

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. de Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital
de Lima Este, 2014

Tesis presentada para obtener el título profesional en Psicología

Por:

Barbaran Macuyama Mila Yuliza

Apaza Pacori Reyna Arody

Asesor:

Mg. Daniel Josué Farfán Rodríguez

Lima, febrero de 2015

Dedicatoria

Dedico este proyecto de tesis a Dios, porque ha estado siempre conmigo, cuidándome y dándome fortaleza para continuar. A mis padres; Israel Pascual Barbaran Azorza y Luz Esther Macuyama Casanto, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Finalmente a toda mi familia por todo el apoyo incondicional, y dentro de ellos, José quien ha estado conmigo en los buenos y malos momentos. Gracias a todos. Los amo.

Mila Yuliza Barbaran Macuyama

Dedicatoria

A Dios por darme la vida y por quien ahora soy lo que soy, por darme la oportunidad de concluir una meta más.

A mi mamita Olga Pacori de Apaza a quien le debo la vida, quien con su apoyo incondicional, su gran sacrificio, su alegría, amor y nobleza me motiva a seguir siempre adelante, ya que no es fácil llegar a la meta, es necesario el ánimo, lucha y deseo pero sobre todo apoyo como el que he recibido durante este tiempo, ahora más que nunca se acrecienta mi cariño, admiración y respeto.

A la Familia Dávila Valencia como testimonio de mi infinito aprecio, por el apoyo y consejo que siempre me han brindado cuando más los necesite, por compartir tristezas y alegrías, éxitos y fracasos.

A Mila que a pesar de las diferencias y dificultades no decaímos y sobre todo por su gran apoyo para poder llegar al término de un periodo más de nuestra preparación.

Reyna Arody Apaza Pacori

Agradecimiento

Los resultados de este proyecto, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Nuestros sinceros agradecimientos están dirigidos hacia Lic. Psi. Pedro Néstor Castro Paredes del Hospital “José Agurto Tello de Chosica” quien con su ayuda desinteresada, nos brindó información relevante, próxima, pero muy cercana a la realidad de nuestras necesidades. Al Mg. Daniel Josué Farfán Rodríguez y al Mg. David Javier Aliaga, quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza. A nuestras familias por siempre brindarnos su apoyo, tanto emocional, como económico. Pero, principalmente nuestros agradecimientos están dirigidos a nuestro gran Dios, por toda la fortaleza y conocimientos.

Mila Yuliza Barbaran Macuyama

Reyna Arody Apaza Pacori

Tabla de Contenido

Listado de Tablas.....	xi
Lista de abreviaturas.....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract.....	xiv
Introducción.....	xv
CAPÍTULO I.....	1
Problema.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
2. Formulación del Problema.....	3
2.1. Problema general.....	3
2.2. Problemas específicos.....	3
3. Justificación.....	4
4. Objetivos de la investigación.....	4
4.1. Objetivo General.....	4
4.2. Objetivos Específicos.....	5
CAPÍTULO II.....	6
Marco teórico.....	6
1. Antecedentes de la investigación.....	6
1.1. Internacionales.....	6
1.2. Nacionales.....	10
2. Marco bíblico filosófico.....	14
3. Marco conceptual.....	17
3.1. Depresión.....	17
3.1.1. Historia de la depresión.....	18

3.1.2. Definiciones.....	23
3.1.3. Factores de la depresión.....	24
3.1.3.1. Factores biológicos.....	24
3.1.3.2. Factores genéticos.....	25
3.1.3.3. Factores hormonales.....	26
3.1.3.4. Factores psicológicos.....	29
3.1.3.5. Factores psicosociales.....	30
3.1.3.6. Factores ecológicos.....	30
3.1.3.7. Factores sociales.....	31
3.1.4. Sintomatología de la Depresión.....	31
3.1.5. Diagnóstico de la depresión.....	33
3.1.6. Criterios de diagnóstico del CIE 10.....	34
3.1.6.1. F32 Episodios depresivos.....	34
3.1.6.2. F32.0 Episodio depresivo leve.....	35
3.1.6.3. F32.1 Episodio depresivo moderado.....	36
3.1.6.4. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos..	36
3.1.7 Teorías de la depresión.....	37
3.1.7.1 Teorías antiguas.....	37
3.1.7.2. Teorías biológicas.....	37
3.1.7.3. Teoría Psicoanalítica.....	38
3.1.7.4. Teoría Cognitiva de Beck.....	39
3.2. Violencia familiar.....	40
3.2.1. Definición.....	40
3.2.2. Ciclo de la violencia familiar.....	42
3.2.3. Tipos de violencia familiar.....	43

3.2.3.1. <i>Violencia física</i>	43
3.2.3.2. <i>Violencia psicológica</i>	43
3.2.3.3. <i>Violencia sexual</i>	43
3.2.3.4. <i>Abandono o Negligencia</i>	44
3.2.4. Características de la violencia familiar.....	44
3.2.4.1. <i>Violencia de Género</i>	45
3.2.4.2. <i>Rasgo social a la vez un fenómeno individual</i>	45
3.2.4.3. <i>Se deriva de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres</i>	46
3.2.4.4. <i>Tiene un carácter instrumental</i>	46
3.2.4.5. <i>Afecta a todas las mujeres</i>	47
3.2.5 Causas de violencia familiar.....	47
3.2.5.1. <i>Causas fisio-biológicas</i>	47
3.2.5.2. <i>Causas psicológicas</i>	48
3.2.5.3. <i>Causas psicosociales</i>	48
3.2.5.4. <i>Causas a nivel sociocultural</i>	49
3.2.6. Consecuencias de la violencia familiar.....	49
3.2.6.1. <i>Consecuencias físicas</i>	49
3.2.6.2. <i>Consecuencias psicológicas</i>	50
3.2.6.3. <i>Consecuencias sociales</i>	50
3.2.7. Modelos teóricos que explican la violencia familiar.....	51
3.2.7.1. <i>Modelo psiquiátrico o individual</i>	51
3.2.7.2. <i>Modelo Psico-social</i>	51
3.2.7.3. <i>Modelo sociocultural</i>	52
3.2.7.4. <i>Modelo ecológico</i>	52

4. Definición de términos.....	54
4.1. Conflicto.....	54
4.2. Agresión.....	55
4.3. Violencia.....	55
4.4. Depresión.....	56
CAPÍTULO III.....	57
Materiales y Métodos.....	57
1. Método de la investigación.....	57
1.1. Tipo y diseño de la investigación.....	57
2. Hipótesis de la investigación.....	57
2.1. Hipótesis general.....	57
2.2. Hipótesis específicos.....	58
3. Variables de la investigación.....	58
3.1. Identificación de variables.....	58
3.1.1. Depresión.....	58
3.1.2. Violencia familiar.....	58
4. Delimitación geográfica temporal.....	61
5. Participantes.....	61
5.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	61
5.1.1. Criterios de inclusión.....	61
5.1.2. Criterios de exclusión.....	62
5.2. Características de la muestra.....	62
5.2.1. Características de la muestra.....	63
5.2.2. Características de las mujeres violentadas.....	64
6. Técnica e instrumentos de recolección de dato.....	65

6.1. Instrumento.....	65
6.1.1. Inventario de Beck para evaluar depresión.....	65
6.1.2. Validación del instrumento de medición a través de juicio de experto.....	68
6.1.3. Fiabilidad del instrumento de medición a través del alfa de Cronbach.....	68
6.1.4. Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud.....	69
7. Proceso de recolección de datos.....	71
8. Procesamiento y análisis de datos.....	71
CAPÍTULO IV.....	72
Resultados y discusión.....	72
1. Resultados descriptivos.....	72
1.1. Descripción de la depresión.....	72
1.2. Descripción de la violencia psicológica, física y sexual (violencia familiar).....	73
1.3. Relación entre violencia psicológica y depresión.....	74
1.4. Relación entre violencia física y depresión.....	75
1.5. Relación entre violencia sexual y depresión.....	76
2. Discusión.....	77
CAPÍTULO V.....	81
Conclusiones y recomendaciones.....	81
1. Conclusiones.....	81
2. Recomendaciones.....	82
Referencias.....	83
Anexos.....	93

Lista de los anexos.....	93
Anexo 1 Inventario de Beck para Evaluar Depresión.....	93
Anexo 2 Ficha de Tamizaje.....	97
Anexo 3 Tabla de frecuencia con los datos sociodemográficos.....	99
Anexo 4 Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con el sexo.....	101
Anexo 5 Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con la edad.....	102
Anexo 6 Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con el estado civil.....	103
Anexo 7 Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck.....	104
Anexo 8 Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck.....	105
Anexo 9 Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck.....	106
Anexo 10 Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck.....	107
Anexo 11 Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck.....	108
Anexo 12 Criterios de diagnostico del CIE -10	109

Listado de Tablas

Tabla 1. <i>Descripción sociodemográficas en pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este, 2014</i>	63
Tabla 2. <i>Descripción de las características de las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este 2014</i>	64
Tabla 3. <i>Estimaciones de fiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA)</i>	69
Tabla 4. <i>Descripción de las características de la totalidad de la depresión en las pacientes mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 201</i>	72
Tabla 5. <i>Las dimensiones de la variable violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014</i>	73
Tabla 6. <i>Descripción de la relación entre la depresión y violencia psicológica en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014</i>	74
Tabla 7. <i>Prueba estadística de Fisher</i>	74
Tabla 8. <i>Descripción de la relación entre la depresión y violencia física en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014</i>	75
Tabla 9. <i>Prueba estadística de Fisher</i>	75
Tabla 10. <i>Descripción de la relación entre la depresión y violencia sexual en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014</i>	76
Tabla 11. <i>Prueba estadística de Fishe</i>	76

Lista de abreviaturas

Centro de Emergencia Mujer (CEM)

Consejo Pontificio para la Pastoral de Salud (CPPS)

Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE -10)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF)

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES),

Actualmente se llama: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Mimp)

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MMDS)

Violencia Basada en Genero (VBG)

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar si existe relación entre la depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima este, 2014. 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 (Beck y Cols, 1961) y para la violencia familiar a través de la Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud (Resolución Ministerial, 2007). En el 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. En conclusión, se encontró que la violencia familiar en sus tres dimensiones (psicológica, física y sexual) no está asociada con la depresión en las pacientes que consideramos en nuestro estudio ($p>0.05$).

Palabras clave: depresión, violencia psicológica, violencia física y violencia sexuales.

Abstract:

The objective of this investigation was to determine if exists a relation between depression and family violence in female patients of a hospital of East Lima, 2014. The study was descriptive – correlational, transverse cut, with a non-probabilistic sample of 73 female patients victims of mistreatment by their couples. Their ages were between the 18 years old to 55 years old who were according with the selection criteria. The collection of data was realized by an inventory: Depression's Inventory of Beck (Beck and Cols, 1961) and about family violence, it was used Screening sheet in Clinical Psychology and Health (Ministerial Resolution, 2007). In the result it was found the 26.7% (23) of the patients keep a marital relation with the aggressor. Also, it is observed that the 63.0% (46) patients come being hurt between 0 to 5 years back. In the other hand, it can be observed that the 94.5% (69) patients have depression. Similarly, there is a presence of psychological violence in a percentage *bigger* than 98.6% (72) of the total of participants and the 89, 0% (65) indicates that they have suffered physical violence and finally 11.0% (8) went through a sexual violence episode. In conclusion, it was found that the family violence in his three dimensions (psychological, physical and sexual) is not correlated with the depression in the patients who were considered in the study (p 0,05).

Key words: Depression, psychological violence, physical violence and sexual

Introducción

La ONU (2001) define la violencia contra la mujer como, todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad que perturbe la subordinación, tanto en la vida pública como privada. Asimismo se caracteriza por el abuso de poder como expresión exasperada de la fuerza cualquiera sea su índole, destina a dañar a quien el sujeto agresor ha posicionado como víctima.

Según Gilberti (2007) la violencia familiar se puede observar en cualquier país del mundo, sin importar el sexo ni todos los estratos raciales, étnicos, religiosos y socio-económicos, el daño físico y emocional puede representar impedimentos crónicos o de por vida para muchas mujeres. Así como la violencia familiar va asociada a un gran riesgo de depresión, angustias, abuso substancial y comportamiento autodestructivo, incluido el suicidio. El presente trabajo de investigación busca dar una explicación detallada sobre la asociación entre la depresión y violencia familiar, es presentado en tres capítulos.

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del problema su descripción y formulación tanto general como específicas, seguidamente se presenta la justificación de la investigación y los objetivos a alcanzar.

En el segundo capítulo se presenta el fundamento teórico, antecedentes, marco histórico, bases teóricas y depresión, bases teóricas de violencia familiar, la que nos permitió entender con claridad cada variable para describir cuales son los factores de asociación.

El tercer capítulo se plantea el marco metodológico, tipo y diseño de la investigación, se describe las hipótesis, las variables de la investigación y su operacionalización, población y muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, proceso y recolección de datos, asimismo se detallan los instrumentos a aplicarse con su respectiva validez y fiabilidad para nuestra muestra.

El cuarto capítulo se presenta el análisis de resultados de manera descriptiva y correlacional finalizando con la discusión de dichos resultados.

El quinto y último capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones, las cuales responden a los objetivos planteados por esta investigación.

CAPÍTULO I

Problema

1. Planteamiento del problema

Al abordar la violencia familiar percibimos una serie de dificultades, por un lado, las tradiciones culturales e históricas juegan un papel importante en la forma con que cada sociedad afronta diferentes tipos de problemas. La violencia en la mujer en el ámbito familiar no es un hecho aislado ni privado, representa un sistema macro que establece un conjunto de relaciones sociales y valores culturales que ubican a la mujer en situación de subordinación y dependencia respecto del varón, es decir; la violencia doméstica atraviesa todas las fronteras raciales, religiosas educativas y socioeconómicas (Samudio, 2007).

San Molina (2011) menciona que aún en países desarrollados, existen pocos estudios sobre la violencia a nivel familiar. Sin embargo, refiere también que la violencia más frecuente es la psicológica ya que la padece casi el 40 por ciento de las mujeres. Las agresiones van desde insultos, descalificaciones y humillaciones hasta burlas, y también se refiere a los medios de dominación que utiliza el agresor para controlar el tiempo, la libertad de movimiento y los contactos sociales de sus víctimas.

La OMS (2002) señala que los maltratos tienen repercusiones en la salud y bienestar de las mujeres a corto y largo plazo, las secuelas persisten incluso mucho después de que la relación

de maltrato haya terminado. Por lo tanto, las mujeres maltratadas o que sufren de violencia familiar, y que son víctimas de abusos sexuales en la infancia presentan depresión, en general asociada a la ansiedad, de mayor o menor intensidad.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se deduce que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es una perturbación del estado de ánimo que se determina por un cambio afectivo en el que prevalecen emociones de tristeza, incompetencia, culpa, incapacidad, desánimo, impresión de agotamiento, alteraciones del sueño, bajo deseo sexual, cierta incapacidad para afrontar algunos contextos cotidianos, ansiedad, suele acompañarse de malestares físicos y pensamientos suicidas. En el peor de los casos puede llevar a la muerte, que es la causa de aproximadamente 1 millón de víctimas anuales (OMS, 2001).

Aguilar y Tapia (2014) resaltan que las mujeres sometidas a situaciones prolongadas de maltrato, en cualquiera de sus formas, sufren un debilitamiento progresivo de sus defensas físicas y psicológicas, llegando a presentar baja autoestima, ansiedad o estrés postraumático de difícil remisión.

Seguidamente James (2009) menciona que la depresión perturba tanto a los hombres como a las mujeres, pero las mujeres poseen más posibilidades de presentar depresión que los hombres en un periodo de un año.

Las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se revelan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se observan diversos trastornos, como la ansiedad, depresión y conducta suicida.

En el hospital José Agurto Tello de Chosica, se apreciaron los casos del año 2013 a 2014, existe un incremento más de víctimas por causa de la agresión en mujeres en agravio del esposo o conviviente de cada uno de ellas, según las estadísticas del hospital rescatadas en el año 2013, en el mes de Enero, Febrero, Marzo y Abril existen una totalidad de 90 casos en

esos 4 meses, a comparación en este año 2014, en el mes de Enero, Febrero, Marzo y Abril, suman 165 casos.

Ante todo lo expuesto y observando que en la actualidad la violencia familiar en pacientes mujeres del hospital “José Agurto Tello de Chosica”, sigue siendo un tema de preocupación por los incrementos de casos de violencia a su vez los estudios hacen referencia respecto a la presencia de la depresión en población general de mujeres, los datos de víctimas en violencia son escasos. Esta carencia devela la necesidad de establecer si existe la presencia de la depresión asociada a los hechos de violencia que se generan en la interacción familiar. Se decide entonces realizar la presente investigación sobre la presencia de esta problemática en la ciudad de Lima – Chosica, con una población de pacientes mujeres, edad entre los 18 hasta los 55 años de edad y, grado de instrucción; primaria, secundaria, técnica o superior, estado civil; soltera, conviviente, casada o divorciada, lugar de procedencia; costa, sierra o selva; número de hijos y ocupación actual.

2. Formulación del Problema.

2.1 Problema general.

¿Existe relación significativa entre depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014?

2.2 Problemas específicos.

¿Existe relación significativa entre depresión y violencia física en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014?

¿Existe relación significativa entre depresión y violencia psicológica en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014?

¿Existe relación significativa entre depresión y violencia sexual en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014?

3. Justificación

Esta investigación se realizó para conocer la relación entre la depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres que han sido víctimas de violencia de un Hospital de Lima Este, 2014.

Se considera que el presente estudio sirve como antecedente para otras investigaciones y para el mismo hospital en cómo se correlaciona las dos variables.

Por otra parte, tiene justificación práctica, ya que este estudio permitirá al hospital conocer el nivel de depresión y tipo de violencia familiar. Asimismo ello ameritara actuar en la promoción para el manejo de depresión y reducir posibles casos de violencia familiar. También permitirá al hospital crear nuevos programas de intervención o prevención para la salud mental de las pacientes.

La metodología empleada en esta investigación servirá para orientar otras investigaciones de tipo correlacional. De igual manera, tienen justificación en este rubro porque los instrumentos de acopio de datos podrán ser utilizados en estudios que tienen que ver con las variables de la depresión y la violencia familiar.

4. Objetivos de la investigación

4.1 Objetivo General.

Determinar si existe relación significativa entre depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

4.2 Objetivos Específicos.

Describir la depresión en las pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Describir la violencia física, psicológica y sexual en las pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Determinar si existe relación significativa entre la depresión y violencia psicológica en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Determinar si existe relación significativa entre depresión y violencia física en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Determinar si existe relación significativa entre la depresión y violencia sexual en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

CAPÍTULO II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

A continuación se presentan los antecedentes que sustentan este proyecto de investigación.

1.1 Internacionales

Klevenser (2009) realizó un estudio para evaluar la magnitud del problema de la violencia conyugal e identificar los factores asociados con el riesgo de ser agredidos físicamente en la ciudad de Santa Fe de Bogotá-Colombia. Mediante entrevistas, los datos que fueron recolectados a 3157 mujeres entrevistadas que declararon convivir con un compañero íntimo los cuales tenían entre 14 y 46 años de edad, con una media de 24,9 años. Las participantes que convivían con un compañero íntimo. Indicaron que el 26,5% habían sido agredidas gravemente por medio de golpes, el 26,2% de ellas indicaron que su compañero le imponía alguna prohibición. Por lo tanto concluyó que los servicios de salud pública son un buen lugar para detectar a las víctimas de la violencia intrafamiliar. Esta investigación tiene relación con la presente, ya que conociendo los datos y casos de agresión se puede trabajar y ayudar a las víctimas como a los agresores para que mejore las relaciones intrafamiliares.

Aguilar *et al.* (2010) en su investigación sobre la prevalencia y factores asociados a depresión en mujeres mayores de 18 años en las comunidades de Alubarén, Francisco Morazán y Flores, Comayagua de Honduras, comprendido en el periodo de enero de 2009 a enero de 2010 por los médicos del Servicio Social de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y el Hospital Psiquiátrico Nacional Santa Rosita, Amaratéca, Francisco Morazán. Para el diagnóstico de depresión se utilizó el cuestionario Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ9) en una muestra de 443 mujeres, se encontró que el 66.7% de las mujeres con depresión mayor era menor de 50 años y la prevalencia de depresión mayor fue de 2.7%. Las mujeres que fueron víctimas de violencia doméstica de tipo físico y las que consideraron sus relaciones familiares como “regulares”, resultaron más propensas que el resto de las mujeres encuestadas a padecer depresión mayor. Las mujeres diagnosticadas informaron 10 veces más dificultad en el desempeño de su trabajo. Asimismo ante la presencia de comportamientos violentos intrafamiliares, indicaron que las mujeres víctimas de violencia física se asociaron casi seis veces más a depresión mayor y el 21.4% también halló una asociación estadísticamente significativa respecto al tipo de violencia al que había sido sometida la paciente, el 19.2% refirió que había sido verbal, 6.1% de tipo físico, 3.4% psicosocial y 0.2% había sido víctima de violencia de tipo sexual. Comprobó una asociación estadística marginal entre la exposición a comportamiento violento en la familia en general y depresión mayor.

Jurado y Rascón (2011) realizaron un estudio cuya muestra fue recogida entre diciembre de 2010 y agosto de 2011 en la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente con, el objetivo de identificar y analizar las principales ideas irracionales, que se presentan en los hombres perpetradores y en las mujeres receptoras de violencia de pareja, y su relación con la presencia de padecimientos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés postraumático, en una muestra de 51 hombres

perpetradores y 56 mujeres receptoras de violencia de pareja, con edades comprendidas entre los 20 y 67 años, y edad media de 35 a 90 años. Los resultados mostraron que las mujeres receptoras de violencia presentan más ideas irracionales, siendo las más frecuentes las asociadas a demandas (perfeccionismo) y ansiedad (baja tolerancia a la frustración), y se correlacionan con la presencia de padecimientos psicológicos como depresión y ansiedad, no así para estrés postraumático. Observaron además, que la presencia de ansiedad y depresión tendió a ser más fuerte en la muestra de perpetradores, que en las receptoras de violencia de pareja.

Ramírez (2012) realizó una investigación en donde buscó establecer la relación entre la violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión postparto, en un grupo de 81 puérperas de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Bogotá D.C. Con respecto a los hallazgos de las cifras de casos de violencia de pareja en este estudio que corresponden a 54% de las participantes, se encuentran diferencias marcadas con otros países. Se realizó la comparación donde se encuentran cifras similares a las reportadas en estudios realizados en Perú 51%, Chile 50%, Bolivia 67%, España 66%, pero superiores a las encontradas en Argentina 44%, Estados Unidos 23%, Londres 23%. Como se observa, el embarazo no constituyó un factor que protegiera a la mujer de la violencia de pareja, por el contrario aumenta la tensión de la misma, los datos presentados en esta investigación confirman lo descrito en las investigaciones relacionadas en estudios de violencia en el embarazo. Los resultados obtenidos en la subescala de abuso físico difieren porcentualmente (17%) de la subescala de abuso no físico (54%) lo que indica que las participantes del estudio aunque presentaron exposición a los dos tipos de violencia, el abuso no físico prevalecieron en más de la mitad de las mujeres. En comparación con los estudios que midieron violencia física y psicológica de manera independiente se encontraron resultados similares, en los porcentajes de violencia psicológica en mayor proporción y física en menor proporción

durante el embarazo. Con relación a cuales dimensiones se encuentran más afectadas en las participantes de la investigación, en su orden se encontró la labilidad emocional, y la ansiedad e inseguridad, seguidas por la confusión mental, los trastornos del sueño alimentación, las dimensiones menos afectadas son la pérdida de sí misma, los sentimientos de culpa y vergüenza, y las ideas suicidas.

Orozco, Delgadillo y González (2013) efectuaron un estudio en los Estados Unidos, para examinar el efecto de la depresión y la violencia de pareja en relación con la autoeficacia materna en la población de emigrantes mexicanos. Ejecutaron una serie de análisis descriptivos e inferenciales en una muestra de 91 madres entre 22 años a 43 años que vivían de 2 a 25 años en el área metropolitana de la ciudad de Dallas. Se empleó la versión revisada de la Escala de Revisión Táctica (CTS2) para evaluar la violencia de pareja y medir las percepciones que cada mujer tiene en cuanto a su efectividad como madre, se aplicó la escala de eficacia e involucramiento parental que mide la percepción del control que las madres tienen con respecto al desarrollo social, cognitivo y el estado de salud de sus hijos. Los síntomas depresivos fueron medidos usando la escala del Centro para los Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D). Hallaron que la depresión fue positivamente correlacionada con un nivel alto de violencia psicológica, física y el índice general de violencia de pareja indicando que las madres quienes tuvieron altos niveles de depresión experimentaron graves episodios de violencia. No solamente fue mayor la prevalencia de la violencia psicológica en comparación con la violencia física sino lo fue también su intensidad.

Buesa y Calvete (2013) realizaron un estudio titulado como “Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social” en el Servicio de Asistencia a la Víctima de Álava (España), con una muestra de 157 mujeres que contemplaron medidas de maltrato físico, psicológico y sexual. El objetivo fue analizar el

papel del apoyo social percibido en la sintomatología que presentan las mujeres víctimas de maltrato. Dentro del grupo la edad promedio de las mujeres eran entre los 35 - 50 años y el 32,7% de las mujeres se hallaban casadas con el agresor y el 34% contaban con estudios primarios. Asimismo la mayoría de las pacientes trabajan fuera de casa (61.5%) y un 48.5% de los casos se habían producido el maltrato hacia menos de un mes y en un 31.3% entre 1 y 6 meses antes. Utiliza instrumentos Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support -MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales-CTS2; Straus, Hamby, McCoy y Sugarman, 1996) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory -BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Ellos concluyeron que la percepción de apoyo social no correlacionó significativamente ni con el número de hijos y, tampoco, con la duración de la relación abusiva, sin embargo se aprecia de forma consistente que el grupo de apoyo se asocia significativamente a una menor presencia de depresión y estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato.

1.2 Nacionales

Nóblega y Muñoz (2009) en Lima, estudiaron acerca de una aproximación cualitativa a la violencia hacia la mujer en un Asentamiento Humano de Villa el Salvador, en una muestra de 33 madres. A través de grupos focales, se exploraron las principales características de la violencia hacia las mujeres en la zona y las creencias que mantienen a la mujer en una relación violenta. La zona estudiada se caracteriza por ubicarse en un contexto de pobreza en donde los resultados obtenidos en el estudio que fueron anteriormente realizado en esta misma zona, encontraron que el 35% de las madres entrevistadas recibió maltrato verbal en el último año. Asimismo, el 17% reporta violencia psicológica a través de chantajes, manipulaciones y humillaciones en los últimos doce meses. En el 16% de los casos manifestaron haber experimentado algún tipo de abandono en el último año; finalmente, el

13% de las madres entrevistadas refiere haber recibido violencia física. Estas cifras son menores a las encontradas por otros estudios realizados en Lima (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (INSM HD HN), 2002; Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Measure Demographic Health Survey & Macro Internacional Inc., 2001; Güezmes & Ramos, 2002; Meléndez&Sarmiento, 2007). En relación a la violencia verbal que es la más frecuente tanto en el estudio del INSMHD-HN como en el nuestro, las prevalencias difieren (35% y 42% respectivamente). Respecto a la violencia física, en la zona de estudio es la menos frecuente (13%) mientras que en el estudio del INSMHD-HN, esta aparece como la segunda más frecuente con un 27%; en otro estudio realizado en la ciudad de Lima (Güezmes & Ramos, 2002), la prevalencia actual para este tipo de violencia es 16.9%, también mayor a la encontrada en la zona de estudio. En cuanto a la violencia psicológica, en la zona de estudio ésta se presenta como la segunda más frecuente (17%), en el estudio realizado en Lima se presenta en el tercer lugar aunque con similar prevalencia (16%). Finalmente, las madres de la zona estudiada refieren la violencia por omisión como la tercera más frecuente, no ocurriendo lo mismo en el estudio citado en donde aparece como la menos frecuente y con una prevalencia más baja (12%) (INSM HD-HN, 2002). Asimismo, se ha encontrado que la edad de las personas agredidas es entre los 15 y 59 años, rango en el que también se encuentran las madres entrevistadas de la zona.

Vargas, Tobar y Velarde (2010) realizaron un estudio con el objetivo de comprobar la prevalencia y los factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. Usando la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002, en la población que comprendió a los residentes de 12 a 17 años. Habiendo encontrado como resultado que la prevalencia del episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao, fue similar y en algunos casos mayor a la

encontrada en adolescentes de otros países. Los factores asociados que mejor predijeron el episodio depresivo fueron: edad de 15 a 17 años, sexo femenino, nada o poca satisfacción con las relaciones sociales, reglas y castigos en el hogar injustos, problemas alimentarios y deseos de morir; los cuales podrían ser evaluados en estudios de cohortes, para determinar si constituyen factores de riesgo en esta población. El propósito del estudio fue contribuir con los resultados al desarrollo de proyectos, programas, planes y políticas de salud mental que permitan la detección temprana y el tratamiento precoz del episodio depresivo en adolescentes dentro de grupos vulnerables.

Bohórquez et al. (2010) con el objetivo de comprobar la magnitud de síntomas depresivos y factores asociados en trabajadoras sexuales. Con un muestreo no probabilístico de tipo casos consecutivos entrevistaron a 117 trabajadoras sexuales. Durante los meses de mayo y junio de 2010, incluyó a las trabajadoras mayores de edad. Obtuvieron como resultados que la prevalencia de síntomas depresivos fue de 56,4%. El 48,7% de trabajadoras sexuales entrevistada tenía entre 25 y 34 años de edad. La edad promedio fue 30 años. La edad mínima fue 18 años y la máxima 55. El 33,3% residía en el cono norte y 55,6% procedía de ciudades de la región costa. Empleando como instrumento de análisis el inventario de depresión de Beck (IDB), que mide el nivel de síntomas depresivos. Respecto a los antecedentes de violencia en el trabajo, al menos una vez, 45,3% refirió haber sido víctima de maltrato psicológico, 17,1% de maltrato físico y 12,8% de maltrato sexual. Los resultados de la regresión logística teniendo como variable dependiente el nivel de síntomas depresivos encontró que su ingreso económico menor a mil soles; en las personas que presentaron nivel de síntomas depresivos moderados, se halló asociación con el antecedente de un número de abortos mayor a 3; y en las personas que presentaron un nivel de síntomas depresivos graves, se encontró asociación con la ausencia y frecuencia regular de antecedentes de violencia psicológica, la edad de inicio mayor a los 18 años, el número de hijos mayor a 1 y el ingreso

económico menor a mil soles. En el Perú el estudio de diagnóstico de violencia y trabajo sexual, describe que las trabajadoras sexuales son víctimas de violencia por su trabajo (cliente, proxeneta), pareja o entorno social. Los actos de violencia más frecuente ejercidos contra ella en el trabajo sexual fueron desde agresión física, psicológica, sexual, robo, humillación, despojo de sus ropas, de detención arbitraria y abandono en lugares alejados.

Sánchez (2011) realizó un estudio sobre la afectación psicológica de la mujer que es víctima de violencia conyugal y el grado de depresión. Se administró el Inventario de Depresión de Beck BDI – II, en una muestra de 60 casos, que acudieron al Servicio de Psicología del Centro Emergencia Mujer-Huacho (MIMDES) para la Evaluación y Diagnóstico por hechos de violencia familiar, con la finalidad de establecer criterios de prevención e intervención psicológica. Encontró que la depresión se encuentra presente en el grupo de mujeres víctimas de violencia conyugal y que los niveles que se mostraron fueron desde el nivel leve hasta depresión moderada y grave.

Torres (2012) presentó una investigación donde estudió los factores que se encuentran asociados a la depresión de pacientes de atención primaria en las ciudades de Cusco y Abancay, estudio que permitió, conocer comparativamente los niveles generales de la depresión en una población constituida por personas mayores de 16 años, que asisten por primera vez a los diferentes centros de salud. Todos ellos atendidos durante los meses de mayo y junio del año 2011. La población está conformada por un total de 29,400 pacientes atendidos, de los cuales 20,920 pertenecen a la ciudad del Cusco (71.16%) y 8,480 (28.84%), a Abancay. De acuerdo a los resultados, más del 74% de sujetos de la muestra refleja algún nivel de depresión, en general encontraron que los sujetos que presentan depresión, además de sufrir alguna dolencia física por el que acudieron al establecimiento de salud, reflejan problemas familiares asociados a limitaciones económicas, estar desocupados o tener trabajo eventualmente. Los problemas familiares están relacionados a conflictos con la pareja y con

los hijos, no tener vivienda propia, necesidades económicas que no permiten cubrir los gastos básicos necesarios, entre otros. Los resultados generales en cuanto a niveles de depresión por ciudades que se encontraron fueron mayores porcentajes en todos los niveles de depresión en la muestra de sujetos de la ciudad del Cusco y menor porcentaje en los sujetos de Abancay; aparentemente esto es significativo en los tres niveles de depresión, así en el nivel leve, la diferencia es de más del 30% en Cusco, frente al más del 20% de Abancay; en el nivel moderado la diferencia es del 28% de la muestra de cusqueños frente al 21% de abanquinos. Lo mismo ocurre en el nivel de depresión grave, donde la diferencia es de casi el 21% en la muestra cusqueña frente al 10.5% de la muestra abanquina. En general, se encuentra mayor incidencia de los diferentes niveles de depresión en la muestra cusqueña que en la abanquina. En el caso del nivel grave, porcentualmente, constituye el doble en Cusco que en Abancay. En relación al género, la depresión presenta mayor incidencia en el grupo de las cusqueñas que en la de las abanquinas. En el caso de las mujeres cusqueñas, la depresión leve se presentó en un 29,6%, mientras que en las de Abancay se dio en un 20,9%. El nivel de depresión moderada se presenta; en el caso de las cusqueñas, el 28,3%, y en las abanquinas el 20.3%. En el nivel de depresión grave, en el caso de las cusqueñas el 21,8% y en las abanquinas sólo en el 8,5%.

2. Marco bíblico filosófico

A continuación, se presenta el marco bíblico filosófico en el cual se sustenta este trabajo de investigación.

A través del tiempo, algunos siervos de Dios en la antigüedad, presentaron emociones negativas que producen una experiencia emocional desagradable, como son la ansiedad, la ira y la tristeza y depresión que oprime a una persona. Por ejemplo, Ana se sintió, “amargada de alma”, expresión que también se ha traducido por “muy angustiada” (1 Samuel 1:10). Y en

cierta ocasión, el profeta Elías se angustió tanto que le pidió a Dios que le quitara la vida (1 Reyes 19:4).

Es relevante tomar en cuenta la postura bíblica respecto a la depresión, y conocer de esta manera la relación a violencia familiar. Y a su vez considerar el modelo biopsicosocial y espiritual, que sostiene la postura de que el ser humano es un ser integral, enfatizando como la alteración de una de las áreas de su desempeño afecta a los demás.

Según White (1868) los sentimientos de depresión son muy dañinos para la salud, porque perturban la función de la digestión y traban el proceso de la nutrición, una mente contenta y un espíritu alegre son salud para el cuerpo y fortaleza para el alma, no hay causa de enfermedad tan fructífera como la depresión, la oscuridad y el pesar.

Por otro lado, White (1875) refiere que todos necesitan conocer el organismo más maravilloso, el cuerpo humano. Deberían estudiar la influencia de la mente en el cuerpo, la del cuerpo en la mente, las leyes que los rigen y la condición de la mente influye en la salud mucho más de lo que generalmente se cree, muchas enfermedades son el resultado de la depresión mental, las penas, la ansiedad, el descontento, remordimiento, sentimiento de culpabilidad y desconfianza, perjudican las fuerzas vitales y llevan al decaimiento y a la muerte.

Tratar con la mente, es la obra que jamás se podría confiar en el hombre y cuanto más estrechamente estén unidos los miembros de una familia en lo que tienen que hacer en el hogar, tanto más elevadora y servicial será la influencia que ejerzan fuera del hogar el padre, la madre, los hijos y las hija, donde la mente tiene que ser disciplinada, educada, preparada; porque los hombres han de prestar servicio a Dios, en maneras diversas que no están en armonía con la inclinación innata (White, 1871)).

Sabemos que la sociedad está comprendida de familias, y será lo que la hagan las cabezas de familia. El hogar es el corazón de la sociedad, de la iglesia y de la nación.

Por consiguiente el hogar debiera ser un lugar donde reine el amor, todo lo que la palabra implica, debe ser un pequeño cielo en la tierra, un lugar donde los afectos son cultivados en vez de ser estudiosamente reprimidos, nuestra felicidad depende de que se cultive así el amor, la simpatía y la verdadera cortesía mutua White (1875).

Muchas familias viven sumamente infelices porque el esposo y padre permite que su naturaleza animal predomine sobre su naturaleza intelectual y moral, el resultado es una sensación de languidez y depresión, cuya causa rara vez se adivina que es la consecuencia de su propia conducta equivocada, estamos bajo la solemne obligación ante Dios de conservar puro el espíritu y el cuerpo sano, para ser de beneficio a la humanidad, y a fin de ofrecerle al Señor un servicio perfecto White (1875).

Finalmente, White (1875) considera que el hogar puede ser sencillo, pero puede ser siempre un lugar donde se pronuncien palabras alentadoras y se realicen acciones bondadosas, donde la cortesía y el amor sean huéspedes permanentes.

De esta manera se puede concluir que los principios bíblicos no están en contra de la unión familiar, sino que se oponen, cuando en una familia existe violencia o puede dañar la salud de una persona, creándole depresión o ansiedad y esto le dificulta en su vida personal, social y psicológica. Dios claramente dio diferentes roles al esposo y a la esposa con un claro mandato al esposo. Él es quien “ama a su esposa como Cristo amó a su iglesia” (Efesios 5:25), y él es quien “ama a su esposa como a su propio cuerpo (Efesios 5:28). Y está para mostrar el mismo interés por ella en cada aspecto, tales como: nutrirla y apreciarla, protegerla y tener el mismo amor auto-sacrificado que Cristo tuvo por la iglesia. Cuando un hombre trata a su esposa de este modo, encontrará una esposa a quien le será fácil respetarlo y someterse como “al Señor”. Él debe entender que una mujer no es propiedad de un hombre, sino su compañera. Dios ha creado al ser humano con amor y con mucha paciencia y ante la vista de él, la violencia no es lo correcto, sobre todo si daña a una mujer.

3. Marco conceptual

En esta sección se presenta el marco conceptual en el que se delimita la variable de estudio, y se presentan apartados que explican sus características, causas, consecuencias y dimensiones; así como el modelo que respalda a este estudio.

En la actualidad, la expresión depresión se emplea para calificar una enfermedad mental relacionada con un sentimiento de infelicidad que experimenta un individuo, según el tipo de personalidad y edad. En forma ocasional, la infelicidad produce, o va asociada, a un estado mental de depresión, estado que incluye algo más que la tristeza, porque también implica cambios en el aspecto de la conducta, la actitud, y el pensamiento. Este estado puede ser muy leve y casi insuficiente para justificar un diagnóstico; en otros casos, si es acentuado, puede convertirse en una dolencia, detallando sus síntomas; en casos más severos se convierte en una enfermedad que puede llevar a la persona a la muerte (Castillo, 2012).

3.1. Depresión

En el Perú, particularmente la depresión es uno de los problemas más serios dentro de la salud mental. Su alta frecuencia en los últimos años hace que muchos de los profesionales comprometidos con la salud mental de las personas, se preocupen por la solución a través de actividades preventivas promocionales.

Según la Organización Mundial de la Salud (2002) 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.

El Consejo Pontificio de Salud (2004) refiere que desde la antigüedad se conoce que la depresión es una enfermedad incapacitante que ocasiona gran sufrimiento, en la historia del concepto de depresión, como en el de otros conceptos en psiquiatría, se encontró con una larga evolución, no sólo a nivel teórico, sino también a nivel cultural, a este respecto y centrándonos en este ámbito, los cambios culturales modernos relacionados con este afecto o

humor son muchos más rápidos y profundos que en los definidos en todos los siglos pasados desde la enunciación del concepto de melancolía por los antiguos griegos.

Para Beck (1983) la depresión, no como un trastorno efectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad que son simples manifestaciones secundarias, consecuencias de ese modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella. (Giovanni y Gonzales, 2005).

3.1.1. Historia de la depresión.

A lo largo de la historia se instituye que la depresión no es una enfermedad nueva, al contrario, a acompañado a la humanidad desde sus principios por esto cabe mostrar que esta enfermedad tienes sus orígenes no simplemente en una vida espiritual errada sino también a sufrido cambios a lo largo de la historia por esto que muchas veces se conoce como algo nuevo pero que ha tenido diferentes visiones en el lapso de tiempo.

Desde la antigüedad se conoce que la depresión es una enfermedad discapacitante que causa gran sufrimiento la padecen según la OMS (2002) aproximadamente 121 millones de personas en el mundo y se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados (Vázquez, 2013).

Según Hernández (2007) desde el inicio de la historia de los seres humanos se ha visto episodios muchos hasta el día de hoy, que podrían catalogarse como trastornos del estado de ánimo o depresivos, se puede apreciar en el libro de Génesis fue descrito cuando Dios expulsa a Adán y Eva, del jardín del Edén, donde este lugar representa la felicidad y la alegría.

La descripción de la depresión esta ya reflejada en el Antiguo testamento, donde se relatan los graves episodios de la tristeza y la melancolía así como Saúl, que ha principio reconocía

la terapia musical de David, pero llega a un momento de enajenación e intenta dar muerte a David (Vásquez y Sanz, 1995).

Para Alverti (2004), al parecer el médico griego Hipócrates, siglo V y IV antes de Cristo, fue un día en la casa del filósofo Demócrito que, según sus amigos, estaban dando señales de desequilibrio mental, y lo encontraron seccionando animales para contemplar sus víseras. En esta ocasión y como queriendo justificar su comportamiento, el filósofo habría dicho mi médico que también él tenía cierto interés en torno a la naturaleza y a las causas de la locura así mismo, habría añadido que deseando escribir sobre el tema había seccionado animales y buscar la sede de la naturaleza de la bilis a cuyo exceso se atribuía corrientemente la causa de la locura. Siendo esta enfermedad también conocida como melancolía, remonto sus fundamentos a los orígenes propios de la medicina donde “el temor o la distimia que se prolonga durante largo tiempo y supuestamente, se debe a la alteración del cerebro por la bilis negra, uno de los humores determinantes del temperamento de la salud” (Pérgola, 2002).

Vallejo (1998) relata que en los escritos de la época de Hipócrates, la enfermedad giraba en torno a la interacción de cuatro humores del ser humano, la sangre, tanto la bilis negra y flema era apreciada y vinculada con las anomalías de comportamiento que son la resultado de la combinación de las cuatro características de la naturaleza calor, frío, humedad y sequedad donde sustenta que cualquier enfermedad se origina por el desorden de estos humores básicos.

Adicionalmente 100 años después, Pérgola (2002) menciona que Aristóteles sigue las ideas hipocráticas y considera los cuatro tipos de temperamentos: melancólico, sanguíneo, colérico y flemático, esto ha servido a Claudio Galeno, que en la antigua Roma era uno de las principales figuras que mantuvieron la importancia del miedo como síntoma concomitante de la tristeza (Cruz y Vergara, 2011).

Según Alverti (2004) señala que mientras transcurría el tiempo la astrología iba afirmando la influencia en la vida de los que nacían bajo un signo, los que eran nacidos bajo marte, tendrían un temperamento colérico; los nacidos bajo Saturno, melancólicos. Por otra parte durante la edad media renace el primitivismo y la brujería, donde las enfermedades mentales eran atendidas por monjes por medio del exorcismo para saca los demonios del hombre (Vallejo, 1998).

En el siglo XVIII, se da la importancia del miedo como síntoma de la tristeza y aparece por primera vez la palabra depresión. Richard Blackmore en 1725 menciona de la profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt, en 1764, relaciona la depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986; citado por Korman y Sarudiansky, 2011).

La depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo con una base fisiológica y bioquímica conocida, en el pasado medieval se la veía como un mal extraño relacionado con posesiones demoníacas, a depresión, llamada hasta el siglo XIX melancolía, ha tenido un impacto en la civilización y la cultura, y ha sido origen de muchas obras literarias y artísticas a lo largo del tiempo, como si el estado de ánimo que le es propio impulsase de algún modo el sentido artístico (León, 2012).

En la edad media los postulados e ideas de la cultura griega y romana. Vallejo (1998) menciona que a finales del siglo XIX y principios del XX para que se empezara a estudiar en profundidad, quienes empezaron a profundizar en la enfermedad fueron el alemán Emil Krepelin y el austríaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis y estaba convencido de que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el ello y el superyó.

Barlow y Durand (2001) señala que la tradición psicológica permaneció por un tiempo, solo para resurgir en el siglo XX, en varias escuelas con enfoques y planeamientos muy diferentes, el primer método importante fue el psicoanálisis, basado en la elaborada teoría de Sigmund Freud en el año 1856 a1939 sobre la estructura de la mente y la función de los

procesos inconscientes en la determinación de la conducta, la segunda fue el conductismo, quienes se concentraron en la forma en que se influyen el aprendizaje y la adaptación en el desarrollo de la psicopatología.

Por último, se menciona a Arón Beck en 1970 identifica la triada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada (Hernández, 2007).

Según Sánchez (2014) a lo largo del siglo XX el término de depresión se divide en otros más específicos como obsesión, ansiedad.

En el siglo XX va profundizándose en la comprensión de los mecanismos fisiológicos, bioquímicos y farmacológicos relacionados con la depresión, uno de los grandes triunfos fue el desarrollo de la teoría de las monoaminas, según la cual la depresión está relacionada con déficits del neurotransmisor serotonina en los espacios sinápticos interneuronales (León, 2012).

En la actualidad, la depresión se ha definido en el plano académico y clínico, se cuenta ya con un buen conocimiento de su bioquímica o del mecanismo de acción de los fármacos que la combaten, existen métodos eficaces de diagnóstico y tratamiento racional basados en el método científico, hay dos tipos de tratamiento: el psicoterapéutico y el farmacológico que pueden utilizarse ambos tipos o solo uno de ellos, según los casos de depresión (León, 2012).

Durante la Edad Media, la medicina árabe que aparece a partir de la expansión del Islam en el siglo VII, se inspira en las obras de los griegos. Durante esta etapa se da origen en factores físicos, pero también apunta que puede estar motivada por el miedo y la ira. (Sánchez, 2014).

Mucho más tarde, durante el Renacimiento, André de Laurens, médico de la corte francesa en el siglo XVI, publica una obra muy importante, "Discurso sobre la conservación de la vista, las enfermedades melancólicas, los catarros y la vejez". El autor ha llegado a la

conclusión de que la bilis negra puede llevar al hombre a un estado espiritual que le hace propenso al estudio de la filosofía y la poesía.

Sánchez (2014) menciona que en el siglo XVII, el médico británico Thomas Willis se da cuenta de que la teoría de los cuatro humores se ha quedado desfasada. Llegará a la conclusión de que provocan esta dolencia diversos procesos químicos del cerebro. Entonces para que se empezara a estudiar en profundidad en los finales del siglo XIX y principios del XX. Quienes empezaron a abordar en la enfermedad fueron el alemán Emil Kraepelin y el austríaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis.

Freud estaba convencido de que esta dolencia estaba motivada por el contraste entre el "ello" (la naturaleza salvaje básica del ser humano) y el "superyó" (las reglas sociales). Por su parte, Kraepelin estableció una clasificación de la enfermedad, que podía ser simple, confusa, grave o fantástica, entre otras modalidades. Pensaba que tenía causas orgánicas vinculadas a elementos hereditarios.

En los 60 el estudioso americano Beck defiende que la depresión tiene su origen en problemas con el procesamiento de información mental. Cuando en los recuerdos absorbidos por el individuo predomina una visión negativa del mundo, puede aparecer la enfermedad. (Sánchez, 2014).

A lo largo del siglo XX el término "depresión" se divide en otros más específicos como "obsesión", "ansiedad", etc. Nació la biopsiquiatría, que estudia los mecanismos químicos y el funcionamiento de los neurotransmisores, como causantes de los trastornos del estado de ánimo.

En la actualidad, la depresión se ha definido en el plano académico y clínico, aunque existen lagunas, se cuenta ya con un buen conocimiento de su bioquímica o del mecanismo de acción de los fármacos que la combaten, existen métodos eficaces de diagnóstico y tratamiento racional basados en el método científico, hay dos tipos de tratamiento: el

psicoterapéutico y el farmacológico que pueden utilizarse ambos tipos o solo uno de ellos, según los casos de depresión (León, 2012).

3.1.2. Definiciones.

Beck (1979) la depresión en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el ser humano, esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas.

Seguidamente, la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Asimismo considera un síndrome depresivo denominado neurótico, situacional, reactivo o psicógeno caracterizado por rasgos neuróticos de personalidad (Estalovski, 2004).

Preston (2004) 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.

Por otro lado, la depresión es como un trastorno psíquico de tipo afectivo, intelectual y de conducta caracterizado por tristeza, pesimismo, irritabilidad, ideas de culpa, desesperanza, problemas de memoria y concentración (Trickett, 2009).

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que finaliza en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas), con frecuencia tiende a manifestarse en el curso de la vida, con aparición de varios episodios, adquiriendo un curso recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (MINSAL, 2006).

Según la OMS (2014) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, es decir la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

3.1.3. Factores de la depresión.

Lilly (2010) señala que actualmente se desconoce la causa última de los trastornos depresivos. Sin embargo, los conocimientos relativos a las alteraciones en la fisiología cerebral que se encuentran presentes en la depresión han ido en aumento de forma progresiva en las últimas décadas, en el siglo XX la investigación relativa a la etiopatogenia de esta enfermedad ha discurrido por caminos divergentes, orientándose hacia factores bien psicosociales, o bien factores biológicos, en la actualidad se piensa que tanto factores genéticos, biológicos, como psicosociales, pueden interaccionar entre sí para generar la enfermedad depresiva. por otro lado considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión y se toma en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguna de ellos estará en función del diagnóstico que, de acuerdo con el criterio sustentado se divide en tres cuadros depresivos; sicóticos, neuróticos y simples, la etiología de la depresión es multifactorial, aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos dividiremos las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales en los siguientes párrafos.

3.1.3.1. Factores biológicos.

El conocimiento de los sistemas de neurotransmisión cerebral en la mitad del siglo XX, así como el descubrimiento de los primeros fármacos antidepresivos permitió avanzar en el

conocimiento de la fisiopatología de la depresión, los dos neurotransmisores que, a la luz de los conocimientos actuales, se han implicado más en la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), el dato principal que ha sugerido la existencia de una alteración de la noradrenalina en la fisiopatología de la depresión es la aparición de una regulación a la baja de los receptores postsinápticos beta-adrenérgicos que se produce tras el tratamiento con antidepresivos y coincidente con la respuesta clínica a los mismos, la 5-HT ha sido objeto de los estudios de investigación más recientes, la disminución en los niveles en ellos parece poder precipitar la aparición de una depresión, la eficacia de los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) está suficientemente demostrada, otro neurotransmisor que según investigaciones recientes podría estar también involucrado en la fisiopatología de la depresión sería la dopamina (DA), todas aquellas situaciones en las que se produce una depleción de DA en el sistema nervioso central favorecen la aparición de un cuadro de depresión. Por último, hay que señalar que la existencia de una alteración en la arquitectura del sueño de los pacientes depresivos es una característica con un elevado grado de especificidad y sensibilidad en los pacientes depresivos de características endógenas (Lilly ,2010).

3.1.3.2. Factores genéticos.

Preston (2004) hace mención que diversos estudios tratan de exponer la implicación que tienen los factores genéticos en la depresión, así como el papel que juegan para explicar las diferencias de género en la incidencia del trastorno, estos se basan fundamentalmente en estudios de familias y gemelos con la enfermedad.

Según Gaviria (1991) existe suficiente información que sugiere la existencia de un factor genético en la etiología de los trastornos de afecto. Existe también acuerdo en que los trastornos unipolares y bipolares son genéticamente distintos y que los trastornos afectivos son genéticamente diferentes de la esquizofrenia (Perales, 1991).

Calderón (1984) atribuye como causa de la depresión al factor genético, y consideró que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento, señalando que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco, aun así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro, como que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no.

Para poder descartar la posible influencia del ambiente familiar como principal factor frente a la carga genética, se han realizado estudios con niños adoptados, a través de los que se ha podido concluir que los hijos biológicos de progenitores afectados tienen un riesgo mayor de sufrir depresión, aunque sean criados por familias no afectadas. Según Lilly (2010) menciona que en esta línea, los estudios con gemelos han puesto de manifiesto que existe una concordancia entre los gemelos monozigotos de aproximadamente el 50%, esta concordancia o aparición de la enfermedad depresiva en ambos hermanos desciende al 5-20% cuando se trata de gemelos dizigotos, lamentablemente no se ha podido establecer todavía el modelo de transmisión genética de la enfermedad depresiva, la búsqueda del gen o los genes causantes de la depresión ha sido por el momento infructuosa.

3.1.3.3. Factores hormonales.

Vásquez (2013) trata de explicar una de las teorías que tiene mayor incidencia de depresión en las mujeres es la referida al papel de las hormonas sexuales. Así mismo refiere algunos estudios epidemiológicos señalan que antes de la adolescencia la depresión es más frecuente en varones, otros que en esta etapa tanto las niñas como los niños tienen igual probabilidad de presentar trastornos depresivos, cuando ocurre la primera menstruación se

incrementa la depresión en mujeres superando los varones, esta inversión en la razón por sexos estaría determinada por el influjo hormonal propio de esta edad.

Para Jervis (2005) menciona que otras investigaciones no han encontrado relación directa entre el nivel hormonal y el estado de ánimo; parece ser que la relación existe cuando la adolescente está sometida a diversos factores ambientales; es decir el aumento de los estrógenos hace más vulnerable a la mujer a la acción estresante de los factores externos, las niñas y mujeres adolescentes están expuestas a mayor cantidad de estresores interpersonales que sus pares varones, pero además reaccionan con mayor sintomatología depresiva que ellos cuando se exponen a los mismos estresores, esta diferente expresión de la psicopatología evidencia una mayor vulnerabilidad en este grupo, que estaría relacionado con el aumento de estrógenos y progesterona en las mujeres durante la etapa adolescente.

Es conocido que las fluctuaciones hormonales son propias de las diferentes fases del ciclo menstrual; por lo que estas serían las responsables de las manifestaciones depresivas; precisamente los síntomas se presentan durante la semana previa al inicio del sangrado menstrual y generalmente mejoran al cabo de unos días después que comienza la menstruación, algunas mujeres son vulnerables a este cambio, sobre todo las que tienen antecedentes de trastornos del estado de ánimo.

Otra etapa del ciclo vital de la mujer donde aparece depresión es el postparto, en la que también ocurren cambios hormonales. Durante el embarazo el nivel de estrógenos y progesterona es elevado, después del alumbramiento ocurre una caída brusca en el tenor de estas hormonas. Aproximadamente 10 a 15% de las mujeres experimentan depresión en las primeras doce semanas después del nacimiento del bebé. Otros autores mencionan que la prevalencia se eleva hasta 30% de las mujeres afectadas por esta entidad.

Wissart et al. (2005) señala que estos cambios hormonales se observan también en las mujeres que hacen depresión durante el embarazo; por lo que existe coincidencia entre la

depresión pre y postparto y los cambios de las concentraciones de dichas hormonas tiroideas. Durante el periodo de la menopausia coincidiendo con el cese de la función ovárica y la consecuente deprivación estrogénica, ocurre un incremento en la incidencia y recurrencia de depresión.

Existen varios reportes sobre el efecto beneficioso de la terapia hormonal sustitutiva en las pacientes con depresión durante la perimenopausia. En un estudio realizado por Soares et al. (2001) en Brasil, 68% de las mujeres tratadas con 17 β -estradiol tuvo una remisión de la depresión; mientras en el grupo tratadas con placebos sólo 20% presentó mejoría según la escala de depresión utilizada; 58 sin embargo se cuestiona que estas hormonas tengan acción antidepressiva; el efecto beneficioso pudiera estar relacionado con el alivio que producen sobre los molestos síntomas somáticos, sobre todo los vasomotores que aparecen durante este periodo.

Algunos autores sugieren que los síntomas depresivos aumentan durante la transición a la menopausia y disminuyen en mujeres posmenopáusicas. Así mismo existen reportes de que las mujeres perimenopáusicas presentan un primer episodio depresivo en una proporción tres veces mayor que aquellas mujeres que no han llegado a esta etapa de la vida.

Otros estudios relacionan la testosterona con el estado de ánimo; niveles bajos de la misma se asocian con trastornos depresivos según Zarrouf y colaboradores. La sustitución hormonal puede incrementar el estado de ánimo positivo y disminuir el negativo, sobre todo en hombres con hipogonadismo.

A pesar de estas observaciones sería erróneo considerar que las fluctuaciones en la secreción estrogénica es la única responsable de la aparición del síndrome depresivo; estos solamente hacen a la persona más vulnerable al efecto de los estresores externos. En este sentido es necesario ver cada etapa con sus fuentes de estrés específicos, los que se añaden a la predisposición determinada por los factores biológicos (Preston, 2004).

En la perimenopausia los síntomas somáticos pueden constituir una fuente de estrés para la mujer, esta etapa es vivida por ellas como la evidencia del envejecimiento, se pierde la capacidad reproductiva y disminuye el deseo sexual, se frustran las expectativas y aparece desesperanza por las metas no resueltas; además son más frecuentes otras enfermedades como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares (Vásquez, 2013).

3.1.3.4. Factores psicológicos.

Según Jervis (2005) las causas psicológicas pueden intervenir como causa de cualquier tipo de depresión, sin embargo, son particularmente importantes en la depresión neurótica, como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinados rasgos de personalidad, es claro que el factor psicológico es determinante en la presencia de la neurosis, por ejemplo, la falta de confianza y de autonomía.

Freud (1942) consideró que los problemas psicológicos que son factores importantes en la depresión ya que derivan conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que esta es la etapa formativa en la cual el niño es susceptible de trastornos que se le pueden presentar, como el sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez, entre otros, que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta, que se agravarían con el tiempo, presentándose así como rasgos neuróticos característicos.

Por su lado Perales (1991) refirió que ciertos rasgos de personalidad predisponen al individuo a desarrollar trastornos afectivos, la personalidad subyacente modifica la forma clínica de presentación de los trastornos de afecto, las alteraciones de la personalidad evidencian la presencia de un trastorno subyacente del afecto, y que ciertos trastornos de la personalidad representan formas atenuadas de un trastorno afectivo.

3.1.3.5. Factores psicosociales.

Según Vásquez (2013) estos factores parecen afectar de manera diferente a las mujeres provocando una mayor vulnerabilidad; su efecto pudiera estar determinado porque ellas experimentan mayor cantidad de eventos vitales, porque sufren eventos de mayor impacto para la salud mental o porque sean más sensibles al efecto de dichos eventos, es decir la mujer se enfrenta a más factores psicosociales derivado de la doble jornada de trabajo centro laboral y el hogar, la existencia de prejuicios sociales que aún persisten y las afectan de manera específica, el estrés derivado del embarazo más aún si es no planificado, el parto, la crianza de los hijos, desventajas en la relación de pareja dependencia económica, obediencia al esposo, si ocurre un divorcio en la mayoría de las ocasiones le corresponde quedarse con los hijos, muchas veces sin sustento económico; es más frecuente la existencia de la madre soltera que el padre soltero, es con mayor frecuencia víctima de la infidelidad de pareja y lo tolera más, lo que en la mayoría de los casos perpetúa el sufrimiento.

Las mujeres sufren más violación a lo largo de la vida y con mayor frecuencia es la víctima en la violencia conyugal. Está bien documentada la relación entre maltrato hacia la mujer y depresión (Vásquez, 2013).

Piccinelli y Wilkinson (2000) señalan que los eventos vitales en la niñez son determinantes en la depresión adulta y pueden explicar las diferencias de género observadas en este trastorno; consideran que los factores genéticos y otros factores biológicos no tienen ningún efecto en estas diferencias. Se incluyen entre estos eventos los estereotipos sexuales, que son diferentes para ambos sexos y pueden influir en la vulnerabilidad depresiva para niños y niñas.

3.1.3.6. Factores ecológicos.

En consideración a las características contemporáneas, la humanidad alcanzó un alto grado de desarrollo científico y tecnológico, este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre

pero también tuvo consecuencias negativas, particularmente relacionadas con la contaminación ambiental, que se acentúa con el crecimiento demográfico, las características psicológicas del hombre no pueden permanecer al margen de este problema por lo tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en el que se desarrolla, dentro de estas causas se ha encontrado a la contaminación atmosférica y el ruido (Bustos, 1998).

3.1.3.7. Factores sociales.

Gaviria (1991) considera al hombre como un ser social, que es el elemento central del modelo social de la depresión, que enfatiza en la pérdida o amenaza de pérdida de lazos humanos como causante de la depresión.

En ese sentido, la consideración del hombre como un animal social, elemento central del modelo social de la depresión, es interesante en la medida que explica el problema como consecuencia de la pérdida o amenaza de pérdida de las relaciones con otras personas. La falta o la pérdida de un ser querido afecta significativamente al individuo, con manifestaciones físicas y psicológicas de angustia, preocupación y ansiedad (Bustos, 1998).

3.1.4. Sintomatología de la Depresión.

Según Trickett (2009) la depresión son aquellos cambios en los sentimientos del paciente o en la conducta, el abatimiento del humor, los sentimientos negativos así mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de las ataduras emocionales, aumento de ganas de llorar, pérdida de respuesta de alegría.

Por otro lado, según Oliván (2011) las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente, el primero está compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de sí mismo, de su experiencia y de su futuro, el segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse, el tercero se relaciona con el área de la toma de decisiones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso. Los depresivos se caracterizan por una ausencia de

motivación y por elegir la pasividad frente a la actividad, la manifestación extrema de este escapismo es el suicidio.

Entre los síntomas físicos y vegetativos se puede situar la pérdida o alteración del apetito, trastornos del sueño, pérdida del interés por el sexo y fatigabilidad, estreñimiento como malestar físico relacionado con dolores de cabeza, sequedad de boca (Preston, 2004).

Según Estalovski (2004) un trastorno como la depresión afecta el ánimo de manera radical y no como arranques emocionales que resultan de problemas particulares, los cuales generalmente, son de un tiempo mucho más corto, y se detalla en las siguientes palabras.

- Caída de ánimo.
- Pérdida de energía e interés.
- Sensación de enfermedad física o debilitamiento.
- Baja concentración.
- Apetito y sueños alterados
- Disminución de las funciones físicas y mentales.

Además Olivàn (2011) refiere que muchos problemas físicos como indigestión, dolores de cabeza, o periodos alterados, frecuentemente van de la mano, con la depresión, esto ocurren tan comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Pero es probable que sean los sentimientos de:

- Desesperanza.
- Desamparo.
- Culpa.
- Ansiedad.
- Tristeza.

Según Chinchillan (2008) todo lo anterior se podría resumir en los siguientes, síntomas que acompañan a la depresión:

- Trastornos del sueño.
- Astenia y fatiga o pérdida de energía.
- Anorexia.
- Alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad.
- Indecisión.
- Ideas o conductas obsesivas.
- Conducta negativa o claramente antisocial.
- Agresividad.
- Mismos síntomas que en la edad prepuberal.
- Hurtos.
- Consumo de alcohol o drogas.
- Deseos de marcharse de casa.
- Sentimiento de no ser comprendido.
- Malhumor e irritabilidad.
- Desgane para cooperar en actividades familiares.
- Tendencia a recluirse en la propia habitación.
- Desinterés por el aseo personal.
- Dificultades escolares.
- Retraimiento social con, especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas, trastorno de estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.

3.1.5. Diagnóstico de la depresión.

En la actualidad se considera la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos de acuerdo con los sistemas de clasificación más utilizados tanto en la clínica como en los

estudios de investigación en los últimos años. Estos son la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el DSM- IV-TR.

A continuación se detallan las principales características diagnosticas de cada uno de los sistemas de clasificación. Como podrá verse, presentan similitudes pero importantes diferencias.

3.1.6. Criterios de diagnóstico del CIE 10.

3.1.6.1. F32 Episodios depresivos.

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que surge incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de

ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

3.1.6.2. F32.0 Episodio depresivo leve.

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente en F32.

Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

3.1.6.3. F32.1 Episodio depresivo moderado.

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

3.1.6.4. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (Ver anexo, 12)

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

3.1.7 Teorías de la depresión.

Habiendo reconocido los diversos factores causales de la depresión, a continuación se observa a las diversas teorías que la estudian en consideración a la necesaria profundización de la información relacionada al tema dentro del marco teórico referencial según (Chinchillan, 2008).

3.1.7.1 Teorías antiguas.

Los científicos que se han ocupado del origen de la depresión, atribuían los trastornos del humor a fuerzas sobrenaturales, hipócrates refería que cuando los planetas se alineaban afectaba al bazo, el cual segregaba bilis negra lo que oscurecía el humor y causaba melancolía. A pesar de ello, muchos científicos antiguos ya hipotetizaban respecto de la influencia genética y el temperamento como factores de la etiología de la depresión (Sadek y Nemeroff, 2000).

3.1.7.2. Teorías biológicas.

Según Chappa (2003) en la década de los 60 en EEUU y Europa, los investigadores propusieron la amina biógenas de la depresión como hipótesis, es decir, la causa de la depresión se debía a la deficiencia de la catecolamina norepinefrina (NE), y/o la indolamina serotonina (5HT), lo que significaba que las alteraciones bioquímicas de los sistemas estaban genéticamente determinadas, restándole toda influencia a lo ambiental. Al poco tiempo queda demostrado que los tratamientos farmacológicos en esta línea no son efectivos en el 40% de los pacientes con depresión mayor y distimia.

3.1.7.3. Teoría Psicoanalítica.

Según Sadek y Nemeroff (2000) en la segunda mitad del siglo XX se da paso a la teoría psicoanalítica que enfatizó en el trauma vital temprano como factor esencial en el desarrollo de la psicopatología del adulto, aunque no descarta la disposición genética, le da más énfasis a la pérdida del objeto en el desarrollo de la depresión en el adulto.

Para Rivero (2007) la depresión tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, definido duelo como la reacción normal ante la pérdida real donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, provocando sentimientos de abatimiento y tristeza, esta teoría hizo un aporte a la depresión infantil al individualizar la pérdida del objeto amado como origen de la pena y la melancolía.

Según Chappa (2003) en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del yo, el autor plantea que la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yo tiene de su desvalidamiento, las personas con depresión manifiestan las siguientes características:

- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- El deseo de ser bueno y amable.

Desde esta perspectiva, la depresión en la adolescencia se manifiesta en fluctuaciones inestables del estado de ánimo y de dependencia, mostrando un grado notable de dependencia no resuelta que plantean a sus padres o cuidadores, considerando que es una etapa en la cual predominan los rasgos predípicos. Además, frecuentemente se desarrolla un vínculo de tipo dependiente y simbiótico con la madre, lo que hace difícil el proceso de diferenciación generando una lucha y relación hostil con la familia y autoridades externas (Chinchillan, 2008).

3.1.7.4. Teoría Cognitiva de Beck.

La teoría cognitiva de Beck (1979) se apoya en la hipótesis de cómo interpretamos las experiencias de la vida, asegura que las personas deprimidas tienen un pobre concepto de sí mismas, tienden a la autocrítica, a sentirse desgraciadas, a exagerar sus problemas y generalmente albergan ideas suicidas, y concluye que los sujetos que sufren depresión presentan un trastorno básicamente del pensamiento: malas interpretaciones sobre sí mismo, exageración de los errores, se centra en lo negativo de las experiencias y observa el futuro con total pesimismo. Por lo tanto, tienden a pensar en forma concreta más que abstracta, contemplan la vida como todo o nada, desarrollan una sensación de falta de decisión y de esperanza que potencian su estado emocional negativo.

Papalia y Wendkos (1996) refieren que la organización cognitiva sería un factor clave en la predisposición y desencadenamiento de la depresión, el cual se perpetúa mediante procesamiento distorsionado de la información, llevando a conclusiones falsas respecto de sí mismo, del entorno y de los síntomas. Sin embargo Beck (1979) precisa que la organización cognitiva no es un valor causal único, además considera factores genéticos, orgánicos y ambientales. Las construcciones negativas en base a distorsiones cognitivas serían el primer eslabón en la cadena sintomática, primando sobre otras áreas.

Finalmente el modelo cognitivo de Beck, postula tres conceptos centrales: la tríada cognitiva, esquemas y errores cognitivos. La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y experiencias de manera arbitraria y negativa. Los esquemas cognitivos son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad con que se interpreta un determinado conjunto de situaciones que regulan y anticipan la conducta, y orientan el procesamiento de información (Beck, 1979).

3.2. Violencia familiar

La violencia familiar es un término aplicado al maltrato físico y emocional de una persona por alguien que está en estrecha relación con la víctima, el término incluye en el hogar a veces llamada pareja, hombres o mujeres golpeadas, se puede constatar en cualquier país del mundo, sin importar el sexo ni todos los estratos raciales, étnicos, religiosos y socio-económicos, va asociada a un riesgo de depresión, angustia, abuso sustancias y comportamiento autodestructivo, incluido el suicidio, las víctimas a menudo se convierten en agresores o participan en relaciones violentas más tarde (Gilberti, 2007).

3.2.1. Definición.

Daley (1984) la familia es el núcleo de la sociedad y por ello resulta importante el estudio de la violencia familiar, no solo porque causa daños en la vida emocional y social de los integrantes de la familia, sino también por las repercusiones que esto causa hacia el exterior. Asimismo la familia es el lugar donde el hombre conoce los valores humanos, sociales, morales, culturales e incluso los religiosos, y con base en ellos aprende a relacionarse socialmente. “La violencia comienza en el hogar, un lugar donde se espera que todos sus miembros reciban cuidados, respeto, amor, con la reproducción de estereotipos culturales socialmente aprobados”. *Pág. 341*

Para Montserrat (2000) la violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir daño. Asimismo es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

La OMS (2002) señala que los maltratos tienen repercusiones en la salud y bienestar de las mujeres a corto y largo plazo, las secuelas persisten incluso mucho después de que la

relación de maltrato haya terminado. Por lo tanto, las mujeres maltratadas o que sufren de violencia familiar, y que fueron víctimas de abusos sexuales en la infancia presentan depresión, en general asociada a la ansiedad, de mayor o menor intensidad.

Para Quintela (2004) la violencia familiar no es sólo un problema social, sino que actualmente se ha convertido en un problema de salud. Según la ley 1674 que en su artículo 4 define la violencia como la agresión física, psicológica o sexual cometida por el conyugue o conviviente, los ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, los tutores, curadores o encargados de la custodia.

La violencia familiar es la acción u omisión intencional que ponga en peligro o afecte su integridad física, psicológica o sexual, que se ejerce en contra de algún miembro de la familia, por otro integrante de la misma, independientemente de que pudiere constituir delito (Ortega, 2005).

Para Oblitas (2006) la violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas.

Sin embargo, en la ficha de tamizaje, refiere que la violencia basada en género (VBG) es uno de un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y niñas una posición subordinada respecto de los varones. La VBG afecta por lo menos a la tercera parte de las mujeres en el mundo sus consecuencias en nuestra región son devastadoras a tal punto que se ha constituido en uno de los problemas más graves que enfrentan los países de América Latina y el Caribe implicando la ruptura de libertades y derechos en origen de otras problemáticas sociales. Asimismo la violencia basada en género

en el Perú tiene una prevalencia preocupante. El 43% de mujeres unidas que viven en el área urbana y el 38% que viven en el área rural ha sufrido violencia por parte de su conyugue, según datos preliminares de la ENDES continua 2004 -2005 (Resolución Ministerial, 2007).

Ministerio de Salud, Resolución Ministerial. Resolución Legislativa N° 26583. Lima, 13 de febrero del 2007.

Finalmente, Fourré (2008) refiere que una mujer que ha sido víctima de abuso lleva dentro de sí misma una carga muy pesada de ira contenida sin poder canalizarla, toda esa furia la mantiene en su interior y la transforma en sentimiento de amargura y depresión.

3.2.2. Ciclo de la violencia familiar.

Según Herrera (2000) para conocer la dinámica de la violencia familiar es necesario considerar su carácter cíclico, establecido inicialmente para la violencia conyugal pero aplicable a todo el fenómeno en su conjunto. Comprende tres fases:

Primera fase: acumulación de tensiones, en esta fase se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a errores permanentes en la relación de pareja o de padres e hijos con un incremento constante de la cantidad de hostilidad, el agresor padre, madre o pareja, hijo ignora la presencia, no presta atención a lo que dice la otra persona, se ríe de sus opiniones o de sus iniciativas, la compara con otras personas, critica ácidamente. Es decir esta se caracteriza por la agresión psicológica.

Segunda fase: episodio agudo, se presenta la violencia verbal, reforzando la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la víctima, la ofende criticando su cuerpo y sus acciones. Le pone sobrenombres, comienza amenazarlo con la agresión física, con el homicidio o con su suicidio, va creando un clima de miedo constante y va acusándola de tener la culpa de todo lo malo que ocurre en la casa, así mismo acompaña a todo esto la violencia física, que deja paralizada y confundida a la agredida o, ésta puede durar horas, días y en algunos casos puede terminar en homicidio o suicidio.

Tercera fase: luna de miel o reconciliación, en esta etapa se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del agresor, sucediendo un pedido de disculpas, dice sentirse avergonzado y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir. A pesar de pedir disculpas se sigue culpando a la víctima, en esta etapa la agredida ,piensa que va ganando la batalla y tiene esperanza que su pareja va cambiar, sin embargo, al poco tiempo volverá a recomenzar el ciclo de la violencia.

3.2.3. Tipos de violencia familiar.

3.2.3.1. Violencia física.

Es toda acción en que un miembro de la familia infringe daño provocado a otro, con empleo de la fuerza física (patadas, puñetes, cachetadas, jalones de pelo, mordeduras, otros) con algún tipo de objeto, arma o sustancia que puede causar, o no, lesiones externas internas o ambas (Herrera, 2000).

3.2.3.2. Violencia psicológica.

Según Herrera (2000) es toda acción u omisión realizada por un miembro de la familia, que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de otro miembro, en una gama de situaciones como los insultos constantes, negligencia, humillación, no reconocer aciertos, chantaje, degradación, aislamiento de amigos y familiares, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, entre otros.

3.2.3.3. Violencia sexual.

Es toda acción en que un miembro de la familia u otra persona (abuso infantil) que por medio de la fuerza física, la intimidación o la coerción psicológica obliga a otro miembro a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o sin conciencia del acto en el que será

envuelto, participando en una variedad de situaciones que van desde las relaciones emocionales sexualizadas, caricias no deseadas, acoso, abuso sexual infantil en todas sus variantes (tocamientos, manoseos, exhibición de genitales, observaciones cuando se cambia de ropa o está en la ducha), incesto, exposición a niños o adolescentes a pornografía, en algunos casos hasta la penetración oral, anal o vaginal, etc (Herrera, 2000).

3.2.3.4. Abandono o Negligencia.

Es toda acción u omisión de uno o más miembros de la familia que impide la satisfacción de las necesidades básicas (biológicas, emocionales y sociales) de otro integrante de la familia en forma oportuna y adecuada (pudiendo hacerlo). Se presenta, por lo general, en caso de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados. A ellos se les observa sin protección, alimentación, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica, afecto, control y supervisión de sus tareas o en estado total de abandono (Herrera, 2000).

3.2.4. Características de la violencia familiar.

Según Riquer (1996) la violencia familiar tiene las siguientes características:

La violencia es, en general todo lo que no respeta a la humanidad de otra persona, a sí mismo y de la naturaleza, al ejercer violencia sobre alguien se está comprometiendo su seguridad física y emocional, se atenta contra sus derechos humanos, ejerce el poder porque se sustenta en sistemas asimétricos que reproducen dominación, autoritarismo, marginación, discriminación, etc. Los actos de injusticia generan violencia que conduce a relaciones interpersonales y sociales desiguales, antisolidarias e injustas.

La violencia social adquiere dos formas, una por la finalidad perseguida y otra por los procedimientos utilizados en la acción violenta.

Por otro lado para Corsi (1995) define las características de la violencia contra las mujeres en distintas etapas:

3.2.4.1. Violencia de Género.

Esta denominación de violencia de género hay que tener en cuenta el carácter social de los rasgos atribuidos a hombres y mujeres. Se utiliza el concepto de *género* para identificar las diferencias sociales y culturales que se producen entre los hombres y las mujeres, distinguiéndolo del concepto de *sexo*, con el que se refiere a las diferencias biológicas que hay entre ambos. La mayoría de los rasgos de lo femenino y lo masculino son construcciones culturales, son producto de la sociedad, no derivados necesariamente de la naturaleza. Asimismo, la violencia de género se ha dado un paso hacia el reconocimiento de la violencia contra las mujeres. Se denomina así por ser aquella violencia ejercida por los hombres contra las mujeres, en la que el género del agresor y de la víctima va íntimamente unido a la explicación de dicha violencia. Por otro lado, es aquella que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo. (Corsi, 1995).

3.2.4.2. Rasgo social a la vez un fenómeno individual.

Según, Corsi (1995) la violencia se deriva de la desigualdad entre hombres y mujeres y se hace necesaria para mantener a las mujeres en situación de inferioridad. La violencia ejercida en la víctima, reduce la participación en todos los aspectos de la vida social porque crea miedo e inhibe sus capacidades. Asimismo, trastorna la vida de las mujeres en múltiples campos; socava la confianza de las mujeres en sí misma y reduce su autoestima tanto física como psicológicamente; destruye su salud y niega sus derechos como ser humano.

No obstante, que la violencia no solo se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tienen rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. Estas características

estructurales son las que producen que muchos individuos ejerzan la violencia contra las mujeres y, lo que es más significativo, las que permiten que la sociedad la tolere. No es posible entender el origen de la violencia y su mantenimiento durante siglos si la cultura dominante en una sociedad estuviera en contra de la misma. (Riquer, 1996).

3.2.4.3. Se deriva de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres.

La violencia está estrechamente relacionada con la desigualdad de género. Asimismo es el resultado de la idea de superioridad masculina y de los valores que se reflejan en el *código patriarcal*; es una representación de la masculinidad a través del dominio sobre la mujer. La idea de jerarquía sexual y la identificación de la virilidad con la superioridad masculina sobre las mujeres, lo que en el ámbito popular se ha llamado machismo, están intrínsecamente unida a la idea de que es legítimo imponer la autoridad sobre la mujer, incluso mediante la violencia. Es decir, a mayor de desigualdad en el reparto de funciones y de responsabilidades y a mayor desequilibrio en cuanto a participación en la toma de decisiones entre los géneros, mayor es el poder que se ejerce sobre las mujeres y mayor es el riesgo potencial que estas tienen de sufrir violencia. (Riquer, 1996).

3.2.4.4. Tiene un carácter instrumental.

Corsi (1995) la violencia de género no es un fin en sí mismo, sino un instrumento de dominación y control social. Y se utiliza como mecanismo de mantener el poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino. Es decir se acompaña de mecanismos psicológicos de manipulación, como son el evitar que se pongan de manifiesto los intereses contrapuestos y evitar en lo posible la manifestación del conflicto. La manipulación y el mantenimiento de una cultura que silencia la participación de las mujeres forman parte del cuadro general del patriarcado.

3.2.4.5. Afecta a todas las mujeres.

La violencia no se reparte equitativamente entre todas las mujeres, sino que índice de manera desigual entre ellas, y es una amenaza que existe para todas las mujeres y cada nuevo episodio atemoriza colectivamente al grupo de las víctimas y refuerza la superioridad de los hombres. Es decir que la violencia contra las mujeres influye en toda la población, y empuja al resto de las mujeres a tolerar conductas masculinas que no tolerarían si no tuvieran miedo de los hombres. (Corsi, 1995).

3.2.5 Causas de violencia familiar.

La violencia familiar puede ser originada por varios factores, según Herrera (2000) existen 4 tipos de causas: las físeo-biológicas, las psicológicas, las psicosociales y las socioculturales.

3.2.5.1. Causas fisio-biológicas.

Se encuentra el hambre y el sexo, el hambre pasó de ser un simple reflejo a convertirse en un fenómeno social y su satisfacción es uno de los problemas más alarmante del país. Es así que la mujer al ver la incapacidad del hombre por alimentar a la familia comienza a hacer reclamos constantes, esto comienza a dañar la armonía de la familia desencadenando esto en peleas verbales y maltratos físicos entre los padres y de los padres hacia sus hijos. El otro factor biológico es el sexo. Aquí la violencia en el hogar puede ser desencadenada por la negación por parte de la mujer a tener relaciones sexuales con su marido, el sexo puede ser utilizado como una forma para lograr ciertos fines o como una forma de venganza de la mujer por alguna conducta ofensiva del hombre. La restricción sexual por parte de la mujer hacia el hombre puede generar que este trate de someterla a la fuerza o que el hombre suspenda sus deberes como padre.

3.2.5.2. Causas psicológicas.

Dentro de estas se encuentran los celos. Este es un comportamiento posesivo que manifiesta un ser humano por el otro, los celos pueden ser del hombre hacia la mujer y viceversa, o de los padres hacia los hijos, lo más común es que los celos sean manifestados por el hombre como consecuencia del machismo que presenta la sociedad, el hombre impone su autoridad limitando algunos derechos y libertades de la mujer rompiendo esto la igualdad familiar. Otro factor que se encuentra dentro de estas causas es la drogadicción, está representada más que todo por el consumo de alcohol por parte del padre, cuando este consume se presentan una serie de transformaciones en la personalidad y de comportamiento violentos, estos van a afectar directamente a su pareja y a sus hijos, el conflicto también puede ser generado cuando uno de los hijos cae en las drogas, y el padre por lo común responsabiliza a la madre por el comportamiento de su hijo. Son muy pocos los casos en que la madre es la alcohólica, esto se presenta más en las madres cabeza de familia; por último se encuentra la inmadurez psicológica o emocional la cual se evidencia cuando las personas contraen matrimonio a muy corta edad, impidiendo que la persona se desarrolle física y psicológicamente, creando así una baja capacidad de auto control, un bajo nivel de tolerancia y la evasión de las responsabilidades las cuales son desencadenantes de los conflictos de la familia.

3.2.5.3. Causas psicosociales.

Se encuentra la deficiencia de comunicación interpersonal y la falta de tolerancia en la familia. El primero de ellos plantea como, dentro de las familias no se presentan buenos canales de comunicación entre los padres, y de estos a los hijos lo cual genera que no se tengan buenas estrategias de solución de problemas debido a que la comunicación se basa más en los canales emocional y conductual, y muy pocas veces emplean el canal cognitivo. Otro factor que afecta es que en la mayoría de familias las personas no saben decir las cosas,

no saben hacer peticiones, ni hacer solicitudes, por lo cual manejan un lenguaje agresivo y acusatorio esto da pie a que generen peleas y se pase de la violencia verbal a la violencia física. En cuanto a la falta de tolerancia las personas no entienden que cuando se convive con otra persona se debe comprender y tolerar su comportamiento en las diferentes circunstancias en que se encuentre ya sean conflictivas o no.

3.2.5.4. Causas a nivel sociocultural.

Abarca en una primera instancia las diferencias sociales y culturales, sociales es cuando se unen dos personas de diferente clase social y, por ejemplo cuando la mujer de la relación es de menor clase social esto puede generar conductas de sumisión y de baja autoestima y sufrir de un sistema patriarcal, y cuando el hombre pertenece a una clase más baja esto le genera sentimientos de inferioridad. Estas dos condiciones no dejan que se desarrolle armónicamente el ambiente familiar. Por el lado de la cultura, los problemas se presentan cuando no se aceptan las costumbres de la otra persona, la imposición de las costumbres es una clara forma de violencia (Herrera, 2000).

3.2.6. Consecuencias de la violencia familiar.

La violencia aumenta el riesgo de mala salud, sus efectos negativos son sistemáticos y difíciles de evaluar por la insuficiencia de registros.

3.2.6.1. Consecuencias físicas.

Quintero (2004) refiere que las causas físicas son las discapacidades crónicas, lesiones graves, embarazos distócicos, bajo peso al nacer, infecciones, anemia, los niños son víctimas directas de la agresión física por defender a sus padres. Los embarazos no deseados y a temprana edad están asociados a la victimización y da como resultado lactantes prematuros, pequeños para su edad gestacional o abortos con consecuencias mortales, también se

consideran las enfermedades de transmisión sexual y la vulnerabilidad a enfermedades como infecciones urinaria, síndrome del intestino irritable, sistema inmunológico reducido. Finalmente, el homicidio.

3.2.6.2. Consecuencias psicológicas.

Los problemas psicológicos prevalentes identificados son el trastorno de estrés post-traumático, la depresión y los trastornos de ansiedad (Walker, 1991).

Para Valdéz (2009) en los niños maltratados, los efectos producidos se pueden expresar como afecto aplanado, incapacidad para experimentar placer, desorganización, hipervigilancia, inseguridad, temor y desconfianza a los adultos, bajo rendimiento escolar, problemas en su interrelación social, agresividad hacia los niños y adultos, baja autoestima incapacidad para enfrentarse y dominar las situaciones críticas que se le presentan. Por otro lado, los niños testigos de la violencia entre sus padres, especialmente de la madre tienen cinco veces más probabilidades de aceptar la violencia como parte normal del matrimonio y los varones más probabilidades de ser violentos (Ellsberg, 1996).

3.2.6.3. Consecuencias sociales.

Considerando sólo los costos en salud para tratar lesiones físicas, psicológicas. Las investigaciones hasta ahora indican que los costos de personas en situación de violencia se incrementan en dos veces y media (Regina y Gonzales, 2009).

En caso de los niños se presenta la explotación laboral infantil y del adolescente, explotación sexual infantil y del adolescente, conductas antisociales y delincuenciales en niños y adolescentes y la expulsión de los colegios.

3.2.7. Modelos teóricos que explican la violencia familiar.

Como fines de la investigación se darán a conocer algunos modelos teóricos que explicarían la variable de estudio.

3.2.7.1. Modelo psiquiátrico o individual.

Según Gutiérrez (1994) el enfoque psiquiátrico entiende que las causas de la violencia están ligadas a la persona del sujeto agresor, existiendo la conducta agresiva una conducta patológica de una persona psíquicamente perturbada, este enfoque supone que no existirán determinantes externos en el proceder agresivo o violento, sino más bien su facilitación. En este sentido, no contempla los aspectos culturales, sociales o económicos y analiza la violencia como una problemática individual.

El Centro Municipal de la Mujer (1997) aporta que la deficiencia principal de este modelo es su rigidez e inconsistencia ya que no explica la mayoría de las situaciones de violencia y avalaría además, el mito de que la víctima provoca la situación.

Este criterio también ha sido criticado por pretender ocultar la verdadera magnitud del problema ya que, al presentar al maltrato como la consecuencia de una anormalidad psicológica éste, por lo tanto, afectaría únicamente a una íntima minoría (Lau, 1979).

3.2.7.2. Modelo Psico-social.

Según Linares (2006) este tipo de modelo se basa en el análisis de variables personales y de algunos factores sociales como determinantes de ciertas conductas agresivas. Asimismo, relaciona la violencia que las personas han sufrido en sus familias de origen con la violencia que luego sufren y actúan en sus relaciones de pareja. Este análisis parte de considerar que los modelos agresivos observados son luego repetidos ya que se trata de aprendizajes por imitación y por el resultado. Es decir que la agresión constituye, para esta postura, un medio por el cual el agresor quiere obtener ciertos resultados.

En este sentido, el modelo incluye diversos esquemas teóricos:

La agresión es el resultado de cierta interacción entre los cónyuges que, tratándose de formas de comunicación, conducen a los estallidos de violencia. De esta manera el maltrato asume el carácter de síntoma de una dinámica distorsionada.

La relación estrecha entre la violencia que los protagonistas vivieron durante la infancia y la sufrida en la relación conyugal. Con éstos alcances si un individuo aprende que la violencia constituye un comportamiento apropiado frente a la frustración o a la irritación, la agresión se convertirá en el modo de adaptación al estrés.

3.2.7.3. Modelo sociocultural.

Para esta teoría la violencia es el resultado de las dinámicas y estructuras de la sociedad global, que se constituyen por desigualdades en las relaciones socioculturales, tomando como variables socioeconómicas, la distribución del poder dentro de la sociedad y la familia, la violencia política e institucional (Corsi 1990).

Por otro lado, Rivero (2002) deduce que la violencia en el ámbito familiar no puede ser adecuadamente comprendida a menos que se tengan en cuenta las diferentes variables de la estructura social, los roles y expectativas sociales, partiendo de la premisa de que la violencia de la sociedad es un presupuesto de la acaecida en el ámbito doméstico.

3.2.7.4. Modelo ecológico.

Para Corsi (1997) este modelo está integrado por diferentes niveles de análisis a fin de explicar la violencia doméstica, los cuales son:

Nivel del macrosistema: tiene en cuenta el contexto más amplio de organización social, sistema de creencias, formas de vida, concepciones culturales, sistema económico, político, etc.

Nivel del exosistema: es el segundo nivel y se integra por la comunidad más próxima, compuesta por las instituciones intermedias (la escuela, la comisaría, las asociaciones barriales, el cura o pastor, las instituciones recreativas, etc.) que actúan como mediadoras entre el nivel de la cultura y el individuo.

Nivel del microsistema: toma en cuenta elementos estructurales de la familia, los patrones de interacción familiar y las historias personales de sus miembros ya que, generalmente en las familias violentas, se estructuran de forma autoritaria y la distribución del poder se ordena a través de estereotipos culturales.

Nivel individual: en éste nivel se tiene en cuenta cuatro dimensiones psicológicas que son interdependientes, las cuales describiremos brevemente:

Dimensión cognitiva: comprende las estructuras y los esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.

Dimensión conductual: abarca el repertorio de comportamientos a partir de los cuales una persona se relaciona con el mundo.

Dimensión psicodinámica: hace referencia a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad, desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente.

Dimensión interaccional: alude a pautas de relación y comunicación interpersonal.

Sin embargo, Corsi (1997) habiendo estudiado muy brevemente las diferentes teorías y niveles, enfoques, ideologías o paradigmas se asume frente a la problemática de la violencia que ocupa, a este trabajo de investigación donde se ve que en la actualidad ninguno de los modelos teóricos descriptos puede dar cuenta y comprender de todas las dimensiones del fenómeno de la violencia dentro del ámbito familiar.

Esto se debe, entre otras cosas, a la complejidad de la temática en sí misma, a la multicausalidad de los factores que la producen culturales, históricos, sociales, individuales, vinculares y económicos, al impacto que la práctica produce en los equipos interdisciplinarios que abordan la temática, a las transformaciones continuas de la demanda y las características de la sociedad actual que se observan a partir de cambios socioeconómicos, mayor tratamiento de la temática en medios de difusión, incremento de los servicios de atención específica y modificaciones en el imaginario social, sin perjuicio de las dificultades que encontramos a la hora de indagar la etiología de la violencia en la familia, se considera que no deben menospreciarse los grandes avances alcanzados en las últimas décadas ya que a través de éstos últimos se han superado varios de los muchos escollos que presenta esta problemática social (Corsi, 1997).

4. Definición de términos

Definiciones de términos de: conflicto, agresión, violencia, depresión y familia.

4.1. Conflicto

Para Quintero (2004) es la expresión de la diferencia de deseos, de interés y valores existentes entre las personas que participan de una relación interpersonal. Los conflictos interpersonales suelen manifestarse en situaciones de confrontación, de competencia, de queja, de lucha y de disputa, su resolución a favor de una o de otra persona depende de factores como la autoridad, el poder, la aptitud, la capacidad, la habilidad, la negociación.

La familia, en tanto grupo humano, es un medio especialmente propicio para la existencia de conflicto, dada las distintas etapas evolutivas por las que atraviesa, en todas las familias se presentan sentimientos de aceptación y rechazo. Su interacción se mueve entre la armonía y el conflicto, sus miembros tienen intereses y necesidades emocionales, sociales y económicas opuestas, las que pueden ser controladas, manejadas o resueltas por medios violentos o no.

Por lo tanto, las diferencias de opinión, las peleas, las discusiones, los enojos no necesariamente conducen a situaciones de violencia (Martínez, 2006).

Según Galindo (2010) aquellas familias que hacen uso del golpe o el insulto para resolver sus diferencias han fracasado en sus intentos de diálogo respetuoso y en la formulación de alternativas para lograr el mutuo acuerdo. En estas circunstancias, uno o más miembros ejercen la fuerza física y psíquica sobre otros para lograr sus intereses, obtener sus beneficios y alcanzar sus expectativas.

4.2. Agresión

Según Korand (2005) es un fenómeno universal y existe controversia con respecto a su origen. Se habla de su carácter endógeno, de orientación biológica que sostiene que el comportamiento agresivo puede estar por lo menos en parte, relacionado a mecanismos biológicos instintivos que servirían para la supervivencia del individuo y la conservación de la especie y estaría regulada por mecanismos inhibitorios que en condiciones normales impiden matar o agredir a los congéneres. Asimismo toda conducta agresiva cumple el principio de la direccionalidad y el principio de la intencionalidad, es decir, la intención del causar daño a un objeto o persona específica.

4.3. 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 (2000) 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.

4.4. Depresión

La depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Asimismo considera un síndrome depresivo denominado neurótico, situacional, reactivo o psicógeno caracterizado por rasgos neuróticos de personalidad (Estalovski, 2004).

CAPÍTULO III

Materiales y Métodos

1. Método de la investigación

1.1 Tipo y diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, porque pretendió observar fenómenos tal como se presenta en su contexto natural, sin intentar manipular alguna variable con el propósito de observar los efectos de ambas. Asimismo fue de corte transversal, porque se recolectaron los datos en un tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Finalmente el alcance de la investigación fue correlacional, ya que se compara las variables para luego explorar las relaciones existentes entre depresión y violencia familiar en paciente mujeres de un Hospital de Lima este, 2014 (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2. Hipótesis de la investigación

2.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

2.2 Hipótesis específicos

Existe relación significativa entre depresión y violencia física en pacientes mujeres de un hospital Lima Este, 2014.

Existe relación entre depresión y la violencia psicológica en pacientes mujeres de un hospital Lima Este, 2014.

Existe relación significativa entre depresión y violencia sexual en pacientes mujeres de un hospital Lima Este, 2014.

3. Variables de la investigación

3.1 Identificación de variables

El presente estudio se propone investigar las variables como se muestra a continuación.

3.1.1 Depresión.

Beck (1983) “la depresión, no como un trastorno afectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son simples manifestaciones secundarias, consecuencias de ese modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella” (P.37).

3.1.2 Violencia familiar.

La violencia familiar es la acción u omisión intencional que pone en peligro y afecta su integridad física, psicológica o sexual, que se ejerce en contra de algún miembro de la familia, por otro integrante de la misma, independientemente de que pudiere constituir delito (Ortega, 2005).

A continuación se presenta las dimensiones de la violencia familiar (psicológico, físico y sexual).

En cuanto a la violencia física, es toda acción en que un miembro de la familia infringe daño provocado a otro, con empleo de la fuerza física (patadas, puñetes, cachetadas, jalones de pelo, mordeduras, otros) con algún tipo de objeto, arma o sustancia que puede causar, o no, lesiones externas internas o ambas (Herrera, 2000).

Por otro lado, la violencia psicológica, Herrera (2000) refiere que es toda acción u omisión realizada por un miembro de la familia, que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de otro miembro, en una gama de situaciones como los insultos constantes, negligencia, humillación, no reconocer aciertos, chantaje, degradación, aislamiento de amigos y familiares, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, entre otros.

Seguidamente, la violencia sexual, es toda acción en que un miembro de la familia u otra persona (abuso infantil) que por medio de la fuerza física, la intimidación o la coerción psicológica obliga a otro miembro a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o sin conciencia del acto en el que será involucrado, participando en una variedad de situaciones que van desde las relaciones emocionales sexualizadas, caricias no deseadas, acoso, abuso sexual infantil en todas sus variantes (tocamientos, manoseos, exhibición de genitales, observaciones cuando se cambia de ropa o está en la ducha), incesto, exposición a niños o adolescentes a pornografía, en algunos casos hasta la penetración oral o vaginal, etc. (Herrera, 2000).

3.2 Operacionalización de variables

A continuación se presenta la operacionalización de las variables de la depresión y la violencia familiar.

Variable	Instrumentos	Dimensiones
Depresión	Inventario de Beck Para Evaluar Depresión.	Tristeza Pesimismo Sensación de fracaso Insatisfacción Culpa Expectativa de castigo Autodesprecio Autoacusación Idea suicidas Episodios de llanto Irritabilidad Retirada social Indecisión Cambios en la imagen corporal Enlentecimiento Insomnio Fatigabilidad Pérdida de apetito Pérdida de peso Preocupaciones somáticas Bajo nivel de energía
Violencia Familiar	Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar.	Psicológico. Físicos. Sexuales.

4. Delimitación geográfica temporal

La presente investigación se realizó en el Hospital “José Agurto Tello de Chosica” comenzando en el mes de marzo del presente año y se entendió hasta finales de febrero del 2015, en del departamento de Lima.

5. Participantes

Para la selección de los participantes del estudio, se ejecutó en base al tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia del investigador. En la que la elección de los elementos de estudio no dependieron de la probabilidad sino de las características de la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La muestra estuvo compuesta por pacientes mujeres, entre las edades de 18 hasta los 55 años de edad, el estado civil fueron variadas entre; solteras, convivientes, separadas, casadas o divorciadas, lugar de procedencia, costa, sierra o selva, con hijos o sin hijos. Para el criterio de selección las pacientes fueron, mujeres violentadas que asisten al servicio de psicología del Hospital “José Agurto Tello de Chosica”, derivados por la Fiscalía de la Nación.

5.1. Criterios de inclusión y exclusión.

5.1.1. Criterios de inclusión.

- Género femenino
- Mujeres entre 18 hasta los 55 años de edad.
- Casadas, divorciadas, separadas, convivientes y solteras.
- Con hijos y sin hijos.
- Lugar de procedencia: costa, sierra y selva.
- Grado de instrucción, primaria, secundaria, técnica o superior.

5.1.2. Criterios de exclusión.

- Menores de 18 años y mayores a 58 años de edad.
- Mujeres extranjeras.

5.2. Características de la muestra.

A continuación se presentan las características de la muestra en cuanto, a la edad, estado civil, años de casadas o convivientes, con o sin hijos y región de procedencia y grado de instrucción:

Mendez (2013) clasifica al desarrollo humano por categorías: desde la niñez hasta la edad de adulto mayor. Sin embargo para este estudio solo se utiliza dentro del rango de edad que necesitamos para catalogar a nuestra muestra de población.

Desde los 15- 24 años: están dentro de la edad de la Juventud.

Desde los 25- 60 años: se ubican dentro de la Adulthood.

5.2.1. Características de la muestra.

Tabla 1

Descripción sociodemográficas en pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este, 2014.

Edad	n	%
Juventud	8	11.0
Adultez	65	89.0
Total	73	100.0
Sexo	n	%
Femenino	73	100.0
Estado Civil	n	%
Soltera	11	15.1
Casada	19	26.0
Conviviente	36	49.3
Divorciada	2	2.7
Separada	5	6.8
Total	73	100.0
Grado de Instrucción	n	%
Primaria	15	20.5
Secundaria	24	32.9
Técnica	18	24.7
Superior	16	21.9
Total	73	100.0
Ocupación	n	%
Estudiante	6	8.2
Ama de Casa	27	37.0
Con Trabajo	38	52.1
Sin Trabajo	2	2.7
Total	73	100.0
Lugar de Procedencia	n	%
Costa	35	47.9
Sierra	17	23.3
Selva	21	28.8
Total	73	100.0
Hijos	n	%
Sí	64	87.7
No	9	12.3
Total	73	100.0

En tabla 1 se observa que el 89.0 % de las pacientes son personas adultas y el 11.0% se ubican dentro de la edad de juventud. Seguidamente se aprecia que el 100% de las pacientes son de género femenino. Asimismo se puede observar que el 49.3% de las participantes son convivientes, el 26.0% de las pacientes son casadas y el 15.1% de las pacientes son solteras. También se resalta que el 32.9% de las participantes tienen el grado de estudio de secundaria, y el 24.7% de las pacientes tienen el nivel de estudio de técnica. Por otro lado, el 52.1% de las pacientes tienen de alguna u otra manera un trabajo y el 37.0% de las pacientes solo son amas de casa. En seguida, el 47.9% de las pacientes provienen de la costa, el 28.8% de las pacientes provienen de la selva y el 23.3 % de las pacientes provienen de la región sierra. Y para finalizar se observa que el 87.7% de las participantes sí tienen hijos y el 12.3% de las pacientes no tienen hijos.

5.2.2. Características de las mujeres violentadas.

Tabla 2

Descripción de las características de las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este 2014.

¿Quién es el agresor?	n	%
Esposo	23	31.5
Ex esposo	4	5.5
Conviviente	23	31.5
Ex conviviente	6	8.2
Pareja	13	17.8
Tío	1	1.4
Hermano	3	4.1
Total	73	100.0
¿Desde cuándo?	n	%
0 - 5 años	46	63.0
6 - 10 años	23	31.5
11 - 15 años	4	5.5
Total	73	100.0

En tabla 2 se aprecia que el 31.5% (23) de las pacientes llevan una relación marital con el agresor. Por otro lado, el 31.5% (23) de las pacientes llevan una relación de convivencia. Asimismo el 17.8% (13) de las participantes tienen pareja.

En la tabla se puede apreciar que el 63.0% (46) de las pacientes vienen siendo maltratadas entre los 0 a 5 años atrás y el 31.5% (23) son maltratadas desde hace 6 a 10 años.

6. Técnica e instrumentos de recolección de dato

6.1 Instrumento

En el presente estudio, la recolección de la información, se hizo a través del inventario de Beck para la depresión y la ficha de tamizaje restringido o cerrado como instrumental de investigación científica. El cuestionario consiste en el uso de dos instrumentos estandarizados tales como: El inventario de Beck para evaluar depresión (1967) y la Ficha de Tamizaje para posibles casos con violencia familiar. Validado para Perú (Resolución Ministerial, 2007).

A continuación se describe los instrumentos a utilizar:

6.1.1 Inventario de Beck para evaluar depresión.

Ficha Técnica del Inventario de Beck para evaluar depresión.

Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Nombre del test en su versión original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown

Fecha de publicación del test original: 1996.

Área general de la variable que pretende medir el test: Escalas Clínicas

Área de aplicación: Psicología clínica, forense y Neuropsicología

Breve descripción de la variable que pretende medir el test

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Áreas de aplicación: Psicología clínica, Neuropsicología y Psicología forense.

Formato de los ítems: Tipo Likert

En las instrucciones de la versión original del BDI-II se solicita a la persona evaluada que “si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto” y se le pide a la persona evaluada que “si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también”, dejando que la elección de la alternativa con el número más alto descansara en el evaluador, no en la persona evaluada. Sin embargo, para poder comparar los resultados que se obtengan en la adaptación española BDI-II con los obtenidos internacionalmente, se han mantenido las instrucciones de la versión original en inglés del BDI-II (en las que se sugiere elegir solo una categoría).

Procedimiento de corrección: Manual

Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas:

El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

6.1.2 Validación del instrumento de medición a través de juicio de expertos.

El Inventario de Beck para evaluar depresión, instrumento que mide el estado de ánimo, con este se detecta la presencia de la depresión y se mide su gravedad. Utilizado para evaluar la depresión fue sometido a la prueba de contenido por criterio de jueces.

Se consultó a 5 jueces expertos en el tema, psicólogos con experiencia en evaluación por cada prueba, y realizaron cuadros de análisis para obtener la validez de contenido del instrumento, para comprobar si el instrumento contiene todos los aspectos o ítems del dominio de la variable y está relacionada con la teoría de base.

En relación a los ítems del cuestionario se les solicitó que indicasen:

1. Aprobación-desaprobación de pertenencia al objeto de estudio (contenido). Se registró en qué medida cada uno de los ítems debía formar parte del cuestionario.
2. Aprobación-desaprobación de relevancia y claridad (forma). Se registró la sugerencia de precisión en la definición y redacción de cada uno de los ítems.

Finalmente, se admitió la interpretación de las respuestas de cada uno de los cinco jueces expertos, tras las cuales estuvieron en Acuerdo (SI) y Desacuerdo (NO). De esta forma el análisis de la aprobación-desaprobación de los ítems del “El Inventario de Beck” empleadas en el presente estudio, han sido establecidas a través del Método de Jueces utilizando el Coeficiente V de Aiken, obteniéndose los siguientes resultados. Se encontró que “El inventario de Beck” obtuvo un coeficiente de validez “V” de 1.00; esto quiere decir, que los jueces coincidieron que el test mide lo que se propone medir. (Ver anexos 7, 8, 9, 10 y 11).

6.1.3 Fiabilidad del instrumento de medición a través del alfa de Cronbach.

La consistencia interna del Inventario de Beck para evaluar depresión, usado en nuestro trabajo dio un índice de fiabilidad a través de la fiabilidad alfa de Cronbach. Se utilizó el programa SPSS- Windows in versión 20 y los resultados obtenidos fueron:

Tabla 3

Estimaciones de fiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach para el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA).

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,858	21

La consistencia interna, en nuestra muestra del índice de fiabilidad alfa de Cronbach es de 0,858 para el inventario de depresión de Beck adaptado, por lo que se puede concluir que el instrumento permite obtener puntajes confiables.

6.1.4 Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud

Guía Técnica para la Atención Integral de las Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género.

Finalidad: Contribuir a mejorar la atención integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género (VBG).

Objetivos

Establecer los procedimientos básicos para la atención integral de la persona en materia de Violencia Basada en Género en los establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (MINSA).

Objetivos Específicos

- Integrar los marcos conceptuales para el desarrollo de las acciones de atención integral de la persona afectada por la Violencia Basada de Género.

- Plantear un conjunto de procedimientos para la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud física y mental de las personas usuarias de los establecimientos de salud del MINSA afectadas por la (VBG).
- Fortalecer capacidades en el personal de salud de los diferentes niveles de atención en el abordaje integral de la (VBG).

Ámbito de aplicación

La presente Guía Técnica es de aplicación obligatoria a nivel nacional por parte del personal de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Atención integral de la persona afectada por la violencia basada en género

El proceso de atención de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género, se realizará mediante las siguientes acciones:

- Promoción de una cultura de buen trato.
- Detención de situaciones de Violencia Basada en Género.
- Atención de las personas afectadas por situaciones de Violencia Basada en Género.
- Referencia y seguimiento de casos de Violencia Basada en Género.

Consideraciones Generales

- Los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del MINSA deberán realizar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de VBG de acuerdo a los principios y procedimientos detallados en la presente Guía Técnica.
- La atención de los casos de VBG atendidos por emergencia así como la expedición de certificados médicos, no generarán gastos alguno para la persona usuaria.

- Los establecimientos de Salud del MINSA deben otorgar atención oportuna a las personas o vinculadas por la VBG, considerándose como tales a: la víctima, el agresor, familiares y otras personas (hijas, hijos y otros), ya que todos ellos en algún momento pueden requerir de los servicios de salud.

7. Proceso de recolección de datos

La recolección de datos se realizó durante los meses de marzo a diciembre del 2014 en el Hospital “José Agurto Tello de Chosica” en el servicio de Psicología donde se aplicó el Inventario de Beck para evaluar depresión y Ficha de Tamizaje en Psicología Clínica y de la Salud, de forma individual, con el consentimiento hablado del paciente y el permiso del Jefe del área de Psicología de dicha institución.

La evaluación fue ejecutada por los mismos investigadores. La duración de las pruebas aplicadas fue de 45 minutos aproximadamente.

8. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el software estadístico SPSS versión 22 para Windows. Una vez recolectada la información se transfirió a la matriz de datos del software estadístico para su respectivo análisis. Los resultados obtenidos fueron ordenados a una tabla. Asimismo se utilizó la prueba exacta de Fisher, porque las variables a correlacionar son dicotómicas y la población de muestra fue pequeña. Así mismo los resultados fueron mayores de ($p > 5$).

CAPÍTULO IV

Resultados y discusión

1. Resultados descriptivos

A continuación se presentan los resultados descriptivos de la relación entre depresión y violencia familiar en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este, 2014 de la presente investigación.

1.1 Descripción de la depresión

Tabla 4

Descripción de las características de la totalidad de la depresión en las pacientes mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014.

	n	%
Si Depresión	69	94.5
No Depresión	4	5.5
Total	73	100.0

En la tabla 4 se puede apreciar que el 94.5% (69) de las pacientes tienen depresión y el 5.5% (4) de las pacientes no tienen depresión.

1.2 Descripción de la violencia psicológica, física y sexual (violencia familiar)

Tabla 5

Las dimensiones de la variable violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Psicológico	n	%
Sí	72	98.6
No	1	1.4
Total	73	100
Físico	n	%
Sí	65	89.0
No	8	11.0
Total	73	100
Sexual	n	%
Sí	8	11.0
No	65	89.0
Total	73	100

En la tabla 5, se aprecia que existe presencia de violencia psicológica en un porcentaje mayor de 98,6% (72) del total de participantes. Asimismo el 89.0% (65) señalan que han sufrido violencia física y un 11.0% (8) pasaron por un episodio de violencia sexual.

1.3 Relación entre violencia psicológica y depresión

Tabla 6

Descripción de la relación entre la depresión y violencia psicológica en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014.

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Psicológico	Sí	3	4.1	69	94.5	72	98.6
	No	1	1.4	0	0.0	1	1.4
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

En la tabla 6 se observa que el 94.5% (69) de las pacientes ha sufrido violencia psicológica y tienen depresión. Por otro lado, el 1.4% (1) no han sufrido de violencia psicológica y no tienen depresión el 4.1% (3).

Tabla 7

Prueba estadística de Fisher.

	p –valor
Prueba exacta de Fisher	.068

Nota: n = 73

En la tabla 7 muestra la prueba estadística exacta de Fisher arrojó un valor p-valor de .068. Ese valor indica que no existe relación significativa entre la depresión y violencia psicológica en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este.

1.4 Relación entre violencia física y depresión

Tabla 8

Descripción de la relación entre la depresión y violencia física en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014.

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Física	Sí	3	4.1	62	84.9	65	89.0
	No	1	1.4	7	9.6	8	11.0
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

En la tabla 8 se aprecia que el 84.9% (62) de las pacientes han sufrido de violencia física y tienen depresión. Por otro lado, el 1.4% (1) no han sufrido de violencia física y no tienen de depresión.

Tabla 9

Prueba estadística de Fisher

	p -valor
Prueba exacta de Fisher	.089

Nota: n = 73

En la tabla 9 muestra la prueba estadística exacta de Fisher arrojó un valor p-valor de .089. Este valor indica que no existe relación significativa entre la depresión y violencia física en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este.

1.5 Relación entre violencia sexual y depresión

Tabla 10

Descripción de la relación entre la depresión y violencia sexual en las mujeres violentadas del Hospital de Lima Este, 2014.

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexual	Sí	1	1.4	7	9.6	8	11.0
	No	3	4.1	62	84.9	65	89.0
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

En la tabla 10 se estima que el 84.9% (62) no presentan violencia sexual y el 9.6% (7) si han sufrido de violencia sexual.

Tabla 11

Prueba estadística de Fisher

	p -valor
Prueba exacta de Fisher	.450

Nota: n = 73

En la tabla 11 muestra la prueba estadística exacta de Fisher arrojó un valor p-valor de .450. Este valor indica que no existe relación significativa entre la depresión y violencia sexual en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este.

2. Discusión

Los resultados encontrados en la presente investigación, básicamente son;

En relación con la hipótesis general los resultados arrojan que no existe una relación significativa entre depresión y violencia familiar en pacientes mujeres, según la evaluación que se hizo entre la depresión con la violencia física, sexual y psicológica. Este resultado es corroborado por Aguilar y Tapia (2014) quienes resaltan que las mujeres sometidas a situaciones prolongadas de maltrato, en cualquiera de sus formas, sufren un debilitamiento progresivo de sus defensas físicas y psicológicas, llegando a presentar baja autoestima, ansiedad o estrés postraumático de difícil remisión, y no siempre llegan a presentar depresión. Además, Sánchez (2014) resalta que no necesariamente la violencia psicológica, violencia física y sexual, puedan darse con episodios depresivos, es así, el sufrir de violencia psicológica, violencia física y sexual, la víctima en muchas ocasiones llegan a presentar baja autoestima y ansiedad, limitándolas en no poder realizar sus trabajos, los quehaceres de la casa u otras actividades, o como también pueden presentar depresión pero por diversos factores (estrés, problemas no específicos, ansiedad, apoyo social, etc.). No específicamente por la violencia doméstica.

Seguidamente se observa que el 63% de las mujeres maltratadas refieren que vienen siendo agredidas desde hace 5 años por parte del agresor y el 94.5% presentan episodios de depresión. De acuerdo a los resultados, Buesa y Calvete (2013) realizaron un estudio y concluyeron que entre la violencia conyugal en relación con la depresión no existe una correlación significativa, ni con el número de hijos y, tampoco, con la duración de la relación abusiva. También añaden que no encontraron correlación entre estas dos variables, posiblemente por otros tipos de factores (el grupo de apoyo, la familia, la sociedad, etc.).

En contraste, Fourré (2008) refiere que una mujer que ha sido víctima de abuso lleva dentro de sí misma una carga muy pesada de ira contenida sin poder canalizarla, toda esa

furia la mantiene en su interior y la transforma en sentimiento de amargura y depresión. Según Sánchez (2011) refiere que si existe relación significativa entre la depresión en mujeres que han sido afectadas por la violencia conyugal. Paralelamente, la OMS (2002) resalta que los maltratos tienen repercusiones en la salud y bienestar de las mujeres a corto y largo plazo, las secuelas persisten incluso mucho después de que la relación de maltrato haya terminado. Por lo tanto, las mujeres maltratadas o que sufren de violencia psicológica, física o sexual en la infancia son más propensas a presentar depresión.

Por otro lado, respecto a las variables de la investigación, Ortega relata que la violencia familiar se conoce como una acción u omisión intencional que pone en peligro o afecta su integridad física, psicológica o sexual, que se ejerce en contra de algún miembro de la familia, por otro integrante de la misma, independientemente de que pudiere constituir un delito (Ortega, 2005). Consecuentemente, para Beck (1983) la depresión no es como un trastorno efectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto.

Entre la depresión y la violencia psicológica no existe una relación significativa en las pacientes mujeres, de acuerdo a la prueba exacta de Fisher ($p > .05$). El 52.1% de las pacientes tienen de alguna u otra manera un trabajo independiente y tienen un nivel de estudio secundaria 32.9 %. Estos resultados del estudio son apoyados por, Aguilar y Tapia (2014) quienes resaltan que las mujeres sometidas a situaciones prolongadas de maltrato, en cualquiera de sus formas, sufren un debilitamiento progresivo de sus defensas físicas y psicológicas, llegan a presentar baja autoestima, ansiedad o estrés postraumática de difícil remisión, y no necesariamente que lleguen a presentar depresión. Es decir, según el estudio ya citado, la violencia psicológica no está directamente relacionada con la depresión.

Sin embargo, Ortiz y Morales (2007) realizaron un estudio donde ellos concluyen que la depresión se correlaciona significativamente con la severidad del abuso, ya sea psicológico,

físico y sexual. Del mismo modo, Vásquez, (2013) ejecutó un estudio para determinar si existe una relación entre la violencia y depresión, llegando al siguiente resultado: existe relación significativa entre la depresión y la violencia en las mujeres que han sido víctimas de violencia psicológica y física. Además, la Asociación Pro Derechos Humanos (2010) resalta que la utilización de violencia se da en distintas formas ya sea por maltratos físicos, golpes, insultos, humillaciones, amenazas o de alguna u otra manera la forma de controlar la relación, habitualmente se ejerce desde lo más fuerte a los más débiles. También, como consecuencia de estos actos en la mujer, está relacionada con la depresión grave, leve o moderada, dependiendo del grado o el tipo de violencia ejercida contra la víctima.

Asimismo, en cuanto a la dimensión de violencia física, se ha encontrado que no existe una relación significativa con la depresión, de acuerdo a la prueba exacta de Fisher ($p > .05$). Este resultado es corroborado por Sánchez (2014), él resalta que no necesariamente la violencia psicológica, violencia física y sexual, puedan darse con episodios depresivos, por lo contrario el sufrir de violencia psicológica y violencia física, la víctima pueden padecer de baja autoestima y ansiedad, limitándolas el normal desarrollo de sus actividades, o como también pueden presentar depresión pero por diversos factores (preocupaciones, estrés, toma de decisiones, ansiedad, etc.). No específicamente por la violencia doméstica. Por lo tanto, Center Disease Control and Precention (2003) encontraron que un grupo de las mujeres han tenido violencia física y psicológica y en el otro grupo solo han tenido violencia física con menor relación a la depresión y mayor relación con la ansiedad.

Por el contrario, Fernández y Pérez (2009) hallaron que si existe relación entre la violencia conyugal y depresión, creándoles baja autoestima a las mujeres que han sido víctimas de maltratos por parte de sus conyugues.

Finalmente, se obtuvo como resultado que no existe relación significativa entre depresión y violencia sexual ($p > .05$), de acuerdo a la prueba exacta de Fisher. En los resultados

respecto a la violencia sexual se observa un porcentaje del 11.0%. Además, la OMS (2013) menciona que el 30% de las mujeres experimentan abuso físico o sexual de parte de su pareja, asimismo la OMS refiere que la violencia sexual no necesariamente está asociada a la depresión, no obstante, pueda que esté relacionado a diferentes tipos u otros factores (estrés – postraumática). Sin embargo, Polaino (2013) en el mismo año observó que las mujeres que han sufrido violencia de pareja tenían casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas con la bebida. Igualmente, Whaley (2003) realizó una investigación en el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) donde concluye que, existe una asociación positiva entre la depresión grave, en las pacientes que han sido víctimas de la violencia sexual o física.

En síntesis, la violencia familiar en sus tres dimensiones, sexual, física y psicológica no necesariamente está asociada con la depresión en las pacientes que fueron consideradas en este estudio. Asimismo, Aguilar y Tapia (2014) quienes resaltan que las mujeres sometidas a situaciones prolongadas de maltrato, en cualquiera de sus formas, sufren un debilitamiento progresivo de sus defensas físicas y psicológicas, llegando a presentar baja autoestima, ansiedad o estrés postraumática de difícil remisión, y no siempre llegan a presentar depresión. Además, Sánchez (2014) resalta que no necesariamente la violencia psicológica, violencia física y sexual, puedan darse con episodios depresivos, es así muchas veces el sufrir de violencia psicológica, violencia física y sexual, la víctima en muchas ocasiones llegan a presentar baja autoestima y ansiedad, limitándolas en no poder realizar sus trabajos, los que aceros de la casa u otras actividades, o como también pueden presentar depresión pero por diversos factores (estrés, problemas no específicos, ansiedad, apoyo social, etc.). No específicamente por la violencia doméstica.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Con base en la investigación realizada se concluye en lo siguiente:

Se afirma que no existe relación significativa entre la depresión y la violencia familiar en pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este, 2014.

Se afirma que no existe relación significativa entre la depresión y la violencia psicológica de un Hospital de Lima Este, 2014. ($p > .05$).

Se afirma que no existe una relación significativa entre la depresión y la violencia física en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima Este, 2014. ($p > .05$).

Finalmente, respecto a la violencia sexual, se afirma que no existe relación significativa entre la depresión y la violencia sexual en las pacientes mujeres de un Hospital de Lima, Este 2014. ($p > .05$).

2. Recomendaciones

- Los hallazgos expuestos en esta investigación deben ser considerados por el hospital para implementar programas de prevención para estas pacientes con la finalidad de elevar su autoestima, asertividad y que aprendan a valorar sus derechos como mujer y así puedan tener éxito en la vida.
- Incorporar un nuevo programa de prevención que contengan estrategias para desarrollar una terapia ocupacional especializada.
- Replicar el estudio a otros grupos poblacionales sociodemográficos de diversos hospitales, con la finalidad de determinar si éste influye en la depresión en las pacientes mujeres.
- Finalmente, se debe realizar otras investigaciones, incluyendo otras variables, que puedan estar asociadas a la violencia familiar.

Referencias

- Aguilar B y Tapia M (2014). *La violencia nuestra de cada día*. Editorial. Print to e-book.
Recuperado de:
<https://books.google.com.pe/books?id=eKtlBAAAQBAJ&pg=PT107&dq=no+se+relaciona+la+depresion+con+la+violencia+domestica&hl=es419&sa=X&ei=3na8VOyKE8ygNsXrgogL&ved=0CC0Q6AEwAw#v=onepage&q=no%20se%20relaciona%20la%20depresion%20con%20la%20violencia%20domestica&f=false>.
- Aguilar, M., Padilla, D., Oviedo, H., Espinoza, E., Sierra, M., Sosa, C., Alger, J. (2010). Prevalencia de la depresión en mujeres mayores de 18 años en dos comunidades rurales. *Revista Médica de Honduras*, 78(4). Retrieved from
<http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2010/pdf/Vol78-4-2010-3.pdf>
- Asociación Pro Derechos Humanos de España (1999) *La violencia familiar: actitudes y representaciones sociales*. Edit. Fundamentos. Pag.246. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=lvC5_9esH44C&pg=PA26&dq=violencia+familiar+y+la+depresion&hl=es419&sa=X&ei=G26uVN_xJMGINoONgMAF&ved=0CDYQ6AEwBQ#v=onepage&q=violencia%20familiar%20y%20la%20depresion&f=false.
- Alverti, M. (2004) *Historia de la depresión. Capítulo XI. La Depresión: ¿Cuál es su situación actual en el mundo? ¿Cómo comprenderla a la luz de la fe? ¿Cómo afrontarla? Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud*. España: Printed in Spain
Recuperado de:
<http://books.google.com.pe/books?id=a6173E2M6P0C&pg=PA243&dq=Breve++historia+de+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=TRZqVNWmA2HsQTz64G4DA&ved=0CDIQ6AEwBA#v=onepage&q=Breve%20%20historia%20de%20la%20depresion&f=false>.
- Barlow, D., y Durand, M. (2001). *Psicología Anormal: Un Enfoque Integral*. México: Thompson. Recuperado de: <file:///C:/Users/Reyna%20Apaza/Downloads/Dialnet-EvaluacionYFormulacionDeCasoParaLosTrastornosDeAns-4905103.pdf>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979) *Depresión: Diagnostico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, 2000, pp. 417-449
Recuperado de: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996) *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Bohórquez, I., Caballero, S., Carrera, L., Chávez, R., Espinoza, R., Flores, L., Vera, J. (2010). *Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales Factors associated to depression symptomatology in sex workers*, 71(4). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n4/a12v71n4.pdf>.
- Buesa, S y Calvete E (2013). *Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social*. España. Tesis doctoral.
- Centro Municipal de la Mujer. (1997). *Violencia contra las mujeres y políticas públicas. Tendiendo un puente entre la teoría y la práctica*. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/cgi-bin/wxis.exe/opac/?IsisScript=opac/opac.xis&dbn=BI NAM&src=link&tb=tem&query=VIOLENCIA+FAMILIAR>.
- Ciencia, D. y Sanidad, D. (2009). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2007/09 Recuperado de: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t%20N%C2%BA%20200709_Depresion%20Mayor%20adolescente-web.pdf
- CIE-10 (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Consejo Pontificio para la Pastoral de Salud. (2004). *La depresión: ¿Cuál es su situación actualmente en el mundo? ¿Cómo comprenderla a la luz de la fe? ¿Cómo afrontarla?* España. Editorial: Palabra, S.A., Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=a6173E2M6P0C&pg=PA243&dq=historia+de+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=yRGVObdBoqVgwTT9YGYAQ&ved=0CBoQ6AEwAA#v=onepage&q=historia%20de%20la%20depresion&f=false>.
- Corsi, J. (1990). *Algunas cuestiones básicas sobre violencia familiar en revista Interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia*. Buenos Aires. Editorial: Abeledo-Perrot.

- Corsi, J. (1996). *El problema de la violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
- Corsi, J. (1997). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar en una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
- Chappa, H. (2003). *Distimia y otras Depresiones Crónicas, tratamiento psicofarmacológico y cognitivo social*. Buenos Aires. Editorial: Médica Panamericana, S.A. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=yJZacIMB7RAC&pg=PA89&dq=teorias+de+la+depression&hl=es&sa=X&ei=cwJHVJj3PM_AggTAnIGYDA&ved=0CB8Q6AEwAQ#v=onepage&q=teorias%20de%20la%20depression&f=false
- Chinchillan, A. (2008). *La depresión y sus Máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires. Editorial: Médica Panamericana, S.A. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=Yvp51Web9JsC&pg=PA57&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CEIQ6AEwBw#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false
- Cruz, E. y Vergara, L. (2011) *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de: http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Daley, P. (1984). *Mildred, family violence*. New York. Edit: Preager Special Publishers.
- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub, 2002.
- Estalovski, B. (2004). *Como vencer la depresión*. Buenos Aires. Editorial: Bartolomé Mitre. Recuperado de: <http://books.google.com.pe/books?id=Bkvv4NJvUJsC&pg=PA7&dq=que+es+la+depression&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CD4Q6AEwBg#v=onepage&q=que%20es%20la%20depression&f=false>
- Jervis, G. (2005). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Madrid. Editorial: Fundamentos. Recuperado de: http://books.google.com.pe/books?id=DGDnf2SQIdAC&pg=PA44&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false
- Fernández de Juan, T y Pérez, R (2009). *Autoestima y violencia conyugal*. Baja California. Editorial: Miguel Ángel Porrúa. Pág. 224.

- Fourré, C (2011). *Encuentra tu camino a pesar de la violencia intrafamiliar*. Colombia. Edit. San Pablo. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=rIAfUjJ06iMC&pg=PA216&dq=relacion+entre+la+depresion+y+violencia+familiar&hl=es419&sa=X&ei=Ryi1VJ7ANvH_sATNg0GgCA&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=relacion%20entre%20la%20depresion%20y%20violencia%20familiar&f=false.
- Galindo, A. (2010). *La familia: Fuente y espacio de caridad*. Madrid. Editorial: Caritas española.
- Gilberti, E. (2007). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Editorial, Centro de publicaciones educativas y material didáctico. Recuperado de:
<https://books.google.es/books?id=Ba1Y2HGZ9vUC&pg=PA131&dq=La+familia+a+pesar+de+todo.+La+violencia+familiar+es+un+t%C3%A9rmino+aplicado+al+maltrato+f%C3%ADsico+y+emocional+de+una+persona+por+alguien+que+est%C3%A1+en+estrecha+relaci%C3%B3n+con+la+v%C3%ADctima,&hl=es&sa=X&ei=LdTGV LrmDofHsQT434HgCw&ved=0CCIQ6AEwAA#v=onepage&q=La%20familia%20a%20pesar%20de%20todo.%20La%20violencia%20familiar%20es%20un%20t%C3%A9rmino%20aplicado%20al%20maltrato%20f%C3%ADsico%20y%20emocional%20de%20una%20persona%20por%20alguien%20que%20est%C3%A1%20en%20estrecha%20relaci%C3%B3n%20con%20la%20v%C3%ADctima%2C&f=false>
- Gutiérrez, A. (1994). *Relaciones posibles e imposibles. Sistematización de un programa de intervención en violencia doméstica*. Chile. Editorial: Creación colectiva, casa de la Mujer.
- Hernández, G. (2007). *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de:
http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2006). *Metodología de la investigación*. México. El comercio S.A.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México. El comercio S.A.
- Herrera, J. (2000). *Aspectos generales de agresión*. México. Editorial: Limusa.
- James, F. (2009). *Sufrimiento y Depresión. Cómo la comprensión y la fe pueden ser de utilidad*. Bogotá. Editorial: San pablo, Colombia.

- Jurado, G. y Rascón, M (2011) *Ideas irracionales y padecimientos psicológicos: Análisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja*. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 11, 2011, pp. 83-99.
- Klevenser, J. (2009) *Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados*. *Washington Rev. Panama Salud Publica* vol.9 n.2 Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892001000200004&script=sci_arttext#back2
- Konrad, L. (2005). *Sobre la agresión: el pretendido mal*. México. Editorial: Universidad de México. Recuperado de: http://www.academia.edu/2245402/Dimension_tropica_en_los_sistemas_organicos_una_aproximacion_al_concepto_de_Biorretorica.
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol 15, N° 1. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>.
- Lau, S. (1979). *Agressions Opfer Frau Körperliche und Seelische Misshandlung in der Ehe*. Hamburgo. Ed. Rowohlt, citada por Grosman, mesterman y Adamo en *Violencia en la familia. Relación de pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos*. Op. cít.
- León, A. (2000). *La violencia en la familia. Tres estudios sobre un tema*. España. Editorial: Sexol Soc.
- Linares, J. (2006). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Barcelona. Editorial: Paidós.
- Martínez, M. (2006). *Género y conciliación de la vida familiar y laboral*. España. Editorial: Universidad de Murcia, servicio de publicaciones. Recuperado de: <http://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/factra/Congreso/18.pdf>.
- Mendez, J. (2013). *Hacia el infinito. El desarrollo del ser humano*. Cuba. Editorial: Palibrio. Pag. 220-300.
- MIMDES. (2006). Estado de las Investigaciones sobre violencia familiar y sexual en el Perú 2001- 2005. (2ª edición). Lima: Edit. Grafica Filadelfia E.IR.L.
- Ministerio de Salud del Perú. (2001). *Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil*. Lima. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1253_PROM47.pdf.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2011). *Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual*. Boletín estadístico. Recuperado de:

http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_nov_2011/Boletin_Diciembre_2011.pdf.

Montserrat, A. (2000). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*.

Bolivia. Editorial: Pan American Health Org. Recuperado de:

http://books.google.com.pe/books?id=gllnaZq_nQYC&pg=PT139&dq=conceptos+de+violencia+familiar&hl=es&sa=X&ei=SUtGVOHsDIMNpDSgPgK&ved=0CBoQ6AEwAA#v=onepage&q=conceptos%20de%20violencia%20familiar&f=false.

Nóblega, M. y Muñoz, V. (2009) *Una aproximación cualitativa a la violencia hacia la mujer en un asentamiento humano de villa el salvador. Liberabit*. Recuperado de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272009000200004

León, S. (2012). *Brevísima historia de la depresión Ciencia, divulgación Psicológica*

Recuperado de:

<http://e-ciencia.com/blog/divulgacion/brevisima-historia-de-la-depresion>.

Ministerio de la Salud. (2001). *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*.

Ginebra, Suiza. Recuperado de:

Recuperado de:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.

España. Editorial: Washingt. Recuperado de:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf. Organización Mundial de la Salud, 2013. Temas de salud Depresión información general <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Violencia intrafamiliar en un área de salud*.

Cuba. Editorial: Ciencias médicas, la Habana. Cuba. Recuperado de:

http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08643466200500040001

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Violencia Familiar*. España. Recuperado de:

http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/others/booklets/05_daphne_booklet_5_es.pdf.

Ortega, R. (2005). *Violencia doméstica*. Buenos Aires. Editorial: Scisco.

Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Asamblea general. Declaración sobre la*

Eliminación de la Violencia contra la Mujer. 23 de febrero de 1994. Fecha de acceso: 30 de julio. Recuperado de:

- <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/173-176.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. España. Editorial: Washingt. Recuperado de:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf.
- Oblitas, B. (2006). *Trabajo social y violencia familiar: Una propuesta de gestión profesional*. Buenos Aires, Editorial: Espacio.
- Olivàn, B. (2011). *Plantándole cara a la depresión*. Barcelona. Editorial: Erasmus. Recuperado de:
http://books.google.com.pe/books?id=SO50wm4POsC&pg=PA53&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQBg&ved=0CDgQ6AEwBQ#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false
- Orozco, A., Delgadillo, L. y González, L. (2013). *Depresión, violencia de pareja, y auto-eficacia materna en inmigrantes de origen mexicano*. *Revista Psicología Científica.com*, 15(11). Recuperado de:
<http://www.psicologiacientifica.com/depresion-violencia-pareja-auto-eficacia-materna>.
- Ortiz, G y Morales A. (2007). *Relación con las mujeres que tienen y no tienen depresión en relación a la violencia familiar*. México. Tesis.
- Polaino A. (2013). *Violencia Juvenil y violencia familiar*. Madrid. Editorial. Díaz de Santos. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=HwWhqE90RCEC&pg=PA232&dq=violencia+familiar+y+la+depresion&hl=es419&sa=X&ei=G26uVN_xJMGINoONgMAF&ved=0CEEQ6AEwBw#v=onepage&q=violencia%20familiar%20y%20la%20depresion&f=false.
- Pérgola, F. (2002). *Breve Historia de la Depresión*. Buenos Aires, Argentina: Médicos y Medicina en la Historia. Vol. I-N° 1. Recuperado de:
<http://www.fmv-uba.org.ar/Portada/Revista01/Breve.pdf>.
- Preston, J. (2004). *Cómo vencer la depresión*. México. Editorial: Pax, México. Recuperado de:
<http://books.google.com.pe/books?id=e4vCKfazAQQC&pg=PA15&dq=que+es+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CDkQ6AEwBQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20depresion&f=false>
- Pizarro, V. (2007). *Violencia de género*. México. Editorial: Durango.

- Quintero, V. (2004). *Cambios sociales desde la familia y la protección del niño*. Buenos Aires. Editorial: Salvatierra.
- Quintela, M. (2004). *De la comunidad al barrio: violencia de pareja en mujeres*. Bolivia. Editorial: Fundación Pieb, p.25. Recuperado de:
<http://books.google.com.pe/books?id=Y00iTeAEJwC&pg=PA25&dq=conceptos+de+viviencia+familiar&hl>.
- Ramírez, E. (2012). *Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto* (Tesis de magister, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8905/1/539374.2012.pdf>
- Regina A. y Gonzales J. (2009). *Violencia Familiar. Colección textos de psicología*. Chile. Editorial: Universidad del Rosario.
- Riquer, F. (1996). *Violencia y salud de la mujer: oportunidades y obstáculos para su atención*. México. Editorial: El colegio de México. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X200300010005
- Samudio, L. (2007). *Violencia doméstica: el delito y sus consecuencias socio-jurídicas*. México: Editorial: Cultural portobelo.
- San Molina, LL. (2011). *Comprender la depresión*. Barcelona: Editorial, Amat, p. 96-115.
- Sánchez, H. (2011). “*Niveles de Depresión en mujeres afectadas por la violencia conyugal*”. Una revisión empírica (2ª edición) Lima: Biblioteca Nacional del Perú. Recuperado de:
https://www.google.com.pe/?gfe_rd=cr&ei=61LIU9_oMoPa8geenIHYDg#q=%E2%80%9CNiveles++de++Depresi%C3%B3n+en+mujeres+afectadas+por+la+violencia+conyugal%E2%80%9D+Psic%C3%B3logo+:+Mg.+Ps.+Hugo+M.+S%C3%A1nchez+Jim%C3%A9nez.
- Sánchez, J. (2014) Historia de la depresión Recuperado de:
<http://depression.about.com/od/historiasreales/a/Historia-Depression.htm>
- Sánchez, M. (2003) *Niveles de Depresión en mujeres afectadas por la violencia conyugal*. Centro Emergencia Mujer-Huacho (MIMDES) Recuperado de:
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB0QFjAA&url=htt%3A%2F%2Fedin.gob.pe%2Fbiblio%2F5e47a_Niveles__de__Depresion_en_mujeres_afectadas_por_la_violencia_conyugal.docx&ei=7VBrVPWGc7sATFh4DoDg&usg=AFQjCNEUmzeRQycE38veH11XprWGmCHEaQ&sig2=btKJ28welqLsfMNYfAd3Iw&bvm=bv.79908130,d.cWc
- Sanz, J. (2013). Artículos 50. Papeles Del psicólogo, 2013. Vol.34 (3). pp.161-168, 34(3), 161–168. Recuperado de:

- file:///F:/TESIS%20%202014/CURSO%20CONDUNCENTE%20A%20TESIS/Inventario%20%20para%20la%20depresi%C3%B3n%20de%20Beck/1163%20BECK.pdf
- Sánchez, X (2014). *¿Somos una especie violenta? La violencia humana explicada desde la biología y la psicopatología*. Barcelona. Editorial: Universidad de Barcelona. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=BjWtBAAAQBAJ&dq=depression+en+relacion+con+violencia+familiar&source=gbs_navlinks_s.
- Torres, C. y Américo, G. (2012) *Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay*. Recuperado de:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/567>
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. España. Editorial: hispano Europea, A.S. Recuperado de:
http://books.google.com.pe/books?id=xpmFOiLu5_cC&printsec=frontcover&dq=que+es+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CCAQ6AEwAQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20depresion&f=false
- UNICEF. (2009). *Abordajes frente a la violencia familiar desde una perspectiva de género y de infancia*. Buenos Aires. Recuperado de:
<http://www.unicef.org/argentina/spanish/abordajes.pdf>.
- Valdéz, R. (2009). *Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres*. México. Editorial: Salud mental.
- Vallejo, J. (1998). *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de:
http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Vargas, H., Tobar, H. y Velarde, J. (2010). *Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. Rev. Peru. Epidemiol. Vol. 14.N2
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). *Depresión Recorrido histórico y conceptual*. Universidad piloto de Colombia Recuperado de:
http://www.contextosrevista.com.co/Revista%209/A5_Depresi%C3%B3n%20Recorrido%20hist%C3%B3rico%20y%20conceptual.pdf
- Vásquez, A. (2013). *Depresión y diferencias de género, depression. Gender differences* multined 2013; 17 (3) Recuperadode:
<http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos%20pdf/Volumen17-3/16.pdf>

- Walker, L. (1991). *Battered woman*. New Cork. Editorial: Harper y row publisher.
- Whaley, J (2003). *Violencia Intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comunicaciones e internareaccionales*. México. Editorial. Plaza y Valdés, S.A. de C.V. recuperado de:
<https://books.google.com.pe/books?id=Ru741QoUFWEC&printsec=frontcover&dq=violencia+familiar&hl=es419&sa=X&ei=imuuVO2mCZKXyQTC2oKICQ&ved=0CCwQ6AEwAw#v=onepage&q=violencia%20familiar&f=false>.
- White, E. (2007). *Consejos sobre la Salud*. Buenos Aires. Editorial: Asociación publicadora interamericana.
- White, E. (1868). *Mente carácter y personalidad - I*. Buenos Aires. Editorial: Asociación casa editora sudamericana. 1868
- White, E. (1875). *Mente carácter y personalidad - II*. Buenos Aires. Editorial: Asociación casa editora sudamericana.
- White, E. (2009). *El hogar cristiano*. Buenos aires: Asociación casa editora sudamericana.

Anexos

Lista de los anexos

Anexo 1

Inventario de Beck para Evaluar Depresión

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, **INCLUYE EL DIA DE HOY**, no hay respuestas buenas o malas. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, así que conteste con plena libertad.

Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: (F)

Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente () Divorciada ()

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Técnica () Universitaria ()

Ocupación: Lugar de Procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

Hijos: Si () No () Cuantos ()

A. TRISTEZA

0. No me siento triste.
1. Siento desgano o tristeza.
2. Siempre siento desgano o tristeza y no lo puedo remediar.
2. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
3. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no puedo soportar más.

B. PESIMISMO

0. En lo particular no me siento pesimista ni desanimado con respecto al futuro.
1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no hay nada por lo que esperar del futuro.
2. Siento que jamás me librare de mis penas y preocupaciones.
3. Siento que mi futuro es desesperante y que nunca mejorara mi situación.

C. SENSACIÓN DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
1. Me siento más fracasado que otras personas.
2. Siento que en la vida he hecho muy pocas cosas que valgan la pena.
3. Si pienso en mi vida pasada solo veo que he tenido fracasos.
4. Siento que como persona he fracasado por completo (Padre, esposo, esposa).

D. INSATISFACCIÓN

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. Casi siempre me siento aburrido.
1. No disfruto de las cosas como antes gozaba.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy descontento con todo.

E. CULPA

0. No siento ninguna culpa en particular.
1. La mayor parte del tiempo me siento mal o indigno.
2. Me siento culpable.
2. Me siento mal o indigno prácticamente todo el tiempo.
3. Considero que soy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.

F. EXPECTATIVA DE CASTIGO

0. Siento que no estoy siendo castigado.
1. Tengo la sensación de que pueda sucederme algo malo.
2. Siento que estoy castigado o que voy a ser castigado.
3. Siento que merezco ser castigado.
3. Deseo ser castigado.

G. AUTODISGUSTO

0. No estoy descontento conmigo mismo.
1. Estoy descontento conmigo mismo.
1. No me gusta a mí mismo.
2. No me puedo tolerar a mí mismo.
3. Me odio.

H. AUTOACUSACIONES

0. No me siento peor que los demás.
1. Tengo en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
2. Me hago reproches por todo lo que me sale bien.
3. Tengo la impresión que mis defectos son muchos y muy graves.

I. IDEAS SUICIDAS

0. No pienso, ni se me ocurre dañarme a mí mismo.
1. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no podría hacerlo.
2. Siento que muerto estaría mejor.
2. Siento que mi familia estaría mejor si yo estuviese muerto.
3. Tengo planes definidos para suicidarme.
3. Si pudiese me suicidaría.

J. LLANTO

0. No lloro más de lo corriente.
1. Ahora lloro más que lo que lloraba antes.
2. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.
3. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.

K. IRRITABILIDAD

0. No me siento irritado más de lo normal.
1. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.
2. Estoy constantemente irritado.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

L. ALEJAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Ahora estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.
3. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

M. INDECISION

0. Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
1. Ahora me esfuerzo para tomar decisiones.
2. Tengo gran dificultad para decidirme.
3. Me siento incapaz para tomar decisiones de cualquier tipo.

N. AUTO – IMAGEN DEFORMADA

0. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
1. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer enviejado.
2. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.
3. Tengo la impresión que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O. RETARDO PARA TRABAJAR

0. Trabajo con la misma facilidad de siempre.
1. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
1. Ya no trabajo tan bien como antes.
2. Tengo que hacer un gran esfuerzo.
3. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeña que sea.

P. PERDIDA DE SUEÑO

0. Duermo tan bien como antes.
1. Por las mañanas me siento más cansado que de costumbre.
2. Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volver a dormir.

3. Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas.

Q. FATIGABILIDAD

0. No me siento más cansado que de costumbre.
1. Me canso más fácilmente que de costumbre.
2. Me canso haciendo cualquier cosa.
3. Me siento demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

R. PERDIDA DE APETITO

0. Mi apetito no está peor que de costumbre.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. Ahora mi apetito está mucho peor.
3. No tengo nada de apetito.

S. PERDIDA DE PESO

0. No he perdido peso, pero si he perdido algo, últimamente.
1. He perdido más de dos kilos de peso.
2. He perdido más de cuatro kilos de peso.
3. He perdido más de siete kilos de peso.

T. PREOCUPACIONES SOMATICAS

0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Me preocupo más constantemente por mis molestias, físicas y malestares.
2. Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa.
3. No hago nada más, en absoluto, que en pensar en mis molestias físicas.

U. PERDIDA DEL DESEO SEXUAL

0. No he notado que recientemente haya cambiado mis intereses por las cosas sexuales.
1. No estoy menos interesado que antes por las cosas relativas al sexo.
2. Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.
3. He perdido todo interés por las cosas del sexo.

Anexo 2

Ficha de Tamizaje

DIRECCIÓN DE SALUD:

ESTABLECIMIENTO:

FECHA:

SERVICIO: EMERGENCIA PEDIATRIA GINECOLOGIA
OBSTETRICIA PSICOLOGIA MEDICINA P.F. Otros.

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO:

EDAD: SEXO: Femenino Hijos: Si () No ()

Estado Civil.

Instrucción:

Ocupacion:

Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()

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 están en esta situación para participar con ella en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?

SI

NO

¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?

¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

¿Quién?

¿Desde Cuándo?

¿Cuándo fue la última vez?

SI

NO

Si es, adolescente:

¿Te castigan tu papá o tu mamá (algun miembro de tu familia)? ¿Cómo?

¿Quién?

¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

¿Desde Cuándo?

¿Cuándo fue la última vez?

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

En todos los casos. Adolescente, adulto (s)

FISICOS.

Hematomas y contusiones inexplicables.

Cicatrices o quemaduras.

Retraimiento.

Llanto frecuente.

Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.

Intento de suicidio.

Uso de alcohol, drogas.

Tranquilizantes o analgésicos.

Fracturas inexplicables.

Marca de mordeduras.

Lesiones de vulva, perineo y resto, etc.

Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.

Quejas crónicas sin cause física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupcion del sueño)

Enuresis

PSICOLOGICO.

Extrema falta de confianza en si mismo.

Tristeza, depresión o angustia.

Demandas excesivas de atención.

Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.

Tartamudeo.

Temor a los padres o de llegar al hogar.

Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.

Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde.

Bajo rendimiento academico.

Aislamiento de personas.

SEXUALES.

Conocimiento y conducta sexual inapropiadas.

Irritacion, dolor, lesion y hemorragia en zona genital.

Embarazo precoz.

Abortos o amenazas de infeccion de transmision sexual.

NEGLIGENCIA.

Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.

No tiene vacunas o atencion de salud.

Accidente o enfermedad muy frecuentes.

Descuido en la higiene y falta de estimulacion del desarrollo.

Fatiga, sueño, hambre.

Anexo 3

Tabla de frecuencia de Depresión en relación con los datos sociodemográficos.

Tabla 12

Los niveles de la variable depresión en relación con los datos sociodemográficos en las pacientes de un hospital de Lima Este, 2014.

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	Juventud	0	0.0	8	11.0	8	11.0
	Adultez	4	5.5	61	83.6	65	89.0
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	4	5.5	69	94.5	73	100.0
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Estado Civil	Soltera	1	1.4	10	13.7	11	15.1
	Casada	1	1.4	18	24.7	19	26.0
	Conviviente	2	2.7	34	46.6	36	49.3
	Divorciada	0	0.0	2	2.7	2	2.7
	Separada	0	0.0	5	6.8	5	6.8
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grado de Instrucción	Primaria	0	0.0	15	20.5	15	20.5
	Secundaria	1	1.4	23	31.5	24	32.9
	Técnica	2	2.7	16	21.9	18	24.7
	Superior	1	1.4	15	20.5	16	21.9
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ocupación	Estudiante	0	0.0	6	8.2	6	8.2
	Ama de Casa	1	1.4	26	35.6	27	37.0
	Con Trabajo	3	4.1	35	47.9	38	52.1

	Sin Trabajo	0	0.0	2	2.7	2	2.7
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0
		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Lugar de Procedencia	Costa	1	1.4	34	46.6	35	47.9
	Sierra	0	0.0	17	23.3	17	23.3
	Selva	3	4.1	18	24.7	21	28.8
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0
		Depresión					
		No Depresión		Sí Depresión		Total	
		n	%	n	%	n	%
Hijos	Sí	4	5.5	60	82.2	64	87.7
	No	0	0.0	9	12.3	9	12.3
Total		4	5.5	69	94.5	73	100.0

En la tabla 12 en relación a la depresión con los datos sociodemográficos se aprecia que el mayor porcentaje en la edad es el 83.6% (61) y pertenecen a la edad adulta y presentan depresión. Seguidamente el 94.5% (69) de las pacientes son del género femenino y se ubican dentro de porcentaje que si tienen depresión y el 5.5% (4) de las pacientes no tiene depresión. Seguidamente el 46.6% (34) de las participantes en relación a la convivencia son las que más sufren de depresión. Así mismo, el 31,5% (23) son de un nivel de estudio secundario y el 21.9% (16) son de un nivel de estudio técnico. Por otro lado el 47.9% (35) de las mujeres tienen un trabajo independiente, siguiendo con un 35.6% (26) de las pacientes solo son amas de casa, sin embargo se puede apreciar que si padecen de depresión. A continuación se puede observar que el 46.6% (34) de las pacientes provienen de la costa y el 24.7% (18) son de la selva, sin embargo son detectadas que padecen depresión. Y finalmente el 82.2% (60) de las mujeres tienen hijos y esto se debe el incremento mucho mayor a ser vulnerables y ocasionar la depresión.

Anexo 4

Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con el sexo

Tabla 13

Las dimensiones de la variable violencia familiar en relación con el sexo en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014.

Psicológico	Sexo			
	Femenino		Total	
	n	%	n	%
Si	72	98,60	72	98,60
No	1	1.40	1	1.40
Total	73	100.00	73	100.00
Físico	n	%	n	%
Si	65	89.00	65	89.00
No	8	11.00	8	11.00
Total	73	100.00	73	100.00
Sexual	n	%	n	%
Si	8	11.00	8	11.00
No	65	89.00	65	89.00
Total	73	100.00	73	100.00

En la tabla 13 se puede apreciar que el 98,6% (72) es el mayor porcentaje de los participantes que son de sexo femenino que han padecido violencia psicológica, además de que un 89.0% (65) de las participantes refieren a ver sufrido violencia física, asimismo el 11.0% (8) son pacientes de sexo femenino que soportaron violencia sexual.

Anexo 5

Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con la edad.

Tabla 14

Las dimensiones de la variable violencia familiar en relación con la edad en pacientes mujeres de un hospital de Lima este, 2014.

	Edad					
	Juventud		Adultez		Total	
	n	%	n	%	n	%
Psicológico						
Si	8	11.00	64	87.70	72	98.60
No	0	0.00	1	1.40	1	1.40
Total	8	11.00	65	89.00	73	100.00
Físico						
Si	7	9.60	58	79.50	65	89.00
No	1	1.40	7	9.60	8	11.00
Total	8	11.00	65	89.00	73	100.00
Sexual						
Si	2	2.70	6	8.20	8	11.00
No	6	8.20	59	80.80	65	89.00
Total	8	11.00	65	89.00	73	100.00

La tabla 14 muestra que el mayor porcentaje ejercida hacia las participantes es la violencia psicológica en la edad adulta en un 87,7% (64). Asimismo 79,5% (58) denota que han presentado violencia física en la adultez.

Anexo 6

Tabla de frecuencia de violencia familiar en relación con el estado civil.

Tabla 15

Las dimensiones de la variable violencia en relación con el estado civil en las pacientes de un hospital de Lima Este, 2014.

	Estado civil											
	Soltera		Casada		Conviviente		Divorcia.		Separada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psicológico												
Si	11	15.1	19	26.0	35	47.90	2	2.70	5	6.80	72	98.60
No	0	0.00	0	0.00	1	1.40	0	0.00	0	0.00	1	1.40
Total	11	15.1	19	26.0	36	49.30	2	2.70	5	6.80	73	100%
Físico												
Si	9	12.3	16	21.9	33	45.20	2	2.70	5	6.80	65	89.00
No	2	2.70	3	4.10	3	4.10	0	0.00	0	0.00	8	11.00
Total	11	15.1	19	26.0	36	49.30	2	2.70	5	6.80	73	100
Sexual												
Si	4	5.50	0	0.00	3	4.10	0	0.00	1	1.40	8	11.00
No	7	9.60	19	26.0	33	45.20	2	2.70	4	5.50	65	89.00
Total	11	15.1	19	26.0	36	49.30	2	2.70	5	6.80	73	100

Se observa en la tabla 15, del total de las pacientes atendidas, el mayor porcentaje de pacientes 47,9% (35) tienen el estado civil de convivientes con presencia de violencia psicológica, además en un 45,2% (33) pacientes han sido sometidas a violencia física son convivientes.

Anexo 7

Tabla 16

Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck

Dimensión	Ítem	V(cla)	V(cong)	V(Dom. cont)
Tristeza	1	1,00	1,00	1,00
	2	0,80	1,00	1,00
	3	1,00	1,00	1,00
	4	1,00	1,00	1,00
	5	1,00	1,00	1,00
	6	0,60	1,00	1,00
	7	1,00	1,00	0,80
Pesimismo	8	0,40	0,80	0,80
	9	0,80	1,00	1,00
	10	0,60	1,00	1,00
	11	1,00	1,00	1,00
	12	1,00	1,00	1,00
Sensación de fracaso	13	0,80	1,00	1,00
	14	0,60	1,00	1,00
	15	0,60	1,00	1,00
	16	0,40	1,00	1,00
	17	1,00	1,00	0,80
Insatisfacción	18	1,00	0,80	1,00
	19	0,60	0,60	0,80
	20	0,80	1,00	1,00

Como se puede apreciar, en la tabla 16 se muestra que dos ítems (8 y 16) del inventario, alcanzaron una V. de 0,40 en el criterio de claridad, según el criterio de jueces, los ítems presentaban dificultad para ser entendidos con facilidad. Se tomó en cuenta las sugerencias propuestas para que el enunciado sea conciso y directo, los cambios significativos de redacción correspondientes a los ítems. “Siento que ya no debo esperar más tiempo” quedando de esta manera “Siento que ya no hay nada por lo que esperar del futuro” (ítem 8); “En lo particular no me siento descontento” de esta manera “Las cosas me satisfacen tanto como antes” (ítem 16). Asimismo observamos que el ítem (19) halló una V. 0,60 en el criterio de claridad y congruencia lo que hace notar que este ítem no cuenta con relación

lógica para ser entendido. Por lo que se realizó un cambio significativo y quedó, de esta manera en su redacción “No hay nada en lo absoluto que me proporcione una insatisfacción” así “Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas”. También los ítems (6, 10, 14 y 15) obtuvieron una v de 0,60 en el criterio de claridad por lo que se realizaron cambios pequeños en la redacción, de manera más sencilla en su versión finales, de esta manera todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes V de Aiken significativos, lo que permite concluir que el cuestionario presenta validez de contenido.

Anexo 8

Tabla 17

Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck

Dimensión	Ítem	V(cla)	V(cong)	V(Dom. cont)
Culpa	21	0,40	1,00	1,00
	22	0,80	1,00	1,00
	23	1,00	1,00	1,00
	24	0,80	1,00	0,80
	25	1,00	1,00	0,80
	26	0,60	1,00	1,00
	27	0,60	1,00	0,80
Expectativa de castigo	28	0,80	0,80	0,80
	29	1,00	1,00	1,00
	30	0,80	1,00	1,00
	31	0,80	1,00	1,00
	32	1,00	1,00	1,00
Autodisgusto	33	0,80	1,00	1,00
	34	0,60	1,00	1,00
	35	1,00	1,00	1,00
	36	1,00	1,00	1,00
Autoacusación	37	0,80	1,00	1,00
	38	0,80	0,80	1,00
	39	1,00	1,00	1,00

En la tabla 17 aprecia que el ítem (21) del inventario, alcanzó una V. de 0,40 en el criterio de claridad, según el criterio de jueces el ítem presentaba dificultad para ser entendido con facilidad, por lo que a sugerencia de los expertos se cambió la redacción del ítem 21. “No me siento particularmente culpable” por “No siento ninguna culpa en particular” quedando de esta manera en su interpretación final. Del mismo modo se halló que los ítems (26,27, 34) consiguieron una v de 0, 60 en el criterio de claridad por lo que se efectuaron cambios no significativos en su redacción y se escribió de manera más clara y sencilla, de esta manera que todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes V de Aiken significativos, lo que permite concluir que el cuestionario presenta validez de contenido.

Anexo 9

Tabla 18

Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck

Dimensión	Ítem	V(cla)	V(cong)	V(Dom. cont)
Ideas suicidas	40	0,80	1,00	1,00
	41	1,00	0,80	1,00
	42	1,00	1,00	1,00
	43	1,00	1,00	1,00
	44	1,00	1,00	1,00
	45	0,80	1,00	1,00
	46	0,60	1,00	1,00
Llanto	47	0,80	1,00	1,00
	48	1,00	1,00	1,00
	49	0,80	1,00	1,00
Irritabilidad	50	0,80	1,00	1,00
	51	1,00	1,00	1,00
	52	1,00	0,80	0,80
	53	0,60	1,00	0,80
Alejamiento social	54	1,00	1,00	1,00
	55	0,80	1,00	0,80
	56	1,00	1,00	1,00
	57	1,00	1,00	1,00

Como se puede apreciar en la tabla 18 se muestra que dos ítems (46 y 53) del inventario, obtuvieron una *v* de 0,60 en el criterio de claridad los cuales según el criterio de jueces presentaban dificultad para ser entendidos, se tomaron las sugerencias y se hicieron los cambios mínimos convenientes en su redacción y quedó así en su versión final, con adecuada comprensión así que todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes *V* de Aiken significativos, lo que permite concluir que el cuestionario presenta validez de contenido.

Anexo 10

Tabla 19

Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck

Dimensión	Ítem	V(cla)	V(cong)	V(Dom. cont)
Indecisión	58	0,80	0,80	1,00
	59	1,00	1,00	1,00
	60	1,00	1,00	1,00
	61	0,80	1,00	1,00
	62	0,80	1,00	1,00
Autoimagen deformada	63	0,80	1,00	1,00
	64	0,80	1,00	1,00
	65	1,00	1,00	1,00
	66	1,00	1,00	1,00
	67	1,00	1,00	1,00
Retardo para trabajar	68	1,00	1,00	1,00
	69	1,00	1,00	0,80
	70	1,00	1,00	1,00
	71	1,00	0,80	1,00
Pérdida de sueño	72	0,80	1,00	0,80
	73	1,00	1,00	1,00
	74	1,00	1,00	1,00

El análisis cuantitativo de la validez de contenido a través del criterio de jueces presentado en la tabla 19, indica que todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes

V de Aiken significativos, lo que permite concluir que esta parte del cuestionario presenta validez de contenido.

Anexo 11

Tabla 20

Validez de contenido por criterio de jueces del Inventario de Beck

Dimensión	Ítem	V(cla)	V(cong)	V(Dom. cont)
Fatigabilidad	75	0,60	1,00	1,00
	76	0,60	0,80	0,80
	77	0,80	1,00	1,00
	78	0,80	1,00	1,00
	79	0,80	1,00	1,00
Pérdida de apetito	80	1,00	1,00	1,00
	81	0,80	0,80	1,00
	82	0,60	1,00	1,00
Pérdida de peso	83	0,60	1,00	1,00
	84	1,00	1,00	1,00
	85	1,00	1,00	1,00
Preocupaciones somáticas	86	1,00	1,00	1,00
	87	0,40	1,00	1,00
	88	0,60	1,00	1,00
Perdida del deseo sexual	89	0,80	1,00	1,00
	90	1,00	1,00	1,00
	91	1,00	1,00	1,00
	92	1,00	1,00	1,00
	93	0,80	1,00	1,00
	94	0,80	1,00	0,00

En la tabla 20 se indica que en el ítem (87) del inventario, se alcanzó una V. de 0,40 en el criterio de claridades, según el criterio de jueces el ítem presentaba dificultad para ser entendido con claridad por lo que a indicación de los expertos se cambió la redacción del ítem. “Mi salud no me preocupa más de lo costumbre” y quedó en su redacción final “No estoy preocupado por mi salud más de lo normal”. De la misma manera se halló que los ítems (75,76, 82,83 y 88) consiguieron una v de 0, 60 en el criterio de claridad por lo que se

efectuaron cambios en su redacción para su fácil comprensión. De este modo todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes V de Aiken significativos, lo que permite concluir que el cuestionario presenta validez de contenido.

Anexo 12

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso

D. Puede haber o no síndrome somático:

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C. Con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo