

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Escuela de Posgrado
Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ÍNDICE
DE VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, LIMA, 2017

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública,
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

Por

Silvana Martínez Zorrilla

Lima, Perú

Agosto de 2017

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU

SP Martínez Zorrilla, Silvana
3 Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y depresión en los
M26 estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017 / Autor: Silvana Martínez
2017 Zorrilla; Asesor: Mg. Guido Angelo Huapaya Flores, 2017.
131 páginas: figuras, tablas

Tesis (Maestría), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Salud Pública.
Escuela de Posgrado, 2017.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Salud Pública.

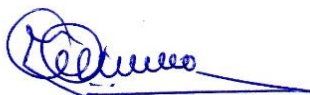
1. Violencia juvenil. 2. Depresión juvenil. 3. Hostilidad. 4. Agresión verbal.

*Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y
depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión,
Lima, 2017*

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dr. Edwin Octavio Cisneros Gonzalez
Presidente



Mg. Edda Evnet Newball Noriega
Secretaria



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Asesor



Mg. Rolyolith Sutsé Gorbalañ Rojas
Vocal



Mg. Rolando Francisco Quinteros Zuñiga
Vocal

Lima, 03 de agosto de 2017

DGI – 13 ACUERDO DE ENTENDIMIENTO¹ ENTRE LA AUTORA Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE LA AUTORA Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Este acuerdo se establece entre el autor y la Universidad Peruana Unión y se registra el 3 de agosto de 2017.


Conste por el presente documento el Acuerdo de Entendimiento entre **SILVANA MARTINEZ ZORRILLA**, identificada con DNI N° 40602604, nacionalidad: Peruana, domiciliada en Prol. Paseo de la Republica S/N Cdra. 78 VALERIA IV Etp. Los Rosales, Santiago de Surco, a quien en adelante se le denominará LA AUTORA; y de la otra parte UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, con R.U.C. N° 20138122256, con domicilio legal en Villa Unión-Ñaña, altura del Km. 19 de la Carretera Central, distrito de Lurigancho-Chosica, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA UNIVERSIDAD, representada por su Rectora Dra. Teodosia Maximina Contreras Castro, identificada con D.N.I. N° 10168821, quien señala el mismo domicilio de su representada, facultada según nombramiento y poder otorgados en sesión ordinaria de la Asamblea Universitaria del 12 de noviembre del 2014.

Yo LA AUTORA, reconozco haber leído y comprendido los términos de licencia que acompañan a este documento y forman parte del mismo y estoy de acuerdo en aceptar las condiciones en ellos expuestos:

- **Parte 1.** Términos de la licencia otorgada a LA UNIVERSIDAD para la publicación de las obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional.
- **Parte 2.** Términos de licencia Creative Commons para publicación de obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD.

Además, en la condición de autora de la obra, es de mi competencia:

- Estar en contacto con la dirección del Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD en lo referente al contenido y asuntos informáticos.
- Proporcionar la información necesaria para crear y mantener las colecciones.
- Aceptar colaborar en lo referente a su situación, según lo requiera el CRAI de LA UNIVERSIDAD.



SILVANA MARTINEZ ZORRILLA
e-mail: silmz15108@yahoo.com

LA UNIVERSIDAD

¹ El presente documento tiene su aparo legal en el Decreto Legislativo N° 822, Ley sobre el Derecho de Autor, actualmente vigente en el Perú, publicado el 24 de abril de 1996, y sus normas modificatorias. Los artículos señalados de la forma "Leer el artículo", sirven únicamente como guía para el lector. Se recomienda leer todo el Decreto Legislativo

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, adscrita y docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: **"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ÍNDICE DE VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, LIMA, 2017"**, constituye la memoria que presenta la Bachiller **SILVANA MARTÍNEZ ZORRILLA**, para obtener el grado académico de Magíster en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los 3 días del mes de agosto de 2017.



GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES

Asesor

DEDICATORIA

A mis padres,

quienes me dieron
la vida y me
impulsaron en este
gran desafío de la
investigación.

A mi esposo,

por ser el amor de mi vida,
y quien con su incansable
apoyo y motivación me
incentivo en seguir hasta
lograrlo.

A mi hija,

quien es mi mayor
impulso e inspiración
para avanzar en mis
metas y cumplir con este
desafío de la tesis.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por darme las fuerzas
para seguir adelante y
bendecirme en todas mis
metas y por la gran familia
que me dio.

A la UPeU,

por prepararme para ser
una gran salubrista a
través de la UPG Salud
Pública y agradecido a
su gran equipo, por el
apoyo brindado y
motivarme en mi
crecimiento profesional.

A mi docente y asesor
Angelo Huapaya, por su
amistad e indesmayable
apoyo para terminar esta
investigación.

Tabla de Contenido

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
Descripción de la situación problemática	1
Formulación del problema	12
Problema general.....	12
Problemas específicos	12
Objetivos.....	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos.....	13
Hipótesis	14
Hipótesis general.....	14
Hipótesis específicos	14
Justificación.....	15
Viabilidad	16
Delimitaciones	17
CAPÍTULO II	18
FUNDAMENTO TEÓRICO	18
Marco bíblico.....	18
Marco histórico	19
Marco teórico de las variables	23
CAPÍTULO III	45
METODOLOGÍA.....	45
Tipo y diseño de estudio	45
Diseño de investigación	45
Población y muestra	46
Criterios de inclusión y exclusión.....	48
Criterios de inclusión	48

Criterios de exclusión	49
Consideraciones éticas	49
Diseño y operacionalización de variables	49
Instrumento de recolección de datos	53
Elaboración del instrumento	53
Procedimiento para la recolección de datos	58
Plan de tabulación y análisis de los datos	58
CAPÍTULO IV.....	59
RESULTADOS	59
Descripción de los resultados descriptivos	59
Contrastación de hipótesis	75
Discusión de resultados	85
CAPÍTULO V.....	91
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
Conclusiones	91
Recomendaciones	94
Referencias bibliográficas.....	96
Apéndice A	105
<i>Matriz instrumental</i>	105
Apéndice B	108
<i>Matriz de consistencia</i>	108
Apéndice C.....	112
Cuestionarios y Escalas.....	112
Apéndice D.....	116
Hojas de Validación	116

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Distribución de la población estudiantil matriculados 2017 II</i>	47
Tabla 2 <i>Matriz operacional de variables: violencia y depresión</i>	50
Tabla 3 <i>Confiabilidad de la Escala de Buss and Perry de Violencia</i>	54
Tabla 4 <i>Confiabilidad de la Escala de Hamilton de depresión</i>	56
Tabla 5 <i>Números de encuestado por facultades</i>	59
Tabla 6 <i>Edad de los estudiantes</i>	60
Tabla 7 <i>Género de los estudiantes</i>	60
Tabla 8 <i>Orientación sexual de los estudiantes</i>	61
Tabla 9 <i>Situación sentimental de encuestados</i>	61
Tabla 10 <i>Frecuencia de vida sexual</i>	62
Tabla 11 <i>Número de hijos</i>	62
Tabla 12 <i>Estado civil del padre</i>	63
Tabla 13 <i>Estado civil de la madre</i>	63
Tabla 14 <i>¿Trabajas y estudias?</i>	64
Tabla 15 <i>¿Con que personas vives?</i>	64
Tabla 16 <i>Grado de instrucción del padre o tutor</i>	65
Tabla 17 <i>Grado de instrucción de la madre o tutor</i>	65
Tabla 18 <i>¿Has sufrido de abuso sexual?</i>	66
Tabla 19 <i>Condición laboral del padre</i>	66
Tabla 20 <i>Religión</i>	67
Tabla 21 <i>Región de procedencia de sus padres</i>	67
Tabla 22 <i>Religión</i>	68
Tabla 23 <i>Ingreso mensual del padre</i>	68
Tabla 24 <i>Ingreso mensual de la madre</i>	69
Tabla 25 <i>¿Cómo consideras tu salud?</i>	69
Tabla 26 <i>¿Cómo consideras tu relación con Dios?</i>	70
Tabla 27 <i>Tipo de alimentación que practican los estudiantes</i>	70
Tabla 28 <i>Índices de Depresión</i>	71
Tabla 29 <i>Ansiedad Psíquica</i>	71
Tabla 30 <i>Ansiedad somática</i>	72
Tabla 31 <i>Índices de Violencia</i>	72
Tabla 32 <i>Agresión física</i>	73
Tabla 33 <i>Agresión verbal</i>	73
Tabla 34 <i>Ira</i>	74
Tabla 35 <i>Hostilidad</i>	74
Tabla 36 <i>Relación: factores sociodemográficos con violencia y/o depresión</i>	76
Tabla 37 <i>Relación entre depresión y violencia</i>	78
Tabla 38 <i>Relación entre violencia y la ansiedad psíquica</i>	79
Tabla 39 <i>Relación entre violencia y la ansiedad Somática</i>	80
Tabla 40 <i>Relación entre la depresión y la agresión física</i>	81
Tabla 41 <i>Relación entre la depresión y la agresión verbal</i>	82
Tabla 42 <i>Relación entre la depresión y la Ira</i>	83
Tabla 43 <i>Relación entre la depresión y la Hostilidad</i>	84

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación de factores sociodemográficos a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017. Hallándose que los factores sociodemográficos más de uno se relacionan significativamente tanto con los índices de violencia y depresión. El estudio fue descriptivo, correlacional; no experimental, de corte transversal en una población de 4158 estudiantes con una muestra no aleatoria, no probabilística de 352 individuos.

Los resultados: depresión y violencia se relacionan media significativamente (0,51% con un sig. 0.00). La violencia con la ansiedad psíquica, media y significativa (0,41% con un sig. 0.00); La ansiedad somática moderada y significativa (0,31% con un sig. 0.00.). En cuanto a la depresión y la agresión física, guarda relación moderada y significativa (0,39%; con un sig. 0.00). Depresión y la agresión verbal moderada pero significativa (0,39% con un sig. 0.00). Diferente la depresión y la Ira que se relaciona baja y significativa (0,26% con un sig. 0.00). Finalmente, la depresión y la hostilidad guarda relación moderada (0,43% con un sig. 0.00).

La conclusión del presente se expresa en que más de uno de los factores sociodemográficos se relaciona significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión aspectos que complementan los resultados descriptivos en inferenciales de la violencia con la depresión y viceversa.

Palabras claves: violencia juvenil, depresión juvenil, hostilidad, ira, agresión verbal, agresión física.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship of sociodemographic factors to the rates of violence and depression in the student population of the Universidad Peruana Unión, Lima, 2017. It was found that more than one socio-demographic factors are significantly related to the rates of violence and depression. The study was descriptive, correlational; non-experimental, cross-sectional study in a population of 4158 students with a non-random, non-probabilistic sample of 352 individuals.

The results: depression and violence are significantly related (0.51% with a sig. 0.00). Violence with psychic anxiety, mean and significant (0.41% with a sig. 0.00); Moderate and significant somatic anxiety (0.31% with a sig. 0.00.). As for depression and physical aggression, it has a moderate and significant relationship (0.39%, with a sig. 0.00). Depression and moderate but significant verbal aggression (0.39% with a sig. 0.00). Different depression and anger that is related low and significant (0.26% with a sig. 0.00). Finally, depression and hostility are moderately related (0.43% with a sig. 0.00).

The conclusion of the present is expressed in that more than one of the sociodemographic factors is related significantly both to the rates of violence and depression in the student population of the University Peruana Union aspects that complement the descriptive results in inferential of the violence with the depression and vice versa.

Keywords: youth violence, youth depression, hostility, anger, verbal aggression, physical aggression.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

La Organización mundial de la Salud (OMS) refiere que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social”; resaltando la necesidad del abordaje minucioso en la salud mental de los seres humanos (Organización Mundial de la Salud, 2001). La OMS indicó que casi cerca de 450 millones de individuos padecen un trastorno mental o del comportamiento, y tan sólo una minoría recibe un tratamiento elemental. Asimismo, esta institución mundial menciona que los trastornos mentales y conductuales son considerados como afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento los cuales vienen asociadas con sentimientos de angustia, alteraciones del funcionamiento o con ambos y que dentro de esas anomalías psicológicas están el estrés psicológico, ansiedad y depresión. Y como informe mundial revela que, entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales (OMS, 2001).

Según se evidencia en los datos de la OMS: la prevalencia de la depresión alcanza el 8 % en las personas jóvenes y cerca de 100.000 personas por año sufren de depresión en algún momento en su vida; además enfatiza que el 80 % de los pacientes con enfermedades crónicas también padece de depresión comúnmente (Gutierrez et al., 2010).

Polo et al.(1996) sostienen que en investigaciones internacionales, se ha evidenciado que existen alumnos universitarios que experimentan un incremento significativo en niveles de depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración tras seis semanas de permanecer en clases en la universidad.

Los estudios de Minn Chai (2009) realizaron una investigación en estudiantes internacionales mostrando que éstos experimentan una serie de dificultades comunes a los inmigrantes: como el acceso insuficiente a las nuevas costumbres y hábitos culturales propios del lugar a donde están llegando y la soledad. Además refieren ellos que sus experiencias de aculturación podrían causarles gran cantidad de estrés, ansiedad y depresión; un aspecto que es complementado con lo que refiere Thawabieh y Qaisy (2012) quienes corroboran que los estudiantes universitarios sufren y experimentan altos niveles de estrés social, ansiedad académica y depresión física.

Algunos investigadores también sostienen que los estudiantes universitarios son sometidos a una sobrecarga emocional intelectual y psicológica extrema, fatiga mental, las crisis de los valores morales, la mala adaptación a las nuevas condiciones de estudio, la necesidad de moverse de casa, numerosas pruebas y exámenes, miedo por su futuro laboral, miedo al futuro, alimentación frecuente general y trastornos del sueño, la ignorancia sobre cómo tratar con situación de estrés, la falta de tiempo para el descanso, las actividades al aire libre entre otras, que influyen en su salud psicológica (Ivakhnova, 2009).

Por otro lado, en el Perú, Riveros (2004) en un estudio acredita que existe algunas características sociodemográficas relacionadas a los niveles de depresión en estudiantes. Un aspecto preocupante para el sector salud y educativo no sólo de Perú sino también de Latinoamérica como en Colombia donde se evidencio en un estudio con 625 estudiantes de los diferentes programas académicos en la Universidad de Caldas seleccionados al azar, con los inventarios de ansiedad y depresión de Beck encontrándose una prevalencia del 49,8% para depresión. 58,1% para ansiedad y 41% para ideación suicida.

Riveros, Fernandez, Rivera (2007) comentan en un estudio que la problemática de depresión en jóvenes es algida y que existe algunos factores que predisponen esta enfermedad mental:

Entre los factores que generan depresión entre universitarios se encuentra al elevado costo de los estudios y un mercado laboral muy limitado, es decir, primero un gran esfuerzo y luego la frustración; como se puede concluir de la información proporcionada por la agencia de prensa Elmundo.es, según la cual un 25% de los estudiantes universitarios de Beijing sufre depresión y muchos tratan de suicidarse, constituyendo este un incremento relativamente reciente debido a la presión financiera, la competición académica feroz y un ajustado mercado de trabajo para graduados (p. 97).

En México, Rosete (2006) corrobora esta gran problemática de Salud Pública de depresión y salud mental en la vida universitaria quien indica que los problemas de salud mental en las últimas décadas representan un reto para la Salud Pública». Sin precisar cifras, refiere ella que es por todos conocidos el incremento en las tasas de depresión, suicidios, hogares desintegrados, violencia intrafamiliar, drogadicción en sus diferentes modalidades e incluso de psicosis.

Cabe resaltar que la depresión puede ser una variable predictora de violencia o viceversa en la vida universitaria por lo cual se urge revisar: ¿Cuál de los factores sociodemográficos están relacionados los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016?

Antecedentes de la investigación

Almudena (2009) realizó un estudio *Concepto de depresión, evolución histórica y comparación de diferentes teorías*. Analiza la prevalencia y las diferencias según sexo, edad y cultura. Tras esta introducción general, se centra en la depresión adolescente describiendo los criterios diagnósticos para adultos y las características diferenciales con los adolescentes. Se evalúan los factores de protección y los de riesgo con una mención particular del riesgo de suicidio. También se analizan las posibles complicaciones y las consecuencias que se derivan de este tipo de trastornos. Por último, se exponen los tratamientos disponibles: psicofarmacológicos y psicoterapéuticos con sus ventajas y limitaciones. En un último apartado, se recogen instrumentos de evaluación, recomendaciones para padres y direcciones de interés. Las conclusiones generales enfatizan la necesidad de crear unidades multidisciplinarias especializadas que permitan una detección precoz y un tratamiento integrado.

Del Carmen et al., (2011) realizan el estudio titulado *Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia*, teniendo como objetivo estimar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes escolarizados entre los 10-17 años, de la comunidad de Chía Cundinamarca, utilizando las escalas CDI y SCARED,

durante los años 2008 a 2010. Estudio de corte transversal, llevado a cabo en 538 estudiantes. Se identificaron las variables socio demográficas: edad, sexo, seguridad social y centro educativo de procedencia (público, privado, social o urbano). Obteniendo como resultados síntomas ansiosos o depresivos en el 40,5 % de la población estudiada (538); de los cuales el 28,3 % presentó síntomas sugestivos de ansiedad exclusivamente, con síntomas depresivos exclusivamente en 3,3 % y síntomas tanto de ansiedad, como de depresión en 8,9 %.

Los síntomas ansiosos fueron más frecuentes en las mujeres y los síntomas depresivos y mixtos se presentaron con más frecuencia en hombres. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos 6,9 % en hombres vs 5,4 % en mujeres, dato que no fue estadísticamente significativo. Llegando a la conclusión que los síntomas ansiosos y depresivos son frecuentes en adolescentes, se hace indispensable sospecharlos y diagnosticarlos tempranamente, con el fin de poder brindar una atención oportuna. Se deben implementar estrategias que permitan detectar factores protectores y de riesgo para evitar que se desarrollen trastornos mayores, diseñando programas de educación encaminados hacia una buena salud mental de niños y adolescente.

Riveros (2004) en una tesis *titulado Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a La UNMSM a través de la escala CES-D*, con el objetivo de analizar las características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a la UNMSM. Se trabajó con una muestra compuesta por 382 jóvenes con edades que varían de 17 a 25 años, empleando la escala CESD. El tratamiento estadístico y análisis de los datos se hizo con estadígrafos como: Media

Aritmética, Análisis de frecuencia, la Prueba z de comparación de medias, Desviación Estándar, el coeficiente Alfa de Crombach, la Prueba de Kolmogorov Smirnov de Bondad de Ajuste a la curva normal (K-S). Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes: según sus diferentes grupos de edad, como también según su condición de trabajador, de acuerdo a su nivel socioeconómico y con respecto a si viven o no con sus padres. No se encontraron diferencias según su género. Estos resultados nos permiten concluir que la escala CES-D detecta niveles de depresión en estudiantes universitarios, contando de esta manera con un instrumento predictor para poder trabajar en los niveles preventivos y de tratamiento con personas depresivas.

Gutiérrez R. J. et al (2010) materializan un estudio titulado: *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico*, con el objetivo de analizar la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad y como esta es afectada por múltiples factores, entre ellas el estrés estudio que se realizó a través de un instrumento auto-administrado a todos los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la Universidad CES que permitió establecer la prevalencia de depresión y el Chi² de tendencia para ver el comportamiento de la relación entre el nivel de estrés y la depresión. Los resultados obtenidos fueron que la edad promedio de los estudiantes fue de $20,4 \pm 2,6$ años. El 68,7 % de la población es de género femenino. La prevalencia para depresión encontrada fue del 47,2 % y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa. Las conclusiones a las que llegaron fueron que los resultados establecen un diagnóstico de posibles factores que afectan la

salud mental de la población estudiantil. Con ello se podrán orientar programas de intervención dirigidos a disminuir los niveles de estrés y por ende la frecuencia de depresión, generados por las diferentes situaciones de la vida universitaria.

Arrivillaga et al. (2003) en una investigación titulada: *Características de la Depresión en jóvenes universitarios*, abordan el objetivo describir las características de la Depresión en jóvenes universitarios. La investigación fue de carácter no experimental de tipo descriptivo y transeccional. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala Autoaplicada de Zung (EAZ) y un Apartado de Datos Complementarios. La muestra estuvo conformada por 218 jóvenes, 135 mujeres y 83 hombres de las carreras de pregrado de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali.

A partir del trabajo clínico y psicoeducativo con esta población se identificaron aspectos específicos de los jóvenes que fueron asociados al trastorno depresivo. Se determinó la prevalencia de la depresión en un entorno universitario específico, se describieron las manifestaciones clínicas y la posible relación con diferentes variables sociodemográficas y personales. Los resultados arrojaron la presencia significativa de depresión en los jóvenes así: 30%, según el IDB, y 25%, según la EAZ. Frente a las manifestaciones clínicas encontradas, se comprueba la presencia de síntomas inherentes a la depresión, reportados clásicamente por la literatura. Se resalta que las diferencias entre los niveles de Depresión se dan en términos de la frecuencia y la intensidad de la sintomatología. Finalmente, se describen algunos eventos estresores específicos para los jóvenes que, sumado al déficit en estrategias

de afrontamiento, juegan un papel importante como factores de predisposición y desencadenantes de la depresión en población objeto de estudio.

Hernandez A. E. y Ramírez P. S., (2006) en una investigación titulado "Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes con el objetivo de relacionar las conductas agresivas con el consumo de drogas ilícitas e lícitas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios de 18 a 26 años, considerando su nivel socioeconómico medio alto y alto, las drogas ilícitas consideradas fueron tabaco y alcohol, y la ilícitas, marihuana, cocaína y éxtasis e intentos de suicidio, para obtener la información se utilizó la metodología de pares utilizando un instrumento previamente validado para Chile. La muestra estuvo constituida por 400 universitarios con edades comprendidas entre 18 y 26 años. Se encontró que el 21% había participado en riñas o peleas callejeras en el año y un 11.3% en el último mes. Las peleas en el último año se asociaron de marihuana, cocaína, éxtasis e intentos de suicidio. La participación de mujeres en peleas callejeras se asocia a intentos de suicidios, en cambio en el grupo de hombres, estas variables se asocian al consumo de drogas duras.

Scandroglio B, et al. (2003) en un estudio sobre la conducta violenta en grupos juveniles: características descriptivas se revisó de forma cualitativa sobre algunos aspectos de la violencia juvenil grupal, a partir del análisis de los resultados de entrevistas realizadas a un total de 41 jóvenes de la Comunidad de Madrid con diferentes grados de implicación en conductas de violencia grupal. Los resultados ponen de manifiesto que dicha conducta, lejos de constituir un fenómeno en el que primen elementos de irracionalidad o desviación individual, corresponde a un comportamiento estructurado en un

sistema de normas, actitudes y recursos conductuales que determinan los contextos y los motivos que justifican el comportamiento violento, las repercusiones positivas que acarrea y las formas para reducir al mínimo los perjuicios que ocasiona. Dejan patente, a su vez, que tal sistema se integra, se elabora y se hace inteligible dentro de una sub-cultura, que permite dar sentido a las acciones bajo una determinada visión del mundo y que marca un proceso socializador que cumple funciones específicas para la persona que lo asume.

Cano, Gutiérrez y Nizama (2009) realizan su estudio titulado *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana*, con el objetivo de analizar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. En un tipo de estudio transversal analítico, realizado en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo-abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad. Resultados. El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra, predominantemente en varones ($p < 0,001$). Mediante el análisis multivariado, se encontró asociación ideación suicida y conducta violenta (OR=4,9 IC95% 1,4-17,5), pero no con pensamiento heteroagresivo (OR=2,1 IC95% 0,9-4,9). Concluyéndose que existe alta prevalencia de ideación suicida y, haber pensado en quitarse la vida

se asoció con haber presentado conducta violenta dirigida hacia otro. Rastrear y tratar a adolescentes violentos puede contribuir a la disminución de la violencia y también del riesgo de suicidio.

Amórtegui (2005) en un trabajo científico titulado *Violencia en el Ámbito Universitario: El caso de la Universidad Nacional de Colombia*, cuyo objetivo es estimar la prevalencia de creencias, percepciones, actitudes y prácticas en su rol de testigo y posible actor de disturbios; se aplicaron una encuesta a 500 estudiantes de pregrado en lugares dentro del campus, y obtuvieron como resultados que el (54,5%) resultaron no agresores, 163 (32,8%) agresores tipo 1 y 63 (12,7%) agresores tipo 2. Se encontraron relaciones significativas entre los tipos de violencia y el sexo masculino, estado civil, promedio académico y el número de parejas íntimas, mas no con la edad ni la pertenencia a una Facultad. A la conclusión que llegaron fue que los medios violentos de expresión fueron pocos o nada aceptados por la mayoría de los encuestados quienes prefieren expresar sus opiniones y necesidades a través de los representantes estudiantiles y grupos de trabajo. Sin embargo, las personas que participan en los disturbios afirmaron que no existen medios suficientes o alternativos de expresión, justificando los hechos violentos en ciertas situaciones. Los agresores tienden a ser de género masculino y creen que las acciones violentas son más aceptables.

Bravo, Bulnes, Ecurra, Dávila (1997) efectúan su investigación: *Actitudes hacia la violencia en jóvenes universitarios*, en una muestra de 283 estudiantes provenientes de 12 facultades de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, agrupados en las áreas de Letras, Ciencias e Ingeniería, se realizó un estudio con el propósito de diferenciar sus niveles de actitud hacia

la violencia en relación al sexo, estrato socioeconómico, tipo de carrera profesional, tipo de convivencia familiar y el desempeño de alguna actividad laboral. Previamente se elaboró una escala tipo Likert de actitudes hacia la violencia en seis áreas: personal, social, relación de pareja, padres, relación familiar y compañeros de estudio; y una ficha sociodemográfica para analizar las características de la muestra. Se hallan diferencias en función al sexo y al desempeño de alguna actividad laboral. Los estudiantes varones presentan un nivel de actitud más elevado hacia violencia que sus pares mujeres. En tanto que, los estudiantes que desempeñan alguna actividad laboral se diferencian en igual sentido de los estudiantes que no desempeñan alguna actividad laboral en las áreas de relación familiar y de pareja, lo que podría indicar la existencia de conflictos en dichas áreas. No se observan diferencias significativas en las otras variables, aunque se observa que los estudiantes del nivel socioeconómico

Torres (2010), en su investigación realizada en la Universidad Simón Bolívar con el título: *El problema de la violencia entre universitarios abordado desde el enfoque de la investigación- participación-acción*, se concluyó que la violencia asalta todos los órdenes sociales, épocas, clases, edades, géneros; por tanto, la escuela como todo microsistema no sólo es receptora de hostilidades externas; antes bien, aún dentro de ella se gestan diversas manifestaciones de maltrato, tanto en los niveles jerárquicos como en el plano horizontal, incluyendo las que se dan entre jóvenes estudiantes. El trabajo en el Taller permitió desmitificar la idea de que el género femenino por lo regular es la víctima; se recapacitó sobre las consecuencias de la “hostilidad oculta”, se posibilitó identificar cómo en la trayectoria escolar se pueden asumir

diferentes roles en la triada de maltrato. Las reflexiones surgidas en ese trabajo es una luz tenue que perfila el sendero por donde los y las participantes podrían seguir ahondando.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál de los factores sociodemográficos están relacionados a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, ¿Lima, 2017?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es el índice de violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
2. ¿Cuál es el índice de depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
3. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
6. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
7. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?

8. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?
9. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de factores sociodemográficos a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.

Objetivos específicos

1. Identificar el índice de violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
2. Identificar el índice de depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
3. Determinar la relación entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
4. Determinar la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
5. Determinar la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
6. Determinar la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017

7. Determinar la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.
8. Determinar la relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
9. Determinar la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.

Hipótesis

Hipótesis general

Los factores sociodemográficos al menos uno se relaciona significativamente a los índices de violencia y/o depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017

Hipótesis específicos

1. Existe relación significativa entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.
2. Existe relación significativa entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
3. Existe relación significativa entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017
4. Existe relación significativa entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.
5. Existe relación significativa entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.

6. Existe relación significativa entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.
7. Existe relación significativa entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.

Justificación

La investigación titulada *Factores sociodemográficos relacionados con los Índices de violencia, depresión y conducta suicida la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, 2016*, es de suma relevancia, porque nos ayuda a percibir la realidad de la salud mental de los universitarios no solo de esta casa de estudios sino también de la realidad peruana. Justamente el aporte de la presente investigación sería obtener datos estadísticos sobre temas como la violencia, depresión y las implicancias que tiene la convivencia de los estudiantes al igual que su rendimiento académico. Sumado a las razones anteriormente señaladas, la importancia de esta investigación radica, además, en que la relevancia teórica, responde a la falta de datos sobre el tema de la investigación, debido a que aunque se sabe de la existencia de estas variables en la población estudiantil de la casa de estudios, no están establecidos los porcentajes en que se presentan y mucho menos en origen; es por ello que, al encontrar los porcentajes y el grado de depresión y violencia, se puede partir para hallar la causa de estos e implementar medidas que las contrarresten.

La relevancia metodológica, en el presente estudio se resalta la contribución a conocer el nivel de salud emocional del que goza dicha casa de estudios, al igual que los índices de las dos variables: depresión y violencia además en cuanto esta relacionados con los factores sociodemográficos y

como estas influyen en los problemas conductuales que se presentan con frecuencia, estableciendo un parámetro para posibles estudios a futuro partiendo de los resultados encontrados.

La relevancia institucional, se visualiza en que al obtener resultados científicos de depresión y violencia estas pueden servir para que los administradores de dicha casa de estudio puedan proveer programas preventivos y lineamientos normativos y políticas de universidad saludable a fin de mejorar el clima conductual de la comunidad universitaria estudiantil un aspecto que contribuirá a la buena imagen ya ganada de universidad espiritual.

En la relevancia social al tener los resultados y mostrarse la realidad presente en dicha universidad y de esta manera se podrán tomar iniciativas para mejorar la calidad de vida y salud mental del alumnado además de proveer resultados que motivan a las familias a realizar un mejor control sobre sus hijos y prevenir con medidas evitativas en depresión y violencia, además de eliminar o controlar los factores que posibilitan que en una casa de estudios no se tenga vida plena evitando que los niveles altos de depresión y violencia lleguen a afectar directa e indirectamente en su desarrollo intrapersonal e interpersonal.

Viabilidad

En esta presente investigación la viabilidad fue alta considerando la predisposición por parte de la administración, docentes que facilitaron la aplicación de la encuesta además de la apertura del alumnado que estuvo presta a realizar la encuesta y obtuvimos el consentimiento informado para realizar la tesis en dicha institución

Delimitaciones

La investigación es válida para la totalidad de la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión en la mayoría de sus facultades.

Limitaciones

Las situaciones que limitaron el desarrollo de esta tesis fue la negativa de algunos de los estudiantes a rellenar dicha encuesta por las premuras de tiempo y/o actividades propias del desarrollo académico, y la posibilidad de algunas encuestas mal llenadas por prejuicio del alumno sobre el tema por ser personal.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

Marco bíblico

La depresión se considera un detonante en la vida de cada ser humano que la posee. Esta puede desembocar en situaciones nefastas, o incluso irremediables, como ser la muerte. La depresión se considera para muchos como una enfermedad la cual lleva a la complicación de la Salud total del ser humano. Elena G. de White nos dice: “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, menoscaban las fuerzas vitales y llevan al decaimiento y a la muerte.” (White, Consejos Sobre la Salud p.341)

Para poder tener una vida plena, es necesario para el ser humano no padecer de ningún tipo de trastorno o patología en cuanto a su salud ya sea mental o física.

Elena G. de White nos dice que: “La influencia de Satanás se ejerce constantemente sobre los hombres para enajenar los sentidos, dominar la mente para el mal e incitar a la violencia y al crimen. El debilita el cuerpo, oscurece el intelecto y degrada el alma. Siempre que los hombres rechacen la invitación del Salvador, se entregan a Satanás. En toda ramificación de la vida, en el hogar, en los negocios y aun en la iglesia, son multitudes los que están haciendo esto hoy. Y a causa de esto la violencia y el crimen se han

difundido por toda la tierra; las tinieblas morales, como una mortaja, envuelven las habitaciones de los hombres.” (White, Deseado de Todas las Gentes p. 308).

Marco histórico

Depresión

Montes (2015) describe que la historia conceptual de la depresión fue formulada por primera vez por Hipócrates en el año 460-370 a.C., y se remonta a un cuarto de siglo en la época grecorromana con el nombre de melancolía, aunque en realidad el concepto que maneja Hipócrates no es específico, él abarca más ampliamente, casi nosológicamente las enfermedades mentales. Hipócrates rechaza las tres formas fundamentales de la locura que son: la melancolía, la frenesís y la manía.

Igualmente, resalta que lo referido por Hipócrates quien hace alusión a la melancolía: “por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia”, como podemos darnos cuenta Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente como “somática” Sin embargo algunos médicos sugieren que tanto el miedo como la tristeza, sea o no depresivos, cuando se prolongan por mucho tiempo “pueden transformarse en melancolía”. (Martiny, 1967, citado en Montes 2015).

Galeno en 163 en su obra “On Medical Definitions” (Montes, 2015) describe la melancolía como “una alteración crónica que no se acompaña de fiebre”. Los pacientes melancólicos se presentan como temerosos, suspicaces, misántropos y cansados de la vida. Para Galeno la “discusión hay que establecerla en tono a que si la melancolía es apenas un síntoma o más bien

un estado fisiológico.” Aunque muchas afirmaciones que hace este autor acerca de la melancolía proceden de un error.

Él refiere que el término “melancolía” (palabra derivada del griego melas, negro y chole bilis), se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad. Al menos este es el significado que se desprende del análisis del texto en que lo empleo

Par Cicerón, inicialmente, su uso no designó una relación causal entre bilis negra (causa) y depresión (efecto), tal y como observamos esta afirmación no se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como ahora la conocemos y mucho menos llegan a implicar una definición tal de la depresión. En realidad, estos síntomas consisten en ansiedad, silencio, rechazo, y hostilidad hacia la propia familia; en ocasiones deseos de vivir y otras de morir.

Por otra parte, la manía y la melancolía no surgen como dos alteraciones clínicamente compuestas que pueden estar relacionadas entre sí. Según la lectura la melancolía es "una forma más de locura, de manía "(entendida esta como estancia general.)

Igualmente, Montes hace referencia que Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta psicopatológica entre la melancolía y manía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la obra de Bonetus, en el siglo XVII.

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedía. Sin embargo, a pesar del uso de este término se extiende alrededor de más de 10 siglos, su significación no es constante. Durante el periodo inicial, la acedía es tipificada como un "estado del alma", cuyo padecimiento se

restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la sociedad de sus respectivas celdas (Montes, 2015).

En el transcurso de dos siglos siguientes, el concepto de acedía casi se volatiliza; en su lugar, adquiere un uso progresivamente mayor en el término melancolía. A lo largo de este proceso conceptual la melancolía queda adscrita al fin a la clínica sin ninguna connotación o remembranza de su antigua vinculación con la acedía y con el contexto religioso en que ésta surgió refiere este investigador

“El remedio de la sangre negra” término común del cuadro en Europa del siglo XVI, en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor, y se sugieren como indicaciones generales las siguientes: El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades, como la epilepsia, indican un largo grado de adelanto en la medicina mexicana (Meza, 2015).

Violencia

El significado de la palabra violencia emergerá en los elementos más antiguos de la épica griega. La palabra violencia designa una cualidad, la cualidad del héroe “que le proporciona gloria y estimación social, a saber, un espíritu combativo, concebido como una fuerza física sobresaliente combinada con un impulso de agresividad” (Vicens, 2006). Este autor describe que los griegos nos proporcionarán distintas descripciones de una manifestación que se daba en la naturaleza, en los hombres, en los dioses, para Heráclito: “la violencia es padre y rey de todo”. También indica que, en la narrativa griega, vamos a ver asociada la idea de violencia al concepto de “hybris”, concepto

que representará la violencia, el exceso, la desmesura, la transgresión y el furor. El concepto de violencia/hybris introducida por Homero en la *Ilíada*, al hablar de "violencia del cuerpo" y "violencia de la palabra".

La "violencia" es un término que, en el habla cotidiana de los colombianos, como sabemos, se fue convirtiendo en el nombre de una época extendida desde la mitad del decenio de los años 40 hasta la mitad de los 60, cuando se extinguieron las últimas organizaciones armadas vinculadas de alguna forma a los dos partidos contendores, liberal y conservador. En la memoria de los colombianos que, adultos o niños, vivieron esos años en la mayoría de las regiones, la etapa de "La Violencia" divide en dos tanto la historia del país y de sus terruños como la de sus propias familias y sus mismas vidas (Schramm, 2009).

Resalta también que, en 1815, el Congreso de Viena vendió y repartió Europa de tal manera que el mundo entero pudo convencerse de la incapacidad total de los potentados y los hombres de Estado. La guerra general de los pueblos contra Napoleón fue la reacción del sentimiento nacional de todos los pueblos que éste pisoteara. En recompensa, los príncipes y los diplomáticos del Congreso de Viena pisotearon aún con más desprecio este sentimiento nacional. La dinastía más pequeña valía más que el pueblo más grande. Alemania e Italia volvieron a ser fraccionadas en pequeños Estados. Polonia fue desmembrada por cuarta vez, Hungría seguía subyugada.

Finalmente refiere que, desde fines de la Edad Media, la historia trabaja en el sentido de constituir en Europa grandes Estados nacionales. Sólo Estados de ese tipo forman la organización política normal de la burguesía

européa en el poder y ofrecen a la vez, la condición indispensable para el establecimiento de la colaboración internacional armoniosa entre los pueblos, sin la cual es imposible el poder del proletariado. Para asegurar la paz internacional, es preciso primero eliminar todos los roces nacionales evitables, es preciso que cada pueblo sea independiente y señor en su casa. Y, efectivamente, con el desarrollo del comercio, de la agricultura, de la industria y, a la vez, del poderío social de la burguesía, el sentimiento nacional se había elevado en todas partes, y las naciones dispersas y oprimidas exigían unidad e independencia.

Marco teórico de las variables

La Depresión

Según el instituto nacional de salud, la depresión es un trastorno que interfiere en la vida diaria y el desempeño normal de las actividades cotidianas que realiza una persona. Esta es una enfermedad muy común y frecuente pero muy grave que se prolifera con gran velocidad en la sociedad actual (INS, 2007).

Asimismo, Díaz et al (2007) resaltan que la depresión es una enfermedad donde no solo reacciona o se manifiesta a causa de factores internos como mal funcionamiento de neurotransmisores o a nivel de los receptores adrenérgicos ubicados en las membranas de recepción neuronal y del déficit de la serotonina. Sino también reacciona o es causado por factores externos a nuestro organismo, como las malas noticias, luto, separación, traiciones matrimoniales, etc.

Según la corriente biológica actual de la psiquiatría, distinguen a la depresión como enfermedad biológica (endógena), es decir, que procede el

interior de nuestro organismo para ser más específico de la genética y niegan la postura de los antropólogos que la definen como un trastorno reactivo (exógeno). No obstante, los postulados de la corriente biológica de la psiquiatría no se han podido demostrar ya que no hay conceptos definitivos que la demuestren, además de que al aceptarse se desligaría por completo del postulado exógeno, por lo que no puede ser posible (Aguirre, 2008)

Sin embargo, frente a la corriente biológica que indica la depresión como endógena, los antropólogos van ganando mayor aceptación por parte de la comunidad científica, definiendo a la depresión como hundimiento vital, y con esto nominando a la depresión como enfermedad psíquica ya que influye en la biografía del individuo; pues toda enfermedad depresiva perturba la línea biográfica.

La biografía consiste en todo lo que acompaña en nuestra vida y que crea un vínculo afectivo. Entonces, la depresión biográfica es la ruptura o el cambio drástico del continuum biológico, es decir, que formó parte de su vida, sea separación o duelo de un ser querido u objeto afectivo. Desencadenado una serie de síntomas depresivos; obligando al que lo padece, realizar una restauración biográfica (Bohorquez, 2010).

La depresión es un trastorno que afecta directamente al estado de ánimo del que lo padece, interfiriendo en el desarrollo y desempeño normal de las actividades diarias del individuo. Como toda enfermedad presenta síntomas, pero estos pueden variar según el tipo de depresión y el organismo de la persona que no padezca. Las variaciones más atípicas se da en la población adolescente y juvenil, algunas de estos síntomas atípicos pueden

ser irritabilidad consumo de sustancias nocivas, drogas, etc. Los síntomas más típicos de esta enfermedad son los llamados síntomas somáticos, tales como la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, disminución de la atención y la concentración, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, trastorno de sueño, pérdida de apetito, entre otras. (CIE 10). Existen tipos de depresión y se los divide según la intensidad en la que se presenta en el individuo afectado según la CIE 10:

Depresión Leve. Consiste en la pérdida de la capacidad y del interés de disfrutar, ánimo depresivo y aumento de la fatigabilidad; son síntomas típicos de la depresión. Para un diagnóstico definitivo debe presentarse como mínimo dos de estos síntomas. La intensidad de estos síntomas no debe ser elevado. Este tipo de depresión suele durar como mínimo dos semanas. Esta depresión puede presentarse con presencia o no de síndromes somáticos: Sin síndrome Somáticos. Cumplen con todas las pautas de una depresión leve y presenta poco o ningún síntoma somático. Con síndrome Somático. Cumple con todas las condiciones de una depresión y presenta, al menos, cuatro síntomas somáticos.

Depresivo Moderado. Para su diagnóstico definitivo el paciente debe presentar como mínimo dos de los tres síntomas señalados en párrafo anterior, y por lo menos 4 de los síntomas. De los dos síntomas típicos uno de ellos se presenta con mayor grado de intensidad; causando que el paciente afectado tenga dificultades para realizar las labores domésticas, de trabajo y estudio y otras labores que normalmente haría. Este tipo de depresión dura como mínimo dos semanas.

Depresivo Grave. Para definirlo como tal, debe tener como mínimo tres síntomas presentados en el episodio leve y al menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de alta intensidad. En este tipo de depresión el paciente suele presentar mucha angustia y agitación a excepción si la inhibición es una característica marcada. Presenta autoestima muy baja, sentimientos de culpa y de inutilidad; en casos extremos el riesgo de suicidio es latente.

Teorías de la depresión

El caso de suicidio, es el mayor problema de salud pública mundial mas no la prevención del suicidio, ni su intento continuo, a este se debe dar una posición más prominente en la agenda de lo que es actualmente el caso dado que constituye una de las causas de muerte no natural más frecuentes en el mundo, por ello se necesita mayor estudio familiar y de personas allegadas a las víctimas con el respeto de su integridad para así poder dar un distinto enfoque de prevención (Dyregrov, 2008).

Teorías y modelos explicativos de la depresión Winokur (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión. Teorías conductuales de la depresión Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas.

Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) indican que en la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión: la disminución del refuerzo positivo y el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el de Nezu (1987). Dado el amplio número de enfoques conductuales expondremos brevemente los más relevantes. La disminución del refuerzo positivo para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX con hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades

que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia. Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados. Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones.

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos

aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años.

Lewinsohn et al. (1985) también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social.

Lewinsohn et al. (1985) indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general. Entrenamiento en autocontrol Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual.

En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de

estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

El modelo de Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos.

Dada esta asociación Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de

soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto. Las teorías cognitivas de la depresión Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo.

Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX; puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las

consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. (1978), estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión. Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

La teoría cognitiva de Beck Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron, según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales.

El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente. Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión

negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas. La tríada cognitiva se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento. El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar

o infra depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX

Valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas».

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo; determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Ejemplos de estas creencias son: “yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira”, “si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona”. Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesisestrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado.

Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos. No todos los aspectos del modelo cognitivo de la depresión han recibido un apoyo empírico firme (Coyne y Gotlib, 1986; Segal y Shaw, 1986a; 1986b; Haaga et al., 1991).

Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel de las cogniciones en la etiología de la depresión son los aspectos que han recibido menor apoyo, además de ser los más difíciles de comprobar (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992).

Otras teorías psicológicas Además de los planteamientos conductuales y cognitivos-conductuales, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el enfoque interpersonal.

El modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre

factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión», sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. Sin embargo, existen diferencias de conceptualización muy importantes entre las distintas teorías interpersonales que se han formulado para explicar la depresión.

Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) parte de la tradición psicoanalítica, mientras que las de provienen de los enfoques cognitivo-conductuales. Teorías biológicas de la depresión A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor.

La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina. Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más

plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Thase y Howland, 1995)

Tratamiento de farmacoterapia antidepresiva prevalentemente en jóvenes

La tasa anual mundial promediada es aproximadamente de cada 13 por cada 100.000 habitantes por año (0,013% por año), con tasas promedio más altas para los hombres que para las mujeres en casi todos los países, en menor porcentaje en niños y mayor prevalencia en pacientes geriátricos. Las tasas de suicidio varían notablemente entre países, que se diferencia en casos de identificación e informes. Las tasas medias de intento de suicidio en el promedio de población general son de veinte a treinta veces mayor inferiormente al real. investigaciones entre la relación existente dando farmacoterapia a personas con conducta suicida eran escasos hasta la década pasada. Por ello se ha reportado que la mayoría de estudios clínicos y ecológicos ha reducido generalmente las tasas de suicidios debido a la prescripción de antidepresivos modernos, caso contrario los cohortes y ensayos aleatorios y controlados en jóvenes con conducta suicida, estos tratamientos farmacoterapéuticos tienden a ser asociados a comportamientos e ideaciones suicidas, por ello en este grupo de pacientes las tasas de suicidio e intentos de estos son más altas, por ello su prescripción es tema de controversia. Trabajos de antidepresivos y muestras la relación inversa de tratamiento farmacéutico y suicidio, a diferencia de los jóvenes que sería en relación directa (Tatarelli *et al.* 2010).

La violencia

Conducta e índice de violencia en relación al homicidio

En caso de examen externo evidenció la existencia en cadáveres de zonas de carbonización, momificación, reducción del tejido óseo y su musculatura, así como descomposición activa. La autopsia revela la existencia de puntos de sutura a nivel abdominal como signos individualizadores y como signos de violencia un traumatismo craneoencefálico múltiple en un caso especial como referencia para haber sido una muerte traumática con presencia de actos sofocantes y violencia aplicada. Ante un estudio patólogo forense estos restos deberán ser esqueletizados previamente estudiándose su antropología y su odontología, con ello se llega a datos clínicos como la edad, sexo y talla del ser. Si reporta fracturas craneales esta puede permitir la revelación de una supuesta secuencia de impactos contundentes con algún objeto, que en una cronología lesional, que tiene como base el patrón de interrupción de fracturas craneales irradiadas. Estas acciones repetitivas sirven como basa para la calificación de traición en pena de homicidio. (Subirana M, et al., 2005)

Aplicación de tipos de violencia en ahorcadura y estrangulación

En algunas ocasiones se plantean dificultades para establecer de forma concluyente el diagnóstico diferencial entre ahorcadura y estrangulación a lazo (Navarro E, et al. 2004).

El lugar de los hechos, el examen de la cuerda y de los nudos, así como los puntos de suspensión, aportan una información complementaria de gran interés en casos de ahorcamiento de etiología dudosa (Barbería E., et al. 2004).

Intoxicación como conducta depresiva y homicida

Existe una mala praxis en usos de fármacos viables solo al entorno hospitalario, solo en pacientes recetados, en nuestro medio el uso de la metadona se halla restringido, debido a su dependencia de opiáceos para ello se realiza terapias sustituibles. En caso de recetado médico su control sanitario es estricto, por ello en patología forense hallar casos por intoxicación por metadona es existente, aceptando la conclusión que la intoxicación fue de índole homicida, en que las circunstancias sugieren que no era un paciente consumidor, no presentaba signos o síntomas clínicos de antes de su muerte inclusive hallazgos en la autopsia que es compatible por la presencia de opiáceos por analíticos positivos resultados en la sangre (concentración en sangre de 0,75 mg/L) (Garamendi P, *et al.* 2009).

Feminicidio en contexto de violencia

Un estudio retrospectivo que analizó los 57 homicidios ocurridos en la provincia de Sevilla, España en un periodo de cuatro años (2004-2007). Estudió diversas variables que tuvieron relación estable y fiable, llegándose a tales resultados: la tasa media de homicidios reportó a 0.77 por 100.000 habitantes; el método usado como arma blanca para el homicidio fue el más reincidido, en la escala también se halló el arma de fuego, así descendiendo a las contusiones, finalmente entre las más usadas fue la asfixia mecánica, las víctimas en mayor porcentaje fueron hombres en relación 2:1 con la mujer; el dato de edad promedio fue de 46 ± 21.2 años; los días con más incidencia de casos fue reportado en fines de semana, o sea sábados y domingos.

El análisis toxicológico, muerte por intoxicación se reportó al etanol en un 47.4%, al benzodiacepina en el 14%, cocaína en el 12.3%, opiáceos en el 10.5% y tetrahidrocannabinol en el 8.8%. Se ha valoró en forma más detallada los casos habidos en gran incidencia en esta región española, resultado que, en 18 de 19 casos, mujeres murieron por manos de su conviviente o pareja amorosa, ex-cónyuge o familia nuclear. Los resultados fueron comparados con estudios similares realizados tanto en el ámbito nacional como internacional. (Lucena J, *et al.* 2004).

Teorías de la violencia

Ash (1969 en Trejo, 2010) indica: “La violencia es algo inherente al género humano y la guerra una necesidad de los Estados” refirió Maquiavelo y Nietzsche, además argumentan: “la violencia, aparte de ser un producto de la lucha de clases, es un medio y no un fin, puesto que sirve para transformar las estructuras socioeconómicas de una sociedad, pero no para eliminar al hombre en sí”. Por lo cual, los marxistas refieren: “la lucha de clases genera violencia, y la violencia es el motor que permite la transformación cualitativa de la sociedad” Estas apreciaciones filosóficas, impactaron a través de la historia en un acicalamiento en la conducta violenta de las personas en la actualidad.

Por otro lado, el mismo refiere que desde la perspectiva del psicoanálisis: “la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas”. Anna Freud resalto que: “...en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción (...) Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan

estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales". (Freud, 1980)

Resalta la hija de Sigmund Freud, Anna Freud, al referirse a la agresión infantil como instinto, describe que estas se manifiestan: "sadismo oral, utilizando sus dientes como instrumentos de agresión; en la fase anal son notoriamente destructivos, tercos, dominantes y posesivos; en la fase fálica la agresión se manifiesta bajo actitudes de virilidad, en conexión con las manifestaciones del llamado, complejo de Edipo ".

En este contexto, complementan el mismo Sigmund Freud y Konrad Lorenz que la agresividad puede descargarse de diferentes formas: "practicando algún deporte de lucha libre o rompiendo algún objeto que está al alcance de la mano". Aunque, Lorenz aconseja que el amor es el mejor remedio contra la agresión, aunque Sigmund recomienda y resalta que "los instintos de agresión no aceptados socialmente pueden ser sublimados en el arte, la religión, las ideologías políticas u otros actos socialmente aceptables". Es decir, como una forma de catarsis y de despojarse de sentimientos de culpabilidad y de conflictos emocionales, es mejor elevarlos al plano consciente y brindarles una forma de expresión (Trejo, 2010).

Este investigador, refiere que: el infante el más inocente y pacífico, tiene sentimientos destructivos o "instintos de muerte", que al ser dirigidos hacia adentro pueden conducirlo al suicidio; y si son direccionados hacia fuera, pueden conducirlos a cometer un acto criminalístico. La agresión de un infante puede estar siendo acrecentando con el rechazamiento total y/o por la escasez de afectividad emocional. Dicho de otro modo, la problemática de la violencia no sólo está fuera de nosotros, como el entorno social, sino también dentro de

nosotros; Aspectos que en la actualidad se acrecienta en una sociedad que enseña, desde edades muy tempranas, que se puede conseguir algo a través de un esfuerzo algunas veces inhumano y competencia egoísta. La otra persona se visualiza como "El otro" que no se nos presenta, en el contexto educativo de la vida, como un cooperador sino como un competidor, como un enemigo a quien superar. A esto se suman los medios de comunicación que propagan la violencia, estimulando la agresividad del niño. Un aspecto que se puede ver reflejado en los dibujos animados y programas que expresan violencia y reconfiguran la conducta de los niños en la actualidad.

Sears (en Maier, 1999), Psicólogo reconocido resalta que "los niños que sufren castigos físicos y psíquicos son los que demuestran mayor agresividad en la escuela y en las actividades lúdicas, que los niños que se desarrollan en hogares donde la convivencia es armónica". Para Sears, y como para los psicólogos psicoanalistas, la agresividad es consecuencia de frustraciones y prohibiciones que sufren los niños en su entorno. Cuando el infante reacciona con agresión puede deberse a una decepción frente a la madre o frente al contexto social que lo rodea.

Neira (2010). Sin embargo, por otro lado, existen teorías que contradicen que la violencia proviene de un instinto innato, declarando que la agresividad no es más que un aspecto que se adquiere en el contexto social. Los naturalistas, a diferencia de Sigmund Freud y Lorenz, sostienen: "que una de las peculiaridades de la especie humana es su educabilidad, su capacidad de adaptación y su flexibilidad; factores que permiten -y permitieron- la evolución de la humanidad, desde que el hombre dejó de vivir en los árboles y en las cavernas". Ellos resaltan que, en las comunidades primitivas, donde

estaban agrupados en treinta o cincuenta individuos, los elementos agresivos no hubiesen prosperado. En preciso resaltar indican los de este enfoque que esas sociedades, sus actividades principales eran la recolección y la caza, la ayuda mutua y la preocupación por las demás personas; la cooperación, no sólo eran estimadas, sino que constituían condiciones estrictamente necesarias para la supervivencia del grupo.

Los que están bajo este enfoque, los naturalistas, declaran que: “el hombre nunca fue agresivo ni imperfecto desde su nacimiento, y su sustento está basado en las Escrituras bíblicas, considerando que el libro del “Génesis”, se describe la creación de un mundo libre de maldad y sufrimientos. Y que la violencia viene producto del pecado. Y considerando, en efecto, cuando Adán y Eva tuvieron descendientes, éstos nacieron cargados de pecados y fueron llenos de imperfecciones como sus progenitores. “Caín encarnaba ya la violencia y, con su agresión irrefrenable, degolló a su hermano Abel, para así dar origen a la violencia humana” (Neira, 2010).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

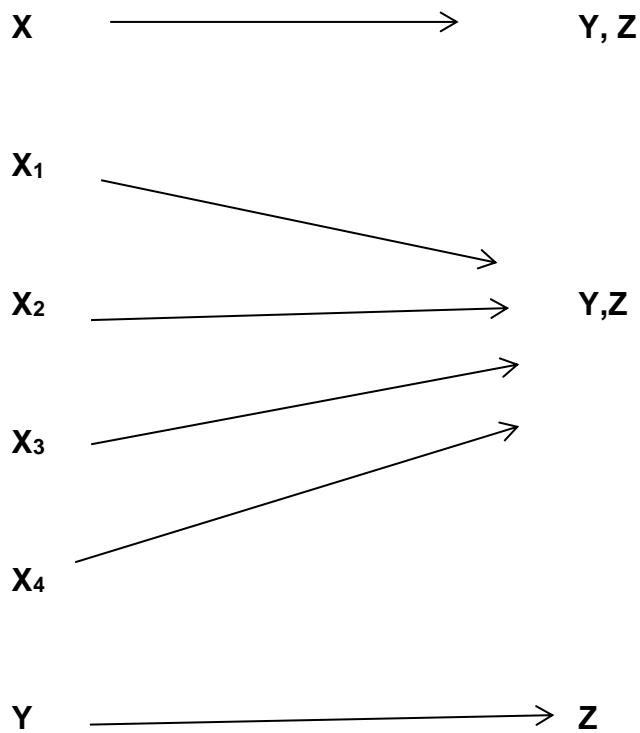
El enfoque del estudio es de corte cuantitativo debido a que pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva, cuya intención es buscar la exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Se trabaja fundamentalmente con el número, el dato cuantificable.

El presente estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, correlacional y por primera vez se va explorar el comportamiento e interrelación que tienen las variables en estudio identificando el índice de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión mostrando de forma natural como se presentan estas variables. Es correlacional, porque se verificará el grado de relación de las variables referidas. Y multivariado por el análisis de más de tres variables en conjunto.

Diseño de investigación

El trabajo se presenta en un diseño no experimental, porque no se manipulará intencionalmente variables dependientes o independientes tan sólo se considera como variables predictores y criterios. De corte transversal, porque se recabarán datos en un solo momento y por única vez.

Diseño de la Investigación:



Donde:

X: factores sociodemográficos relacionados a la violencia y depresión.

Y: Violencia

Z: Depresión

X₁, X₂, X₃, y X₄: (Factores sociodemográficas: género, edad, religión, etc.)

Población y muestra

La población de estudio fueron la población estudiantil en edades cronológicas comprendidas entre 16 a 65 años de edad de la Universidad Peruana Unión ubicada en el departamento de Lima.

La Universidad en estudio se encuentra ubicado en la zona de Ñaña en el Km 19 de la carretera central de la ciudad de Lima, contando con 05 facultades y 4158 alumnos matriculados al 2017 –I.

La muestra es no probabilística (aunque se hizo de la formula probabilística para representatividad) y el muestreo simple no aleatorio.

Tabla 1

Distribución de la población estudiantil matriculados 2017 II

FACULTAD	CANTIDAD
Ciencias de la Salud	1202
Ciencias Empresariales	648
Ciencias Humanas y Educación	417
Ingeniería y Arquitectura	1515
Teología	376
TOTAL	4158

La muestra será de 356 alumnos de nombrada universidad y que cumplan con los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra

Para definir el tamaño de la muestra se empleó el muestreo no aleatorio, no probabilístico; en donde, la selección y tamaño de la muestra fue decisión del investigador. Al estudiarse variables muy personales y que tienen que ver con la personalidad del estudiante y la dificultad en la accesibilidad de los estudiantes, por el horario de clase; razón que hubiera sido lo adecuado usar el modelo estratificado. Sin embargo, para calcular la cantidad de los

componentes de la muestra con la finalidad de tener una cantidad representativa, se utilizó la fórmula del proceso probabilístico, a través de un método estadístico, calculado mediante la fórmula.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + e^2 (N - 1)}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar =?

N =Tamaño de la población =4158

Z = Percentil normal en relación al Nivel de confianza 95% establecido por el investigador (Z = 1.96)

p = Probabilidad de éxito (50% o 0,5).

q = Probabilidad de fracaso (50% o 0,5).

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.05

Reemplazando valores tenemos:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{Z^2 pq + e^2 (N - 1)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.5)(0.5)(4158)}{(3.8416)(0.5)(0.5) + (0.0025)(4157)} = \frac{3,993.3432}{11.3529} = 351.746531$$

Según la fórmula probabilística, el tamaño de la muestra hubiera sido 352. Sin embargo, como se recogió los datos de forma no probabilística; se alcanzó a 356.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

1. Estudiantes de cualquier religión, estado civil, procedencia, etc.
2. Población adolescente, joven y/o adulta que esté matriculado.

3. Universitarios dispuestos a participar voluntariamente previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes no matriculados en el 2017-I
2. Población estudiantil menores de 14 años.
3. Universitarios mayores de 65 años.
4. Población que no está dispuesta a participar voluntariamente.

Consideraciones éticas

El cuestionario fue aplicado a los que aceptaron de forma voluntaria llenaron previamente el consentimiento informado además de verificar algunos elementos como ánforas para guardar la confidencialidad, explicando el manejo en reserva de los datos y resultados; que servirán para plantear programas o medidas a favor de esta comunidad educativa.

Diseño y operacionalización de variables

La investigación es multivariada:

1. La variable predictora: Factores sociodemográficos.
2. La variable criterio: violencia y depresión.

Tabla 2

Matriz operacional de variables: violencia y depresión

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALORACIÓN	INSTRUMENTOS	
VIOLENCIA	Agresión Física	1	No puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	Nunca = 1 Alguna Vez=2 A veces= 3 Frecuentemente = 4 Siempre= 5 (considerando el ítem 15 y 25 como inversa)	Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry
		5	Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona		
		9	Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también		
		13	Me implico en peleas algo más de lo normal		
		17	Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago		
		21	Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos		
		24	No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona		
		27	He amenazado a gente que conozco.		
		29	He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.		
	Agresión Verbal	2	Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos		
		6	A menudo no estoy de acuerdo con la gente.		
		10	Cuando la gente me molesta, discuto con ellos		
		14	Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos		
		18	Mis amigos dicen que discuto mucho		
	Ira	3	Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida		
		7	Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo		
		11	Me enfado como si estuviera a punto de estallar		
		15	Soy una persona apacible		
		19	Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva		
		22	Pierdo los estribos sin razón		
		25	Tengo dificultades para controlar mi genio		
Hostilidad	4	Soy bastante envidioso			
	8	Siento que la vida me ha tratado injustamente			

		12	Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades		
		16	Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas		
		20	Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas		
		23	Desconfío de desconocidos demasiado amigables		
		26	Siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas		
		28	Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán		
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	1	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad	<p>Nunca = 1</p> <p>Alguna Vez=2</p> <p>A veces= 3</p> <p>Frecuentemente = 4</p> <p>Siempre= 5</p>	Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)
		2	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que la enfermedad es un castigo		
		3	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.		
		4	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.		
		5	Me encuentro lento, estancado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.		
		8	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica		
		9	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.		
		10	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.		
		19	No se lo que pasa, me siento confundido.		
		21	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.		
	Ansiedad somática	6	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.		
		7	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.		
		11	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.		
		12	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.		

		13	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.		
		14	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarme quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.		
		15	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.		
		16	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.		
		17	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.		
		18	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.		
		20	Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)		
		21	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.		

Instrumento de recolección de datos

Elaboración del instrumento

La escala de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) (Buss y Durkee, 1957) refiere que es una escala muy usada internacionalmente. Aunque hay suficiente evidencia en su validación de constructo, Buss y Perry (1992) construyeron una nueva escala: Cuestionario de Agresión (Aggression Questionnaire –AQ–). La razón refiere estos investigadores de ajustar dicha escala refiere es que: “las sub-escalas del BDHI fueron construidas a priori y, consecuentemente, indican que los ítems fueron asignados a cada una de las escalas en función de su aparente validez”. El Cuestionario de Agresión está en parte basado en el propio BDHI (instrumento original). Por lo cual con el afán de tener un instrumento que tenga los criterios psicométricos actuales, las escalas del AQ fueron elaboradas con un mayor rigor de metodología

La versión original está compuesta por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos. Estos 29 ítems estaban codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos (1: completamente falso para mí; 2: bastante falso para mí; 3: ni verdadero ni falso para mí; 4: bastante verdadero para mí; 5: completamente verdadero para mí) lo cual fue ajustado en la presente investigación a un lenguaje más sencillo y entendible para esta población estudiantil (Nunca= 1; Alguna vez=2; A veces=3; Frecuentemente=4; Siempre=5) se y se estructuran en cuatro sub-escalas denominadas: **agresividad física** compuesta por nueve ítems (p1, p5, p9, p13, p17, p21, p24, p27, p29); **Agresividad verbal**, compuesta por cinco ítems, (p2, p14, p10, p6,p18); **Ira**, compuesta por siete ítems (p3, p7, p11, p15,

p19, p22, p25); y, finalmente, **Hostilidad** compuesta por ocho ítems. (p4, p8, p12, p16, p20, p23, p26, p28) (Buss y Perry 1992). Considerando que los ítems 15 y 24 son inversos.

En el instrumento original la fiabilidad de las cuatro sub-escalas que componen el Cuestionario de Agresión fue diferencialmente satisfactorias. La escala de agresión física presentó una mayor precisión, consistencia interna u homogeneidad en su medida, alcanzando un coeficiente alpha de 0,86. El resto de las escalas presentaron unos índices de consistencia interna menos elevados. En concreto, la escala de la ira presentó un coeficiente alpha de 0,77, la escala de agresión verbal obtuvo 0,68 y la de hostilidad de 0,72. Estas dos últimas escalas fueron, respectivamente, las que presentaron una menor consistencia interna.

Sin embargo, los índices obtenidos son semejantes a los de la escala original, y tal y como también afirman los autores (Buss y Perry, 1992). El investigador efectuó la prueba de confiabilidad adaptada a esta población estudiantil el cual arrojó una confiabilidad mediante alfa de crombach de 0,923 (fiabilidad total de todas las dimensiones del instrumento de violencia).

Tabla 3

Confiabilidad de la Escala de Buss and Perry de Violencia.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	356	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	356	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,923	29

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p22	51,04	303,145	,593	,919
p23	50,62	303,532	,568	,919
p24	50,30	302,807	,494	,920
p25	51,07	303,764	,616	,919
p26	51,08	302,375	,652	,918
p27	50,69	305,252	,577	,919
p28	50,46	297,398	,258	,934
p29	50,91	304,085	,588	,919
p30	50,96	303,815	,581	,919
p31	50,83	302,522	,669	,918
p32	51,02	303,197	,660	,918
p33	50,77	301,098	,653	,918
p34	51,24	305,605	,637	,919
p35	51,00	304,749	,603	,919
p36	49,88	313,856	,200	,926
p37	50,47	304,357	,509	,920
p38	50,87	303,471	,565	,919
p39	51,10	305,080	,607	,919
p40	51,08	304,262	,633	,919
p41	50,90	305,064	,546	,920
p42	51,24	304,699	,679	,919
p43	51,14	304,151	,637	,919
p44	50,39	301,963	,520	,920
p45	50,51	307,924	,293	,925
p46	50,83	305,695	,577	,919
p47	50,91	302,245	,646	,918
p48	51,18	303,660	,669	,918
p49	50,33	303,100	,492	,921
p50	50,96	300,178	,637	,918

Por otro lado, con respecto al Instrumento de Hamilton, la versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960, siendo revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems, de estos los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la gravedad o intensidad de la depresión, por lo que, en la práctica, se ha utilizado una versión reducida de 17 ítems. La Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión (MHRSD), se desarrolló para superar las limitaciones que los autores encontraban en la versión de 17 ítems de la escala de Hamilton (Miller, Bishop, Norman y Maddever, 1985). Existen dos versiones más, adaptadas al español (Conde, 1984 y Ramos-Brieva y Cordero, 1986)

En sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador se halla, entre 0,65 y 0,9. En cuanto a la validación de constructo: su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

En este contexto el investigador llevo a cabo la fiabilidad del instrumento en la población juvenil en estudio arrojando un alpha de Crombach 0,939.

Tabla 4
Confiabilidad de la Escala de Hamilton de depresión.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	356	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	356	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,939	21

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p1	35,15	181,731	,675	,936
p2	35,39	182,983	,677	,936
p3	35,70	184,008	,719	,935
p4	35,34	182,703	,692	,936
p5	35,11	181,929	,668	,936
p6	35,23	181,833	,725	,935
p7	35,32	182,821	,666	,936
p8	35,07	183,167	,592	,937
p9	35,36	181,973	,674	,936
p10	35,49	183,389	,655	,936
p11	35,21	184,585	,530	,938
p12	35,45	184,851	,574	,938
p13	35,29	187,108	,454	,940
p14	35,51	186,132	,549	,938
p15	35,43	184,629	,610	,937
p16	35,28	183,277	,687	,936
p17	35,44	184,681	,527	,938
p18	35,18	185,254	,504	,939
p19	35,24	180,854	,738	,935
p20	35,43	180,443	,771	,934
p21	35,23	180,799	,658	,936

Considerando estas premisas el investigador contextualizó el instrumento a la población estudiantil peruana siendo revisado mediante un proceso de validación de contenido por tres expertos: un metodólogo, un salubrista y una enfermera.

Procedimiento para la recolección de datos

En la recolección de los datos se siguió el siguiente procedimiento: al explicarles el objeto de estudio; se solicitó a los que participarían voluntariamente firmar su consentimiento informado. En cuanto al periodo de la recolección de los datos se efectuó durante los meses de abril a junio del 2017. Se contó con el apoyo de dos asistentes alumnos egresados, previa capacitación para el diligenciamiento del instrumento. Así como, se gestionó el elemento financiero para cubrir los gastos de papeles, incentivos, pasajes, viáticos, equipos e instrumentos.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos obtenidos se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de los datos y consolidar los objetivos del estudio se hicieron mediante análisis descriptivos e inferenciales: Tablas de frecuencias para el aspecto descriptivo; tablas cruzadas y prueba Chi Cuadrado (χ^2) para la asociación. Para la verificación de la relación entre variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Tau_b de Kendall. Los resultados se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio y las hipótesis, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de los resultados descriptivos

En la tabla 5, se observa que de los estudiantes encuestados de la UPeU: la mayoría encuesta, el 44.7% de los estudiantes son de la Facultad de Ingeniería y Arquitectura; un 36,0% de Ciencias de la Salud, un 14,3% de la Facultad de Teología; y muy poca proporción un 3,9% de la Facultad de educación y un 1,1% de la Facultad de Ciencias Empresariales.

Tabla 5

Números de encuestado por facultades

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
FACIHED	14	3,9	3,9	3,9
FIA	159	44,7	44,7	48,6
FCE	4	1,1	1,1	49,7
FACTEO	51	14,3	14,3	64,0
CCSS	128	36,0	36,0	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 6, se observa que la mayor proporción de estudiantes encuestados de la UPeU están ubicados en la adolescencia tardía (17-19 años) con un 47,5%; seguidos de un 39.0% que se ubican en la juventud plena (20-24 años);

una proporción de 7,3 como joven adulto (25-35 años) y un 5,6% en adolescencia media (14-16 años).

Tabla 6

Edad de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adolescencia media	20	5,6	5,6	5,6
Adolescencia tardía	169	47,5	47,5	53,1
Juventud plena	139	39,0	39,0	92,1
Joven adulto	26	7,3	7,3	99,4
Adulto	2	,6	,6	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 7, se observa que la mayoría de estudiantes encuestados son del género femenino en 53,4% y un 46,1% masculino; cabe resaltar que un 2 encuestados no indicaron su sexo.

Tabla 7

Género de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No indica	2	,6	,6	,6
Masculino	164	46,1	46,1	46,6
Femenino	190	53,4	53,4	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 8, se observa que la mayoría de estudiantes encuestados se declaran heterosexuales en 85,4%; mientras que un 2,8% se precisa como bisexual

y homosexual en un 2,2%; cabe resaltar que un encuestado se declara como transexual. Sin embargo, un 9,3% no precisó una respuesta o no sabe el concepto.

Tabla 8

Orientación sexual de los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa/No sabe	33	9,3	9,3	9,3
heterosexual	304	85,4	85,4	94,7
homosexual	8	2,2	2,2	96,9
Bisexual	10	2,8	2,8	99,7
Transexual	1	,3	,3	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 9, se observa que los estudiantes encuestados, en su mayoría, se declaran soltero en un 61%; un 19,7% en enamorado; en noviazgo 11%. Cabe resaltar que un 5,6 % se precisa como que tienen amigos con derecho y una persona se declara en unión libre, y dos personas se precisan como amigos sexuales y una está separada. Existe un grupo que no precisó que son 1,7%.

Tabla 9

Situación sentimental de encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	6	1,7	1,7	1,7
Soltero(a) sin enamorado (a)	217	61,0	61,0	62,6
Con enamorado (a)	70	19,7	19,7	82,3
En noviazgo	39	11,0	11,0	93,3
Amigos con derecho	20	5,6	5,6	98,9
Unión libre	1	,3	,3	99,2
Amigos sexuales	2	,6	,6	99,7
Separada	1	,3	,3	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 10, se observa que el 75% refiere que nunca ha tenido actividad sexual. Sin embargo, 11,2% refiere haber tenido alguna vez relaciones sexuales; Así mismo 7,6% declara que a veces tiene vida sexual; 3.9% dice que frecuentemente y siempre tienen actividad sexual. Cabe resaltar que un 2,2% no precisa.

Tabla 10

Frecuencia de vida sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	8	2,2	2,2	2,2
Nunca	267	75,0	75,0	77,2
Alguna vez	40	11,2	11,2	88,5
A veces	27	7,6	7,6	96,1
Frecuentemente	10	2,8	2,8	98,9
Siempre	4	1,1	1,1	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 11, se observa que la mayoría no tiene hijos; sin embargo, 2,5% precisa tener hijos. Y tan solo un 2% no precisa no opina.

Tabla 11

Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	7	2,0	2,0	2,0
Sì	9	2,5	2,5	4,5
No	340	95,5	95,5	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 12, se observa que el 66% de los estudiantes encuestados declara que su padre es casado; un 17,4 solteros; 6,7% en unión libre; 3,9% divorciado y un 17,4% refiere que su padre es soltero. Cabe resaltar que un 3,7% no precisa/no opina

Tabla 12

Estado civil del padre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no precisa	13	3,7	3,7	3,7
	Soltero	62	17,4	17,4	21,1
	Casado	235	66,0	66,0	87,1
	Viudo	8	2,2	2,2	89,3
	Divorciado	14	3,9	3,9	93,3
	Unión libre	24	6,7	6,7	100,0
	Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 13, se observa que el 70,8% de los estudiantes encuestados declara que su madre es casada; un 12,4 solteras; 6,5% en unión libre; 4,2% divorciada y un 12,4% refiere que su madre es soltera. Cabe resaltar que un 3,1% no precisa/no opina

Tabla 13

Estado civil de la madre

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No precisa	11	3,1	3,1	3,1
	Soltera	44	12,4	12,4	15,4
	Casada	252	70,8	70,8	86,2
	Viuda	11	3,1	3,1	89,3
	Divorciada	15	4,2	4,2	93,5
	Unión libre	23	6,5	6,5	100,0
	Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 14, se observa que el 35,4% dice trabajar y estudiar y un 63% no trabaja solamente estudia. Y 4 personas no precisaron o no contestaron.

Tabla 14

¿Trabajas y estudias?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	4	1,1	1,1	1,1
Sí	126	35,4	35,4	36,5
No	226	63,5	63,5	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 15, se observa que la mayoría vive solo en un 32%; un 14,9% viven con amigos; 10,7% con sus hermanos; 8,1 % viven en hogar disfuncional con varios familiares y tan solo 8,1% manifiesta vivir en una familia nuclear; También se observa que un 4,5% vive sólo con su padre y un 7,3 sólo con su madre.

Tabla 15

¿Con que personas vives?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
no contesto/no precisa	14	3,9	3,9	3,9
Padre	16	4,5	4,5	8,4
Madre	26	7,3	7,3	15,7
Hermano (a)	38	10,7	10,7	26,4
Primo (a)	8	2,2	2,2	28,7
Tío (a)	6	1,7	1,7	30,3
Abuelo (a)	1	,3	,3	30,6
Vive solo (a)	114	32,0	32,0	62,6
Amigos	53	14,9	14,9	77,5
Residencia	4	1,1	1,1	78,7
Hermanos de iglesia	1	,3	,3	78,9
Familia disfuncional y varios familiares	29	8,1	8,1	87,1
Familia extendida	3	,8	,8	87,9
Familia nuclear	29	8,1	8,1	96,1
Familia disfuncional y un familiar	7	2,0	2,0	98,0
Hermanos y primo	1	,3	,3	98,3
Familia nuclear y un familiar	6	1,7	1,7	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 16, se observa que casi la mitad 44,9% de los encuestados refieren que su padre tiene secundaria completa y un 27% estudios universitarios y sólo un 8,4% manifiesta tener su padre posgrado. Se observa que un 2% no precisa o no tiene estudios.

Tabla 16

Grado de instrucción del padre o tutor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	7	2,0	2,0	2,0
Sin estudios	7	2,0	2,0	3,9
Primaria	56	15,7	15,7	19,7
Secundaria	160	44,9	44,9	64,6
Universitario	96	27,0	27,0	91,6
Posgrado	30	8,4	8,4	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 17, se observa que casi la mitad 41,3% de los encuestados refieren que su madre tiene secundaria completa y un 21,6% estudios universitarios y sólo un 5,9% manifiesta tener su padre posgrado. Se observa que un 3,1% no precisa y un 3,7 refiere que su madre no tiene estudios.

Tabla 17

Grado de instrucción de la madre o tutor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	11	3,1	3,1	3,1
Sin estudios	13	3,7	3,7	6,7
Primaria	87	24,4	24,4	31,2
Secundaria	147	41,3	41,3	72,5
Universitario	77	21,6	21,6	94,1
Posgrado	21	5,9	5,9	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 18, manifiestan los alumnos: el 88,5% nunca han sufrido de abuso sexual; un 5,9% refiere que alguna vez ha tenido un abuso sexual; y un 4,8% no precisa 3 persona manifiestan ser abusados sexualmente a veces, frecuentemente, siempre.

Tabla 18

¿Has sufrido de abuso sexual?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	17	4,8	4,8	4,8
Nunca	315	88,5	88,5	93,3
Alguna vez	21	5,9	5,9	99,2
A veces	1	,3	,3	99,4
Frecuentemente	1	,3	,3	99,7
Siempre	1	,3	,3	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 19, se observa que un 46,6% refiere que sus padres tienen trabajo independiente; un 20,2% son contratados y no precisa 8,1%. Cabe resaltar que un 6,7 manifiesta que su padre tiene otra clase de condición laboral. En este contexto poblacional este último puede referirse al “estatus misionero”.

Tabla 19

Condición laboral del padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	29	8,1	8,1	8,1
Contratado	72	20,2	20,2	28,4
Estable	65	18,3	18,3	46,6
Independiente	166	46,6	46,6	93,3
Otro	24	6,7	6,7	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 20, se observa que un 73% de los estudiantes son adventista; un 16,3% refiere ser católicos, un 1,4% evangélico, un 2% pentecostal un 4,8% precisa ser de otra religión y un 2,5% no precisa.

Tabla 20

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	25	7,0	7,0	7,0
Contratado	48	13,5	13,5	20,5
Estable	64	18,0	18,0	38,5
Independiente	174	48,9	48,9	87,4
Otro	45	12,6	12,6	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 21, se observa que un 48,6 % refiere que sus padres procedan de la sierra; un 31,2% son de la costa y 14,6% sus padres son de la selva. Cabe resaltar que cuatro estudiantes no precisan.

Tabla 21

Región de procedencia de sus padres

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No precisa	4	1,1	1,1	1,1
Costa	111	31,2	31,2	32,3
Sierra	173	48,6	48,6	80,9
Selva	52	14,6	14,6	95,5
Extranjero	16	4,5	4,5	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 22, se observa que un 48,6 % refiere que sus padres procedan de la sierra; un 31,2% son de la costa y 14,6% sus padres son de la selva. Cabe resaltar que cuatro estudiantes no precisan.

Tabla 22

Religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	9	2,5	2,5	2,5
Católica	58	16,3	16,3	18,8
Adventista	260	73,0	73,0	91,9
Evangélica	5	1,4	1,4	93,3
Pentecostal	7	2,0	2,0	95,2
Otro	17	4,8	4,8	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 23, se observa que el 31,7 de los estudiantes manifiestan que el ingreso mensual de su padre oscila entre S/. 900-S/.1500; el 29,2 % manifiestan que sus padres perciben menos de S/. 850; el 11% refiere que sus padres ganan entre S/. 1600-S/.3000. Y más de S/. 3000 soles un 12,9%

Tabla 23

Ingreso mensual del padre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	54	15,2	15,2	15,2
Menos de S/. 850	104	29,2	29,2	44,4
De S/. 900-S/.1500	113	31,7	31,7	76,1
De S/. 1600-S/.3000	39	11,0	11,0	87,1
Más de S/3000	46	12,9	12,9	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 24, se observa que el 24,4 de los estudiantes manifiestan que el ingreso mensual de su madre oscila entre S/. 900-S/.1500; el 45,8 % manifiesta que su madre percibe menos de S/. 850; El 7% refiere que su madre gana entre S/. 1600-S/.3000. Y más de S/. 3000 soles un 7,3%

Tabla 24

Ingreso mensual de la madre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	55	15,4	15,4	15,4
Menos de S/. 850	163	45,8	45,8	61,2
De S/. 900-S/.1500	87	24,4	24,4	85,7
De S/. 1600-S/.3000	25	7,0	7,0	92,7
Más de 3000	26	7,3	7,3	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 25, se observa que el 47,8 de estudiantes indican que tienen buena salud y un 12,4% en nivel excelente; mientras que un 33,1% refiere tener una salud regular, un 4,2% indica que su salud es mala y 1,4% que su salud es muy mala.

Tabla 25

¿Cómo consideras tu salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	4	1,1	1,1	1,1
Muy mala	5	1,4	1,4	2,5
Mala	15	4,2	4,2	6,7
Regular	118	33,1	33,1	39,9
Buena	170	47,8	47,8	87,6
Excelente	44	12,4	12,4	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 26, se observa que el 40,2% de estudiantes indican que tienen una relación con Dios regular; mientras un 37,4% buena y un 12,6% considera su

relación con Dios excelente. Por otro lado, un 7% manifiesta que su relación con Dios es mala y un 2,2% muy mala y solo 2 personas no precisaron.

Tabla 26

¿Cómo consideras tu relación con Dios?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	2	,6	,6	,6
Muy mala	8	2,2	2,2	2,8
Mala	25	7,0	7,0	9,8
Regular	143	40,2	40,2	50,0
Buena	133	37,4	37,4	87,4
Excelente	45	12,6	12,6	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 27, se observa que el 54,8 de estudiantes indican tener una alimentación que incluye cárnica; Alimentación lacto ovo vegetariano el 18%; un 13,8% Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves; así como 5,1% Alimentación vegetariana pura. Y un 5,6 Alimentación mediterránea.

Tabla 27

Tipo de alimentación que practican los estudiantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa	10	2,8	2,8	2,8
alimentación que incluye carne	195	54,8	54,8	57,6
Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves	49	13,8	13,8	71,3
Alimentación mediterránea	20	5,6	5,6	77,0
Alimentación lacto ovo vegetariano	64	18,0	18,0	94,9
Alimentación vegetariana pura	18	5,1	5,1	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 28, se observa que el 40,4% no presenta índices de depresión; mientras un 32% Ligera o menor depresión; 17,4% presenta moderada depresión; un 7,3% depresión grave y un 2,8% depresión muy grave.

Tabla 28

Índices de Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta índices de depresión	144	40,4	40,4	40,4
Ligera o menor depresión	114	32,0	32,0	72,5
Moderada depresión	62	17,4	17,4	89,9
Depresión grave	26	7,3	7,3	97,2
Depresión muy grave	10	2,8	2,8	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 29, se observa que en cuanto a las dimensiones de la depresión desde la teoría de Hamilton usada en el presente estudio, adecuada para la población juvenil. Se observa que el 29,2% presenta Ligera o menor ansiedad psíquica y una moderada ansiedad psíquica 16,3%; un 8,1% grave ansiedad psíquica; y muy grave 1,7%. Cabe resaltar que un 44,7% No presenta ansiedad psíquica.

Tabla 29

Ansiedad Psíquica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta ansiedad psíquica	159	44,7	44,7	44,7
Ligera o menor ansiedad psíquica	104	29,2	29,2	73,9
Moderada ansiedad psíquica	58	16,3	16,3	90,2
Grave ansiedad psíquica	29	8,1	8,1	98,3
Muy grave ansiedad psíquica	6	1,7	1,7	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 30, se observa en cuanto a la ansiedad somática, que el 34,8% presenta ligera ansiedad somática y una moderada ansiedad somática 20,2%; un 8,4% grave ansiedad somática; y muy grave 2,5%. Cabe resaltar que un 34% No presenta ansiedad somática.

Tabla 30

Ansiedad somática

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta ansiedad somática	121	34,0	34,0	34,0
Ligera ansiedad somática	124	34,8	34,8	68,8
Moderada ansiedad somática	72	20,2	20,2	89,0
Grave ansiedad somática	30	8,4	8,4	97,5
Muy grave ansiedad somática	9	2,5	2,5	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 31, se observa que los estudiantes manifiestan una conducta en baja violenta 38,8%; 20,5 violencia regular; y un 9,5% mantiene una conducta de alta a excesiva violencia. Y un 31.2% no existe violencia.

Tabla 31

Índices de Violencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presenta índices de violencia	111	31,2	31,2	31,2
Baja violencia	138	38,8	38,8	69,9
Violencia regular	73	20,5	20,5	90,4
Alta violencia	26	7,3	7,3	97,8
Excesiva violencia	8	2,2	2,2	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 32, se observa que los estudiantes manifiestan una conducta agresiva físicamente alta sólo el 7%; agresión física regular el 17,7%; baja agresión física 34,8%; no presenta agresión física el 40.4%.

Tabla 32

Agresión física

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No presentan agresión física	144	40,4	40,4	40,4
Baja agresión física	124	34,8	34,8	75,3
Agresión física regularmente	63	17,7	17,7	93,0
Alta agresión física	16	4,5	4,5	97,5
Excesiva agresión física	9	2,5	2,5	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 33, se observa que los estudiantes manifiestan una conducta agresiva verbal alta sólo el 7,8%; agresión verbal regular el 20,8%; baja agresión verbal 32,9%; no presenta agresión verbal el 38.5%.

Tabla 33

Agresión verbal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No existe agresión verbal	137	38,5	38,5	38,5
Baja agresión verbal	117	32,9	32,9	71,3
Agresión verbal regular	74	20,8	20,8	92,1
Alta agresión verbal	20	5,6	5,6	97,8
Excesiva agresión verbal	8	2,2	2,2	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 34, se observa que los estudiantes manifiestan expresiones de ira alta 2,8%; expresión de ira regular el 20,5%; un 48,3% presenta baja expresión de ira; no existe expresión de ira 28.4%.

Tabla 34*Ira*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No existe expresión de ira	101	28,4	28,4	28,4
Baja expresión de ira	172	48,3	48,3	76,7
Expresión de ira regular	73	20,5	20,5	97,2
Alta expresión de ira	8	2,2	2,2	99,4
Excesiva expresión de ira	2	,6	,6	100,0
Total	356	100,0	100,0	

En la tabla 35, se observa que los estudiantes manifiestan conducta hostil alta en un 13,8% y excesiva en un 3,9%; aunque 27,2% en un regular comportamiento hostil; Bajo comportamiento hostil; 37,4% y no existe comportamiento hostil 17,7%

Tabla 35*Hostilidad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No existe comportamiento hostil	63	17,7	17,7	17,7
Bajo comportamiento hostil	133	37,4	37,4	55,1
Regular comportamiento hostil	97	27,2	27,2	82,3
Alto nivel de comportamiento hostil	49	13,8	13,8	96,1
Excesivo comportamiento hostil	14	3,9	3,9	100,0
Total	356	100,0	100,0	

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H₀: Los factores sociodemográficos ninguno se relaciona significativamente a los índices de violencia y/o depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016

H₁: Los factores sociodemográficos al menos uno se relaciona significativamente a los índices de violencia y/o depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 36 se observa que de los factores sociodemográficos más de uno se relaciona significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016. Esto quiere decir, los p -valor de algunos componentes de los factores sociodemográficos como : pertenecer a alguna facultad (0,001), (0,001) con depresión y violencia respectivamente; orientación sexual (0,038), (0,037) con depresión y violencia respectivamente; frecuencia de vida sexual (0,011), (0,035) con depresión y violencia respectivamente; trabajar y estudiar (0,008), (0,016) con depresión y violencia respectivamente; a la percepción de ¿Cómo considera su salud (0,000), (0,025); a la percepción de ¿Cómo consideras tu relación con Dios? (0,000), (0,001) con depresión y violencia respectivamente. son < 0.05 . Mientras que grado de instrucción de padre o tutor (0,005); Grado de instrucción de madre o tutor (0,028)

y si ¿Has sufrido de abuso sexual? (0,036) son < 0.05 y son significativos tan sólo en relación con la depresión.

Dicho de otro modo, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que: Los factores sociodemográficos más de uno se relaciona significativamente tanto con los índices de violencia y/o depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016.

Tabla 36

Relación: factores sociodemográficos con violencia y/o depresión

Rho de Spearman			Depresión	Violencia
Facultades	Coeficiente de correlación		-,183**	-,177**
	Sig. (bilateral)		,001	,001
	N		356	356
Género	Coeficiente de correlación		,028	-,054
	Sig. (bilateral)		,593	,306
	N		356	356
Orientación Sexual	Coeficiente de correlación		,110 [†]	,111 [†]
	Sig. (bilateral)		,038	,037
	N		356	356
Edad	Coeficiente de correlación		-,031	-,055
	Sig. (bilateral)		,560	,301
	N		356	356
Situación sentimental	Coeficiente de correlación		,081	,100
	Sig. (bilateral)		,129	,060
	N		356	356
Frecuencia de vida sexual	Coeficiente de correlación		,135 [†]	,112 [†]
	Sig. (bilateral)		,011	,035
	N		356	356
Número de hijos	Coeficiente de correlación		-,015	,014
	Sig. (bilateral)		,778	,796
	N		356	356
Estado civil del padre	Coeficiente de correlación		-,051	-,054
	Sig. (bilateral)		,342	,313
	N		356	356
Estado civil del madre	Coeficiente de correlación		,008	,023
	Sig. (bilateral)		,876	,662
	N		356	356
¿Trabajas y estudias?	Coeficiente de correlación		,140**	,128 [†]
	Sig. (bilateral)		,008	,016
	N		356	356
¿Con que personas vives?	Coeficiente de correlación		,032	,024
	Sig. (bilateral)		,553	,646
	N		356	356
Grado de instrucción de padre o tutor	Coeficiente de correlación		-,149**	,053
	Sig. (bilateral)		,005	,318
	N		356	356
Grado de instrucción de madre o tutor	Coeficiente de correlación		-,116 [†]	-,040
	Sig. (bilateral)		,028	,452
	N		356	356
¿Has sufrido de abuso sexual?	Coeficiente de correlación		-,111 [†]	-,098
	Sig. (bilateral)		,036	,064
	N		356	356
Condición laboral padre	Coeficiente de correlación		-,066	-,045
	Sig. (bilateral)		,213	,397
	N		356	356
Condición laboral madre	Coeficiente de correlación		-,016	-,022
	Sig. (bilateral)		,757	,684
	N		356	356
Región de procedencia de sus padres	Coeficiente de correlación		-,094	-,019
	Sig. (bilateral)		,077	,718
	N		356	356
Religión	Coeficiente de correlación		-,054	-,058
	Sig. (bilateral)		,309	,278
	N		356	356
Ingreso mensual del padre	Coeficiente de correlación		-,098	,062
	Sig. (bilateral)		,064	,247
	N		356	356
Ingreso mensual de la madre	Coeficiente de correlación		-,048	,083
	Sig. (bilateral)		,371	,119
	N		356	356
¿Cómo consideras tu salud?	Coeficiente de correlación		-,220**	-,119 [†]
	Sig. (bilateral)		,000	,025
	N		356	356
¿Cómo consideras tu relación con Dios?	Coeficiente de correlación		-,218**	-,178**
	Sig. (bilateral)		,000	,001
	N		356	356
Tipo de alimentación que practica	Coeficiente de correlación		-,060	-,095
	Sig. (bilateral)		,261	,073
	N		356	356

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Hipótesis específica 1

H₀: No Existe relación entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

H₁: Existe relación entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 37 se observa que la relación entre la depresión y violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación media en 0,51% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión y la violencia guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que mantienen índices de depresión ejercen alguna conducta violenta en cualquiera de sus formas.

Tabla 37

Relación entre depresión y violencia

			Depresión	Violencia
tau_b de Kendall	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,515**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	356	356
Violencia	Violencia	Coefficiente de correlación	,515**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	356	356

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 2

H₀: No Existe relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

H₁: Existe relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 38 se observa que la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación casi media en 0,41% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la violencia y la ansiedad psíquica guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad psíquica mantienen índices de violencia.

Tabla 38

Relación entre violencia y la ansiedad psíquica

		Violencia	Ansiedad Psíquica
tau_b de Kendall	Violencia	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,419**
		N	,000
		356	356
	Ansiedad Psíquica	Coefficiente de correlación	,419**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000
		356	356

Hipótesis específica 3

H₀: No Existe relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

H₁: Existe relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*H₀*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (*H₀*). Y, se acepta *H_a*

En la tabla 39 se observa que la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,31% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la violencia y la ansiedad somática guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad somática mantienen índices de violencia.

Tabla 39

Relación entre violencia y la ansiedad Somática

			Violencia	Ansiedad Somática
tau_b de Kendall	Violencia	Coefficiente de correlación	1,000	,316**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	356	356
	Ansiedad Somática	Coefficiente de correlación	,316**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	356	356

Hipótesis específica 4

H₀: No Existe relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

H₁: Existe relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 40 se observa que la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,39% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la agresión física. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión física.

Tabla 40

Relación entre la depresión y la agresión física

		Depresión	Agresión física
tau_b de Kendall	Depresión		
	Coefficiente de correlación	1,000	,397**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	356	356
Agresión física	Depresión		
	Coefficiente de correlación	,397**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	356	356

Hipótesis específica 5

H₀: No Existe relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

H₁: Existe relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 41 se observa que la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,39% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la agresión verbal. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión verbal.

Tabla 41

Relación entre la depresión y la agresión verbal

		Depresión	Agresión verbal
tau_b de Kendall	Depresión		
	Coeficiente de correlación	1,000	,396**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	356	356
	Agresión verbal		
	Coeficiente de correlación	,396**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	356	356

Hipótesis específica 6

H₀: No Existe relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

H₁: Existe relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 42 se observa que la relación entre la depresión y la Ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación baja en 0,26% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la Ira. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan expresiones de ira, aunque en un grado bajo.

Tabla 42

Relación entre la depresión y la Ira

			Depresión	Ira
tau_b de Kendall	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	,264**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	356	356
	Ira	Coeficiente de correlación	,264**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	356	356

Hipótesis específica 7

Ho: No Existe relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

H1: Existe relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*Ho*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (*Ho*). Y, se acepta *Ha*

En la tabla 43 se observa que la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,43% con un p -valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la hostilidad. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan conductas y expresiones hostiles en un grado casi medio.

Tabla 43

Relación entre la depresión y la Hostilidad

			Depresión	Hostilidad
tau_b de Kendall	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,433**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	356	356
	Hostilidad	Coefficiente de correlación	,433**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	356	356

Discusión de resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de factores sociodemográficos a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017. Hallándose que los factores sociodemográficos más de uno se relacionan significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión. Esto quiere decir, que los datos son significativos en algunas relaciones de los componentes de los factores sociodemográficos como: pertenecer a alguna facultad (0,001), (0,001) con depresión y violencia respectivamente; dicho de otro modo, es probable que las actividades, carga académica y dinámica social educativa de las facultades estén ejerciendo una implicancia en el comportamiento depresivo y violento de los jóvenes de esta universidad.

Los resultados son corroborados por Riveros (2004), también encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes universitarios, según sus diferentes grupos de edad, como también según su condición de trabajador, de acuerdo con su nivel socioeconómico y con respecto a si viven o no con sus padres. No se encontraron diferencias según su género, igual que en el presente estudio un aspecto que denota que la depresión puede presentarse tanto a hombres como a mujeres. Finalmente, los resultados de ese autor permitieron concluir que la escala CES-D detecta niveles de depresión en estudiantes universitarios.

Por otro lado, se evidencio también la correlación de los factores de orientación sexual (0,038), (0,037) con depresión y violencia respectivamente; esto

refleja que algunos alumnos que se describieron en su orientación sexual diferente al común denominador, está implicando en que se sienta depresivos y con expresiones violentas; un aspecto que se ve complementado con la relación del factor de frecuencia de vida sexual (0,011), (0,035) con depresión y violencia respectivamente; como se corrobora con las tablas descriptivas en el tener acciones sexuales frecuentes o esporádicas puede estar implicando también en esas conductas patógenas. Un elemento que se consolida con estos resultados son la que se expresa en los resultados descriptivos en relación a su condición sentimental donde un grupo de jóvenes revela que tienen amigos con derechos (compañeros que comparten amistad emocional y además tener derechos físicos como tocamientos sexuales, “chapes”, aún relaciones sexuales, etc.) y unos cuantos refieren que son amigos sexuales (compañeros esporádicos o permanentes para tener “sexo” sin exigir ningún derecho conyugal ni vínculo afectivo conyugal); estos aspectos podrían contrastarse con algunos estudiantes que a la pregunta si ¿Han sufrido de abuso sexual? Algunos que contestaron alguna vez, frecuentemente y siempre se correlacionan significativamente con la depresión.

El resultado de este estudio corrobora por qué los estudiantes universitarios de otras universidades evidencias índices altos de depresión como lo refiere Arrivillaga et al., (2003) en su estudio también encontró presencia significativa de depresión en los jóvenes así: 30%, según Inventario de Depresión de Beck (IDB), y 25%, según la Escala Autoaplicada de Zung (EAZ), Frente a las manifestaciones clínicas encontradas, se comprueba la presencia de síntomas inherentes a la depresión, reportados clásicamente por la literatura. Se resalta que las diferencias entre los niveles de Depresión se dan en términos de la frecuencia y la intensidad

de la sintomatología. Finalmente, se describen algunos eventos estresores específicos para los jóvenes que, sumado al déficit en estrategias de afrontamiento, juegan un papel importante como factores de predisposición y desencadenantes de la depresión en población objeto de estudio.

Por otro lado, cabe resaltar un aspecto “irónico” de los resultados: es que mientras una buena proporción de los alumnos casi la mitad a la pregunta; ¿Cómo consideras tu relación con Dios? ¿Cómo considera su salud? Se evidencia una relación muy significativa con la depresión y violencia; esto quiere decir que en la medida que ellos consideran buena su relación con Dios y su salud óptima sus índices de depresión son altos y su violencia es alto (considerando el coeficiente directo de correlación). Esto es lo “irónico” que se devela con las tablas descriptivos que evidencian varias prácticas de riesgo que estos jóvenes practican y que a pesar de ello tienen una percepción de su salud y vida espiritual positiva. Un elemento muy resaltante en la juventud de hoy de dicotomizar la vida espiritual de mis prácticas personales; así como separar la condición de mi salud “el sentirme bien” de mis prácticas riesgosas.

También se observa que los jóvenes que trabajan y estudian manifiestan índices significativos relacionales (0,008), (0,016) con depresión y violencia respectivamente. Un detalle que corrobora la carga laboral y académica en función a su trastorno anímico depresivo y comportamiento violento.

Cuando observamos la relación entre las variables violencia y depresión se evidencia una correlación media y significativa. Esto quiere decir que los jóvenes que se muestran violentos probablemente puedan sentir luego en sus momentos personales con actitudes y prácticas depresivas un aspecto correlacional de

bilateralidad de las variables que se observará consiguientemente. En visto al indagar más minuciosamente en función a las dimensiones se halla que entre la violencia y la ansiedad psíquica se guarda relación casi media en 0,41% y de forma significativa (0.00). Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad psíquica mantienen índices de violencia. Así como con la ansiedad somática que también guarda relación significativa (0.00) y moderadamente (0,31%). Dicho de otro modo, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad somática mantienen índices de violencia.

Estos resultados contrastan con lo referido por los investigadores Scandroglio B., López M. J., Martínez García J., Martín López J, San José S. C., González M., A. (2003) que en un estudio sobre la conducta violenta en grupos juveniles: características descriptivas revidando de forma cualitativa sobre algunos aspectos de la violencia juvenil grupal en Madrid, a partir del análisis Los resultados ponen de manifiesto que dicha conducta, lejos de constituir un fenómeno en el que primen elementos de irracionalidad o desviación individual, corresponde a un comportamiento estructurado en un sistema de normas, actitudes y recursos conductuales que determinan los contextos y los motivos que justifican el comportamiento violento, las repercusiones positivas que acarrea y las formas para reducir al mínimo los perjuicios que ocasiona. Dejan patente, a su vez, que tal sistema se integra, se elabora y se hace inteligible dentro de una sub-cultura, que permite dar sentido a las acciones bajo una determinada visión del mundo y que marca un proceso socializador que cumple funciones específicas para la persona que lo asume.

Por otro lado, considerando que las variables en estudio son bilaterales el investigador decidió verificar sus índices correlaciones desde la depresión en relación con el ejercicio de violencia de parte de los jóvenes universitarios. Verificándose: que dicha población estudiantil que mantiene actitudes depresivas guarda una relación moderada (0,39%) y significativa con (0.00) sus manifestaciones de agresión física. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión física.

Un aspecto que es corroborado por Hernández y Ramírez (2006), quienes en una muestra de 400 universitarios con edades comprendidas entre 18 y 26 años. Se encontró que el 21% había participado en riñas o peleas callejeras en el año y un 11.3% en el último mes. Las peleas en el último año se asociaron de marihuana, cocaína, éxtasis e intentos de suicidio.

De la misma forma, los alumnos que se observa conductas depresivas (0,39%); también expresan agresión verbal significativamente (0.00). Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión verbal. Un aspecto que se complementa con los resultados de la depresión y la Ira que, aunque guarda relación baja (0,26%) es significativa (0.00). Dicho de otro modo, los estudiantes de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan expresiones de Ira, aunque en un grado bajo. Sin embargo, cuando se contrasta con los sentimientos de depresión con la conducta hostil que presentan los índices son un poco más elevado casi media y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de esta casa de estudios, que manifiestan

índices de depresión también manifiestan conductas y expresiones hostiles en un grado casi medio.

Igualmente, en otros estudios también evidencia índices de violencia en ámbitos universitarios: Bravo R E., Bulnes B. M., Ecurra M. M, Dávila N. N (1997). En su investigación sobre “Actitudes hacia la violencia en jóvenes universitarios” en una muestra de 283 estudiantes provenientes de 12 facultades de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se hallan diferencias en función al sexo y al desempeño de alguna actividad laboral. Los estudiantes varones presentan un nivel de actitud más elevada hacia la violencia que sus pares mujeres. En tanto que, los estudiantes que desempeñan alguna actividad laboral se diferencian en igual sentido de los estudiantes que no desempeñan alguna actividad laboral en las áreas de relación familiar y de pareja, lo que podría indicar la existencia de conflictos en dichas áreas.

Podemos concluir que los resultados evidencian aspectos críticos que necesitan abordaje urgente para minimizar el riesgo de conducta de la juventud estudiantil de esta casa de estudio; un aspecto que obedece a una observación minuciosa de los resultados de la presente investigación por parte de los administradores a fin proponer soluciones que repercutan en la salud de su población estudiantil y enarbolar siempre la UPeU una “Universidad saludable”.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión. Los factores sociodemográficos, más de uno, se relacionan significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016. Los factores sociodemográficos más de uno se relacionan significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017. Esto quiere decir, los p=valor de algunos componentes de los factores sociodemográficos son < 0.05 , ya sea en relación a la depresión y a la violencia. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que: Los factores sociodemográficos más de uno se relaciona significativamente tanto con los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2016.

Segunda conclusión. Se observa que la relación entre la depresión y violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación media en 0,51% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión y la violencia guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión

que mantienen índices de depresión ejercen alguna conducta violenta en cualquiera de sus formas.

Tercera conclusión. Se observa que la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación casi media en 0,41% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la violencia y la ansiedad psíquica guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad psíquica mantienen índices de violencia.

Cuarta conclusión. Se observa que la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,31% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la violencia y la ansiedad somática guardan relación directa y significativa. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan ansiedad somática mantienen índices de violencia.

Quinta conclusión. Se observa que la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,39% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la agresión física. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad

Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión física

Sexta conclusión. Se observa que la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,39% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la agresión verbal. Es decir, los estudiantes en la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan agresión verbal.

Séptimo conclusión. Se observa que la relación entre la depresión y la Ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación baja en 0,26% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la Ira. Es decir, los estudiantes de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan expresiones de ira, aunque en un grado bajo.

Octavo conclusión. Se observa que la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Perú, 2017, guarda relación moderada en 0,43% con un p=valor de $0.00 < 0.05$. Habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que la depresión guarda relación directa y significativa con la hostilidad. Es decir, los estudiantes en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión que manifiestan índices de depresión también manifiestan conductas y expresiones hostiles en un grado casi medio.

Recomendaciones

1. Considerando los resultados de esta investigación se recomienda realizar otras investigaciones en esta población a nivel explicativo a fin de corroborar y profundizar a nivel de causalidad; aspecto que conllevará a ejecutar algún programa preventivo y de intervención con urgencia.

2. A partir de los presentes resultados, se recomienda en posteriores investigaciones implementar otros diseños y análisis estadísticos para focalizar y precisar otras relaciones entre las variables; además de proceder a través de un muestreo estratificado.

3. Así mismo, se recomienda que los datos y resultados de la presente investigación sean considerados por los administradores de la Institución universitaria a fin de proponer lineamientos, normas y políticas preventivas e intervención fin de contrarrestar los índices de depresión como en violencia juvenil

4. Igualmente tomando en cuenta los datos de este estudio, se recomienda a las familias tomar en cuenta los resultados, para reconfigurar el estilo de vida de sus menores hijos a fin de mejorar el estado de salud riesgoso que presentan sus estudiantes.

5. Los datos sugieren cambios vertiginosos en la institución para ejercer control en el tema de orientación y frecuencia de vida sexual de los jóvenes; así como en dinámica excesiva de trabajar y estudiar.

6. Por otro lado, se recomienda llevar a cabo un programa a través de la estrategia Universidad Saludable para el cambio de percepción con respecto a: ¿Cómo considera su salud? y a la percepción de ¿Cómo consideras tu relación con

Dios? Considerando que a pesar que mantienen conductas de riesgo los jóvenes encuestados se consideran con buena salud y con optima salud espiritual.

7. Se recomienda un trabajo personalizado a través de profesionales competentes y tutores que tiene esta universidad a fin de trabajar con los jóvenes que han sufrido abuso sexual, además de enfoques terapéuticos para los jóvenes presentan un riesgo elevado de violencia; además se recomienda un abordaje personalizado con los padres de ellos.

8. Se recomienda a la universidad implementar programas de “actitudes para la vida y desarrollo social” concebido para ayudar a jóvenes a controlar su agresividad, resolver conflictos y adquirir las actitudes sociales necesarias para resolver problemas.

9. Se recomienda implementar como parte de su plan de estudio de las facultades de manera especial en ciencias de la salud y teología; módulos sobre “prevención de violencia y conductas de riesgo”.

10. Finalmente, se recomienda que los sectores públicos y actores locales puedan tomar en cuenta los resultados del presente estudio, para generar políticas públicas que conlleven a la toma de decisiones administrativas, económicas, sociales que promocionen mejores condiciones de salud en los jóvenes universitarios.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Aguirre Baztan, Á. (2008). *Antropología de la depresión. Mal Estar E Subjetivade*, VIII(3), 563–601.
- Almudena G. A. (2009) *Concepto de depresión, evolución histórica y comparación de diferentes teorías*” Revista estudios de juventud Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
<http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>
- Amórtegui O. D. (2005) *Violencia en el ámbito universitario: El caso de la Universidad Nacional de Colombia*. Rev. Salud pública vol.7 no.2 Bogotá July 2005.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000200004
- Arrivillaga Q. M., Cortés G. C, Vivian L. Goicochea J. Y., Tatiana M., Lozano O. (2003) *Características de la Depresión en jóvenes universitarios*. Pontificia Universidad Javeriana Cali Colombia
<http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Ash, William (1969). *Marxismo y moral*, Ed. Era, S. A., México.
- Barbería E., Correas CJ, Miró F. et al. (2004) *Suicidal Rehangin* Cuadernos de Medicina Forense 2004;(37):57-58.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.

- Bohorquez Peñaranda, A. (2010). *Prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de medicina*, 1, 109–197. Retrieved from <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/442/1/med3.pdf>.
- Bravo R. E., Bulnes B. M., Ecurra M. M, Dávila N. N (1997) *Actitudes hacia la violencia en jóvenes universitarios*. Revista de Psicología - Vol. I N° 1 Julio 1997
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/psicologia/1997_n1/actitudes.htm
- Cano P., Gutiérrez C., Nizama M. (2009). *Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana* Rev. Perú. med. exp. salud publica v.26 n.2 Lima abr./jun. 2009
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200007
- Castilla del Pino C. (1981) *Un estudio sobre la Depresión*. Fundamentos de antropología dialéctica. 8ª edición. Barcelona: Península; 1981. 2. Rojo JE.
- CIE-10 (1992) *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental* CIE-10 – F32; OMS, 1992. Revizado en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- Coyne, J.C. y Gotlib, I.H. (1986). *Studying the role of cognition in depression: A critical appraisal*. Psychological Bulletin, 94, 527-534.
- Del Carmen O. F., Hinestrosa U. M., Paredes M. C., Yahira G. y Granados C. (2011) “*Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia*”. Rev. salud pública, Volumen 13, Número 6, p. 908-920, 2011. ISSN electrónico 2539-3596. ISSN impreso 0124-0064. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600004>
- Diaz C. Nosología. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. En: Vallejo J, Gastó C eds Barcelona: Masson; 2000. p. 11-24.

- Díaz, L. J., Lio-Coo, V. T., Zerquera, E. U., Puebla, R. M., Darías, I. F., & Monteagudo, M. C. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. *Revista Cubana de Medicina Militar*. July
- Dyregrov K. (2011) *What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world A phenomenological perspective*. 2011;32(6):310-318. DOI: 10.1027/0227-5910/a000098
- Edelstein, L. “*The genuine works of Hippocrates*”. *Bull. Hist. Med.* 1939; 7: 236-48 a.C
- El papel de la violencia en la Historia-Friedrich Engels y Carlos Marx (El Comunismo), 1888.
- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp. 619-681). Madrid: Siglo XXI.
- Freud, Anna (1980). *El desarrollo del niño*, Ed. Paidós Ibérica, Barcelona.
- Garamendi P, Segura-Abad L, López-Alcaraz M, Rodríguez J, et al. (2009) *Characteristics of the methadone intoxication: report of a case of homicide* Cuadernos de Medicina Forense. 2009;(56)119-128
- Gutiérrez R. J., Montoya V. L., Toro I. B., Briñón Z. M., Rosas R. E. Salazar Quintero L. (2010) *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico* CES Med. vol.24 no.1 Medellín Jan./June 2010 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052010000100002
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., Salazar, L. (2010). *Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico*. CES Medicina, 24(1), 7–17. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491001.pdf> consultado agosto 1 de 2016.
- Haaga, D.A., Dyck, M.J. y Ernst, D. (1991). *Empirical status of cognitive theory of depression*. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.

- Hernández A. E. y Ramírez P. S., (2006) *Conductas Agresivas, Consumo de Drogas e Intentos de Suicidio en Jóvenes*. Revista de Terapia psicológica de la Universidad de Chile Vol. 24, N° 1, 63.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524107>.
- INS, (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2007). *Depresión Retrieved from*
<https://www.google.com.mx/search?client=opera&q=netflix&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8#newwindow=1&q=depresi+n+pdf>.
- Ivakhnova, E. (2009). *Academic Stress among University Students : The Necessity of On-Campus Student Support Structures*.
- Joo SH, Jeong JH, Hong SC, et al. (2014) *A case report of suicidal behavior related to subclinical hyperthyroidism Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;641-643
- Jovanović T, Lazarević D, Nikolić G, et al. (2012) *Differences in depression severity and frequency of relapses in opiate addicts treated with methadone or opiate blocker after detoxification Vojnosanitetski Pregled*;69(4)326-332
 DOI 10.2298/VSP1204326J
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984/1999). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Nueva York: Basic Books.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. En S. Reiss y R.R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press
- Lewinsohn, P.M., Muñoz, R.F., Youngren, M.A. y Zeiss, A.M. (1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A. y Grosscup, S.J. (1979). *Reinforcement and depression*. En R.A. Depue (dir.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.

- López Melero, R. (1988) *“Fuerza y violencia en el marco de la épica griega”*. p.134
- Lucena J, García C, Santos M, Rico A, Blanco M, Jiménez M, Marín R, Barrero E, et al. (2004) *Medico-legal study of the homicide in the province of Seville (2004-07): Special reference to the female victims inside the gender violence* Cuadernos de Medicina Forense. 2008;(51)35-46
- Maier, H. (1999). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears*. Amorrortu Editores. Buenos Aires
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Spring-field, Ill.: Charles C. Thomas.
- Meza Lemus M. E. (2015). *Afrontamiento familiar con el paciente de trastorno depresivo mayor en la ciudad de Poza Rica*. Tesis que para obtener el título de: maestra(o) en trabajo social. Universidad Veracruzana, Veracruz, 2015.
- Minn Chai, P. P. (2009). *Religion / spirituality as a stress coping mechanism for international students*.
- Montes K. (2015) *Antecedentes históricos de la depresión*. En línea el 1 de Marzo de 2015 <https://www.clubensayos.com/Psicolog%C3%ADa/Procesos-Psicol%C3%B3gicos-Basicos/2358623.html>
- Navarro E, Pérez E, Alvarez V, Sarabia J, et al. (2004) *Homicide by strangulation with a rope: A case at point* Cuadernos de Medicina Forense. 2004;(36)05-12
- Nezu, A.M. (1986). *Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 196-202.

- Nezu, A.M. (1987). *A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model*. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M. y Ronan, G.F. (1985). *Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 693-697.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Neira, Ximena (2010) *Violencia hacia el personal de salud en el ámbito laboral en la Unidad de Medicina de Urgencias del Hospital Central*. Universidad nacional de Córdoba. Argentina.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, 169.
- Polo, A., Hernández, J., & Pozo, C. (1996). *Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios*. *Ansiedad y Estrés*, 16, 1–16. Retrieved from http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitario/articulo.pdf consultado 6 de mayo de 2015.
- Rehm, L.P. (1977). *A self-control model of depression*. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Riveros (2004) *Características sociodemográficas y niveles de depresión en estudiantes ingresantes a La UNMSM a través de la escala CES-D*; Tesis para optar el grado de magister en psicología con mención en psicología clínica http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2726/1/riveros_qm.pdf
- Riveros Q., Fernández H., Rivera B., (2007) *Niveles de depresión y ansiedad enb estudiantes universitarios de Lima metropolitana* Revista IIPSI Facultad

de psicología UNMSM

- Rosete M. (2006) *Salud mental vs. rendimiento académico en alumnos de educación superior*. VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 9(1-2):18-29, 2006.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/viewFile/32938/30188>
- Ruíz J, Riquelme A, Buendía J. (2000) *Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: El papel de la extraversión en la tentativa de suicidio* Clínica y Salud 2000;11(2)155-169
- Scandroglio B, López JS, Martínez JM, Martín MJ, San José MC, Martín A. (2003) *La conducta violenta en grupos juveniles. Características descriptivas*. Revista de Estudios de Juventud. 2003;62(3):151-8.
- Schramm, F.R. (2009) *Violencia y ética práctica*. Vol. 5, Núm. 1, enero-abril, 2009, versión On-line (pp. 13-25).
- Segal, Z.V. (1988). *Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression*. Psychological Bulletin, 103, 147-162
- Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1986a). *Cognition in depression: A reappraisal of Coyne and Gotlib's critique*. Cognitive Therapy and Research, 10, 671-684.
- Segal, Z.V. y Shaw, B.F. (1986b). *When cul-de-sacs are more mentality than reality: A rejoinder to Coyne and Gotlib*. Cognitive Therapy and Research, 10, 707-714.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Subirana M, Galtés J, Jordana X, García C, Malgosa A. et al. (2005) *Importance of anthropological forensic study to the juridical qualification of a violent death* Cuadernos de Medicina Forense. 2005;(42)293-305
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.

- Sveticic J, De Leo D, et al. (2012) *The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications* *Mental Illness* 2012;4(2)e15-e15 DOI 10.4081/mi.2012.e15
- Tatarelli R, Girardi P, Giordano G, Ambrosi E, Innamorati M, Serafini G, Pompili M, Lester D, et al. (2010) *Antidepressants and Suicide Risk: A Comprehensive Overview* *Pharmaceuticals* 2010;3(9)2861-2883 DOI 10.3390/ph3092861
- Thase, M.E. y Beck, A.T. (1992). *An overview of cognitive therapy*. En J.H. Wright, M.E. Thase, A.T. Beck y J.W. Ludgate (dirs.), *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (pp. 3-34). Nueva York: Guilford.
- Thase, M.E. y Howland, R.H. (1995). *Biological processes in depression: An updated review and integration*. En E. B
- Thawabieh, A. M., & Qaisy, L. M. (2012). *Assessing Stress Among University Students*. *American International Journal of Contemporary Research*, 2(2), 110–116.
- Torres M. M. (2010) *“El problema de la violencia entre universitarios abordado desde el enfoque de la Investigación- Participación-Acción”* *Revista de Investigación Universitaria Multidisciplinaria - Año 9, N°9,* Universidad Simón Bolívar, Diciembre 2010
- Trejo, V. L. (2010) *Teorías sobre la violencia*. CIVITAS, México.
http://trejoluis606.blogspot.pe/2010_04_11_archive.html
- Vázquez Fernando L., Muñoz Ricardo F., Becoña Elisardo (2000); *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx*. Universidad de Santiago de Compostela (España), University of California at San Francisco (Estados Unidos) y Universidad de Santiago de Compostela (España). *Psicología Conductual*, Vol. 8, N° 3, 2000, pp. 417-449
- Vicens E. (2006) *Violencia y enfermedad mental*.; 95–9.

White H. E., (2001) *Consejos Sobre la Salud* 341

<https://m.egwwritings.org/es/book/1760.2291>

White H. E., (2001) *Deseado de Todas las Gentes* 308

<https://m.egwwritings.org/es/book/1760.2291>

Winokur, G. (1997). *All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous.* Journal of Affective Disorders, 45, 97-108.

Apéndice A
Matriz instrumental

VARIABLE	DIMENSIONES		ITEMS	VALORACIÓN	INSTRUMENTOS
VIOLENCIA	Agresión Física	1	De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.	CF = Completamente falso para mí BF = Bastante falso para mí VF= Ni verdadero, ni falso para mí BV = Bastante verdadero para mí CV = Completamente verdadero para mí	ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE AGRESIÓN DE BUSS Y PERRY
		5	Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.		
		9	Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.		
		17	Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago		
		21	Hay gente que me incita hasta tal punto que llegamos a pegarnos		
		27	He amenazado a gente que conozco.		
	29	He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.			
	Agresión Verbal	2	Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos		
		6	A menudo no estoy de acuerdo con la gente.		
		10	Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos.		

		18	Mis amigos dicen que discuto mucho.		
	Ira	3	Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida		
		7	Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo		
		11	Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar.		
		22	Algunas veces pierdo los estribos sin razón.		
		Hostilidad	4	A veces soy bastante envidioso.	
	8		Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.		
	12		Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades		
	20		Sé que mis amigos me critican a mis espaldas		
	28		Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán		
	26		Algunas ocasiones siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas		
	Ansiedad	1	Me siento más nervioso y ansioso de lo normal.	R=raramente A=algunas veces M=muchas veces	
		2	Siento miedo sin ver razón para ello.		
		3	Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor.		
		4	Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar.		

DEPRESIÓN		5	Siento que todo va bien y nada malo puede suceder.	S=siempre	Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D)
		7	Me siento débil y me canso con facilidad.		
		9	Siento que mi corazón late con rapidez.		
	Expresiones corporales comunes	10	Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente.		
		11	Tengo periodos de desmayo o algo así.		
		12	Puedo respirar bien con facilidad.		
		13	Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies.		
		14	Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones.		
		15	Tengo que orinar con mucha frecuencia.		
		16	Mis manos las siento secas y cálidas.		
		27	Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo.		

Apéndice B
Matriz de consistencia

TEMA DE ESTUDIO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO	MARCO CONCEPTUAL
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL ÍNDICE DE VIOLENCIA Y DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, LIMA, 2017	Problema General ¿Cuál de los factores sociodemográficos están relacionados a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?	Objetivo General Determinar la relación de factores sociodemográficos a los índices de violencia y depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.	Hipótesis General Los factores sociodemográficos al menos uno se relaciona significativamente a los índices de violencia y/o depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017	Método: Cuantitativo Tipo: Diseño: Descriptivo, No experimental exploratorio, Transversal correlacional, multivariado. Simbolizado como: $ \begin{array}{l} X \longrightarrow Y, Z \\ X_1 \searrow \\ X_2 \longrightarrow \longrightarrow Y, Z \\ X_3 \searrow \\ X_4 \searrow \\ Y \longrightarrow Z \end{array} $ Donde: X: factores sociodemográficos relacionados a la	Violencia Uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo. Factores Sociodemográficos: Características o variables que constituyen determinantes importantes en la incidencia, evolución y desarrollo comportamental de una variable o individuos que constituye el componente de una población.

				violencia y depresión. Y: Violencia Z: Depresión X1, X2, X3, y X4: (Factores sociodemográficas: género, edad, religión, etc.)	
	Problemas Específicos 1. ¿Cuál es el índice de violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017? 2. ¿Cuál es el índice de depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017? 3. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la	Objetivos Específicos 1. Identificar el índice de violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017 2. Identificar el índice de depresión en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017 3. Determinar la relación entre la depresión y la	Hipótesis Específicas 1. Existe relación significativa entre la depresión y la violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017. 2. Existe relación significativa entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población	Población y Muestra Población: 4158 Muestra No Aleatoria No Probabilística Aunque para hallar la representatividad se usó la fórmula requiriendo una muestra de 352 ampliándola a 356.	Depresión Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

	<p>violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>6. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad</p>	<p>violencia en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>4. Determinar la relación entre la violencia y la ansiedad psíquica en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>5. Determinar la relación entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>6. Determinar la relación entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad</p>	<p>estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>3. Existe relación significativa entre la violencia y la ansiedad somática en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>4. Existe relación significativa entre la depresión y la agresión física en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p> <p>5. Existe relación significativa entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>7. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>8. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p> <p>9. ¿Cuál es la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017?</p>	<p>Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>7. Determinar la relación entre la depresión y la agresión verbal en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p> <p>8. Determinar la relación entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017</p> <p>9. Determinar la relación entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p>	<p>Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p> <p>6. Existe relación significativa entre la depresión y la ira en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p> <p>7. Existe relación significativa entre la depresión y la hostilidad en la población estudiantil de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017.</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Apéndice C

Cuestionarios y Escalas

ENCUESTA DE ESTADO EMOCIONAL Y ACTITUDES SOCIALES

- I. INTRODUCCION:** El presente cuestionario tiene como propósito evaluar su estado emocional y actitudes sociales con el objetivo de obtener un diagnóstico que puede servir en la implementación de programas futuros que mejoren la salud de los estudiantes. Los datos se usarán solo para dicho fin, los cuales serán confidenciales, no se revelará nombres. El llenado de este cuestionario, indicará su consentimiento y participación voluntaria. Se solicita contestar las preguntas con sinceridad y veracidad.
- II. INSTRUCCIONES.** Después de leer cada oración; Marque con una (X) LA OPCION que creas que va mejor con estado emocional y actitud. Por favor, responde con honestidad.
- (1) **Carreras que estudias:** _____
- (2) **Género:** Masculino ()1 Femenino ()2
- (3) **Orientación sexual:** Heterosexual ()1 Homosexual ()2 Bisexual ()3 Transexual ()4 Intersexual ()5 Otro.....()6
- (4) **Edad:** _____
- (5) **¿Cuál es tu situación sentimental?**
Soltero(a) Sin enamorado(a) ()1 Con enamorado (a) ()2 Con noviazgo ()3 Amigo con derecho ()4
Casada (o) ()4 Viuda (o) ()5 Divorciada (o) ()6 Unión Libre ()7 Amigos sexuales () Otros ()8.....
- (6) **¿Cuál es la frecuencia de tu vida sexual?**
Nunca ()1 Alguna vez ()2 A veces ()3 Frecuentemente ()4 Siempre ()5
- (7) **¿Tienes hijos? Cuantos:**
Si ()1 No ()2 Cantidad.....
- (8) **Estado Civil del Padre:**
Soltera (o) ()1 Casada (o) ()2 Viuda (o) ()3 Divorciada (o) ()4 Unión Libre ()5
- (9) **Estado Civil de la Madre:**
Soltera (o) ()1 Casada (o) ()2 Viuda (o) ()3 Divorciada (o) ()4 Unión Libre ()5
- (10) **¿Actualmente trabajas y estudias?**
Si ()1 No ()2
- (11) **Con que personas vive en su casa:** Marque todas las que consideré
Padre ()1 Madre ()2 Hermanos/a ()3 Primo/a ()4 Sobrino/a ()5
Tío/a ()6 Abuelo/a ()7 Vivo solo ()8 otra personas mencione.....
- (12) **Grado de instrucción del Padre o tutor:**

Sin estudios () 1 Primaria () 2 Secundaria () 3 Universitario () 4 Posgrado () 5

(13) Grado de instrucción de la Madre o tutor:

Sin estudios () 1 Primaria () 2 Secundaria () 3 Universitario () 4 Posgrado () 5

(14) ¿Has sufrido de abuso sexual en tu vida?:

Nunca () 1 Alguna vez () 2 A veces () 3 Frecuentemente () 4 Siempre () 5

(15) Profesión u Oficio del Padre o tutor _____

(16) Profesión u Oficio de la madre o tutor _____

(17) Actualmente su Padre labora o se desempeña como _____

(18) Actualmente su Madre labora o se desempeña como _____

(19) Condición Laboral del Padre: contratado () 1 estable () 2 Independiente () 3 otro () 4 _____

(20) Condición Laboral de la Madre: contratado () 1 estable () 2 Independiente () 3 otro () 4 _____

(21) Región de Procedencia de sus padres:

Costa () 1 Sierra () 2 Selva () 3 extranjero () 4

(22) Religión: Católica () 1 Adventista () 2 Evangélica () 3 Pentecostal () 4 Otro.....Ninguna () 5.....

(22) Ingreso mensual del Padre: menos de S/.850 () 1 S/.900–S/.1500 () 2 1 S/.1600–S/.3000 () 3 más de S/3000 () 4

(23) Ingreso mensual de la Madre: menos de S/.850 () 1 S/.900–S/.1500 () 2 1 S/.1600–S/.3000 () 3 más de S/3000 () 4

(24) ¿Cómo considera tu salud actualmente?

Excelente () 5 Buena () 4 Regular () 3 Mala () 2 Muy Mala () 1

(25) ¿Cómo considera tu relación con Dios actualmente?

Excelente () 5 Buena () 4 Regular () 3 Mala () 2 Muy mala () 1

(26) Tipo de alimentación que usted practica:

- (5) Alimentación vegetariana pura (únicamente alimentos de origen vegetal).
- (4) Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).
- (3) Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado (alimentos de origen vegetal y pescado con escamas).
- (2) Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves.
- (1) Alimentación que incluye carne (alimentos de origen vegetal, carne de ovino, aves, vacuno, peces con escamas, huevos, leche y queso).

Escala Buss and Perry, 1992

	Nunca	Alguna vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
01. Puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1	2	3	4	5
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1	2	3	4	5
03. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	1	2	3	4	5
04. Soy bastante envidioso	1	2	3	4	5
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	1	2	3	4	5
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1	2	3	4	5
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	1	2	3	4	5
08. Siento que la vida me ha tratado injustamente	1	2	3	4	5
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	1	2	3	4	5
11. Me enfado como si estuviera a punto de estallar	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1	2	3	4	5
13. Me implico en peleas algo más de lo normal	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	1	2	3	4	5
15. Soy una persona apacible	5	4	3	2	1
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1	2	3	4	5
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
22. Pierdo los estribos sin razón	1	2	3	4	5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	1	2	3	4	5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	5	4	3	2	1
26. Siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	1	2	3	4	5

Escala de Hamilton

	Nunca	Alguna vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad	1	2	3	4	5
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que la enfermedad es un castigo	1	2	3	4	5
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	1	2	3	4	5
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	1	2	3	4	5
5. Me encuentro lento, estancado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	1	2	3	4	5
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	1	2	3	4	5
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	1	2	3	4	5
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	1	2	3	4	5
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	1	2	3	4	5
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	1	2	3	4	5
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	1	2	3	4	5
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	1	2	3	4	5
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	1	2	3	4	5
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	1	2	3	4	5
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.	1	2	3	4	5
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	1	2	3	4	5
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.	1	2	3	4	5
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	5
19. No se lo que pasa, me siento confundido.	1	2	3	4	5
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)	1	2	3	4	5
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	1	2	3	4	5

Apéndice D

Hojas de Validación

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE “Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017”

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
Ninguno
7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
Ninguno

Fecha: 01/03/2017 Firma: 

Validado por: Guido Angelo Huapaya Flores

Grado académico: Magister

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017"

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Fecha: 31/03/17 Firma: 

Validado por: Miguel Basso

Grado académico: Dr PH

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y depresión en los estudiantes de la Universidad Peruana Unión, Lima, 2017"

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)

6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Fecha: _____ Firma: _____

Validado por: Rolyeth Sutse' Gorbala'n Rojas

Grado académico: Magister en Educación