encuesta, siendo los instrumentos el cuestionario de síntomas S.R.Q. 18, con 18 ítems para determinar el trastorno de ansiedad - depresión del MINSA, y la Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil del MINSA, que mide el maltrato en la población que llega al centro de salud víctima de violencia en todas las etapas de vida. Resultados: El sexo predominante fue el femenino (90.5%), la edad donde se ve más violencia fue entre 21-25 años (22%); en relación al tipo de violencia, el 97% presenta violencia psicológica, el 70% presenta violencia física y el 12% violencia sexual; en lo referente a trastorno de ansiedad-depresión el 61.9% sufre de trastorno de ansiedad-depresión moderado y el 38.1% presenta trastorno de ansiedad-depresión leve. Conclusión: La asociación que existe entre la violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020 es significativa con un p valor de 0,034.

Palabras clave: violencia familiar, depresión, ansiedad

ABSTRACT

The thesis entitled "Family violence and its association with anxiety and depression disorder in patients of the CSMC Uyarina Wasi, period October - December 2020". Objective: to determine the association between family violence and anxiety and depression disorder in patients from the Uyarina Wasi Community Mental Health Center. Method: descriptive study with correlational, prospective design with a sample population of 105 cases selected by probability sampling, the technique used was the survey, the instruments being the S.R.Q. symptoms questionnaire. 18, items to determine the anxiety disorder - depression of the MINSA, and the MINSA violence and Child Abuse Screening Sheet, which measures abuse in the population that comes to the health center victim of violence all stages of lifetime. Results: the predominant sex was female (90.5%), the age where more violence was seen was between 21-25 years (22%); Regarding the type of violence, 97% present psychological violence, 70% present physical violence and 12% sexual violence; Regarding anxiety - depression disorder, 61.9% suffer from moderate anxiety - depression disorder and 38.1% present mild anxiety - depression disorder. Conclusion: The association that exists between family violence and anxiety - depression disorder in patients from the Uyarina Wasi Community Mental Health Center, in the period from October to December, 2020 is significant with a p value of 0.034.

Keywords: family violence, depression, anxiety

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la salud mental son hoy un problema de primera importancia para la salud pública en el país, así lo demuestran los datos en relación a la incidencia que a comienzos de siglo había en nuestro país. La violencia en el hogar representa un grave problema social. Se trata de un fenómeno frecuente que produce consecuencias muy graves en las víctimas y en los familiares; el hogar, que podría ser un ambiente de compañía mutua, de afecto y realización personal para las parejas, se convierte en un ambiente de riesgo para la víctima en situación de maltrato.

La depresión y la ansiedad vienen a ser expresiones de la indefensión que experimenta la víctima y su incapacidad para tomar decisiones oportunas y firmes. Los datos publicados por el Ministerio de Salud revelan que la depresión es la quinta causa de carga entre todas las enfermedades y constituye la mayor causa de proporción de discapacidad, el 12% del total, siendo las mujeres las más afectadas, enfermedad que afecta al 20% de la población del Perú. Los trastornos de ansiedad y su prevalencia se encuentran en ascenso y es probable que las cifras se incrementen, pues muchos no recurren a los servicios de salud. Estudiar la violencia familiar asociado con el trastorno de depresión -ansiedad, se hace relevante, pues esta incluye a todas las agresiones físicas, psicológicas y sexuales que sufren las víctimas dentro de la familia, ejercida por la pareja sean estos esposos, convivientes o compañeros.

Este tipo de violencia es la más encubierta dentro de la sociedad por los patrones culturales e ideológicos que se manejan. Se han llevado a cabo pocos estudios sobre violencia en la relación de pareja, recogiéndose solamente denuncias y son escasas las investigaciones que intentan relacionar la depresión-ansiedad con la violencia en la relación de pareja, a pesar de ser esta una variable multidimensional, influida por patrones culturales, idiosincráticos, familiares y sociales, como por las características del tipo de

convivencia, orientándose la mayoría de estudios existentes a recoger casuísticas y número de denuncias y presencia o no de violencia. La presente tesis consta de las siguientes partes:

Planteamiento del problema, en donde se enfoca la problemática, tanto internacional como nacional, aquí se ve la formulación de interrogantes, objetivos y la justificación de la investigación.

Marco teórico, aquí se ven estudios similares al proyecto, citados como antecedentes, teorías respectivas al tema, conceptos relevantes al tema y marco conceptual que sirve como una especie de glosario.

Hipótesis y variables, aquí se enmarcan las variables de estudio, sus dimensiones, y los supuestos de la investigación.

Metodología, se describe el tipo de investigación, el diseño, la población de donde se obtiene la muestra, las técnicas de recolección de datos y los instrumentos que serán utilizados para el desarrollo del trabajo.

Resultados: En donde se colocan las tablas y gráficas realizadas con los datos obtenidos por la matriz de datos a través de los paquetes estadísticos Excel y SPSS.

Discusión de resultados: En donde se colocan la contrastación y demostración de las hipótesis con los resultados obtenidos, además de la contrastación de los resultados con los estudios similares que se incluyeron en el capítulo de marco teórico a manera de antecedentes, y finalmente la responsabilidad ética con la que se trabajó para la elaboración de la tesis.

Conclusiones y recomendaciones, las conclusiones dan respuesta a los objetivos e hipótesis de la tesis, mientras que las recomendaciones son las

sugerencias a que aportan los autores de la tesis al llegar al resultado final de la investigación.

Referencias bibliográficas, se realiza una lista de todos los estudios, libros, informes, revistas, etc., que se observaron para poder obtener el presente proyecto.

Anexos, Aquí se ve la matriz de consistencia y los instrumentos para la recolección de datos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La salud mental es concebida como un proceso dinámico de bienestar que permite a las personas desplegar sus habilidades, afrontar el estrés normal de vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. ⁽¹⁾ Asimismo, se reconoce a la violencia como uno de los factores desencadenantes de trastornos biomédicos, psicológicos y sociales, se afirma que quienes viven en un estado de agresión mantenida presentan síntomas como tensión y angustia, depresión, insomnio y pérdida de concentración. ⁽²⁾

El problema de la violencia se agrava con el silencio, por lo que se considera uno de los problemas mayores, este se da cuando el agresor y el agredido mantiene un lazo afectivo importante. Por ello se determina que es necesario utilizar sistemas de tamizaje específicos a fin determinar el tamaño y la trascendencia en grupos de mayor vulnerabilidad.

La explicación para la mayor cantidad de personas afectadas por depresión, se relaciona con el entorno sociofamiliar moderno, en el cual están expuestas a una carga de responsabilidades ligadas a su rol social tradicional y ser parte fundamental de la fuerza de trabajo, donde enfrenta adicionalmente discriminación sexual y situaciones adversas que conllevan a la pobreza, el hambre, la mala nutrición, el exceso de trabajo y por último, lo que motiva este estudio, la violencia. Todo esto expone a un mayor riesgo de padecer alteraciones en su salud mental, en especial los trastornos del estado del ánimo (DSM-IV). ⁽³⁾

Estudiar la violencia familiar y su asociación con el trastorno de ansiedad - depresión, se hace relevante, pues esta incluye a todas las agresiones físicas, psicológicas y sexuales que sufren las víctimas dentro de la familia, ejercida por los esposos, convivientes o compañeros. Este tipo de violencia es la más

encubierta dentro de la sociedad por los patrones culturales e ideológicos que se manejan. ⁽⁴⁾

Se han llevado a cabo pocos estudios sobre violencia en la relación de pareja, recogiendo solamente denuncias y son escasas las investigaciones que intentan relacionar depresión-ansiedad con la violencia en la relación de pareja, a pesar de ser esta una variable multidimensional, influida por patrones culturales, idiosincráticos, familiares y sociales, como por las características del tipo de convivencia, orientándose la mayoría de estudios existentes a recoger casuísticas y número de denuncias y presencia o no de violencia ⁽⁵⁾. Asimismo, son muy escasos los estudios sobre las consecuencias en la salud mental en el Perú.

La violencia hacia la mujer tiene un efecto profundo sobre ella, empieza antes del nacimiento, en algunos países, abortan de forma selectiva según el sexo del feto, o al nacer, cuando los padres en la desesperación por tener un hijo varón asesinan a sus bebés mujeres y esto solo es el principio ya esta violencia de género afecta a las mujeres a lo largo de toda su vida. ⁽⁶⁾

La violencia contra la mujer se halla presente a nivel mundial, afectando a todos los sectores de la sociedad y por su connotación es un dilema de grandes proporciones, que necesita la adopción de medidas urgentes ya que una vida sin violencia es un derecho humano fundamental. Esto ha creado una mayor sensibilización social y sanitaria además de un mayor conocimiento de lo que es, de lo que representa y de lo que se debe hacer para identificar las situaciones de maltrato y darles solución. ⁽⁷⁾

La OMS menciona que aproximadamente el 35% de mujeres de todo el mundo han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida ya sea física o sexualmente, mientras que otras investigaciones nos hablan de más del 50%. En muchas ocasiones las agresiones se dan por parte del compañero sentimental; mientras que en otras se trata de violencia sexual infringida por alguien diferente a su pareja. ⁽⁸⁾

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria define a la violencia familiar como aquellos malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, perpetuadas por personas del medio familiar y dirigida a los miembros más vulnerables de la misma como los niños, mujeres y ancianos. ⁽⁹⁾

Bates, Shuler, Islam & Islam en el 2004, realizaron un estudio en 1200 mujeres de 6 comunidades pobres de Bangladesh, encontrando que el 67,0% había sido víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su vida y el 35,0% continuaba padeciendo algún tipo de violencia en el último año. En el análisis multivariado, se encontró que las mujeres unidas con sus parejas por medio de una dote tenían 1,5 veces más riesgo de sufrir violencia por parte de sus parejas comparando con las que se habían unido sin dote; más aún, las mujeres cuyas familias no habían cumplido con el dote presentaban 1,7 veces más riesgo de ser violentadas. ⁽¹⁰⁾

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1993 registró oficialmente el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, derecho reconocido también en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), de 1994. ⁽¹¹⁾

En la región de las Américas la misma OMS 2010, reporta que 29,8% de la población femenina ha sido víctima de alguna forma de violencia. ⁽¹²⁾

La OMS nos indica que para el 2015, la prevalencia a nivel mundial de depresión se encontraba en 4.4% y la prevalencia de ansiedad en 3.6% siendo ambos trastornos más frecuentes en mujeres, a su vez, en Guatemala se observa una prevalencia de 3.7% y 4.2% de trastornos depresivos y ansiosos, respectivamente. ⁽¹³⁾

Un estudio realizado el 2001 en Chile encontró que en la Región Metropolitana 14,9% de las mujeres, casadas o en convivencia, sufría de violencia sexual, mientras que en la Araucanía era 14,2%. En la Región Metropolitana el 38,8% de las mujeres de estrato socioeconómico alto y medio-alto habían sido víctimas de violencia por la pareja; en los sectores medios, el 44,8%, mientras

que en los sectores bajos ascendía a 59,4%. El 33,8% de las mujeres de la región de Araucanía de estrato socioeconómico alto y medio alto fueron víctimas de violencia conyugal. Las cifras fueron mayores en los sectores medios (45,0%), y en los sectores bajos (50,0%). ⁽¹⁴⁾

En el Perú, los datos publicados por el Ministerio de Salud revelan que la depresión es la quinta causa de carga entre todas las enfermedades y constituye la mayor causa de proporción de discapacidad, el 12% del total, siendo las mujeres las más afectadas; así se encuentra en mujeres unidas el 15,4% y en mujeres maltratadas el 27,4%, enfermedad que afecta al 20% de la población del Perú. Los trastornos de ansiedad y su prevalencia se encuentran en ascenso y es probable que las cifras se incrementen, pues muchos no recurren a los servicios de salud. ⁽¹⁵⁾

Según el INEI en Ayacucho se encuentran el 12,5% de mujeres maltratadas por violencia física ocasionada por el esposo o compañero durante el período 2009-2016, así mismo, el 62,4% de mujeres maltratadas en Ayacucho sufrieron de violencia psicológica. En cuanto a violencia sexual, el 9,9% de mujeres que sufrieron violencia familiar en el período 2009-2016 fueron violentadas sexualmente. En Ayacucho en el período 2009-2016, en Ayacucho hubieron 2 573 denuncias registradas por violencia familiar, además de 183 casos denunciados registrados en Ayacucho por violencia sexual. ⁽¹⁶⁾

En los últimos años en la zona VRAEM se han presentado diversos problemas psicosociales, de violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas, problemas a nivel escolar, entre otros los cuales son tratados en el Centro de Salud Mental Comunitaria. En el caso de la mujer que ha sufrido violencia, éstas se presentan retraídas, avergonzadas, con un alto grado de angustia y muchas de ellas creen que se merecían esa agresión, pero se presentan porque esta vez al agresor fue demasiado violento y temen por sus vidas. Es así que el presente estudio pretende establecer la asociación que existe entre la violencia familiar con el trastorno de ansiedad - depresión en el Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la asociación que existe entre la violencia familiar y el trastorno de ansiedad - depresión en pacientes del Centros de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- a) ¿Cuál es el tipo de violencia que predomina en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi en el período de octubre – diciembre, 2020?
- b) ¿Cuál es el nivel de ansiedad - depresión en los pacientes en los pacientes del centro de salud mental comunitario Uyarina Wasi en el período de octubre – diciembre, 2020?
- c) ¿Cuál es la asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?
- d) ¿Cuál es la asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?
- e) ¿Cuál es la asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?
- f) ¿Cuál es la asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad- depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?
- g) ¿Cuál es la asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro

de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?

- h) ¿Cuál es la asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad -depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la asociación que existe entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar el tipo de violencia que predomina en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- b) Definir los niveles de ansiedad - depresión en los pacientes de Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020
- c) Establecer la asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- d) Establecer la asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- e) Establecer la asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del

Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

- f) Establecer la asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad- depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- g) Establecer la asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- h) Establecer la asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad -depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórica

El tema de estudio es la violencia familiar y su asociación con el trastorno de ansiedad - depresión, viendo la violencia psicológica, física y sexual como sus indicadores. La depresión - ansiedad vienen a ser expresiones de la indefensión que experimenta la víctima y su incapacidad para tomar decisiones oportunas y firmes. En Ayacucho no existen muchos estudios referentes al tema de investigación.

Por la ausencia de investigaciones similares dentro de los Centros de Salud Mental Comunitario se debe hablar de otras realidades que no se asemejan del todo a la que se vive en Uyarina Wasi.

1.4.2 Limitante espacial

El lugar de estudio fue en el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) Uyarina Wasi, Ayacucho.

1.4.3 Limitante temporal

El estudio comprendió el año 2020, específicamente los meses de octubre, noviembre y diciembre para estudio de las variables, y el año 2021 para culminación del informe de la tesis.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Lara, et al, (2019) en Argentina, realizó un estudio de investigación titulado “Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja”. **Objetivo:** detectar si las mujeres víctimas de violencia tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad, evaluadas con el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Evaluación de la Personalidad. **Método:** descriptivo comparativo **Resultados:** Los hallazgos mostraron diferencias significativas en la depresión y la ansiedad ($p < .001$) entre ambos grupos. Se caracterizó el tipo de violencia con un formulario estructurado y autoadministrado. La edad media del grupo de las víctimas fue 38.55 (DE = 9.72) y de las no víctimas 37.25 (DE = 11.43). **Conclusión:** se evidencia que la depresión y la ansiedad están fuertemente asociadas a la violencia. ⁽¹⁷⁾

Ovando (2018), en Guatemala, realizó la tesis “Ansiedad y violencia intrafamiliar”. **Objetivo:** determinar el nivel de ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. **Método:** De tipo cuantitativo, diseño descriptivo, con una muestra de 40 sujetos, mujeres comprendidas entre los 15 años en adelante que asistieron al Juzgado de Primera Instancia Penal de Delitos de Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer en el Edificio Penal del Organismo Judicial y al Instituto de Defensa Pública Penal de la ciudad de Quetzaltenango, al colocar la denuncia, a los sujetos de investigación se le aplicó un instrumento individual, Inventario de Ansiedad de Beck que valora el nivel de ansiedad global, y boleta tipo encuesta para clasificar y respaldar el tipo de violencia intrafamiliar. **Resultados:** la ansiedad en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en las diferentes manifestaciones se cataloga a un nivel grave, con lo que se clasifica con el mayor índice ansioso en ellas por lo que se recomienda entablar una serie de técnicas personales, tales como respiraciones diafragmáticas, visualizaciones guiadas, terapias alternativas,

percepción del aquí y ahora, exageración de emociones, entre otras que permitan la atención directa e individual a la víctima para la reducción de la ansiedad⁽¹⁸⁾

Borges, T. (2018), en España, realizó la tesis titulada “Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela”. **Objetivo:** conocer los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas – Venezuela. **Método:** Descriptivo donde se agruparon las actividades en tres estudios, cada estudio con diferentes instrumentos **Resultado:** en la muestra se encontró que 10,6% había presentado depresión mayor y el 7% había presentado trastornos de ansiedad generalizada. **Conclusión:** Al analizar los resultados por variables sociodemográficas como el género, la edad y el estado civil se encontraron algunas diferencias, pero pocas estadísticamente significativas.⁽¹⁹⁾

Velastegui, M., (2016) en Ecuador, realizó una investigación titulada “Violencia hacia la mujer: efectos sobre la salud. Subcentro de Salud San Andrés”. **Objetivo:** de evaluar la vinculación existente entre las distintas formas de violencia y los trastornos de la salud en la mujer. **Método:** Estudio observacional descriptivo y transversal, su muestreo fue a conveniencia seleccionando 250 mujeres víctimas de violencia Las variables de estudio fueron la violencia a la mujer y los efectos sobre la salud. **Resultados:** Se demostró que la violencia psicológica predominó con un 73,2 %, seguida de la violencia física con un 62%. Respecto a las variables sociodemográficas el estado civil, la edad y la dependencia económica resultaron estadísticamente significativas para la violencia física; el nivel de instrucción y el estado civil fueron estadísticamente significativos para la violencia psicológica, en cuanto a la violencia económica y la violencia sexual las variables estadísticamente significativas resultaron el estado civil y dependencia económica. **Conclusión:** En lo que concierne a los trastornos en la salud, el dolor de cabeza predominó en las féminas que sufren violencia psicológica y económica, los trastornos del sueño fueron mayores en las que sufren violencia física, económica y sexual;

todas las formas de violencia desencadenan consecuencias emocionales como ansiedad y depresión. ⁽²⁰⁾

2.1.2 Antecedentes nacionales

Jaucala, G., (2020) en Lima, realizó una tesis titulada “Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de lima en el año 2018”. **Objetivo:** Determinar si existe implicancia entre la Depresión y Violencia doméstica contra la mujer en la Provincia de Lima, basada en la encuesta Demográfica y de salud familiar Endes 2018. **Método:** Estudio observacional, analítico. La población se constituyó de 14760 viviendas en el área, 9340 viviendas al resto urbano, 12660 viviendas al área rural. Se estudió a Mujeres de 15 a 49 años de edad. **Resultados:** se detectó que 338 mujeres son víctimas de violencia doméstica de las cuales el 81.2% han tenido depresión, el tipo de Violencia que más predominó fue la Psicológica con 34.7%. En el análisis bivariado la depresión también estuvo asociada significativamente a las variables Grupo de Edad Adulto (OR: 1.99, IC95% 1.40 – 2.85; P <0.001) ,estado civil Soltera (OR: 0.72, IC95% 0.53 – 0.98; P: 0.036) y Violencia Doméstica (OR: 1.55, IC95% (1.12– 2.16; P=0.008); Por otro lado en el grupo de mujeres violentadas que padecen depresión se encontró que los factores sociodemográficos asociados fueron Grupo de Edad Adultos (OR: 2.77, IC95% 0.97-7.96; P=0.044) y Educación hasta Secundaria (OR: 2.80, IC95% 1.50 – 5.25; P < 0.001) , respecto a estado civil no se encontró significancia estadística. **Conclusión:** Respecto al análisis multivariado para depresión se encontró relación con las variables que grupo de edad y educación. Concluyendo que Si existe implicancia entre depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima el año 2018. ⁽²¹⁾

Chuchón, Y., (2019), realizó una tesis titulada: “Relación entre la violencia familiar y la ansiedad psicopatológica en adolescentes de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, Ayacucho”. **Objetivo:** determinar la relación entre la Violencia Familiar en términos psicológicos y físicos y la Ansiedad Psicopatológica manifestada en adolescentes de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, de Ayacucho.

Método: El tipo de investigación fue aplicada, de nivel descriptivo correlacional de corte transversal y diseño no experimental, con una muestra fue de 250 estudiantes mujeres a quienes se le aplicó los cuestionarios. **Resultados:** el estadístico que se utilizó para obtener el resultado de la Hipótesis General fue el Tau_b de Kendall, arrojando el coeficiente de correlación 0.464 y el p valor fue 0,00 por lo que se acepta la hipótesis. **Conclusión:** existe relación entre la Violencia Familiar y la Ansiedad Psicopatológica en adolescentes de la Institución Educativa Pública “Nuestra Señora de Fátima”, Ayacucho 2018. ⁽²²⁾

Arias, Cavero & Torres, (2019), realizaron una tesis titulada: “Violencia familiar relacionado con el consumo de alcohol en adolescentes de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Abraham Valdelomar N° 4018 en la Comunidad de Gambeta – Callao 2018”. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre violencia familiar y el consumo de alcohol en los adolescentes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa Abraham Valdelomar N° 4018 en la comunidad de Gambeta – Callao, 2018. **Método:** La investigación de tipo cuantitativo transversal, con una población de 84 estudiantes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa Abraham Valdelomar N° 4018 durante el año 2018, de los cuales 38 se consideraron como muestra. Se consideró como instrumento de recolección el cuestionario. **Resultados:** Se pudo determinar que existe la información al nivel de correlación significativa del 5% entre la violencia familiar física y el consumo de alcohol en los adolescentes del 4to y 5to de secundaria de la institución educativa Abraham Valdelomar N° 4018 en la comunidad de Gambeta – Callao. **Conclusión:** Se determina que las variables violencia familiar y consumo de alcohol guardan una relación directa. ⁽²³⁾

Carayhua, (2019), realizó una tesis titulada “Características académicas y laborales asociados a la presencia de ansiedad y depresión del médico residente del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao-2019”. **Objetivo:** Identificar las características académicas y laborales asociadas a la presencia de ansiedad y depresión del médico residente del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao-2019. **Método:** No experimental, estudio

observacional, descriptivo. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario (La ENMERE-2016 fue una encuesta elaborada *ad hoc* por el CONAREME. y la escala “Hospital Anxiety and Depression Scale”) realizada a 103 residentes. **Resultados:** se presentó 8 casos de Ansiedad que es el (7.8%) y 6 casos de Depresión que es el (5.8%). Las características académicas de su formación están asociadas a la presencia de Ansiedad y depresión. La diferencia resulto estadísticamente significativo ($p=0.09$ y $p=0.026$). La valoración de los Médicos residentes de las características académicas en las dimensiones formación del residentado médico, campo clínico y equipos que cuenta su servicio están asociadas a la presencia de Ansiedad, La diferencia resulto estadísticamente significativo ($p=0.013$, $p=0.000$, $p=0.042$) respectivamente. **Conclusión:** De las Características laborales que causaron Ansiedad y Depresión en los Médicos residentes fue violencia de los compañeros de trabajo. La diferencia resulto estadísticamente significativo ($p=0.000$ y $p=0.001$).⁽²⁴⁾

Torres & Ureta (2018) en su tesis "Características sociofamiliares y depresión en los adultos mayores residentes de la casa de reposo Divina Providencia San Miguel, Lima, 2018". **Objetivo:** Determinar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia. **Método:** Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, prospectivo, de corte transversal, de diseño experimental y descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 134 adultos mayores, con una muestra de 35 adultos mayores. Se usó la técnica de la entrevista y observación, como instrumentos la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y un cuestionario de 14 ítems para evaluar las características socio-familiares. **Resultados:** el 54.3% (19) de adultos mayores presentaron depresión moderada, seguido de un 22.9% (8) con depresión leve, el 17.1% (6) con depresión severa y sólo el 5.7% (2) no presentan depresión. Finalmente se demuestra que las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de reposo Divina Providencia.⁽²⁵⁾

Galarza & García, (2016), realizaron una tesis titulada “Nivel de violencia familiar y su relación con la autoestima en los escolares de 4°, 5° y 6° grado de educación primaria de la I.E.N María Auxiliadora N° 2052 Independencia, 2016”. **Objetivo:** Relacionar el nivel de violencia familiar con la autoestima en los escolares del 4°, 5° y 6° grado de educación primaria de la Institución Educativa Nacional María Auxiliadora N° 2052 Independencia en el año 2016. **Método:** La investigación fue de enfoque o tendencia cuantitativa, con nivel de orientación aplicada de corte transversal, de tipo descriptivo y con un diseño no experimental. La población en estudio consto de 160 escolares. **Resultados:** se halló que no existe relación entre el nivel de violencia familiar y la autoestima, sin embargo, al analizar las variables independientemente se encuentra relación entre el nivel de violencia y la composición familiar; también entre el nivel de autoestima y sexo, edad como también la composición familiar. **Conclusiones:** Entre las consideraciones finales se destaca que la violencia familiar es un problema que nos afecta a todos y la población más vulnerable son los niños quienes estén desarrollando su autoestima. ⁽²⁶⁾

Aldave, J., (2016), realizó una tesis titulada: “Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico ESSALUD – ASCOPE”. **Objetivo:** determinar si existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016. **Método:** Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 125 pacientes adultos; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin violencia familiar, se precisó el grado de asociación y significancia estadística. **Resultados:** el grupo con violencia familiar presento frecuencias significativamente mayores de sexo femenino y de nivel socioeconómico E en comparación con el grupo sin violencia familiar. La frecuencia de violencia familiar en los pacientes atendidos en el Servicio de siquiatria fue 82%. La frecuencia de depresión en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatría fue 35%. La depresión es factor asociado violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría con un ratio de 3.1 el cual fue significativo. **Conclusión:** existe relación entre

depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope 2016. ⁽²⁷⁾

Barbarán (2014), realizó la tesis titulada “Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014”. **Objetivo:** determinar si existe relación entre la depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima este, 2014. **Método:** El estudio fue descriptivo – correlacional, de corte transversal, con una muestra no probabilística de 73 pacientes mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja. Sus edades estaban comprendidas entre los 18 años hasta los 55 años de edad que cumplieron los criterios de selección. La recolección de datos se realizó a través de un inventario: El Inventario de Depresión de Beck y para la violencia familiar a través de la Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud (Resolución Ministerial, 2007). **Resultado:** se encontró que el 26.7% (23) de las pacientes llevan una relación marital con el agresor. Además, se aprecia que el 63.0% (46) de las pacientes vienen siendo maltratadas entre los 0 a 5 años atrás. Por otro lado, se puede apreciar que el 94.5% (69) de las pacientes tienen depresión. Asimismo, 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. **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 ($p>0.05$). ⁽²⁸⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión (2002)

La Terapia Cognitiva de Beck, manifiesta que “la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo”. ⁽²⁹⁾ Por ende, no es en sí la situación, sino lo que se percibe influye en los comportamientos y también en las emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los

pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas entre sí. Se postulan tres conceptualizaciones:

Tríada cognitiva

Esto consta de tres patrones:

Visión del individuo: de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro.

Visión negativa acerca de sí mismo. La persona tiende a minimizarse, se critica, se considera deficiente, y esto hace que atribuya a que sus experiencias serán desagradables debido a un defecto, moral o físico.

Visión negativa acerca del futuro. Se anticipa a las situaciones pensando que estas serán difíciles y de continuo sufrimiento. ⁽³⁰⁾

Esquemas

Son de dos tipos

Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones duraderas y globales. Son hipótesis que las personas se hacen sobre uno mismo, los otros y el mundo. Simbolizan lo más profundo de los pensamientos y no son conscientes de estas. ⁽³¹⁾

Creencias Intermedias: también no son conscientes en la persona, suelen expresarse como proposiciones condicionales como reglas “debeísmo” o actitudes ⁽³²⁾

Estas se generan entre las creencias nucleares y los pensamientos automáticos.

2.2.2 Teoría de la ansiedad de Spielberger, 1972

La ansiedad se ha estudiado como una respuesta emocional ante un conjunto de hechos experienciales, fisiológicos y expresivos, donde la persona considera estos episodios como potencialmente amenazantes, aunque no necesariamente resulte peligroso. ⁽³³⁾

Spielberger señala que la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en la persona. Como rasgo de personalidad estos se caracterizan por sentimientos de inseguridad, temor, de pensamientos negativos hacia uno mismo; a nivel fisiológico se observan cambios en el Sistema Nervioso Autónomo además de tensión muscular, por último, se aprecia diferentes índices de agitación motora que interfiere en la conducta. ⁽³⁴⁾

Desde el enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad

Se puede decir que la ansiedad es:

a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo; el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora, respectivamente. ⁽³⁵⁾

b) Reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) En la que el individuo se sienta evaluado; (b) una situación interpersonal; (c) un estímulo fóbico; (d) algunos escenarios de la vida cotidiana.

c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y a la memoria, así como la autoestima, control, la competencia personal, etc. ⁽³⁶⁾

d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como: alteraciones en la frecuencia cardíaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la tensión

muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitations, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. ⁽³⁷⁾

e) En el nivel expresivo hallamos: variadas conductas que muestran intranquilidad motora, así como situaciones que conllevan a un exceso de tensión muscular, conductas consumatorias que pueden dar sensación subjetiva de seguridad capaces de disminuir la aceleración fisiológica y/o cognitiva. ⁽³⁸⁾

2.2.3 Teoría de violencia familiar: trampa psicológica de Brockner y Rubin (1985)

Esta teoría sugiere que las mujeres aumentan su compromiso en las relaciones de violencia, incluso aunque esta aumente, para justificar las inversiones hechas previamente. Es decir, la mujer maltratada tiene la esperanza de que el maltrato cese y, por ello, quiere recuperar la previa relación armoniosa, por lo que invierte más esfuerzos y más tiempo en la misma. Además, la falta de conciencia del peligro involucrado en la relación contribuye a que la mujer siga atrapada. De esta forma, cuanto más esfuerzo y tiempo invierta y haya invertido para lograr que la relación funcione de forma armoniosa, menos probabilidades habrá de que finalmente el compromiso sea igual a la satisfacción menos las alternativas y más la inversión de la mujer, porque consideran que son muchas más las pérdidas que sufrirían si la relación terminase. ⁽³⁹⁾

2.2.4 Teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975)

La indefensión aprendida fue descubierta por Martin Seligman y sus colaboradores. Esta significa que cuando una persona se enfrenta a una situación negativa de la cual no puede escapar, “aprende” a mantenerse indefensa, aun cuando las condiciones varían y puede huir. Seligman realizó un experimento en perros con descargas eléctricas en sus jaulas de las cuales ellos no podían escapar, los animales al ver que no podían huir de ellas optaron por quedarse quietos y no defenderse, aun cuando después Seligman

y sus colaboradores quitaron las descargas eléctricas estos animales se rehusaban a moverse o salir de jaulas por temor a las descargas. ⁽⁴⁰⁾

Al igual que los animales, las personas que están expuestas a estímulos negativos impredecibles adoptan un comportamiento y pensamientos similares al estudio de Seligman, pues pierden la capacidad de ver sus conductas de escape o afrontamiento como algo útil y eficaz para evitar la situación de violencia. Esto hace que un individuo aprenda que debe cambiar su respuesta de huida o enfrentamiento por otra de sumisión, a fin de sobrevivir o adaptarse a la situación que temen. Ante esto aparecen situaciones de violencia tanto puntuales (no poder escapar de un agresor) o en los vínculos cercanos, como son los comportamientos de sumisión en las víctimas de maltrato. Tanto así que la víctima no puede predecir cómo se comportará su agresor frente a su comportamiento así que la víctima opta por modificar su comportamiento y adaptarse a su agresor para aplacar la ira de éste, adoptando comportamientos de cariño, cuidado, complacencia y sumisión. ⁽⁴¹⁾

2.3 Base conceptual

2.3.1 Violencia familiar

Aldana, define a la violencia familiar como todo hecho manifestado mediante formas, niveles, etapas, zonas, país, región, fuerza e intensidad que causa daño a la integridad física, mental y emocional en un ambiente familiar interno. ⁽⁴²⁾ Asimismo, la intencionada conducta causa perjuicios tanto físicos como psíquicos a otro ser. Se deben ver como una anomalía social y conducta que aminora los vínculos sociales y familiares, cuyo resultado se basa puntualmente en otorgar poder a unos a través de la fuerza bruta para intimidar y someter a otros individuos.

a) Ciclo de la violencia intrafamiliar

Walker (como se citó en Donat, 2013) explica que el ciclo de la violencia mediante el proceso de maltrato o daño es de forma cíclica las cuales van a desarrollarse tres fases importantes. ⁽⁴³⁾

La primera fase es la de tensión en donde se caracteriza por una tensión gradual que se ven a través de hechos que aumentan la fricción con el cónyuge donde muestra hostilidad, pero no explosiva, y el cónyuge mujer busca tranquilizar y complacer dejando de hacer las cosas que le molestan a la pareja pensando en frenar la violencia.

La segunda fase es propiamente la agresión en la que estalla la violencia psicológica, física o sexual, los cuales son denunciados en algunos casos.

Por último, se tiene la conciliación o luna de miel como tercera fase en donde la persona violenta se arrepiente, buscando el perdón mediante promesas de cambio, esperanza de amor, pero al ser un sistema cíclico con el tiempo de reconciliación paso a paso se evidencia nuevamente la primera fase y así sucesivamente. ⁽⁴⁴⁾

b) Tipos de violencia familiar

- **Violencia física.** - Es todo acto voluntario y no accidental que vulnera la integridad corporal de la víctima ya sea propiciada directamente por fuerza individual u otro objeto utilizado de manera agresiva la cual causa daño interno o externo, lesiones, dolor físico y enfermedades con manifestaciones visibles, dichos efectos se evidencian a través de exámenes médicos que determinan la existencia y gravedad de las lesiones. ⁽⁴⁵⁾

- **Violencia sexual.** - Cartagena, Barrero y Peramato, define como toda conducta que evidencie una amenaza o intimidación a la autodeterminación sexual, en el ámbito de pareja se da por sentado que la mujer a pesar de tener una relación afectiva de unión tiene la libertad

sexual y puede decidir si quiere y el momento para mantener relaciones sexuales, por lo que al momento de negarse ocurre un acto de intimidación y forcejeo con la finalidad de concluir en relaciones sexo genitales. ⁽⁴⁶⁾

- **Violencia psicológica.**- Es el acto de humillar, vigilar acciones y comportamientos, decisiones de la persona, a través de coacción directa o indirecta, abandono, intimidación, manipulación, humillación, privación de libertad o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica y al bienestar integral del individuo y principal causa de efectos como ansiedad, estrés y depresión en los casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, especialmente porque el agresor ocupa un vínculo sentimental y emocional dentro de la familia. ⁽⁴⁷⁾

2.3.2 Trastorno de ansiedad

Hollander y Stein; define ansiedad, como estado poco placentero y doloroso, es consecuente de una anticipación de situaciones, circunstancias o problemáticas que represente algún mal, las dudas sobre la propia naturaleza y creencias de amenaza sobre supuestos peligros. ⁽⁴⁸⁾ Las personas poseen la destreza a través del sistema nervioso central, de reaccionar ante sucesos amenazantes, bien como una lucha, huida o bloqueo corporal, pero bajo un estado ansioso el cuerpo tiene esa reacción sin existir una situación de amenaza. Una vez que el cuerpo se halla en una situación semejante es necesario distinguir la ansiedad del miedo, pues el miedo es solo la respuesta a distintos estímulos válidos.

a) Causas de la ansiedad

Beck (como se citó en Hollander y Stein, 2010) describe factores causales de la ansiedad cuya predisposición vulnera y predispone al individuo, mediante una serie de combinaciones singulares o de manera individual según cada persona.

⁽⁴⁹⁾

El primer factor que influye es la genética, se ha comprobado la injerencia hereditaria dentro de los trastornos de ansiedad específicamente en un sistema nervioso vegetativo lábil y propenso a sugerencias ⁽⁵⁰⁾

Como segundo factor, las enfermedades somáticas cumplen dos roles de investigación en pacientes con ansiedad, ya que muchos de los síntomas son remitidos en función acorde con un tratamiento los problemas somáticos manifestados por la ansiedad y que generen un malestar y molestia en la persona; y el segundo rol es en donde se menciona que un problema somático no descarta la presencia de ansiedad. ⁽⁵¹⁾

El tercer factor es la ausencia de mecanismos de afrontamiento que predispone al rápido desarrollo de la ansiedad, puesto que se auto vulneran principalmente por la incapacidad de afrontar la amenaza, que, aunque sea inexistente, la sensación de no saber cómo salir de tal situación causa mayor ansiedad que la creencia de un peligro en sí. ⁽⁵²⁾

b) Síntomas de la ansiedad

Cuando la ansiedad se convierte en un factor patológico se genera malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como el psicológico, desencadenado una serie de signos tanto subjetivos como objetivos que son característicos de la enfermedad como tal, los cuales desgastan y deterioran el equilibrio emocional, mental y físico del individuo y vulnera la salud en general. Se enumeran en la tabla según la manifestación física o psicológica a continuación. ⁽⁵³⁾

Tabla 1
Síntomas de la ansiedad

Físicos	Psicológicos
Tensión muscular	Preocupación excesiva
Agitación e inquietud psicomotrices	Inadecuada valoración de hechos y situaciones
Fatiga	Pensamientos negativos
Cefaleas de tensión	Baja tolerancia a la frustración
Temblores	Sensación de agobio
Mareos	Irritabilidad
Nausea	Bloqueo psicomotriz
Diarrea	Obsesiones o compulsiones
Dolor precordial	Sensación de desbordamiento
Sudoración	Sensación de despersonalización
Taquicardia o taquipnea	Falta de sentido de vida
Molestias epigástricas	Falta de toma de decisiones
Vértigo	Sentimiento de opresión
Sequedad de boca	

Fuente: Beloch (2006): ansiedad

Como se describe en el cuadro realizado por Beloch, los síntomas de la ansiedad son tanto físicos como psicológicos. Siendo que los físicos son por ejemplo la tensión muscular, fatiga, cefaleas por tensión, mareos o náuseas, diarrea, sudoración, taquicardia, molestias epigástricas, resequedad en la boca, entre otros; mientras que los síntomas psicológicos que pueda presentar son preocupación excesiva, pensamientos negativos, sensación de agobio, irritabilidad, sensación de desbordamiento, sentimiento de opresión entre otros.

c) Características generales de la ansiedad

Hay factores precipitantes que desatan episodios de ansiedad en donde los individuos experimentan signos y síntomas de ésta, de manera constante de estresores diarios, tanto externos como internos, esto arroja la ansiedad en los individuos. Tal es así que situaciones como las variaciones súbitas de salud, como cuando fallece un familiar o ser querido, exposición directa o indirecta ante un suceso que desencadena un trauma (un accidente, por ejemplo), o ser víctima de violencia genera una relación psicodinámica en la persona, desatando fantasías inconscientes y amenazantes que continuamente rigen la

percepción y comportamiento de los individuos, ya que estos evaden todo lo que no es agradable, aumentando la preocupación y desesperanza excesiva sin causa aparente. ⁽⁵⁴⁾

2.3.3 Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la enfermedad que más discapacidad produce muy por delante de enfermedades tan comunes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, la osteoartritis etc. ⁽⁵⁵⁾

El trastorno de depresión tal como su nombre lo indica es un trastorno mental frecuente, cuya característica básica es la tristeza, seguida de la pérdida de interés o placer, sentimientos culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración ⁽⁵⁶⁾

Para Preston la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. ⁽⁵⁷⁾

2.3.4 Dimensiones del trastorno de ansiedad - depresión

Componente afectivo – cognitivo

El componente afectivo Ivancevich y otros dicen: “el afecto es el componente emocional de una actitud asociado con el hecho de sentirse en cierta forma con un grupo o situación”. Por ello, el componente afecto se asocia al sentimiento de agrado o desagrado al objeto. Proporciona los sentimientos positivos o negativos respecto a dicho objeto. Son los sentimientos que despierta y se pueden evidenciar de forma física y/o emocional. ⁽⁵⁸⁾

El componente cognitivo, en el estudio de Ivancevich y otros, son los “conocimientos básicos de los individuos sobre sí mismos y su entorno y supone un proceso consciente de adquisición de conocimientos”, es en sí a introducción al fundamento principal de la actitud. Este componente consiste en las percepciones, opiniones y creencias de las personas. Es decir, que las personas poseen una estructura cognitiva en la cual se tienen organizadas las informaciones, que a su vez están conformadas por ideas y conceptos. Son creencias evaluadoras que se manifiestan en forma de impresiones favorables o desfavorables hacia un objeto o persona. ⁽⁵⁹⁾

Ahora bien, relacionándolo con el tema, al combinarse el componente cognitivo – afectivo se manifiesta que al percibir cierto grado de violencia, la víctima toma conocimiento de que lo que está pasando no es correcto e inclusive es peligroso para ella, comenzando a sentir temor, angustia y otros sentimientos desagradables, los cuales se manifiestan corporalmente

Componente Fisiológico

El componente fisiológico de las emociones son los cambios que se desarrollan en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) debido a que están relacionados con los procesos de cognición que decodifican la información que recibe el organismo y los estados emocionales que se generan. ⁽⁶⁰⁾

Ahora bien, los subsistemas fisiológicos relacionados con las emociones son tres:

- 1) Sistema Nervioso Central (SNC),
- 2) El sistema límbico, y
- 3) El sistema nervioso autónomo.

Durante los procesos emocionales se consideran, particularmente, activos a los siguientes centros del SNC ⁽⁶¹⁾:

- La corteza cerebral forma parte del SNC. La corteza cerebral activa, regula e integra las reacciones relacionadas con las emociones.

- El hipotálamo forma parte del sistema límbico. Este se dedica a la activación del sistema nervioso simpático y está relacionado con emociones como el temor, el enojo, además de participar como activador de la actividad sexual y la sed.
- La amígdala está relacionada con las sensaciones de ira, placer, dolor y temor. Por esta razón, la extirpación de la amígdala causa complejos cambios en la conducta.
- La médula espinal. Todas las emociones están relacionadas con determinadas respuestas fisiológicas a las emociones. En consecuencia, es posible que las reacciones emocionales estén relacionadas con cambios fisiológicos necesarios para que el individuo haga frente a la situación o bien para la transmisión de mensajes o señales de respuesta a otros individuos.

Formación reticular, el fabricante de la realidad. Es un proceso de filtrado e interpretación básica de la información percibida por el individuo. De acuerdo con este proceso la percepción que puedan contener datos o información que sean, potencialmente, capaces de generar emociones deben filtrarse por este sistema. Por consiguiente, la formación reticular procesa los patrones físicos para reconocer estructuras cognitivas que no son perceptibles directamente por las sensaciones.

2.4 Definición de términos

- **Depresión:** Beck define la depresión como el resultado a una errónea interpretación a una situación o acontecimiento que el paciente afronta.
(62)
- **Ansiedad:** Estudiada como respuesta emocional y rasgo de personalidad que se manifiesta a través de respuestas experienciales, fisiológicas y expresivas, ante situaciones o estímulos, que el individuo lo asume como amenazante, aunque no sea necesariamente así. (63)

- **Violencia:** Etimológicamente violencia, significa fuerza, y se corresponde con verbos como violentar, violar, forzar y la violencia sería una forma extrema de agresión interpersonal. Para León la conducta violenta es posible cuando existe un desequilibrio de poder definido por la cultura, el contexto o producido por maniobras interpersonales de control de la relación permanente o momentánea, su objetivo final es someter, con la intención consciente e inconsciente de dañar. ⁽⁶⁴⁾

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general e hipótesis específicas

3.1.1 Hipótesis general

Existe asociación significativa entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad - depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

3.1.2 Hipótesis específicas

- a) Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- b) Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- c) Existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- d) Existe asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad- depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- e) Existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.
- f) Existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad -depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

3.2 Definición conceptual de variables

Variable 1: Violencia familiar

La violencia familiar o doméstica es un tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico, psicológico, económico e incluso sexual hacia otro integrante. Generalmente se desarrolla en el entorno doméstico. ⁽⁶⁵⁾

Variable 2: Trastorno de ansiedad - depresión

Los trastornos de ansiedad enfrentan sentimientos intensos e incontrolables de ansiedad, temor, preocupación o pánico. La ansiedad es un estado mental caracterizado por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. ⁽⁶⁶⁾

La depresión es una enfermedad o trastorno mental caracterizado por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. ⁽⁶⁷⁾

3.2.1 Operacionalización de variables

Variabla	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Índice	Método	Técnica
V1: Violencia familiar	La violencia familiar o doméstica es un tipo de abuso que se presenta cuando uno de los integrantes de la familia incurre, de manera deliberada, en maltratos a nivel físico, psicológico, económico e incluso sexual hacia otro integrante. Generalmente se desarrolla en el entorno doméstico.	Violencia psicológica Violencia física	Extrema falta de confianza en sí mismo Tristeza, depresión o angustia Retraimiento Llanto frecuente Exagerada necesidad de ganar, sobresalir Demandas excesivas de atención Mucha agresividad o pasividad frente a otros Aislamiento de personas Intento de suicidio Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos Hematomas, contusiones Cicatrices, quemaduras	0 = No 1 = Si	Método deductivo	Encuesta Ficha de tamizaje violencia familiar y maltrato infantil.

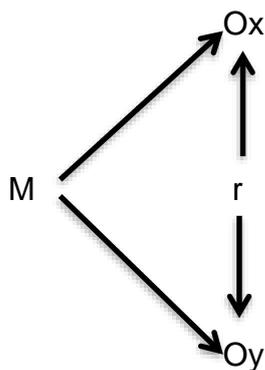
		<p>Violencia sexual</p>	<p>Fracturas inexplicables</p> <p>Marca de mordeduras</p> <p>Lesiones de vulva, perineo, recto</p> <p>Laceraciones en la boca, mejillas, ojos.</p> <p>Quejas crónicas sin causa física; cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)</p> <p>Problemas de apetito</p> <p>Conocimiento o conducta sexual inapropiadas</p> <p>Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital</p> <p>Embarazo precoz</p> <p>Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual</p>			
--	--	-------------------------	--	--	--	--

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1 Tipo de Investigación fue cuantitativo, descriptivo, porque describe situaciones y eventos. Busca específicamente las propiedades y características importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno. ⁽⁶⁸⁾

4.1.2 Diseño de la investigación que se aplicó no experimental, de corte transversal y correlacional porque buscó relacionar ambas variables de estudio ⁽⁶⁹⁾. Siendo el siguiente diagrama:



Donde:

M = Muestra objeto de estudio

O = Observaciones

x = Variable 1 = Violencia Familiar

y = Variable 2 = Trastorno de Ansiedad – Depresión

r = Relación entre Violencia Familiar y Trastorno de Ansiedad-depresión

4.2 Método de investigación

El presente trabajo de investigación utilizó el método deductivo. Según Hernandez, Fernández y Baptista, el enfoque cuantitativo se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas ⁽⁷⁰⁾.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

Se consideró a 145 usuarios víctimas de violencia familiar que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi entre los meses octubre, noviembre y diciembre del 2020 en el Distrito de San Francisco – Ayacucho.

4.3.2 Muestra

Se aplicó el muestreo probalístico de tipo proporcional cuya fórmula es la siguiente:

$$\eta = \frac{z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + z^2 pq}$$

Siendo que:

$$z = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$N = 145$$

$$e = 0.05$$

Reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)(145)}{(0.05)^2(145 - 1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = 105 \text{ pacientes víctimas de Violencia.}$$

4.4 Lugar de estudio y período desarrollado

El lugar de estudio fue el Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) Uyarina Wasi y el período de estudio fue el de Octubre – Diciembre en el año 2020.

4.5 Técnica e instrumentos para la recolección de la información

La técnica empleada fue la encuesta, la cual consiste en un conjunto de interrogantes respecto de una o más variables del estudio que se van a medir.

(71)

Los instrumentos utilizados fueron:

Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18, aprobada con resolución ministerial N° 070-2017/MINSA, Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres En Situación De Violencia Ocasionada Por La Pareja O Expareja; consta de 18 ítems, que evalúan las dimensiones afectivo-cognitivo 11 ítems y dimensión fisiológica 7 ítems; nueve (9) o más respuestas positivas determina que la persona tiene alta probabilidad de sufrir trastorno mental. El presente cuestionario ya cuenta con validez, pero se evaluó la confiabilidad de Alfa de CronBach.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,766	18

La Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil, aprobada con resolución ministerial N°455-2001/SA/SM, Normas Y Procedimientos Para La Prevención Y Atención De La Violencia Familiar Y El Maltrato Infantil. Es el instrumento único que mide la violencia en todas las etapas de vida en personas que sufren maltrato. Consta de 29 indicadores de violencia, 16 indicadores de violencia psicológica, 8 indicadores de violencia física y 5 indicadores de violencia sexual. La presente ficha ya cuenta con validez.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

El análisis y procesamiento de los datos se realizó mediante un software estadístico del SPSS. Para el análisis descriptivo se utilizó gráficos y tablas de frecuencias estadísticas.

También se realizó un análisis inferencial, para lo cual se aplicó una prueba de contrastación de hipótesis, la prueba no paramétrica de Chi²; con un nivel de significancia de 5% y un valor $p < 0.05$.

V. RESULTADOS

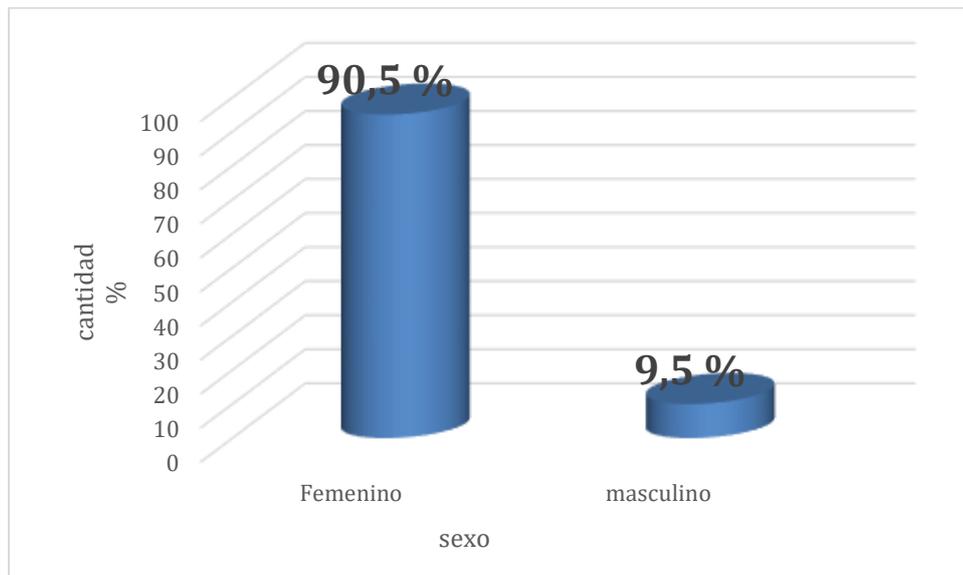
5.1 Resultados descriptivos

Tabla 5. 1: Sexo de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Sexo	Cantidad	%
Femenino	95	90.5
masculino	10	9.5
Total	105	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. 1: Sexo de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.



Fuente: Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi

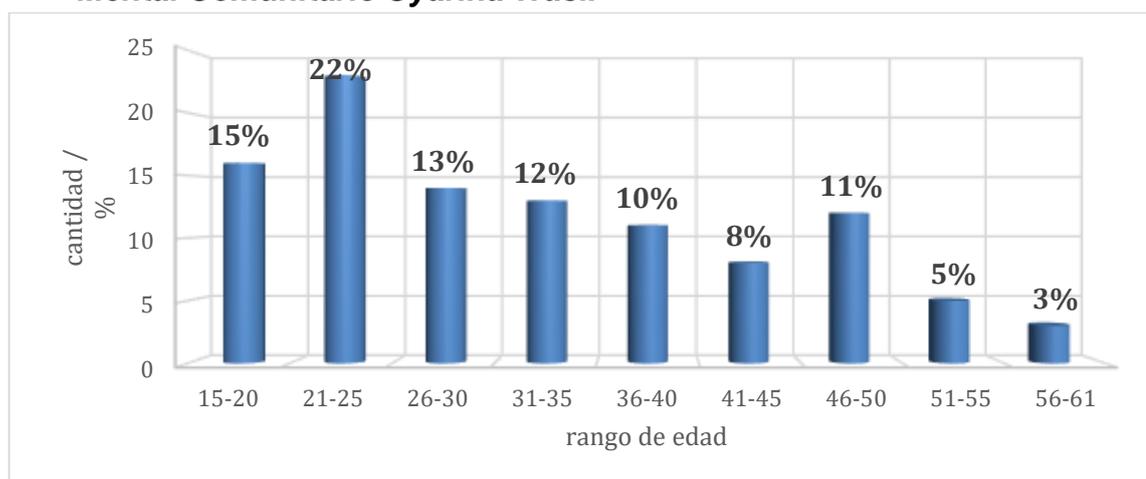
Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, el 90.5% (95) son de sexo femenino; y el 9.5% (10) son de sexo masculino.

Tabla 5.2: Edad de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Rango de edad (años)	Cantidad	%
15-20	16	15%
21-25	23	22%
26-30	14	13%
31-35	13	12%
36-40	11	10%
41-45	8	8%
46-50	12	11%
51-55	5	5%
56-61	3	3%
Total	105	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5.2: Edad de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.



Fuente: Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi

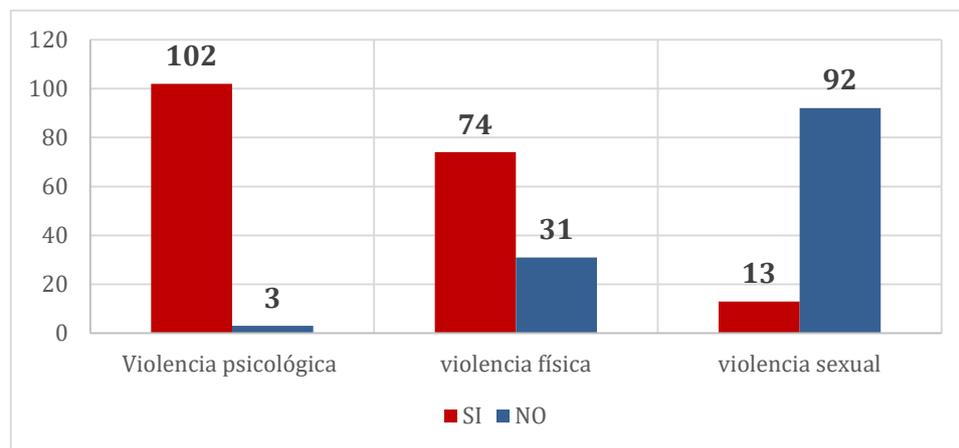
En relación a la edad el cuadro refleja que del 100% (105) de personas encuestadas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, el mayor porcentaje se encuentra entre los 21-25 el 22% (23) y el menor porcentaje entre las personas de 51 a 55 años; y el 3% (3). Edades que corresponden a la de adulto joven y adulto maduro.

Tabla 5.3: Violencia Familiar en las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Tipos de violencia familiar	Presenta	%	No presenta	%	Total
Violencia psicológica	102	97%	3	3%	105
Violencia física	74	70%	31	30%	105
Violencia sexual	13	12%	92	88%	105

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil

Gráfico 5.3: Violencia Familiar en las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.



Fuente: Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi

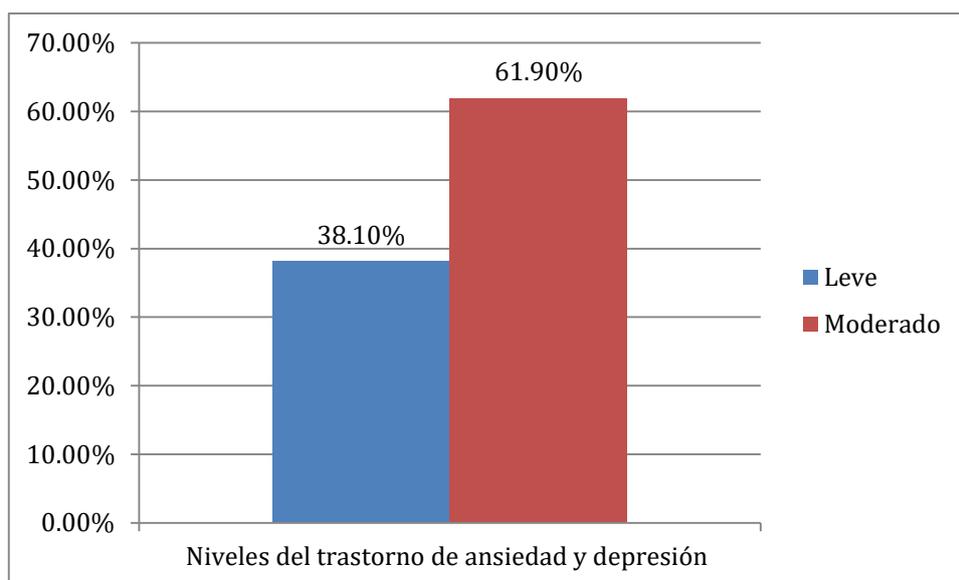
Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario, el 97.1% (102) han sufrido violencia psicológica, el 70.5% (74) violencia física y el 12 (13) violencia sexual. Observándose entonces un predominio de la violencia psicológica frente a los otros tipos de violencia.

Tabla 5.4: Niveles de ansiedad - depresión de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Niveles del trastorno de ansiedad y depresión	Cantidad	%
Leve	40	38.1
Moderado	65	61.9
Total	105	100

Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

Gráfico 5.4: Trastorno de ansiedad- depresión de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi



Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, el 61.9% (65) presentan un nivel de moderado de trastorno de ansiedad y depresión, y un el 38.1% (40) un nivel leve. Lo que refleja que la mayoría de personas encuestadas con depresión moderada de no ser intervenidas son susceptibles a la progresión de la misma.

5.2 Resultados inferenciales

Tabla 5.5: Prueba de Chi cuadrado de la violencia psicológica y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	1.068	1	,301
N de casos válidos	105		

Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La tabla 5.5 En lo relacionado a la asociación de la violencia psicológica y el componente afectivo-cognitivos del trastorno de ansiedad - depresión, deleva que a un nivel de significancia del 5% y un valor p 0,301, no existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo- cognitivo del trastorno de ansiedad -depresión. Con un nivel de significancia >0.05.

Tabla 5.6: Prueba de Chi cuadrado de la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	.630	1	,427
N de casos válidos	105		

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La tabla 5.6 En lo relacionado a la asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad y depresión, deleva que a un nivel de significancia del 5% y un valor p 0,427, no existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión. Con un nivel de significancia >0.05.

Tabla 5.7: Prueba de Chi cuadrado de la violencia física y el componente afectivo cognitivo del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.962	1	,327
N de casos válidos	105		

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La tabla 5.7 En lo relacionado a la asociación entre la violencia física y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad -depresión, deleva que a un nivel de significancia del 5% y un valor p 0,327 no existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad - depresión. Con un nivel de significancia >0.05.

Tabla 5.8: Prueba de Chi Cuadrado de la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	0.964	1	,326
N de casos válidos	105		

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La tabla 5.8 En lo relacionado a la asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión, deleva que a un nivel de significancia del 5% y un p valor de 0,326 no existe asociación entre la

violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión. Con un nivel de significancia >0.05.

Tabla 5.9: Prueba de Chi cuadrado de la violencia sexual y el componente afectivo cognitivo del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	3.699	1	,044
N de casos válidos	105		

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La tabla 5.9 En lo relacionado a la asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad -depresión, devela que a un nivel de significancia del 5% y un p valor de 0,044 existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad - depresión. Con un nivel de significancia >0.05.

Tabla 5.10: Prueba de chi cuadrado de la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	4.872	1	,027
N de casos válidos	105		

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La Tabla 5.10 En lo relacionado a la asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión, revela que a un nivel de significancia del 5% y un p valor de 0,027 existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión. Con un nivel de significancia >0.05 .

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados.

6.1.1 Contraste estadístico de la hipótesis general.

Hi: Existe asociación significativa entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad y depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación significativa entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad y depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

	Valor	gl	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	6.767	2	,034
N de casos válidos	105		

Decisión: El p-valor $<0,034$ y el $p > 0.05$

Conclusión:

Existe asociación significativa entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad y depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis de investigación.

6.1.2 Contrastación estadístico de la primera hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Decisión: El p valor $> 0,301$ y el p > 0.05

Conclusión:

La tabla 5.5 deleva que No existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis nula.

6.1.3 Contrastación estadístico de la segunda hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de

Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020

Decisión: El p-valor $> 0,427$ y el $p > 0.05$

Conclusión:

La tabla 5.6. deleva que No existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis nula.

6.1.4 Contrastación estadístico de la tercera hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Decisión: El p-valor $> 0,427$ y el $p > 0.05$

Conclusión:

La tabla 5.7. deleva que No existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis nula.

6.1.5 Contrastación estadístico de la cuarta hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Decisión: El p-valor $> 0,326$ y el $p > 0.05$

Interpretación:

La tabla 5.8 devela que No existe asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis nula.

6.1.6 Contrastación estadístico de la quinta hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Decisión: El p-valor $< 0,044$ y el $p > 0.05$

Interpretación:

La tabla 5.9 Devela que Existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis de investigación.

6.1.7 Contrastación estadístico de la sexta hipótesis específica

Hi: Existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Ho: No existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.

Decisión: El p-valor $< 0,027$ y el $p > 0.05$

Interpretación:

La Tabla 5.10 Devela que Existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020. Por tal motivo se acepta la hipótesis de investigación.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

En la presente investigación realizada se encontró un predominio de la violencia psicológica en un 97% , seguido de la violencia física en 70% y la violencia sexual en 12 % de los pacientes que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, resultados similares a **Velastegui** quien tuvo un predominio de violencia psicológica en un 73.2% seguida de violencia física con un 62%; **Jaucala** quien encontró un predominó de 34.7% respecto a violencia psicológica, relacionando dicha violencia con un tipo de violencia en un 81.2%.; se halla relación también con la investigación de **Chuchón**, quien en su investigación tuvo un 70% de violencia psicológica en adolescentes debido a la violencia familiar que sufren, aunque tuvo un 26% de respuesta ante la agresión física. Asimismo, en el estudio de **Barbarán** se obtuvo un 98.6% de violencia psicológica (72) del total de sus participantes, pero además de ese alto porcentaje en violencia psicológica también se detectó un 89% en violencia física. Dichos resultados encontrarían una explicación en la teoría de trampa psicológica la cual refiere que las mujeres aumentan su compromiso en las relaciones de violencia, incluso aunque esta aumente, para justificar las inversiones hechas previamente con la esperanza de que el maltrato cese recuperando así la relación amorosa, invirtiendo esfuerzos y tiempo a la relación. ^(67,68).

En lo referente al trastorno de ansiedad - depresión, los resultados de la presente tesis demostraron que el 61% posee trastorno de ansiedad y depresión moderado, mientras que el 38.1% posee nivel leve. Al relacionarlo con la violencia psicológica resultó que el 61.9% de los que sufren de violencia psicológica sufren de trastorno de ansiedad y depresión; al relacionarlo con la violencia física el 70.5% de los participantes sufren de ansiedad y depresión y, por último, al relacionarlo con violencia sexual, solo el 12.4% se relacionó con el trastorno de ansiedad y depresión. Dichos resultados guardan relación con el estudio de **Torres y Ureta**, su estudio concluyó que el 54.3% de los participantes presentaron depresión moderada, seguido de un 22.9% de depresión leve y un 17.1% con depresión severa; en el estudio de **Chuchón**, el 92% de los participantes padecen de trastorno de ansiedad; en el estudio de

Aldave se muestra que el 39% de los participantes sufren de depresión asociada a la violencia familiar. En cuanto a la ansiedad, en el estudio de **Ovando** donde se estudió a mujeres que habían sufrido de violencia familiar, el 75% de ellas sufre de trastorno de ansiedad grave, el 15% de trastorno de ansiedad moderada y el 5% de trastorno de ansiedad leve; en el estudio de **Barbarán**, el 94.5% de las participantes sufren de trastorno de depresión, lo que va acorde con la teoría de la indefensión aprendida, en donde la mujer maltratada por tanto maltrato incontrolable e impredecible por un período determinado llega a un estado de indefensión y déficit en algunas áreas como la motivación, la cognición y el afecto, llegando a tener síntomas de depresión y ansiedad generando consecuencias psicológicas las cuales la mantiene dentro de esa relación violenta, pues a pesar de intentar controlar o mejorar su situación siguen sufriendola sintiendo que no podrán escapar del maltrato. ^(69,70)

Los resultados inferenciales si bien es cierto no han sido contrastados con otros estudios debido a que no se ha estudiado la violencia asociada a los componentes del trastorno de ansiedad-depresión, por lo que se buscó explicación de los resultados en las bases teóricas; la teoría de la indefensión aprendida : donde el individuo normaliza la violencia física y psicológica en su diario vivir , pero se observa que la violencia sexual si produce un impacto psicológico en la vida de las mujeres y las repercusiones más negativas en su salud mental.

6.3 Responsabilidad ética

Para el desarrollo de la investigación se consideró las normas internacionales del estilo Vancouver para las citas de las referencias bibliográficas. También se respetó los derechos de autor. Se realizó la revisión de las historias clínicas el cual fue autorizado por el jefe del establecimiento del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi correspondiente a la Red de salud de San Francisco que se encuentra en el Valle del Rio Apurímac Ene y Mantaro (VRAEM).

Los estudios realizados por las historias clínicas se mantuvieron en el anonimato, refiriéndonos solamente a la edad, sexo y tipo de violencia. Las historias clínicas estudiadas fueron del período de octubre – diciembre del año 2020 sin tocar las otras y solo se buscó aquellas que tenían ambas variables de estudio para una mayor fiabilidad en los resultados.

CONCLUSIONES

- a) El tipo de violencia que predomina en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, es la violencia psicológica con 97.1%, seguido la violencia física con 70.5% y el 12 % violencia sexual; observándose un predominio de la violencia psicológica frente a los otros tipos de violencia.
- b) El nivel de ansiedad - depresión en los pacientes en los pacientes del centro de salud mental comunitario Uyarina Wasi, el 61.9% (65) presentan un nivel moderado de trastorno de ansiedad - depresión, y un el 38.1% (40) un nivel leve.
- c) La asociación que existe entre la violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, es significativa con un p valor de 0,034.
- d) La asociación que existe entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, no es significativa con un p valor de 0,301.
- e) La asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, no es significativa con un p valor de 0,427.
- f) La asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, no es significativa con un p valor de 0,327.
- g) La asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, no es significativa con un p valor de 0,326.
- h) La asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud

Mental Comunitaria Uyarina Wasi, es significativa con un p valor de 0,044.

- i) La asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, es significativa con un p valor de 0,027.

RECOMENDACIONES

- a) Al jefe del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, se propone conformar el comité multisectorial para implementar el plan de intervención de prevención, monitoreo y seguimiento de casos de Violencia Familiar a nivel de la Red de Salud San Francisco (VRAEM).
- b) Al equipo multidisciplinario del Centro de Salud Mental Uyarina Wasi, se sugiere implementar un registro de seguimiento de usuarios de víctimas de violencia para brindar una atención especializada de acuerdo a sus necesidades y problemática familiar.
- c) Los hallazgos expuestos en esta investigación deben ser considerados por el CSMC para implementar programas de prevención para estos pacientes con la finalidad de elevar su autoestima, asertividad y que aprendan a valorar sus derechos como seres humanos y así puedan tener éxito en la vida.
- d) Replicar el estudio a otros grupos poblacionales sociodemográficos de diversos CSMC, con la finalidad de implementar en ellos también un programa educativo que fortalezca las normas de convivencia de las víctimas de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental. [Online].; 2013. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=81EB5D1658E199262A102BC0146F4FF2?sequence=1.
2. MIMP. Violencia basada en género. [Online].; 2016. Available from: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf.
3. Pezo M, Costa M, Komura L. La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda. Scielo. 2004; 13(47).
4. Sunieska W. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. Scielo. 2019; 21(1).
5. MIMDES. ¿Qué hacemos frente al feminicidio? Estadísticas y líneas de atención desde los Centros de Emergencia Mujer Lima: Cendoc Mimdes; 2009.
6. Organización de las Naciones Unidas Mujeres. Preferencia por los hijos varones, infanticidio femenino- Aborto en función del sexo del feto. [Online].; 2011. Available from: <http://www.endvawnow.org/es/articles/606-preferencia-por-los-hijos-varones-infanticidio-femenino-aborto-enfuncion-del-sexo-del-feto.html>.
7. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género. Guía de Atención a la Violencia Intrafamiliar y de Género. Hospital Clínica de Barcelona. [Online].; 2008. Available from: http://www.hospitalclinic.org/files/EIClinic/comites/quiavig_cas.pdf.

8. Salud OMdl. Salud Mental: Violencia contra la mujer. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
9. González A, Ponce E. La violencia intrafamiliar: un problema prioritario del primer nivel de atención. [Online].; 2016. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-la-violencia-intrafamiliar-un-problema-S1405887116300943?redirectNew=true>.
10. Bates L, Schuler S, Islam F, Islam K. Socioeconomic factors and processes associated with domestic violence in rural Bangladesh. *Int Fam Plan Perpect*. 2004; 30(4): p. 190 - 199.
11. Collazo V, Soto I, Saborit R. Violencia contra la mujer latinoamericana, más allá de las estadísticas. [Online].; 2013. Available from: <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2013020501>.
12. Organización Mundial de la Salud. mujeres sin violoencia: conferencia de la Asamblea Genera de las Naciones Unidas y la Convención Interamericana. [Online].; 2013. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
13. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. [Online].; 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>.
14. Universidad de Chile. Detección y análisis de la prevalencia de violencia intrafamiliar. Santiago de Chile: SERNAM, Centro de Análisis de Políticas Públicas; 2001.
15. MINSA. Lineamientos para la Acción en Salud Mental Lima; 2004.

16. INEI. Perú: indicadores de violencia familiar y sexual , 2000 - 2017. Instituto Nacional de Estadística; 2018.
17. Lara E, Aranda C, Zapata R, Bretones C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento. 2019; 11(1): p. 1-8.
18. Ovando J. Ansiedad y vilolencia intrafamiliar. Tesis de grado. Quetzaltenango, Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2018.
19. Borges T. Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela. Tesis doctoral. Madrid;; 2018.
20. Velástegui M. Violencia hacia la mujer: efectos sobre la salud. Subcentro de Salud San Andrés - 2016. Tesis de especialización. Ecuador;; 2016.
21. Jaucala G. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018. Tesis para título. Lima;; 2020.
22. Chuchón Y. Relación entre la violencia familiar y la ansiedad psicopatológica en adolescentes de la institución educativa pública Nuestra Señora de Fátima, Ayacucho. Tesis de licenciatura. Ayacucho;; 2019.
23. Arias K, Cavero S, Torres L. Violencia familiar relacionado con el consumo de alcohol en adolescentes de 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa Abraham Valdelomar N° 4018 en la comunidad de Gambeta - Callao. Tesis de grado. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de ciencias de la salud; 2019.
24. Carayhua D. Características académicas y laborales asociados a la presencia de ansiedad y depresión del médico residente del Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao, 2019. Tesis de maestría. Callao, Perú:

Universidad Nacional del Callao, Facultad de ciencias de la salud; 2019.

25. Torres Y, Ureta I. Características sociofamiliares y depresión en los adultos mayores residentes de la casa de reposo Divina Providencia, San Miguel, Lima 2018. Tesis para título profesional. Callao: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
26. Galarza L, García R. Nivel de violencia familiar y su relación con la autoestima en los escolares de 4°, 5° y 6° grado de educación primaria de la I.E.N María Auxiliadora N° 2052 Independencia, 2016. Tesis de grado. Callao, Perú: Universidad Nacional del Callao, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
27. Aldave J. Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico Essalud- Ascope. Tesis de licenciatura. Trujillo; 2016.
28. Barbarán M, Apaza R. Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014. Tesis presentada para obtener el título profesional en Psicología. Lima: Universidad Peruana Unión, Facultad de ciencias de la Salud; 2014.
29. Beck A. Terapia cognitiva de la depresión Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2002.
30. Beck A. Terapia cognitiva de la depresión Bilbao : Desclée de Brouwe; 2002.
31. Beck. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwe; 2002.
32. Beck. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwe; 2002.
33. Cano-Vindel A. Modelos explicativos de la emoción Abascal EGF, editor. Madrid: Centro de Estudios Ramón; 1997.

34. Spilberger C. Anxiety. Current Trends in Theory and research New York: Academic Press; 1972.
35. Cano- Vindel A. Cognición, emoción y personalidad: Un estudio centrado en la ansiedad Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1989.
36. Fernández J, Álvarez M, Blasco T, Dogal E, Sanz A. Validación de la Escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés; 1998.
37. Cano A, Miguel JJ. Psicología, medicina y salud. Murcia: Compobell; 1994.
38. Miguel- Tobal J. Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad (Ed.) AR, editor. Madrid: CEPE; 1995.
39. Brockner J, Rubin J. Entrapment in escalating conflicts: a socialpsychological analysis. 1st ed. New York: Springer-Verlag; 1985.
40. Seligman M. Helplessness: On depression, development and death San Francisco: Freeman; 1975.
41. Sarmiento S. Qué es la indefensión aprendida, cómo salir de esa cárcel psicológica. CEPSIM. 2018.
42. Aldana J. Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer, Ciudad de Guatemala Guatemala: Editorial CAPA/PARENS; 2012.
43. Donat E. Tercer informe de los órganos jurisdiccionales penales en delitos de Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, violencia sexual, explotación y trata de personas, Ciudad de Guatemala. Guatemala: Editorial Serviprensa; 2013.
44. Donat E. Tercer informe de los órganos jurisdiccionales penales en delitos de Femicidio y otras formas de violencia contra la mujer, violencia sexual,

- explotación y trata de personas, Ciudad de Guatemala. Guatemala: Editorial Serviprensa ; 2013.
45. Cabrera E. Violencia Familiar. Revista Psicología Científica, edición electrónica.. 2016.
 46. Cartagena M, Barrero R, Peramato T. Investigación criminal para casos de violencia femicida. Guatemala: Embajada Española en Guatemala, Editorial IDEART; 2010.
 47. Clark D. Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica España: Editorial Desclée de Brouwer; 2012.
 48. Hollander E, Stein D. Tratado de los trastornos de ansiedad Estados Unidos de América: Editorial Lexus; 2010.
 49. Hollander E, Stein D. Tratado de los trastornos de ansiedad. Estados Unidos de América : Editorial Lexus; 2010.
 50. Hollander E, Stein D. Tratado de los trastornos de ansiedad. Estados Unidos de América: Editorial Lexus; 2010.
 51. Belloch V. Ansiedad. Revista científica Neurolmage, edición electrónica. 2006.
 52. Belloch V. Ansiedad. Revista científica Neurolmage, edición electrónica. 2006.
 53. Beloch. Ansiedad. Revista científica Neurolmage, edición electrónica. 2006.
 54. Bulbena A. Ansiedad: neuroconectividad - la RE-volución Barcelona : Tibidabo Ediciones, S.A; 2017.
 55. World Health Organization, (WHO). The World Health Report 2002-Reducing Risks, Promoting Healthy Life.. Ginebra: World Health

- Organization (WHO); 2002. Report No.: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
56. OMS. Trastorno de depresión, Campaña con motivo del día mundial de la salud. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
57. Preston J. Cómo vencer la depresión México: Pax, México; 2004.
58. Ivancevich J, Konopaske R, Matteson M. Comportamiento organizacional. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
59. Ivancevich J, Konopaske R, Matteson M. Comportamiento organizacional México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.
60. ABC artículos. Componentes de la conducta humana. [Online].; 2007. Available from: <https://www.abc.com.py/articulos/componentes-de-la-conducta-humana-974686.html#:~:text=Los%20componentes%20de%20la%20conducta,dimensi%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20de%20la%20persona.&text=La%20inteligencia%2C%20los%20sentimientos%2C%20la,fe%C3%B1enos%20in.>
61. Rosenzweig MR, Leiman AI. Psicología fisiológica. 2nd ed. México: McGraw Hill; 2005.
62. Beck. Terapia cognitiva de la depresión Bilbao: Editorial Desclée de Brouwe ; 2002.
63. Belloch. Ansiedad. Revista científica NeuroImage, edición electrónica. 2006.
64. León S. Brevísimas historia de la depresión Ciencia, divulgación Psicológica. [Online].; 2012. Available from: <http://e-ciencia.com/blog/divulgacion/brevissima-historia-de-la-depresion>.

65. Aldana. Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer, Ciudad de Guatemala Guatemala: Editorial CAPA/PARENS ; 2012.
66. Trickett S. Supera la ansiedad y la depresión España: Editorial: hispano Europea, A.S.; 2009.
67. Trickett S. Supera la ansiedad y la depresión España : Editorial: hispano Europea, A.S.; 2009.
68. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación científica. 6th ed. México: Mx Graw Hill; 2014.
69. Hernández RFC, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc GRaw Hill; 2014.
70. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
71. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

ANEXOS

Anexo 01.

Matriz de consistencia

TÍTULO: “VIOLENCIA FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UYARINA WASI, PERIODO OCTUBRE - DICIEMBRE 2020”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA	POBACIÓN Y MUESTRA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es la asociación que existe entre la violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del CSMC Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la asociación que existe entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe asociación significativa entre violencia familiar y el trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del CSMC Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>	<p>VARIABLE 1:</p> <p>Violencia familiar.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Violencia psicológica</p> <p>Violencia física</p> <p>Violencia sexual</p> <p>VARIABLE 2:</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Prospectivo</p> <p>Transversal.</p> <p>Observacional</p> <p>Descriptivo-Analítico</p>	<p>Población: Estuvo conformada por 145 historias clínicas registradas de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estuvo conformada por 105 historias clínicas</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>a). ¿Cuál es el tipo de violencia que predomina en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitario Uyarina Wasi en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>a). Identificar el tipo de violencia que predomina en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>a) Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre</p>		<p>Nivel de Investigación</p> <p>Descriptivo-Relacional</p>	

<p>b). ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes en los pacientes del centro de salud mental comunitario Uyarina Wasi en el período de octubre – diciembre, 2020?</p> <p>c). ¿Cuál es la asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p> <p>d). ¿Cuál es la asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>b). Definir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes de Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p> <p>c). Establecer la asociación entre la violencia psicológica y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión de los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020</p> <p>d). Establecer la asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020</p>	<p>– diciembre, 2020.</p> <p>b) Existe asociación entre la violencia psicológica y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p> <p>c) Existe asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p> <p>d) Existe asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>	<p>Trastorno de ansiedad y depresión.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Componente afectivo – cognitivo</p> <p>Componente fisiológico</p>	<p>Técnicas de recolección de información</p> <p>- Encuesta</p> <p>Instrumentos</p> <p>- Fichas Bibliográficas</p> <p>- Cuestionario</p> <p>Fuente</p> <p>Bibliografías</p> <p>Normas Legales</p>	<p>registradas de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi en el período de Octubre – diciembre 2020</p>
---	--	---	---	--	---

<p>e). ¿Cuál es la asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>e). Establecer la asociación entre la violencia física y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020</p>	<p>e) Existe asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>			
<p>f). ¿Cuál es la asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad- depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>f). Establecer la asociación entre la violencia física y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad- depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020.</p>	<p>f) Existe asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad - depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020..</p>			
<p>g). ¿Cuál es la asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>g). Establecer la asociación entre la violencia sexual y el componente afectivo – cognitivo del trastorno de ansiedad-depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020</p>				

<p>h). ¿Cuál es la asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad -depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020?</p>	<p>h). Establecer la asociación entre la violencia sexual y el componente fisiológico del trastorno de ansiedad -depresión en pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, en el período de octubre – diciembre, 2020</p>				
--	---	--	--	--	--

Anexo 02.
FICHA DE TAMIZAJE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

DISA:

ESTABLECIMIENTO:

SERVICIO:

Emergencia ()

Pediatría ()

Gineco – obstetricia ()

CRED ()

Otros ()

Nombre

y

apellido

del

usuario:

Edad: _____

Sexo: Masculino ()

Femenino ()

Dirección:

Lea al paciente

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

1. ¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, lo chantajea o te obliga a tener relaciones sexuales?
a. Sí b. No
2. ¿Quién?

3. Marque con una (X) todos los indicadores de maltrato que observe

D1. Violencia Psicológica

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

- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir
- Demandas excesivas de atención
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros
- Aislamiento de personas
- Intento de suicidio
- Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos

D2 . Violencia Física

- Hematomas contusiones inexplicables
- Cicatrices, quemaduras
- Fracturas inexplicables
- Marca de mordeduras
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en la boca, mejillas, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física; cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- Problemas de apetito

D3. Violencia Sexual

- Conocimiento o conducta sexual inapropiadas
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital
- Embarazo precoz
- Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual

Fecha: _____

Derivado por _____

Firma: _____

Nombre del profesional que atendió el caso: _____

Fuente: Tomado de la R.M N°455-2001/SA/SM, Normas Y Procedimientos Para La Prevención Y Atención De La Violencia Familiar Y El Maltrato Infantil.

Anexo 03
GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA EN DEPRESIÓN
CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS
S.R.Q. 18

Fecha Entrevistador:

Establecimiento:.....

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del

Paciente:.....

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo: M F

Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....

Dimensión 1: Componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad y depresión

1. ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
2. ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
3. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
4. ¿Se siente triste?	SI	NO
5. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
6. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
7. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
8. ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
9. ¿Se siente aburrido?	SI	NO
10. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
11. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO

Dimensión 2: Componente fisiológico del trastorno de ansiedad y depresión

12. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
13. ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
14. ¿Duerme mal?	SI	NO
15. ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
16. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
17. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO
18. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO

Fuente: Tomado de R.M N° 070-2017/MINSA, Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres En Situación De Violencia Ocasionada Por La Pareja O Expareja

Las 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros; nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que la persona tiene una alta probabilidad de sufrir trastorno mental, y por lo tanto se le considera un "caso" atendido.

Anexo 04
Matriz de datos

Participante	Edad	Sexo	P001	violencia_p sicológica	violencia_ fisica	violencia_ sexual	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P1 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	P1 6	P1 7	P18
1	18	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0
2	23	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	39	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0
4	46	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
5	61	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
6	24	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
7	31	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
8	57	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	25	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	25	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0
11	22	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
12	30	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0
13	18	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1
14	35	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
15	36	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
16	27	2	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0
17	38	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
18	17	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0
19	29	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
20	48	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
21	19	2	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0

22	46	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
23	22	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
24	24	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
25	17	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0
26	25	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
27	25	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
28	40	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
29	19	2	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	17	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
31	46	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
32	47	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
33	31	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
34	19	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
35	37	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36	27	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
37	50	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
38	44	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
39	48	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1
40	41	2	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
41	27	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
42	27	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0
43	19	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0
44	16	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1
45	44	2	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1

46	38	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	
47	31	2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1
48	21	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	31	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1
50	47	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1
51	51	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1
52	36	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
53	49	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0
54	41	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0
55	25	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0
56	22	2	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0
57	19	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
58	43	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
59	23	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
60	37	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1
61	51	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
62	15	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
63	25	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
64	23	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0
65	21	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0
66	27	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
67	53	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
68	26	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
69	30	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0

70	33	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
71	24	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1
72	22	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0
73	56	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
74	25	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0
75	20	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
76	29	2	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
77	48	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
78	54	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
79	38	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1
80	24	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
81	16	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1
82	31	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
83	28	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1
84	48	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1
85	21	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1
86	35	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
87	41	2	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1
88	25	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
89	34	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
90	26	2	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
91	35	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1
92	25	2	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1
93	16	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0

94	26	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1
95	49	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
96	34	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1
97	33	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
98	37	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
99	33	2	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
100	55	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
101	45	2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
102	41	2	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0
103	17	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
104	40	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
105	30	2	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1

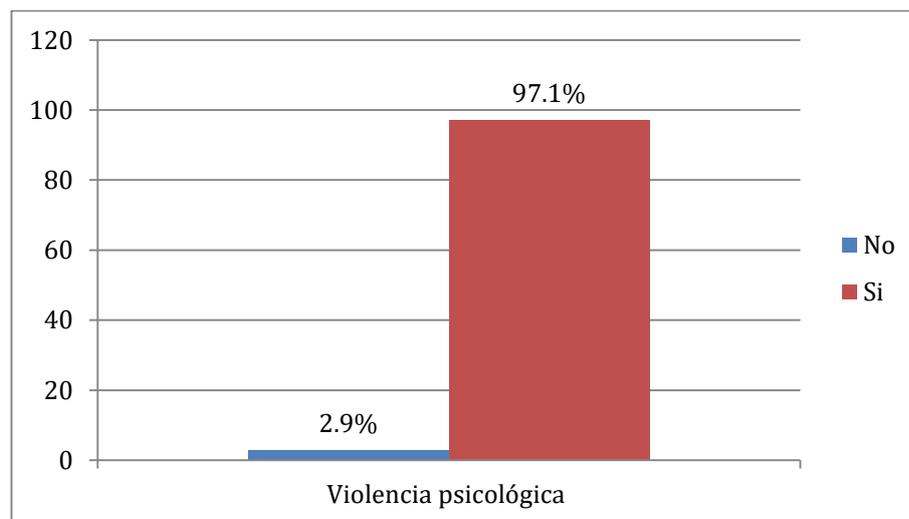
Anexo 05
Tabla y gráfico violencia psicológica

Tabla 01 *Violencia psicológica de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.*

Violencia psicológica	Cantidad	%
No	3	2.9
Si	102	97.1
Total	105	100

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil

Gráfico 01 *Violencia psicológica de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.*



Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil

Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi., con respecto a la entrevista sobre la violencia psicológica, el 2.9% (3) contestaron que no han tenido ese tipo de violencia; y el 97.1% (102) si han tenido ese tipo de violencia.

Anexo 06

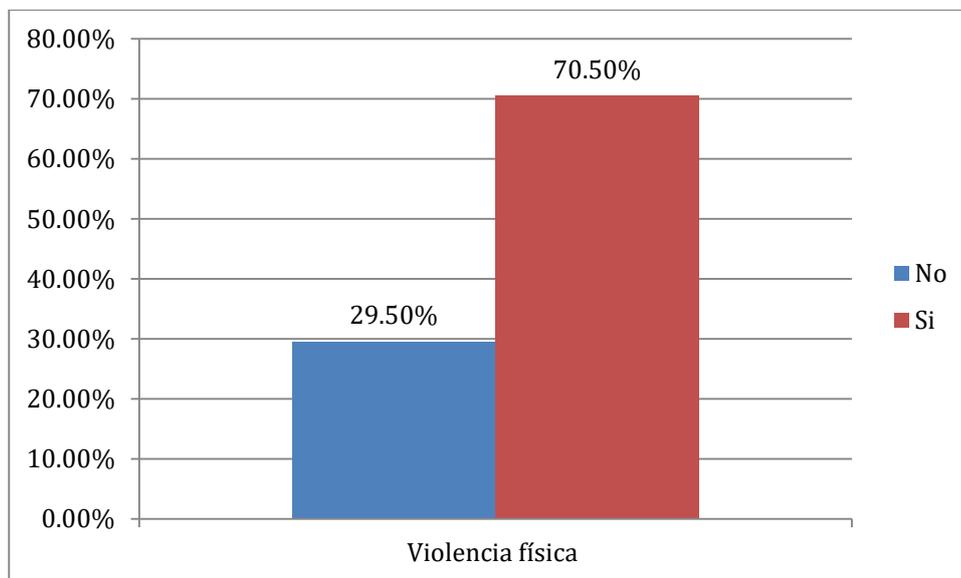
Tabla y gráfico violencia física

Tabla 01 *Violencia física de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.*

Violencia física	Cantidad	%
No	31	29.5
Si	74	70.5
Total	105	100

Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil

Gráfico 01 *Violencia física de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi*



Fuente: Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil

Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi., con respecto a la entrevista sobre la violencia física, el 29.5% (31) contestaron que no han tenido ese tipo de violencia; y el 70.5% (74) si han tenido ese tipo de violencia.

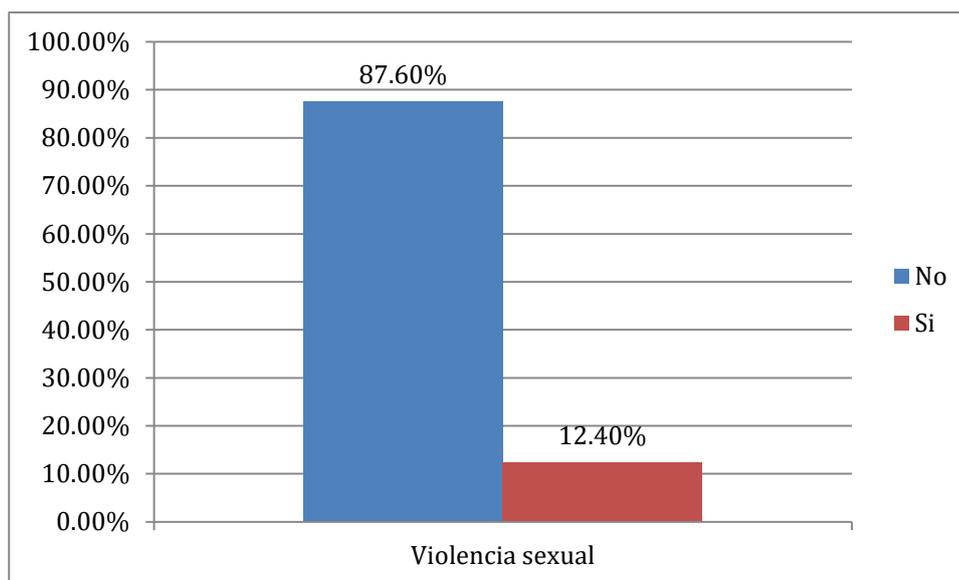
Anexo 07
Tabla y gráfico violencia sexual

Tabla 01 *Violencia sexual de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.*

Violencia sexual	Cantidad	%
No	92	87.6
Si	13	12.4
Total	105	100

Fuente: *Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil*

Gráfico 01 *Violencia sexual de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.*



Fuente: *Ficha de tamizaje de violencia y maltrato infantil*

Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi, con respecto a la entrevista sobre la violencia sexual, el 87.6% (92) contestaron que no han tenido ese tipo de violencia; y el 12.4% (13) si han tenido ese tipo de violencia.

Anexo 08
Tabla niveles de violencia familiar

Niveles de violencia familiar de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Niveles del trastorno de ansiedad y depresión	Cantidad	%
Leve	44	41.9
Moderado	53	50.5
Alto	8	7.6
Total	105	100

Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

Del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi con respecto a la violencia familiar, el 50.5% (53) presentan un nivel de moderado, el 41.9% presentan un nivel leve y un el 7.6% (8) un nivel alto. Lo que refleja que la mayoría de personas encuestadas con sobre violencia familiar es de nivel moderado.

Anexo 09

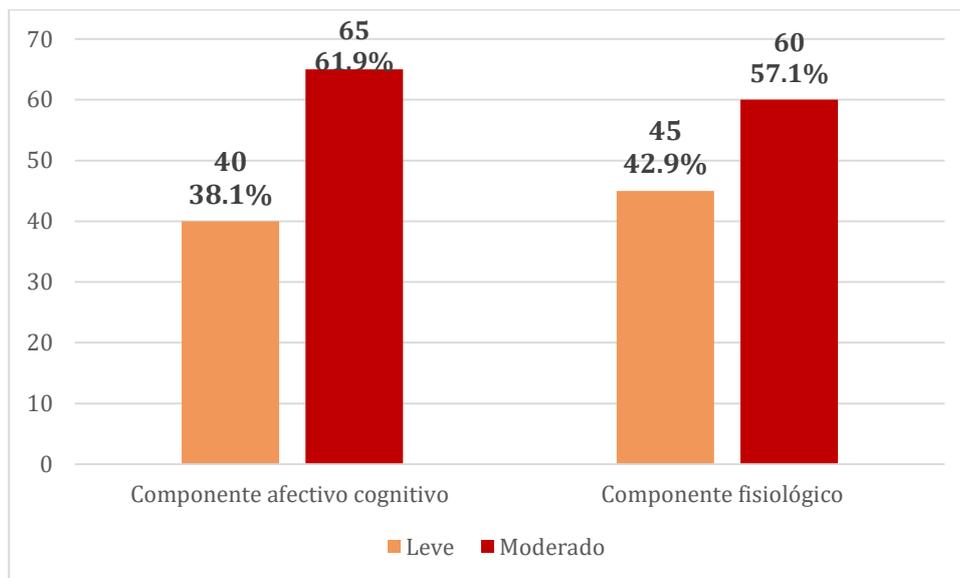
Tabla y gráfico componentes trastorno de ansiedad y depresión

Componentes trastorno de ansiedad y depresión de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.

Componentes		Leve	%	Moderado	%	Total
Componente afectivo cognitivo		40	38.1%	65	61.9%	105
Componente fisiológico		45	42.9%	60	57.1%	105

Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

Trastorno de ansiedad y depresión por componentes: afectivo cognitivo y fisiológico de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario Uyarina Wasi.



Fuente: Cuestionario de síntomas S.R.Q. 18

La Tabla e imagen deja entrever que del 100% (105) de las personas que acudieron al Centro de salud Mental Comunitario, el 61.9% (65) han sufrido componente afectivo cognitivo de nivel moderado y el 57.1% (60) ha sufrido un trastorno de ansiedad y depresión componente fisiológico de nivel moderado. Observándose entonces un predominio de nivel moderado para las componentes afectivo-cognitivo y componente fisiológico.

Anexo 10

PRUEBA ESTADISTICA CHI- CUADRADO

Prueba de Chi-cuadrado

Trastorno de Ansiedad y Depresión			
Tipos de violencia familiar	Valor de Chi-cuadrado de Pearson	Grados de libertad	p-valor
Violencia psicológica	5.018 ^a	1	0.025
Violencia física	5.229 ^a	1	0.022
Violencia sexual	5.815 ^a	1	0.016