

28/2/2019

Ayuda: Para ver



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES
DEL AA.HH. SEÑOR DE LOS MILAGROS, CHINCHA, 2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

Albina Soledad Gonzales Arce

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada
en Psicología

Docente asesor

Mg. Aquije Cárdenas Giorgio Alexander

Código Orcid N° 0000-0002-9450-671x

Chincha, Ica, 2020

ASESOR:

Mg. Giorgio Alexander Aquije Cárdenas.

MIEMBROS DE JURADO:

PRESIDENTE

Dra. Silvana Rosario Campos Martínez

SECRETARIA

Mg. Eduardo Oreste Pino Anchante

MIEMBRO

Mg. Elizabeth Dionet Pachas Almeyda

DEDICATORIA

“A todas aquellas mujeres que sufren de violencia intrafamiliar y no cuentan con el apoyo de las entidades del estado”.

AGRADECIMIENTO

“A mi madre por su esfuerzo constante y dedicación de tiempo con mi persona y su apoyo incondicional”.

RESUMEN

La presente investigación es cuantitativa, no experimental, de tipo básica y correlacional. El objetivo fue determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y depresión en mujeres del Asentamiento Humano Señor de los Milagros en la provincia de Chincha en el año 2019. Las participantes del estudio fueron 270 féminas con edades comprendidas entre 18 y 50 años de edad, todas manteniendo una relación de matrimonio o convivencia, quienes conformaron la muestra de estudio. A ellas se les aplicaron dos instrumentos, el Test de Autoevaluación de depresión de Zung y el Índice de violencia en la pareja. Los resultados refieren que el 42.6% de las mujeres presentan indicadores de depresión, asimismo en el 60% de las mujeres existe victimización en torno a alguna manifestación de violencia intrafamiliar, además, existe relación estadísticamente significativa ($p=0.719$) entre las variables violencia intrafamiliar y depresión en la población estudiada. Se concluye que la violencia intrafamiliar es un problema de salud pública que atenta contra la integridad física, psicológica y social de la fémina, siendo incluso, un factor asociado para el desarrollo de depresión.

Palabras clave: Violencia intrafamiliar. Mujer. Depresión.

ABSTRACT

The present investigation is quantitative, non-experimental, basic and correlational. The objective was to determine the relationship between domestic violence and depression in women from the Señor de los Milagros Human Settlement in the province of Chincha in 2019. The study participants were 270 women aged between 18 and 50 years old, all maintaining a marriage or cohabitation relationship, who made up the study sample. Two instruments were applied to them, the Zung Depression Self-Assessment Test and the Intimate Partner Violence Index. The results refer that 42.6% of the women present indicators of depression, likewise in 60% of the women there is victimization around some manifestation of intrafamily violence, in addition, there is a statistically significant relationship ($p = 0.719$) between the variables of intrafamily violence and depression in the population studied. It is concluded that intrafamily violence is a public health problem that threatens the physical, psychological and social integrity of the female, being even an associated factor for the development of depression.

Keywords: Domestic violence. Woman. Depression.

INDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE	vii
INDICE DE CUADROS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
I. INTRODUCCION	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.1 Descripción del Problema	14
2.2 Pregunta de investigación general	16
2.3 Preguntas de investigación específicas.....	16
2.4 Justificación de importancia	17
2.5 Objetivo General.....	18
2.6 Objetivos Específicos	18
2.7 Alcances y limitaciones.....	18
III. MARCO TEORICO	19
3.1 Antecedentes	19
3.2 Bases Teóricas	22
3.2.1 La Violencia Intrafamiliar	22
3.2.2 Tipología de la violencia	23
3.2.3 Teorías Sobre La Violencia En La Pareja	25
3.2.4 Consecuencias De La Violencia Intrafamiliar	27
3.3 Marco Conceptual.....	36
IV. METODOLOGIA	38
4.1 Tipo y Nivel de Investigación.....	38
4.2 Diseño de la Investigación.....	38
4.3 Población - Muestra	38
4.4 Hipótesis General Y Específicas.....	39
4.5 Identificación De Las Variables.....	39
4.6 Operacionalización de Variables	41
4.7 Recolección de datos	42

V. RESULTADOS	43
5.1 Presentación de Resultados	43
5.2 Interpretación de Resultados	43
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	46
6.1. Análisis Descriptivo de los Resultados.....	46
6.2. Comparación De Resultados Como Marco Teórico.....	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	62

INDICE DE CUADROS

Tabla 1 Edad De Las Mujeres Participantes Del Estudio	46
Tabla 2 Estado Civil De Las Participantes Del Estudio.....	47
Tabla 3 Grado De Instrucción De Las Participantes.....	47
Tabla 4 Medidas De Tendencia Central Para Resultados De Violencia	48
Tabla 5 Frecuencias Y Porcentajes De Depresión	50

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Edad de las Mujeres Participantes del Estudio.....	46
Figura 2 Estado Civil De Las Participantes Del Estudio	47
Figura 3 Grado de Instrucción de las Participantes	48
Figura 4 Medidas De Tendencia Central Para Resultados De Violencia...	49
Figura 5 Frecuencias Y Porcentajes De Violencia Intrafamiliar	49
Figura 6 Relación Y Apoyo Entre Compañeros.....	50
Figura 7 Frecuencias Y Porcentajes De Depresión.....	50

I. INTRODUCCION

Durante los últimos años la incidencia de trastornos mentales ha ido incrementándose a nivel mundial, de hecho, hoy en día existe la suficiente evidencia para demostrar que nos encontramos conviviendo entre patologías cada vez de mayor coste sanitario.

En este sentido, la depresión se ha incrementándose significativamente, tanto en países subdesarrollados como los de primer mundo; para la Organización Mundial de la Salud esta condición clínica ocupa la cuarta posición en la prevalencia de enfermedades y, de acuerdo a la estimación, para el año 2020, será la segunda enfermedad a nivel mundial causante de discapacidad, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2019).

Asimismo, esta entidad nosológica se caracteriza por tener diferencias con respecto al género, es decir, la cantidad de mujeres que padecen depresión es superior a la de varones, los factores que originan ello se relacionan con el entorno social y cultural de las pacientes, ya que casi siempre están expuestas a situaciones estresantes y extremas como el hambre, la pobreza, exceso o falta de trabajo y, por último, lo que promueve este estudio, la violencia (Vásquez, 2013).

Además, la Organización Mundial de la Salud refiriere la alarmante estimación que una de cada tres mujeres en el mundo sufre o ha sufrido violencia familiar, siendo estas mujeres dos veces más vulnerables a desarrollar trastornos afectivos de cualquier tipo (OMS, 2017).

Sin embargo, a pesar de que existen diversas expresiones y formas para ejercer la violencia, se ha puesto especial atención en la violencia física, lo que produce, a nivel práctico, que los organismos encargados de otorgar el apoyo necesario, requieran evidenciar signos de violencia física, como moretones, penetración, heridas o incluso, la muerte de la afectada, dejando en segundo plano a los otros tipos de consecuencia como la sintomatología depresiva de las víctimas (Barrenechea, 2017).

En Latinoamérica, el Perú ha sido uno de los primeros países en implementar leyes para hacer frente a la violencia familiar con el fin de proteger la integridad de las víctimas, sin embargo, a pesar de ello, los índices de violencia no han disminuido tal como se quería, así se precisa en el informe anual emitido por el Fiscalía de la Nación, en el cual se observa que la región Ica ocupa el cuarto lugar a nivel nacional en registrar denuncias en torno a violencia familiar y tentativa de homicidio (Ministerio Público, 2019).

Por otro lado, considerando que, en el Perú, la depresión crónica es uno de los trastornos mentales con alta prevalencia (18,2%), según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, resulta imprescindible estudiar el fenómeno antes expuesto en madres peruanas víctimas de violencia. De acuerdo al Ministerio de Salud, este padecimiento es el que genera mayor discapacidad, reducción de la actividad general y ausentismo laboral (Ministerio de Salud, 2005).

En relación a la realidad local, en la región, el Gobierno Regional de Ica a través del Hospital Regional de Ica, considera la violencia familiar como un problema de salud pública en virtud de las consecuencias reportadas en la atención ambulatoria por parte de las áreas de Psicología en Chincha, Pisco, Ica, Nazca y Palpa, en donde se incluyen secuelas como la depresión, estrés postraumático, ansiedad y de salud física, como ITS, cefaleas, lesiones, embarazo no deseado, discapacidad parcial o permanente, entre otros; afectando el bienestar de las afectadas, de sus familias y la propia comunidad (Hospital Regional de Salud de Ica, 2013).

Por lo descrito, se considera estudiar los indicadores depresivos en mujeres que han sido o son víctimas de violencia familiar, con el fin de evidenciar la presencia de sintomatología depresiva en esta población, para ello se recurrirán a dos objetivos claramente definidos: Identificar los indicadores afectivos e identificar los indicadores somáticos de la depresión, para obtener un enfoque individualizado y multidimensional de la sintomatología.

En este sentido, la presente investigación está dividido en apartados tales como: *Problemática de la investigación*, en el cual se detalla el globo de situaciones de conflicto y aversivas contra la integridad psicológica de los individuos así como la prevalencia local e internacional de la depresión; *Objetivos*, en el cual se presentan las tareas a cumplir durante la ejecución de la investigación; *Marco Teórico*, en donde se sustenta teóricamente las variables depresión y violencia familiar, desde la óptica de distintas corrientes y postulados; *Métodos y Procedimientos*, en donde se precisan las estrategias metodológicas y técnicas para la recolección de los datos que se emplearán para la ejecución de la investigación; *Resultados*, en donde se presentan los resultados hallados y se efectúa la interpretación de los mismos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del Problema

La violencia en contra de la mujer dentro del contexto familiar es sinónimo de un problema social de gran envergadura. Se trata de un fenómeno social de alta incidencia que trae consigo graves secuelas en las víctimas y personas próximas al entorno donde se produce la agresión; el hogar, que por concepto más bien tendría que significar un ambiente de compañía, afecto y realización personal para sus integrantes, sin embargo, con la presencia de la violencia, el hogar se convierte, por el contrario, en un contexto de conflicto y de alto riesgo para las afectadas, en este caso, las mujeres en el rol de víctimas.

Comúnmente la violencia familiar en agravio de mujeres se asocia al maltrato de tipo físico, que coincidentemente suele ser el más evidente y puede valorarse más concretamente según los indicadores que la legislación penal peruana establece (Ministerio Público, 2006). Sin embargo, la violencia contra las mujeres, en realidad, no sólo afecta su integridad física y psicológica; sino también, su derecho a ser libres, a gozar de salud, a sentirse seguras, y a recibir un trato humanizado y moral, a disponer de un trabajo digno y de acuerdo a sus intereses, e incluso, a la propia vida (Aguila, Hernández, & Hernández, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 350 millones de personas en todo el mundo, padecen depresión, siendo las mujeres, en contraposición con los varones, las más vulnerables a padecer dichas condiciones, convirtiéndose en una de las causas más significativas con la morbilidad femenina, tanto en países con un alto PBI como en países con bajos PBI's (OMS, 2017).

En Latinoamérica, se estima que cuatro de cada diez madres padecen depresión, además que el 70% de personas diagnosticadas con este padecimiento no recibe la atención pertinente, debido a la ausencia de

oportunidades para la atención o por creencias irracionales (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el Perú, las investigaciones refieren que las mujeres violentadas experimentan un gran sufrimiento psicológico a consecuencia a la violencia (Garmendia, 2016); así pues, la depresión es una de las secuelas negativas más frecuentes en personas que la padecen. Esto viene a ser una expresión de la indefensión percibido por la víctima a causa de su incompetencia para la toma de decisiones asertivas y eficaces.

Este fenómeno, a pesar de los esfuerzos gubernamentales por erradicarla, ha ido incrementándose con el transcurrir de los años, así se evidencia en el Boletín Estadístico del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual en el cual en el 2018 se registraron 19 969 denuncias a diferencia del 2017 en donde se registraron 17 087 denuncias (Defensoría del Pueblo, 2018).

En este sentido, la violencia familiar es uno de los mayores problemas que el Estado Peruano debe hacer frente. A pesar que el Perú ha sido uno de los principales países en Latinoamérica en aprobar las leyes específicas sobre violencia doméstica, de hecho, estudios señalan que el 70% de mujeres en zonas rurales y 50% en zonas urbanas han sido víctimas de alguna manifestación de violencia (Defensoría del Pueblo, 2018).

Muchas de las mujeres que son víctimas de violencia familiar conviven en un contexto donde es prioritaria la dependencia insana y en el que la hipervigilancia siempre está presente; en el Perú, el 66 de cada 100 experimentaron que su pareja ejerció, en algún momento de la relación, alguna forma de control e inclusive manipulación sobre ellas, por diferentes causales, por ejemplo: celos, ansiedad por conocer la ubicación exacta permanentemente, percepción de infidelidad sin motivo concreto, entre otros (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018).

Aunque este fenómeno podría estar asociado principalmente, a patrones propios de la cultura popular que promueven la creencia de la superioridad del varón en las relaciones de pareja y, por consiguiente, su supuesto derecho a controlarlas y a castigarlas con actos violentos, los cuales incluso podrían concluir en feminicidio, no es justo para las mujeres, de ninguna manera y bajo ningún punto de vista, que esta creencia se reproduzca y se normalice en la sociedad, en virtud de que todo ser humano necesita gozar de sus derechos fundamentales de libertad y autonomía en el marco de toma de decisiones dignas y asertivas.

Por otro lado, Sánchez (2017) refiere que la violencia de género es una de las causas de mayor significancia para que exista depresión femenina. De hecho, las mujeres sufren más trastornos psiquiátricos que los varones, especialmente aquellas mujeres que han experimentado algún tipo de violencia en el rol de víctimas (Castillo, Bernardo, & Medina, 2018).

Sin duda alguna, todo lo descrito hace referencia a que el padecimiento de violencia contra la mujer genera no sólo un coste social, sino un coste en la salud mental de la sociedad, puesto que existe influencia en la vida de la mujer en el ámbito académico, cognitivo, afectivo e incluso, económico.

2.2 Pregunta de investigación general

Ψ ¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha, en el año 2019?

2.3 Preguntas de investigación específicas

Ψ ¿Cuál es el nivel de depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019?

Ψ ¿Cuál es el nivel de violencia intrafamiliar en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019?

2.4 Justificación de importancia

Se ha ejecutado la presente investigación de la forma descrita en el capítulo de Metodología, puesto que:

1. Las mujeres tienen mayor predisposición a padecer trastornos afectivos, en especial, la depresión. Ello debido a muchos factores entre los cuales se encuentra la influencia biológica, endocrinológica o sociocultural, además que ésta se tiende a agravar si es que la mujer ha desarrollado el papel de víctima en cualquier situación o manifestación violenta durante una relación de pareja.
2. Los efectos secundarios o también denominados secuelas que son producidas como consecuencias del ejercicio de la violencia pueden ser: estrés postraumático, depresión y ansiedad, los cuales se podrían generalizar e irradiar a los demás integrantes del grupo primario de apoyo, la familia.
3. El padecimiento de depresión representa un alto costo social y económico para el estado peruano, en virtud de las necesidades de atención clínica a la que conlleva el padecimiento de este trastorno psicológico, además que las personas deprimidas rinden laboralmente por debajo de su potencial real.

Por lo descrito, los resultados de la investigación, en el ámbito psicológico, permiten determinar la relación que existe entre el ejercicio de la violencia y los indicadores de depresión de las mujeres maltratadas de estrato socioeconómico bajo que viven en un pueblo joven, en este caso, en el asentamiento humano “Señor de los Milagros” en la provincia de Chincha; además, contribuye a generar futuros programas de intervención con el fin de prevenir y hacer frente a la violencia como problemática social y de salud pública, desde una óptica social y clínica, direccionándola a la reducción de los signos y síntomas de la depresión en mujeres víctimas de violencia.

2.5 Objetivo General

- Ψ Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.

2.6 Objetivos Específicos

- Ψ Determinar el nivel de depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.
- Ψ Determinar el nivel de violencia intrafamiliar en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.

2.7 Alcances y limitaciones

Por lo descrito, los resultados de la investigación, en el ámbito psicológico, permiten determinar la relación que existe entre el ejercicio de la violencia y los indicadores de depresión de las mujeres.

III. MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes

En España, Molina (2015) en su tesis doctoral titulada “Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar” encontró que niveles elevados de estabilidad emocional y autoestima serían indicadores de fortaleza mental en la mujer, lo que la hace menos vulnerable a tener secuelas traumáticas como respuesta a experimentar alguna manifestación de violencia. Asimismo, la estabilidad afectiva y la autoestima fueron los constructos que se diferenciaron críticamente en mujeres que habían superado el trauma y en mujeres que no.

En ese mismo país, Santandreu (2014) en su tesis doctoral titulada “Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en víctimas de violencia de género” refiere que las afectaciones afectivas y físicas que sufren las féminas víctimas se agudizan más cuando el victimario es un pariente en lugar que si se tratara de alguien que ellas no conocen. Esto podría deberse a la percepción de decepción que tienen las mujeres víctimas enfocada a su agresor, en el cual establecieron un vínculo de confianza. En este sentido, la violencia resulta un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de trastornos mentales y enfermedades no transmisibles. El autor de dicha investigación también indica que el costo económico que genera la violencia es significativo teniendo en cuenta la necesidad de atención legal, médica y psicológica que estará requiriendo tanto la víctima como el victimario.

En Colombia, Ramírez (2012), en su tesis de licenciatura titulada “Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto”, en la cual empleó un instrumento para detectar abuso de pareja y una escala sistemática de depresión postparto, aplicándola a 81 puérperas del Hospital de Bogotá. De acuerdo a los resultados encontrados, la autora logró establecer que 54% de las participantes fue maltratada, de las cuales, 17% presentó abuso físico por parte de su pareja. De esta manera, la autora halló

una correlación positiva ($r=0.74$) entre depresión postparto y la violencia de pareja, lo que la llevó a concluir que uno de los factores que deben cumplirse para que exista depresión postparto es, la violencia a la que está expuesta la mujer por parte de su pareja, durante y antes de su gestación.

En Ecuador, Moscoso (2017) en su tesis de licenciatura titulada “Afectación psicológica en adolescentes expuestos a violencia intrafamiliar de la parroquia Ricaurte, Cantón, Cuenca. 2015-2016”, encontró que la prevalencia de afectación psicológica para depresión severa fue del 15%, para autoestima baja 26% y para violencia verbal 52%. El análisis bivariado efectuado dio como resultado una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad $OR= 2,16$, depresión $OR= 1,91$, violencia verbal $OR= 5$ e ira $OR= 2,15$, con la violencia. Asimismo, tras el análisis estadístico multivariado se halló relación entre funcionalidad familiar y afectación psicológica en adolescentes mujeres $OR=2,68$. Ello llevó a concluir a la autora que las personas que son víctimas de violencia desarrollan diferentes trastornos psicológicos, principalmente de corte afectivo o anímico.

En Trujillo - Perú, Aldave (2016) efectuó una investigación que plasmó en su tesis titulada “Asociación entre depresión y violencia familiar en el Centro Médico EsSalud – Ascope”, la cual tuvo como objetivo determinar si existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud en Ascope en el año 2016, el cual se desarrolló por medio de un estudio de tipo analítico, observacional y de corte transversal. El autor escogió una población de estudio constituida por 125 pacientes adultos; a quienes se les dividió en 2 grupos: con violencia familiar y sin violencia familiar. Tras la ejecución de la investigación encontró que la prevalencia de violencia familiar en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatría fue 82%, mientras que la prevalencia de depresión en los pacientes atendidos en el Servicio de psiquiatría fue 35%. Asimismo, el análisis de

correlación obtuvo un odds ratio de 3.1 lo que indicia que la depresión es una variable asociada a la violencia familiar en la población estudiada.

En Lima – Perú, Obando (2018) en su tesis titulada “Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja y dependencia emocional en estudiantes de una universidad de Villa el Salvador”, encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables: violencia contra la mujer y dependencia emocional. Además, se evidencia que en las carreras profesionales de Ingeniería de Sistemas y Derecho existe una mayor actitud hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja. Además, con respecto a la variable dependencia emocional, se determinó que las estudiantes de Derecho e Ingeniería de Sistemas, son aquellas que mayor dependencia afectiva padecen, sin importar si existe violencia de pareja o no.

En Arequipa – Perú, Zeballos (2018) efectuó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en púerperas mediatas del hospital III Yanahuara en Arequipa en el año 2018, a través de un estudio analítico observacional. Se emplearon dos instrumentos: el test de Edimburgo para la variable depresión postparto y el Test Index of Spouse Abuse para la variable relación de pareja. Tras la ejecución de la investigación se encontró que de las 288 mujeres púerperas participantes del estudio, se encontró relación estadísticamente significativa de tipo positivo entre las variables de violencia física ($p < 0,003$) y de violencia no física ($p < 0,007$).

En Chíncha – Perú, Espinoza (2015), desarrolló una investigación titulada “Prevalencia y características de la violencia doméstica en gestantes usuarias del Hospital San José de Chíncha, 2014”, a través de un estudio observacional, de tipo transversal y con corte transversal en una muestra de 136 gestantes atendidas en el Hospital San José de Chíncha. Se encontró que la prevalencia de violencia doméstica en las mujeres atendidas en el Hospital “San José de

Chincha” es del 16%. La autora concluyó que la violencia contra la mujer es mayor en aquellos embarazos que no fueron planificados.

En Chincha – Perú, Mendoza (2018) en su tesis de licenciatura titulada “Características de mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en el Centro de Salud Chincha Baja Chincha enero 2018”, estudió la violencia familiar concebida como un problema de salud pública que queda como producto de constantes daños que el victimario genera a causa de violencia física, psicológicos y sexuales produciendo consecuencias críticas e incluso fatales para la víctima. El tipo de estudio aplicado es de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y de corte transversal, mientras que la técnica empleada para la recolección de los datos fue la encuesta y como instrumento se empleó un cuestionario previamente validado a través de juicio de expertos, cuya confiabilidad fue determinada a través del coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados hallados llevaron a concluir a la autora de la investigación que las características son de alta severidad en las mujeres participantes del estudio víctimas de violencia familiar.

3.2 Bases Teóricas

3.2.1 La Violencia Intrafamiliar

La violencia intrafamiliar en agravio de la mujer es un problema de salud pública reconocido mundialmente, pero que en muchas ocasiones permanece oculto, haciendo más difícil estimar su magnitud.

Chuquimajo (2000) afirma que la violencia intrafamiliar es la conducta que tiende a responder con el uso de la fuerza física, coerción o intimidación de tipo psicológico o sexual que daña o afecta la integridad de la mujer en la relación de pareja.

Rodríguez (2013) indica que la percepción que tiene el hombre al ver a la mujer como un objeto de uso doméstico y sexual tiende a incrementar el riesgo para la aparición de violencia contra la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (2017) refiere que la violencia contra la mujer es todo acto que atenta contra la salud de la mujer causando perjuicio o daño a nivel físico, psicológico o social.

3.2.2 Tipología de la violencia

La OMS (2019) tiene como propuesta una tipología respecto del victimario de violencia, siendo estas: autoinfligida, colectiva e interpersonal.

Sin embargo, otros autores (Rodríguez, 2013; Castillo, Bernardo, & Medina, 2018) clasifican la violencia contra la mujer en base a otros criterios, tales como pueden ser:

- 1) Violencia en agravio de la salud física
- 2) Violencia en agravio de la libertad sexual
- 3) Violencia en agravio de la libertad de bienes
- 4) Violencia en agravio de la libertad de asociación y tránsito
- 5) Violencia en agravio de la propia voluntad
- 6) Violencia en agravio de la libertad de pensamiento
- 7) Violencia en agravio del prestigio
- 8) Violencia en agravio de la seguridad

Cabe destacar, que esta tipología de clasificación posibilita enfocar la violencia contra la mujer a un nivel multidimensional.

A continuación, se describe una clasificación tradicional dispuesta por el Ministerio de Salud (MINSA, 2017):

3.2.2.1. Violencia física

Este es uno de los tipos de violencia que con frecuencia se evidencia más, puesto que se caracteriza por la presencia de agresiones físicas en agravio de la mujer, estas pueden ser valoradas evaluando el hematoma o herida, además de la afectación fisiológica generada. Este modo de violencia incluye conductas agresivas directas, como pueden ser: puñetazos, bofetadas, cabezazos, empujones, patadas, etc., tanto como conductas agresivas indirectas, como pueden ser: golpe con algún objeto, acuchillamiento, envenenamiento, etc. Es decir, usando un medio o recurso con la intención de efectuar daño.

3.2.2.2. Violencia sexual

Esta modalidad de violencia se define como el ejercicio de toda conducta con el fin de consumir el acto sexual, incluyendo la penetración, comentarios o acoso que tenga carácter antimoral, en los casos más graves puede comercializarse con este tipo de violencia, como la trata de personas o el chantaje por parte de la pareja en base a amenazas de subir fotos o videos íntimos a la red. Esta tipología de maltrato incluye, además, el sometimiento obligado a prácticas sexuales desagradables, tales como poses no deseadas, obligación a practicar sexo oral o anal, burlas relacionadas al sexo e incluso forzar a la pareja a mantener relaciones sexuales con terceras personas, con la justificación de ser una “fantasía sexual”. Las consecuencias que puede acarrear padecer este tipo de violencia, pueden ser el contagio de enfermedades de transmisión sexual hasta el desgarro de órganos genitales.

3.2.2.3. Violencia psicológica

Esta modalidad de violencia se caracteriza por la existencia de humillaciones, amenazas, burlas y verbalizaciones de desvaloración en agravio de la mujer. Incluso también incluye a la obligación del varón cuando quiere que la mujer aborte, cuando el embarazo no es deseado. Este tipo de violencia es el principal, puesto que, si existe algún tipo de violencia, sea física o sexual,

igual acarreará en violencia psicológica, afectando críticamente el bienestar emocional de la mujer.

Cabe destacar que otras tipologías de violencia incluyen como subtipos de la violencia psicológica al control económico del salario, desface estructural relacionado a su familia, cuando el hombre no deja que la mujer vea a su familia o incluso la espiritual, al desear que la mujer crea en creencias espirituales ajenas a su voluntad.

3.2.3 Teorías Sobre La Violencia En La Pareja

3.2.3.1 Teoría De Los Recursos De Goode (1971)

La teoría de los recursos argumenta que la familia es una organización de poder en donde el integrante empoderado recibe reconocimiento social por parte de los otros integrantes, además que procura mantener la autoridad necesitará sobre quienes él considera que deben recibir órdenes, por lo general este integrante de la familia suele ser el varón.

En este sentido, la persona con menor injerencia social, por lo general depende económicamente o afectivamente de la otra, cuando esta relación de poder se patologiza, cae en un círculo vicioso en el que incluso la persona de autoridad manipula a la otra.

Por ello, el nombre de la teoría de los “recursos”, puesto que uno de los integrantes de la familia al disponer de mayores recursos afectivos, económicos o sociales en comparación a la otra, percibe un halo de superioridad en el que muchas veces se tiende a deformar para generar posibles situaciones de violencia.

3.2.3.2 Teoría De La Transmisión Intergeneracional De La Violencia De Pollak (2002)

Esta teoría indica que la conducta violencia se aprende por imitación, infiriendo que los padres que aquellos padres que crean condiciones violentas en su hogar, también vivieron violencia cuando niños, a través de sus padres, por tanto, se puede hablar de un factor condicionante que predispone a que el niño violentado, una vez adulto, también ejerza violencia sobre su familia, y, por ende, sobre su pareja y sobre sus hijos.

De esta manera, esta teoría plantea tres postulados que explican la violencia manifiesta:

- Si la pareja ejerce conductas violentas, es porque también fue víctima de violencia en algún momento de su vida, muy probablemente en su infancia, a través de sus padres.
- La posibilidad que la mujer insista en mantener una relación sentimental con una pareja violenta dependerá si creció en un ambiente violento, de modo que normalizó la violencia.
- Los individuos que tienden a socializar y relacionarse con personas violentas probablemente recibieron violencia en la infancia, del mismo modo aquellos individuos que crecieron en ambientes sanos, libres de violencia, buscan relacionarse con personas sin tendencias violentas.

3.2.3.3 Teoría De La Permanencia De La Mujer Maltratada En La Relación Violenta De Walker (1984)

Esta teoría argumenta que la víctima que fue violentada por un tiempo considerable se acostumbra a la violencia, normalizándola en sus relaciones sociales y en su relación con la sociedad.

Asimismo, esta teoría propone los siguientes postulados con referencia a aspectos asociados a desarrollar el "Síndrome de la mujer maltratada":

- La víctima tiene recuerdos de los episodios de violencia, sea dormida o despierta, a modo de flashbacks.
- La víctima trata de justificar los episodios de violencia sufridos, muchas veces se usan mecanismos de defensa de negación e incluso de autculpabilidad.
- La víctima se tiende a aislar de la sociedad, presentando temor y ansiedad injustificada al acercarse y relacionarse con otras personas, especialmente varones.
- La víctima tiende a tener ideas irracionales y negativas sobre ella misma.
- No le interesa acercarse a un hospital para ser tratada clínicamente ni psicológicamente.

3.2.4 Consecuencias De La Violencia Intrafamiliar

Sin duda, para toda esposa o hijo, convivir en un hogar en el que existe violencia supone una experiencia traumática, que resulta nociva para su desarrollo integral. Estas experiencias afectan holísticamente a su persona, con consecuencias difíciles de determinar de forma categórica; sin embargo, con la finalidad de lograr mayor pragmatismo y esquematización, se presenta aconsejable agruparlas en categorías (OMS, 2014):

3.2.4.1 Consecuencias Físicas

Algunos de las consecuencias identificadas en las mujeres víctimas de violencia familiar son: cefalea, dolor estomacal y problemas relacionados al sistema digestivo. Asimismo, algunas investigaciones refieren incremento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea; cabe destacar que todos estos síntomas físicos son predictores significativos de posible desarrollo de alguna enfermedad crónica. No se debe dejar de lado que los hematomas, heridas e incluso la muerte misma, forman parte de las consecuencias de este tipo.

3.2.4.2 Consecuencias Psicológicas

Las mujeres que viven en hogares en los que la violencia predomina las relaciones de interrelación presentan baja autoestima, y sentimientos de autoculpabilidad, además de tendencia a presentar atribuciones causales externas, disminución de la capacidad empática, escasa tolerancia a la frustración, desarrollo del trastorno de estrés postraumático, dificultades relacionadas con las estrategias de pensamiento y de resolución de problemas, pensamiento ilusorio, evitación de problemas, retraimiento social, comportamiento autocrítico negativo, e incluso de desarrollo de psicopatología crítica tales como esquizofrenia, en el caso hubiere existido predisposición genética anterior.

3.2.4.3 Consecuencias Conductuales

Se puede establecer que la exposición a la violencia doméstica provoca problemas comportamentales y de autocontrol, favoreciendo la perpetración de la violencia hacia los demás, aunque también puede desarrollar conductas de inhibición. Ambas posibilidades son factibles no sólo en el hogar, sino en otros contextos. Así, en el trabajo, las mujeres pueden exhibir comportamientos de inhibición o, por el contrario, de agresividad hacia los compañeros o jefes; derivando, en la mayoría de los casos, en problemas de integración en el ámbito laboral.

Resulta común que las mujeres víctimas de violencia presenten baja competencia social, pobres metas en la vida y dificultades para establecer relaciones. También, y altamente relacionado con esto, suelen ser menos sensibles en las relaciones interpersonales, con más dificultades para interpretar las expresiones faciales y, con déficit de empatía, con tendencia a la desconfianza, inseguridad, interpretación de forma hostil la conducta de los demás, con limitaciones a la hora de interpretar las claves sociales, falta de habilidades de resolución de problemas sociales y de conflictos.

3.2.5 La Depresión

En la presente investigación se abordará la depresión desde el modelo cognitivo, el cual atribuye la originalidad de la depresión a la percepción del mundo de forma negativa y poco realista, de modo que la causa de la depresión se centra en como las personas perciben el mundo en el que viven, es decir, la estructura cognitiva determina si existe depresión o no, en el individuo.

Beck (1979), en su libro “Cognitive Therapy and the emotional disorders” afirma que una persona se deprime porque tiene un desorden emocional cuando experimenta y se enfrenta a situaciones desbordantes y excesivas, siendo vulnerable a afectar su propia psiquis emocional a causa de ello.

En dichas condiciones se puede dar la existencia de la depresión, en donde el individuo tiene una percepción negativista de la situación a la cual se enfrenta, ello lo presiona a fijar etiquetas cognitivas de abstracción de desesperanza y frustración. De hecho, el enfoque cognitivo lanza la teoría que la depresión por lo general se asocia a trastornos del pensamiento en el que el denominador común no radica en una neurosis de ansiedad aguda, sino mas bien en la distorsión cognitiva e hipomanía asociada a sentimientos de tristeza y desánimo.

3.2.6 La Triada Cognitiva De La Depresión

La triada cognitiva no es mas que el conjunto de patrones fundamentales que predisponen al paciente a autoperibirse a sí mismo y a su futuro de forma idiosincrática.

El primer componente de esta triada se enfoca en la “percepción negativa del individuo en relación a sí mismo”. En este sentido, el paciente considera que es inútil y es corto de valor puesto que tiende experimentar sentimientos de

defectos psíquicos, morales y físicos. Esto le hace caer en la autocrítica excesiva y le cuesta pensar que puede llegar a ser feliz.

El segundo componente se enfoca en la “tendencia del sujeto a tener desesperanza y negativismo para todo”. Esto sucede cuando el depresivo relata sus experiencias, poniendo énfasis en las cosas negativas únicamente, dejando de lado las cosas positivas, ello lo lleva a sentirse derrotado y frustrado, todo en base a conclusiones negativas de sí mismo.

El tercer componente se enfoca en la “visión negativa sobre el futuro”, en donde el individuo depresivo espera el día a día con penas interminables y considera que cada día será peor, ello puede ser de corte intermitente o diario, en los casos de depresión mayor.

Cabe destacar que los demás síntomas cognitivos de la depresión son concebidos por el modelo cognitivo como producto de la triada cognitiva para la depresión descrita.

3.2.7 Manifestación Clínica De La Depresión

Para una máxima comprensión de la psicopatología de los trastornos del humor, resulta prioritario efectuar una reflexión diferencial entre el trastorno anímico, como condición patológica de las respuestas experienciales anormales, de las situaciones duras a nivel afectivo propio de la cotidianidad y emergidos a partir de la interacción social.

En este sentido, se entiende por afectividad al conjunto de procesos afectivos que configuran la dimensión emocional del individuo. El estado de ánimo o humor es un estado afectivo que influye generalmente en las experiencias mentales y somáticas, por lo tanto, resulta una forma experiencial global con afectación crítica a la autopercepción yoica, además, afecta la forma en la que el individuo percibe la realidad en la que vive. Cabe destacar, que los

sentimientos resultan de experiencias altamente alternas, de hecho, su concepción más común es de tipo psicológico (felicidad, tristeza, ira, frustración), aunque nunca de modo exclusivo.

Por tanto, los afectos y el humor son procesos autónomos, sin embargo, las disfunciones del humor pueden dar origen a la alteración de los afectos principales. La distinción entre alteraciones del estado de ánimo o sentimientos es particularmente importante para los sentimientos psicológicos, ya que estos son los más frecuentes y aparentes.

El estado anímico y los procesos afectivos se diferencian entre sí por su aspecto temporal, puesto que los ánimos continúan durante espacios de tiempo extensos y opuestos a la fugaz e inestable propiedad que configuran los afectos. Las modificaciones del estado anímico son independientes y no relacionadas con el contexto y, por lo general, comienzan y terminan sin motivo aparente, mientras que los sentimientos están junto a las principales condiciones, además que dependen de un inicio y un cese.

El ánimo tiene como propiedad la profundidad, puesto que se adhiere en la personalidad del individuo; es ausente de direccionalidad e intencionalidad, además que no comparte dependencia de algún proceso volitivo o motivacional; es una experiencia no condicionada por mediador o condición psicológica alguna.

Todo lo contrario, pasa con los sentimientos, los cuales se configuran como respuesta ante un estímulo determinado; asimismo, pueden ser dirigidos a voluntad e intención del individuo, por ello, algunos autores se refieren a los sentimientos como “contenidos afectivos con connotación social”.

Otro criterio para diferenciar los estados anímicos de los sentimientos, radica en que mientras la coexistencia simultánea de distintos estados anímicos es

la excepción a la regla, mientras que la coexistencia de varios sentimientos es la norma general, todo ello a modo de figura literaria para la comprensión del proceso afectivo.

Las alteraciones fundamentales del estado anímico son: eufórico, depresivo y disfórico. Este punto resulta necesario referir que la involucración de los afectos esenciales primarios suele conllevar a experimentar depresión, la cual, por ser cualitativamente distinta de la experiencia común de tristeza, se le denomina tristeza patológica, en este punto el grado y el tiempo de la experiencia, toman vital relevancia. Este análisis diferencial resulta clave para delimitar las patologías afectivas de los problemas comunes inherentes a la cotidianidad.

La depresión entonces, vendría a ser un sentimiento distinto a la experiencia de la tristeza común, de hecho, inclusive los mismos pacientes depresivos la diferencian perfectamente como una entidad afectiva distinta y autónoma e independiente al estado anímico.

Incluso, se han reportado casos en donde un paciente con depresión puede ser incapaz de experimentar tristeza por una situación que, normalmente, le hubiera generado tristeza. Asimismo, la depresión se adjunta a un cuadro clínico basado en síntomas cognitivos, somáticos y conductuales, que, definitivamente, no se manifiestan en la misma línea de la tristeza normal.

La depresión, por su cualidad ajena a la tristeza, no resulta sencilla para su comunicación a nivel lingüístico, incluso, algunos pacientes depresivos pueden llegar a negar sentirse tristes. Asimismo, cuando los pacientes depresivos manifiestan sus sentimientos, estos son difícilmente comprendidos por otras personas, en virtud de que no existe compatibilidad equivalente en su propio modo de percibir la realidad, de ahí a que el paciente depresivo

manifiesta verbalizaciones que hacen referencia a que nadie comprende la situación que experimenta a nivel afectivo.

3.2.8 Características Clínicas De Algunos Tipos De Depresión

Depresión mayor. Cuando la depresión es mayor, definitivamente, los síntomas deben persistir durante un tiempo mayor a los 24 meses. Las condiciones o factores que conducen al agravamiento de este cuadro son: presencia de antecedentes de depresiones anteriores, presencia de algún familiar con depresión, que la persona sea de sexo femenino, que se encuentre en proceso de vejez, que mantenga un cuadro de delirios, que consuma sustancias psicoactivas como alcohol o drogas, que padezca alguna enfermedad médica y que esté sometido a situaciones depresógenas contextuales, tales como: la pérdida de algún ser querido, presencia de conflictos de pareja, abandono emocional, problemas económicos, etc.

Depresión posparto. Este tipo de depresión se presente en el primer mes posterior al parto, cuando la madre se encuentra en la fase gineco-obstétrica de postparto. Los síntomas son bastante parecidos a los que componen el cuadro clínico de la depresión mayor descrita anteriormente, aunque en este tipo de depresión, es más probable que exista labilidad del estado anímico, además en la mayor parte de los casos existe comorbilidad con la ansiedad generalizada e irritabilidad. El diagnóstico diferencial con la tristeza posparto, radica en el tiempo de durabilidad de los síntomas, puesto que, en la tristeza posparto, el tiempo de duración dura como máximo, una semana.

Depresión subsindrómica. Este tipo de depresión, aunque es menos frecuente en la población mundial es importante considerarla puesto que se caracteriza por aparecer durante el proceso en el que el individuo envejece. En este punto, el paciente con depresión subsindrómica, añora los momentos pasados propios de su juventud, considerando que dichos momentos, nunca

más volverán, este tipo de depresión es mayormente abordado de la psicoterapia contemporánea tras la ejecución de técnicas de aceptación de la realidad y fortalecimiento de la autoestima.

Depresión psicótica. Este tipo de depresión, de hecho, es un subtipo de depresión mayor, puesto que el deprimido psicótico, además de sostener síntomas propios de la depresión mayor, también sostiene una percepción alterada o desajustada de la realidad en la que vive, tales como delirios y alucinaciones, auditivos o visuales.

3.2.9 Factores Asociados Al Desarrollo De La Depresión

Actualmente, la evidencia demuestra que existen condiciones y factores que hacen que sea más próximo el padecimiento de depresión.

Cabe destacar que estos factores funcionan muchas veces de predictores, para la elaboración de programas de intervención frente a la depresión clínica.

Por ello, a continuación, se procede a mencionar algunos factores asociados que se hallaron tras la revisión de la bibliografía:

- Migraña.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedades coronarias
- Accidentes cerebro-vasculares
- Circunstancias laborales adversas
- Contexto social dificultoso
- Personalidad neurótica.
- Pobreza.
- Antecedentes familiares de depresión.
- Desórdenes endocrinológicos
- Consumo de medicamentos psicoactivos.

- Padecimiento de alguna enfermedad somática de tipo crítico
- Estrés permanente
- Soledad
- Alteraciones en la rutina diaria
- Cambios drásticos dentro de la dinámica familiar

3.3 Marco Conceptual

- **Amor.** Fenómeno psicológico de corte afectivo que resulta permanente y profundo, que estimula y dirige la conducta a fines éticos, morales y en base a valores.
- **Delito.** Forma jurídica que conceptualiza determinada conducta de la persona que resulta penada por la legislación vigente.
- **Depresión.** Trastorno psicológico del estado afectivo que se caracteriza por desánimo y angustia.
- **Maltrato.** Forma agravada de violencia en el que se produce daños.
- **Mujer.** Ser humano de sexo femenino que es consciente de sus actos y vive en sociedad.
- **Pareja.** Dícese de aquella persona que constituye una relación sentimental con otra.
- **Psicología.** Ciencia que estudia la dimensión cognitiva, afectiva, social y comportamental del ser humano desde un enfoque reflexivo y en base al método científico.
- **Suicidio.** Forma de autodepuración de la vida humana.
- **Terapia de pareja.** Proceso de intervención psicológica en el que se efectúan tareas y actividades para lograr diversos objetivos que benefician y contribuyen la salud mental del usuario o paciente.
- **Test.** Instrumento de evaluación en el que se valora o mide alguna variable determinada.

- **Violencia contra la mujer.** Toda conducta con la finalidad de dañar o causar perjuicio a una fémina.
- **Violencia.** Fenómeno social que hace referencia a cualquier acto en agravio de alguna persona.

IV. METODOLOGIA

4.1 Tipo y Nivel de Investigación

El tipo de investigación de acuerdo al propósito que estructura la metodología del presente estudio académico es básico, puesto que se observan y analizan las variables en su ambiente natural para teorizar la relación existente entre ellas, mas no se manipulan.

Asimismo, el nivel de la investigación es correlacional, en virtud que se pretende establecer e indagar la asociación estadística entre ambas variables de estudio.

4.2 Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación es observacional no experimental, puesto que únicamente se estudiarán las variables tal y como se hallan en la población de estudio.

4.3 Población - Muestra

La población de estudio considerada para la presente investigación académica comprende a las pobladoras de sexo femenino del AA.HH. Señor de los Milagros de la provincia de Chincha.

De acuerdo al último censo poblacional del Instituto Nacional de Estadística e Informática, la población femenina adulta que vive permanentemente en el AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha es de 1 432 mujeres, de las cuales sólo 909 son casadas, convivientes o tienen una pareja estable (INEI, 2018).

$$N = 1\ 432$$

En este sentido, se calculó el tamaño de la muestra empleando la fórmula para poblaciones finitas teniendo como universo el dato poblacional del último censo nacional. La fórmula empleada es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 p q}$$

Donde
 n es el tamaño de la muestra;
 Z es el nivel de confianza;
 p es la variabilidad positiva;
 q es la variabilidad negativa;
 N es el tamaño de la población;
 E es la precisión o el error.

Así pues, una vez aplicada la fórmula se obtuvo una muestra correspondiente a 270 mujeres, considerando un error máximo estimado del 5% y un nivel de confiabilidad del 95%.

$$n = 270$$

4.4 Hipótesis General Y Especificas

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.

H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.

4.5 Identificación De Las Variables

Variable Independiente

V_x: Violencia intrafamiliar

Variable Dependiente

V_Y: Depresión

Variables Intervinientes

V₁: Edad

V₂: Estado civil

4.6 Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Violencia intrafamiliar	Es toda conducta de violencia de género pueda producir un daño físico, sexual o psicológico contra la mujer dentro del contexto familiar	Resultado obtenido tras la aplicación del índice de violencia de Cáceres	Física	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad - Golpe directo - Amenaza con arma - Golpe con necesidad de atención médica. - Gritos - Golpes en el rostro. - Agresividad indirecta - Tocamientos indebidos 	Índice de violencia en la pareja
			Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Humillación - Exigencia para caprichos - Celos excesivos - Desvalorización verbal - Desprecio - Infravaloración - Insultos - Autoritarismo - Control económico - Abuso verbal - Machismo - Criticabilidad - Posesividad 	
			Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sexuales sin consentimiento - Actos sexuales indeseados. 	

Fuente: Elaboración Propia

4.7 Recolección de datos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Depresión	Trastorno mental caracterizado por una profunda tristeza y ánimo decaído que genera disminución del contacto social y tienen influencia negativa en el bienestar general del individuo.	Resultado obtenido en el Test de Autoevaluación de la Depresión de Zung.	Síntomas afectivos persistentes	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento triste y decaído - Tengo ganas de llorar 	Test de Autoevaluación de la Depresión de Zung.
			Síntomas equivalentes fisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Por las mañanas me siento mejor - Me cuesta mucho dormir en la noche - Tengo apetito igual que antes - Noto que estoy adelgazando - Aún tengo deseos sexuales - Estoy estreñida - El corazón me late más rápido que antes - Me canso sin motivo 	
			Síntomas equivalentes psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Me siento intranquila - Hago las cosas con la misma facilidad que antes - Mi mente esta despejada - Encuentro agradable vivir - Tengo confianza en el futuro - Me resulta fácil tomar decisiones - Estoy más irritable que antes - Me gustan las mismas cosas que antes - Siento que soy una inútil - Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerta. 	

Fuente: Elaboración Propia.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de Resultados

El tipo de investigación de acuerdo al propósito que estructura la metodología del presente estudio académico es básico, puesto que se observan y analizan las variables en su ambiente natural para teorizar la relación existente entre ellas, mas no se manipulan.

Asimismo, el nivel de la investigación es correlacional, en virtud que se pretende establecer e indagar la asociación estadística entre ambas variables de estudio.

5.2 Interpretación de Resultados

Se recogerán los datos empleando la técnica de la encuesta en la modalidad escrita, esta técnica se escogió por su versatilidad y agilidad para su aplicación, además que el análisis costo-beneficio con respecto a tiempo de aplicación y economía invertida para obtención de datos es adecuada y beneficiosa para la autora de la presente investigación.

Los instrumentos a emplearse son: el Test de Autoevaluación de la Depresión, y la Escala de Violencia contra la mujer. A continuación, se detallan las fichas técnicas de ambos instrumentos:

- **Instrumento Para La Variable: Depresión**

NOMBRE ORIGINAL	:	State-trait depression scale
AUTOR	:	Dr. W. Zung
AÑO DE PUBLICACIÓN	:	1979
PROCEDENCIA	:	Berlín, Alemania
MÉTODO DE APLICACIÓN	:	Individual o colectiva

ÁMBITO DE APLICACIÓN	:	Clínico
DURACIÓN	:	Sin límite de tiempo (5 a 10 min aprox)
OBJETIVO	:	Evaluación de la depresión clínica
MATERIAL	:	Protocolo de aplicación, lápiz y manual
CONFIABILIDAD	:	Alfa de Cronbach=0.77

- **Instrumento Para La Variable: Violencia Intrafamiliar**

NOMBRE ORIGINAL	:	Índice de Violencia en la Pareja
AUTOR	:	Dr. Cáceres Carrasco
AÑO DE PUBLICACIÓN	:	2004
PROCEDENCIA	:	Madrid, España
MÉTODO DE APLICACIÓN	:	Individual o colectiva
ÁMBITO DE APLICACIÓN	:	Clínico, comunitario
DURACIÓN	:	Sin límite de tiempo (5 a 10 min aprox)
OBJETIVO	:	Estimación del potencial de violencia en la pareja
MATERIAL	:	Protocolo de aplicación, lápiz y manual
CONFIABILIDAD	:	Alfa de Cronbach=0.84

- **Técnicas De Análisis E Interpretación De Datos**

Para el análisis e interpretación de los datos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Base en la versión 25 para el sistema operativo Windows 10, en el cual se creó una base de datos admitiendo resultados tanto del Test de autoevaluación de la depresión como el del Índice de Violencia de Pareja.

Una vez admitidos los resultados de ambos instrumentos, se ejecutaron los análisis correspondientes, en primer término, referidos a la estadística descriptiva por medio del uso de medidas de tendencia central, así como el cálculo de frecuencias y porcentaje por cada variable y dimensión.

Asimismo, se establecieron medidas de normalidad para la población, y medidas de dispersión para los resultados de cada una de las variables.

Posteriormente, se efectuaron análisis de correlación, empleando el coeficiente de correlación de Pearson, en virtud de la característica del estudio.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis Descriptivo de los Resultados

- Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1 Edad De Las Mujeres Participantes Del Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-30	94	34,8	34,8	34,8
	31-50	176	65,2	65,2	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

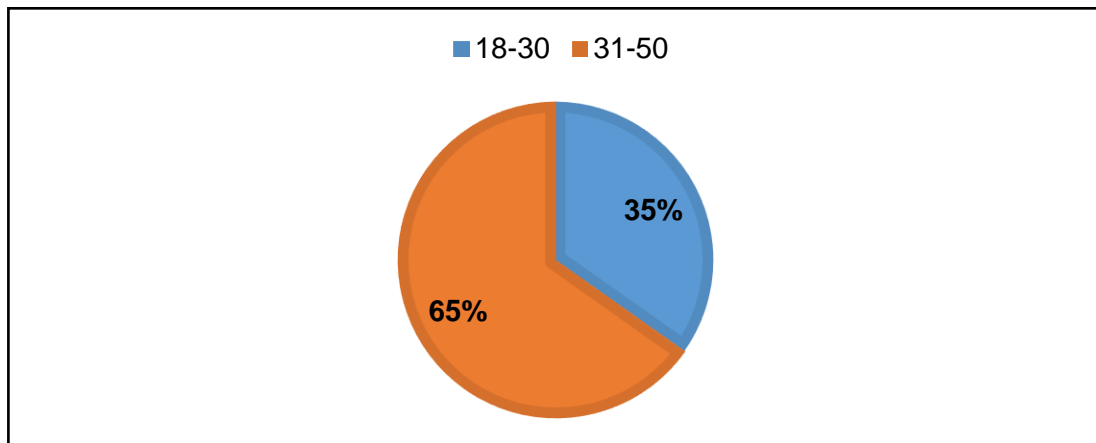


Figura 1 Edad de las Mujeres Participantes del Estudio

Interpretación:

En la tabla N° 01 se aprecian los resultados correspondientes a la edad de las mujeres participantes del estudio, en donde se tiene que el 34.8% de la muestra de estudio tienen entre 18 y 30 años de edad, mientras que el 65.2% de ellas tienen entre 31 y 50 años de edad.

Tabla 2 Estado Civil De Las Participantes Del Estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casada	112	41,5	41,5	41,5
	Conviviente	158	58,5	58,5	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

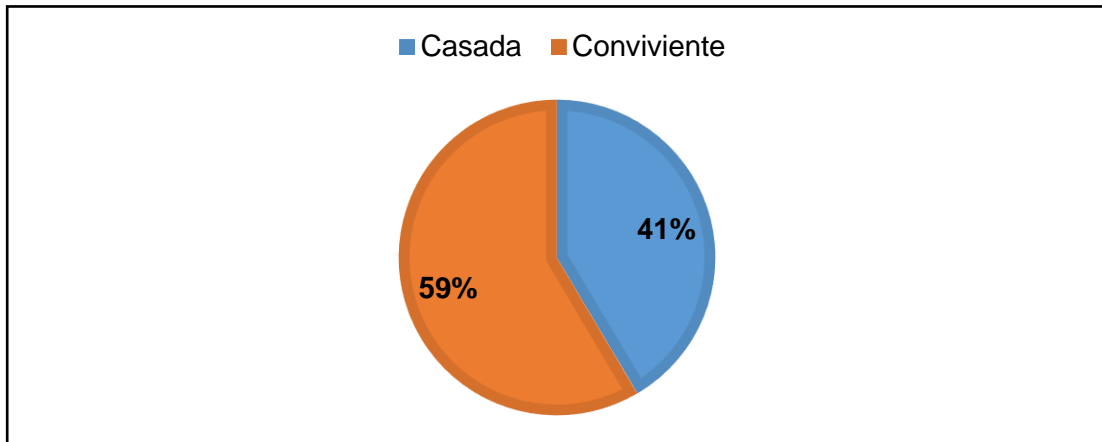


Figura 2 Estado Civil De Las Participantes Del Estudio

Interpretacion:

En la Tabla N° 02 se observan los resultados correspondientes al estado civil de las participantes del estudio, en el cual el 41,5% de mujeres son casadas, mientras que el 59% de ellas son convivientes.

Tabla 3 Grado De Instrucción De Las Participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Superior	120	44,4	44,4	44,4
	Secundaria completa	132	48,9	48,9	93,3
	Primaria completa	17	6,3	6,3	99,6
	Sin estudios	1	,4	,4	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

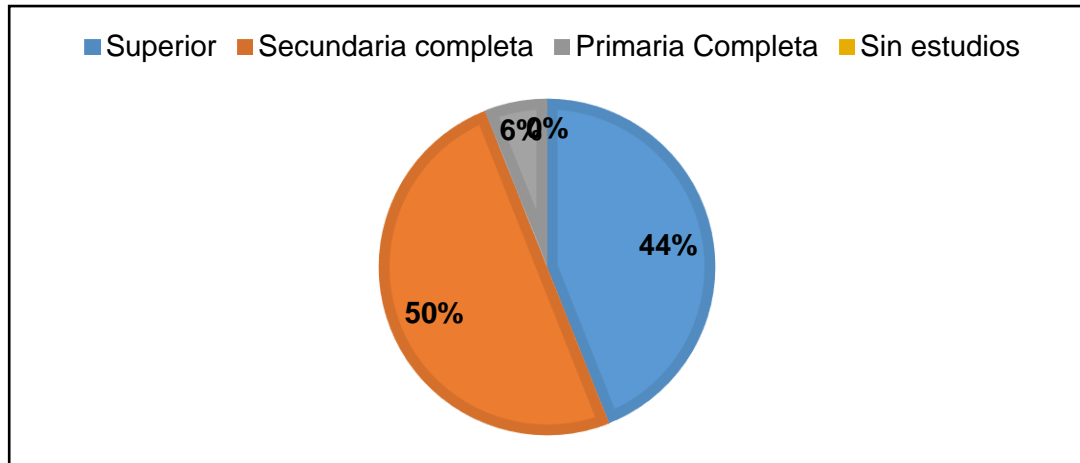


Figura 3 Grado de Instrucción de las Participantes

Interpretación:

En la Tabla N° 03, se observan los resultados correspondientes al grado de instrucción de las participantes, en ellos se aprecia que el 44,4% de participantes tiene un nivel de instrucción correspondiente al superior, un 48.9% un grado de instrucción correspondiente a secundaria completa, mientras que el 6.3% tiene únicamente primaria completa. Además, el 0.4% de participantes no tiene estudios algunos.

Tabla 4 Medidas De Tendencia Central Para Resultados De Violencia

N	Válido	270
	Perdidos	0
Media		1,43
Error estándar de la media		,030
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. Desviación		,495
Varianza		,245
Asimetría		,301
Error estándar de asimetría		,148
Curtosis		-1,924
Error estándar de curtosis		,295
Suma		385

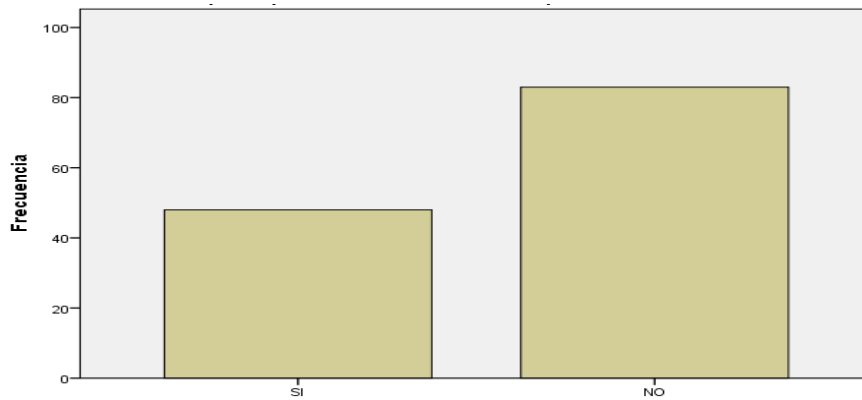


Figura 4 Medidas De Tendencia Central Para Resultados De Violencia

Interpretacion:

De acuerdo a la tabla N° 05, la media de los resultados obtenidos es de 1.43, lo que indica que al acercarse más a la unidad, de acuerdo a la codificación hecha en el SPSS, en donde 1 indica la presencia de depresión y 2 indica la ausencia de depresión, se puede hacer una inferencia de que la tendencia de respuesta se aproxima a la respuesta 1, asimismo, el error estándar de la media es de 0.030 lo que índice que los datos están arropados próximos a la media. La desviación es de 0.495, lo que indica que la dispersión de los datos no es tan significativa. Con respecto a la medida de asimetría de Curtosis, este es negativo (-1.924), de modo que la distribución es platicúrtica y hay una menor concentración de datos con respecto a la media.

Figura 5 Frecuencias Y Porcentajes De Violencia Intrafamiliar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si existe violencia	162	60,0	60,0	60,0
	No existe violencia	108	40,0	40,0	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

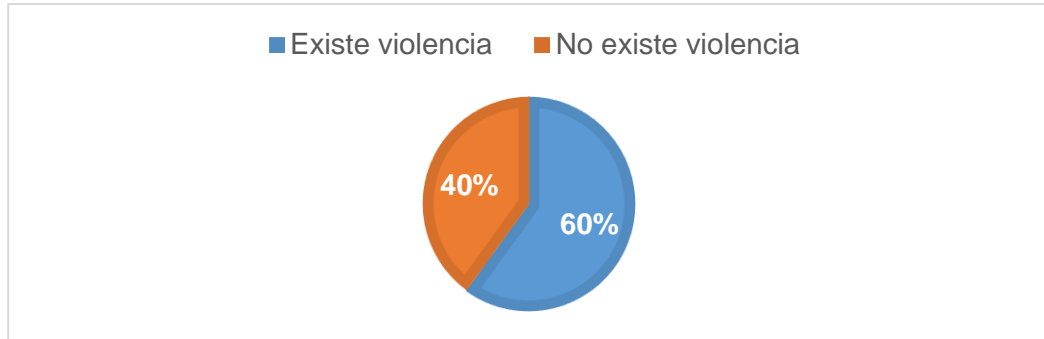


Figura 6 Relación Y Apoyo Entre Compañeros

Interpretación:

En la Tabla N° 06 se aprecian las frecuencias y porcentajes para la variable violencia intrafamiliar, en el que se aprecia que en el 60% de las evaluadas existe violencia, mientras que en el 40% de las participantes no existe violencia.

Tabla 5 Frecuencias Y Porcentajes De Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hay depresión	155	57,4	57,4	57,4
	Hay depresión	115	42,6	42,6	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

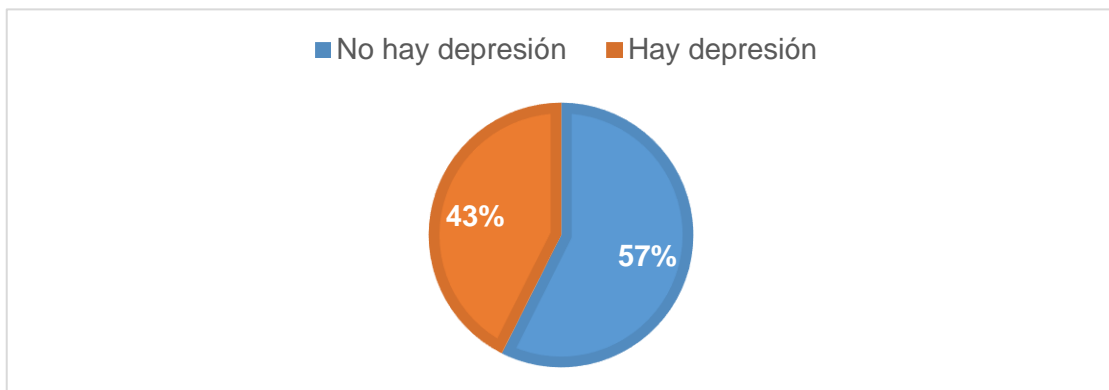


Figura 7 Frecuencias Y Porcentajes De Depresión

Interpretación :

En la Tabla N° 07 se aprecian las frecuencias y porcentajes para la variable “depresión”, en el que se aprecia que en el 57.4% de las evaluadas no hay presencia de depresión mientras que en el 42.6% de las participantes si hay indicadores depresivos.

- **CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS**

TABLA N° 08 Cálculo Del Coeficiente De Correlación De Pearson Para Violencia Intrafamiliar Y Depresión

		Violencia intrafamiliar	Depresión
Violencia intrafamiliar	Correlación de Pearson	1	,719**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	270	270
Depresión	Correlación de Pearson	,719**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	270	270

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

De acuerdo al cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables “Violencia intrafamiliar” y “Depresión”, se obtiene un valor de 0.719, lo que indica que existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Al tener estos resultados se acepta la hipótesis alterna que refiere que:

“Existe relación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019”.

6.2. Comparación De Resultados Como Marco Teórico

Los resultados encontrados en la presente investigación básicamente afirman que existe relación entre la violencia familiar y la existencia de indicadores depresivos, estos resultados son totalmente contrarios a lo hallado por Barbaran (2015), quien concluyó luego del desarrollo de su investigación en una muestra de mujeres atendidas en un Hospital de Lima Este, que no existe relación entre la depresión y violencia familiar.

Asimismo, las conclusiones de Barbaran (2015) son coherentes con lo dispuesto por Aguilar y Tapia (2014), quienes destacan que cuando las mujeres son víctimas de violencia familiar por parte de su pareja, no siempre desarrollan depresión, sin embargo, si pueden padecer un debilitamiento progresivo de sus mecanismos afectivos para hacer frente a las situaciones negativas.

Sin embargo, Puerta (2016) en su investigación que desarrolló con mujeres de un Club de Madres en Ventanilla, Lima, en el año 2016, encontró que si existe relación estadísticamente significativa, directa y moderada entre la experimentación de episodios violentos y la presencia de síntomas depresivos en mujeres víctimas.

Además, Gallardo y Mires (2017) en una investigación ejecutada en Cajamarca con mujeres que acuden al Centro de Emergencia Mujer de San Pablo en Cajamarca, comprobaron en la muestra estudiada, la existencia de relación significativa entre depresión y la presencia de victimización a partir de la violencia contra la mujer, además que incorporaron la variable “autoestima” concluyendo que aquellas mujeres que tienen una depresión ambulatoria, presentan baja autoestima.

Ello da luz a considerar que tiene mucho que ver la población que se estudia para la predicción de los resultados de correlación entre la variable “violencia

contra la mujer” y “depresión”, de hecho las características sociodemográficas de los dos estudios desarrollados por Barbaran (2015) son distintos a los desarrollados por Puerta (2016) y Gallardo y Mires (2017), en el primer estudio prima en la población estudiada un grado de instrucción superior y un mejor estatus socioeconómico en comparación a los estudios desarrollados por Puerta (2016) y Gallardo y Mires (2017), que fueron desarrollados con mujeres de condiciones económicas limitadas y un status social bajo.

Lo descrito hace referencia a que las variables sociodemográficas pueden ser, sin duda, una variable tipo factor asociado para la predicción del posible trastorno depresivo a causa de la violencia contra la mujer, de modo que en otros estudios se podría ampliar el análisis estadístico considerando con mayor prioridad a la variable sociodemográfica, incluso haciendo un análisis comparativo en poblaciones con condiciones económicas diferentes.

CONCLUSIONES

1. La investigación se desarrolló bajo estricto cumplimiento de las normas éticas de la universidad.
2. La investigación se efectuó con normalidad sin presencia de situaciones o estímulos que pudieran afectar o generar conflicto de intereses.
3. Los resultados de la presente investigación dejan satisfacción a la investigadora puesto que se han dado tal y como se teorizó en el árbol de problemas planteado inicialmente.
4. Tras la ejecución del análisis estadístico descriptivo se halló que existe alta incidencia de violencia intrafamiliar en la población de estudio, por lo cual se hace el llamado a las entidades y organizaciones a que puedan verificar los resultados hallados encontrados en la presente investigación a fin de hacer frente a este fenómeno social en el marco de la atención de salud pública.
5. Tras la ejecución del análisis estadístico descriptivo se encontró que el 43% de las mujeres tienen indicadores depresivos, lo que indica que la depresión puede convertirse también en un problema de salud pública, en virtud de su frecuencia cada vez más amplia, a la vez que el padecimiento de los síntomas trae consigo consecuencias de discapacidad.
6. Con respecto a la correlación positiva estadísticamente significativa hallada tras el cálculo de coeficiente de Pearson para la variable violencia intrafamiliar y depresión, se concluye que la violencia es un factor que predispone al desarrollo de depresión en mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas o esposos, ello representa una alerta a las autoridades del Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y el Ministerio Público, puesto que los efectos nocivos de la existencia de ambas variables en una población es sumamente crítico y atenta contra el desarrollo social de un país, además que representa un costo a nivel económico y social.

RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones que motivan al presente estudio son:

1. Tomar los datos hallados por la presente investigación para la posterior formulación y diseño de programas de intervención psicológico de alcance social – comunitario.
2. Desarrollar investigaciones similares, pero en poblaciones cercanas al AA.HH. Señor de los Milagros, puesto que, al momento de desarrollar la investigación, se pudo conocer que existen dos AA.HH. cercanos que colindan y que además tienen características sociodemográficas similares, se llaman AA.HH. 15 de agosto y AA.HH. Satélite Primavera, respectivamente.
3. Enviar los resultados hallados en la presente investigación a las instancias académicas necesarias a fin de ampliar la promoción de la investigación de un variable tan compleja y significativa como lo es, la violencia intrafamiliar.
4. La depresión al ser una condición clínica de significancia patológica requiere de tratamiento especializado, en este sentido, resulta necesario poner sobre la mesa estrategias firmes para hacer frente a este problema de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguila, Y., Hernández, V., & Hernández, H. (2016). Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 38(5). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005
- Aguilar, B., & Tapia, M. (2014). *La violencia nuestra cada día*. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=eKtIBAAAQBAJ&pg=PT107&dq=no+se+relaciona+la+depresion+con+la+violencia+domestica&hl=es419&sa=X&ei=3na8VOykE8ygNsXrgogL&ved=0CC0Q6AEwAw#v=onepage&q=no%20se%20relaciona%20la%20depresion%20con%20la%20violencia%20domestica>
- Aldave, J. (2016). Asociación entre depresión y violencia familiar en Centro Médico EsSalud - Ascope. *Tesis de titulación*. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Barbaran , M. (2015). Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un Hospital en Lima Este, 2014. *Tesis de licenciatura*. Lima: Universidad Peruana Unión.
- Barrenechea, M. (2017). La ley no es suficiente para detener la violencia contra las mujeres en el Perú. *RPP Noticias*. Obtenido de <https://rpp.pe/politica/gobierno/la-ley-no-es-suficiente-para-detener-la-violencia-contra-las-mujeres-en-el-peru-noticia-1090472>

- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Yale: Penguin.
- Castillo, E., Bernardo, J., & Medina, M. (2018). Violencia de género y autoestima en mujeres del Centro Poblado Huanja - Huaraz 2017. *Revista Oficial de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres*, 18(2). Obtenido de <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/824>
- Chuquimajo, S. (2000). Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja en estudiantes de 5to año de secundaria de Lima Metropolitana. *Tesis de licenciatura*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Centros de Emergencia Mujer: Supervisión al 2018*. Lima. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-Nº-179-Centros-Emergencia-Mujer-supervisión-a-nivel-nacional-2018.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Violencia contra las mujeres: Perspectivas de las víctimas, obstáculos e índices cuantitativos*. Lima: Monkie Studio. Recuperado el 21 de Marzo de 2019, de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/09/Reporte-de-Adjuntía-2-2018-Violencia-contra-las-mujeres-Perspectivas-de-las-víctimas-obstáculos-e-índices-cuantitativos.pdf>

- Espinoza, J. (2015). Prevalencia y características de la violencia doméstica en gestantes usuarias del Hospital San José de Chincha, 2014. *Tesis de licenciatura*. Chincha, Perú: Universidad Alas Peruanas.
- Gallardo, B., & Mires, D. (2017). Relación entre depresión con niveles de autoestima en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden al centro de emergencia mujer San Pablo, Cajamarca 2017. *Tesis de licenciatura*. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
- Garmendia, F. (2016). La violencia en el Perú 2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(2), 153-161. doi:1025-5583
- Goode, W. (1971). Force and Violence in the Family. *Journal of Marriage and Family*, 33(1), 624-636. doi:10.2307
- Hospital Regional de Salud de Ica. (2013). *Principales indicadores de las estrategias sanitarias regionales*. Ministerio de Salud, Ica. Obtenido de www.regionica.gob.pe/pdf/.../indicadores/evaluacion_dr_salud_ii_semestre_2013.pdf
- INEI. (2018). *Perú: Perfil sociodemográfico - Informe Nacional*. Lima. Recuperado el 2 de Mayo de 2019, de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n210-2018-inei.pdf>

- Mendoza, S. (2018). Características de mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en el Centro de Salud Chincha Baja Chincha enero 2018. *Tesis de licenciatura*. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista.
- Ministerio de Salud. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud: La depresión*. Lima. Obtenido de bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- Ministerio Público. (2006). *Nuevo Código Procesal Penal*. Lima. Recuperado el 15 de Mayo de 2019, de www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Decretoslegislativos/00957.pdf
- Ministerio Público. (2019). *Informe: Mapa del delito*. Lima. Obtenido de https://portal.mpfm.gob.pe/descargas/.../mapas/01_Mapas_del_Delito.pdf
- MINSA. (2017). *La violencia de género: Perspectivas y abordaje clínico*. Lima.
- Molina, A. (2015). Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar. *Tesis doctoral*. Granada, España: Universidad de Granada.
- Moscoso, B. (2017). Afectación psicológico en adolescentes expuestos a violencia intrafamiliar de la parroquia Ricaurte Cantón Cuenca 2015-2016. *Tesis de licenciatura*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Obando, A. (2018). Actitudes hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja y dependencia emocional estudiantes de una universidad de Villa El Salvador. *Tesis de licenciatura*. Perú: Universidad Autónoma del Perú.

- OMS. (2014). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Consecuencias para la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-Concecuencias.pdf?ua=1>
- OMS. (2017). *who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- OMS. (2019). *who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental en la región de las Américas*. Obtenido de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Pollak, R. (2002). An international model of domestic violence. *Cambridge: National Bureau of Economic Research*. Recuperado el 17 de Mayo de 2019, de http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
- Puerta, L. (2016). Relación entre violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de un Club de Madres, del distrito de Ventanilla, Lima 2016. *Tesis de licenciatura*. Lima: Universidad César Vallejo.
- Ramírez, E. (2012). Relación entre violencia de pareja contra la mujer y la aparición de depresión en el postparto. *Tesis de licenciatura*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Rodríguez, L. (2013). Definición, fundamentación y clasificación de violencia. *Revista Trazo Digital*. Obtenido de <https://trasosdigital.files.wordpress.com/2013/07/articulo-violencia.pdf>
- Sánchez, H. (2017). *Red de Investigación de Violencia de Género*. Recuperado el 14 de Mayo de 2019, de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjcouHPy6DiAhUh2FkKHWvjBBQQFjACegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fedin.pncvfs.gob.pe%2Fdocumento%2Finvestigacion%2Fe5e47a-niveles-de-depresion-en-mujeres-afectadas-por-la-violencia-conyugal>
- Santandreu, M. (2014). Psicopatología, emotividad negativista y desadaptación en víctimas de violencia de género. *Tesis doctoral*. España: Universidad de las Islas Baleares.
- Vásquez, A. (2013). Depresión: Diferencias de género. *Multimed*, 17(3), 1-5.
- Walker, L. (1984). *El síndrome de la mujer maltratada*. New York: Springer.
- Zeballos, E. (2018). Relación entre el índice de violencia en la pareja y riesgo de depresión postparto en puérperas mediatas del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Enero - Febrero 2018. *Tesis de licenciatura*. Perú: Universidad Católica de Santa María.

ANEXOS

ANEXO N°1 ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION DE ZUNG

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

ANEXO N°2: ÍNDICE DE VIOLENCIA DE PAREJA

1 = Nunca. 2 = Raramente 3 = Ocasionalmente 4 = Con frecuencia. 5 = Casi siempre.

Mi pareja:

- 1.- Me humilla. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 2.- Me exige que obedezca a sus caprichos. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 3.- Se irrita si le digo que bebe demasiado. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 4.- Me fuerza a hacer actos sexuales que no me gustan ni quiero. --- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 5.- Se enfada mucho si la comida, el trabajo de casa, la colada,
no se hace cuando él quiere.----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 6.- Se muestra celoso y suspicaz con mis amistades. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 7.- Me golpea con el puño. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 8.- Me repite que soy fea y poco atractiva. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 9.- Me repite que no podría valerme sin él. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 10.- Se cree que soy su esclava. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 11.- Me insulta o avergüenza delante de otros. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 12.- Se enfada mucho si me muestro en desacuerdo con sus puntos de vista. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 13.- Me amenaza con un arma. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 14.- No me da suficiente dinero para los gastos del mes. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 15.- Me humilla intelectualmente (me repite que soy tonta). ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 16.- Me obliga a permanecer en casa siempre para cuidar a los niños. 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 17.- Me golpea tan fuerte que llego a necesitar asistencia médica. --- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 18.- Cree que no debiera trabajar fuera de casa o asistir a reuniones, cursos,... 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 19.- No es amable. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 20.- No quiere que salga con mis amigas. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 21.- Me exige relaciones sexuales lo quiera yo o no. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 22.- Me chilla y grita. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 23.- Me da golpes en la cara y en la cabeza. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 24.- Se vuelve agresivo cuando bebe. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 25.- Está siempre dándome órdenes. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 26.- No tiene en cuenta mis sentimientos. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 27.- Actúa como un cobarde conmigo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 28.- Le tengo miedo. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 29.- Me trata como a basura. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 30.- Actúa como si quisiera matarme. ----- 1 - 2 - 3 - 4 - 5

ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>Problema:</p> <p>¿Cuál es la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Ψ Determinar el nivel de depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.</p> <p>Ψ Determinar el nivel de violencia intrafamiliar en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.</p>	<p>Antecedentes: A nivel internacional: En España, Molina (2015) en su tesis doctoral titulada “Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar” encontró que niveles elevados de estabilidad emocional y autoestima serían indicadores de fortaleza mental en la mujer.</p> <p>A nivel nacional: En Trujillo - Perú, Aldave (2016) efectuó una investigación que plasmó en su tesis titulada “Asociación entre depresión y violencia familiar en el Centro Médico EsSalud – Ascope”, la cual tuvo como objetivo determinar si existe relación entre depresión y violencia familiar en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud en Ascope en el año 2016.</p>	<p>Existe relación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.</p> <p>Hipótesis Nula:</p> <p>No existe relación estadísticamente significativa entre la violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros de Chincha en el año 2019.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>-Física</p> <p>-Psicológica</p> <p>-Sexual.</p> <p>Variable 2:</p> <p>Depresión.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>- Síntomas afectivos persistentes</p> <p>- Síntomas equivalentes fisiológicos</p> <p>- Síntomas equivalentes psicológicos</p>	<p>Tipo y Nivel de Investigación:</p> <p>El tipo de investigación es básico, el nivel de la investigación es correlacional.</p> <p>Diseño de la Investigación:</p> <p>Observacional no experimental.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Población: 1 432 mujeres, de las cuales sólo 909 son casadas, convivientes o tienen una pareja.</p> <p>Muestra: 270 mujeres.</p> <p>Técnicas e Instrumentos:</p> <p>Encuesta Técnicas y Procesamiento de datos: Test de Autoevaluación de la Depresión, y la Escala de Violencia contra la mujer.</p>

ANEXO N°5: INFORME TURNITIN AL 28% DE SIMILITUD

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES DEL AA.HH. SEÑOR DE LOS MILAGROS, CHINCHA, 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%	12%	0%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	pt.scribd.com Fuente de Internet	3%
3	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	aprenderly.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad del Istmo de Panamá Trabajo del estudiante	1%
7	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%

FOTOS

