



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR  
SEDE CENTRAL  
Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN  
“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – III Versión**

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA QUE ACUDEN AL SLIM DE LA CIUDAD DE  
TRINIDAD**

**Tesis presentada para optar el  
Grado Académico de Magister  
en “Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: ILSE LORENA DORIA MEDINA ALBA**

**Sucre - Bolivia**

**2021**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre – Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN**  
**“PSICOLOGÍA CLÍNICA” – III Versión**

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES VÍCTIMAS DE**  
**VIOLENCIA QUE ACUDEN AL SLIM DE LA CIUDAD DE**  
**TRINIDAD**

**Tesis presentada para optar el**  
**Grado Académico de Magister**  
**en “Psicología Clínica”**

**MAESTRANTE: ILSE LORENA DORIA MEDINA ALBA**

**TUTORA: Msc. FRANNIE CECILIA MARÍN URIONA**

**Sucre - Bolivia**

**2021**

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar, por medio de un estudio descriptivo, analítico, la prevalencia de la sintomatología depresiva en mujeres que sufren violencia de pareja, y lo denuncian en el Servicio Legal Integral de la Mujer de Trinidad. El número de mujeres participantes fue de 60, con un promedio de edad de 34 años. El instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck (BDI- II), creado en 1961 por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck.

Los resultados muestran la correlación existente entre el tipo de violencia sufrida sea esta física, psicológica y sexual, con el grado de sintomatología depresiva presentado en las mujeres, así como los efectos que causa la depresión.

De igual forma, se identifica que existe una relación positiva significativa entre la edad de las mujeres que sufren violencia de pareja y el grado de sintomatología depresiva a consecuencia del tipo de violencia presentada en la pareja, problema que permitirá al Servicio Legal Integral de la Mujer (SLIM Trinidad) reajustar sus lineamientos estratégicos para dar una solución real y efectiva al problema presentado ante la sociedad.

Palabras clave: Violencia de pareja, Violencia física, Violencia Psicológica, Violencia sexual, Sintomatología Depresiva.

## SUMMARY

The objective of the research was to determine, through a descriptive, analytical study, the prevalence of depressive symptomatology in women suffering partner violence, and report it in the SLIM Trinidad. The number of women participating was 60, with an average age of 34 years. The instrument used were Beck test Created by the psychiatrist, researcher and founder of Cognitive Therapy, Aaron T. Beck, to determine the depressive symptomatology in women who suffer intimate partner violence.

The results show the existing correlation between the type of violence suffered (physical, psychological and sexual), and the degree of depression in women, as well as the type of depression, as well as the effects caused by depression.

Similarly, it is identified that there is a significant positive relationship between the age of women who suffer partner violence and the degree of depressive symptomatology as a result of the type of violence presented in the couple, a problem that will allow the integral legal service of women SLIM Trinidad readjust its strategic guidelines to give a real and effective solution to the problem that is presented in the Trinitarian society.

Key words: Partner violence, Physical violence, Psychological violence, Sexual violence, Depressive symptomatology.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>1      <b>Antecedentes</b> .....</b>	<b>2</b>
1.1      Violencia .....	2
1.2      Violencia hacia la mujer .....	3
1.3      Violencia en la pareja.....	3
1.3.1    Tipos de violencia .....	4
1.4      Daños que causa la violencia .....	7
1.5      Sintomatología depresiva .....	8
1.5.1    Síntomas.....	9
1.5.2    Grados de depresión .....	10
1.5.3    Depresión desde el DSM-5.....	11
1.5.4    Teorías explicativas de la Depresión .....	13
1.5.4.1    Teorías psicoanalistas .....	13
1.5.4.2    Teorías Conductistas.....	13
1.5.4.3    Teorías Cognitivo-Conductuales .....	14
1.5.5    Depresión como trastorno y como sintomatología .....	17
<b>PARTE EMPÍRICA .....</b>	<b>27</b>
<b>2      <b>Método</b> .....</b>	<b>27</b>
2.1      Tipo de estudio .....	27
2.2      Participantes .....	27
2.3      Instrumentos .....	27
2.4      Procedimiento .....	28
2.5      Análisis de datos.....	29

<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo de violencia prevalente en mujeres que denuncia en SLIM Trinidad .....	30
Tabla 2: Tipo de violencia y violencia secundaria .....	31
Tabla 3: Grado de sintomatología depresiva prevalente.....	32
Tabla 4: Edad como variable influyente en el grado de sintomatología depresiva .....	34
Tabla 5: Correlación entre tipo de sintomatología depresiva y tipo de violencia .....	35
Tabla 6: Violencia en relación a la edad .....	37
Tabla 7: Violencia en relación a grado académico.....	38
Tabla 8: Violencia en relación a estado civil .....	39
Tabla 9: Violencia en relación a tiene o no tiene hijos .....	40
Tabla 10: Violencia en relación a la ubicación de la vivienda .....	41
Tabla 11: Violencia y años en la relación.....	42
Tabla 12: Violencia y antecedentes de violencia en el hogar .....	43
Tabla 13: Violencia en relación a causa de la violencia .....	44

## PARTE TEÓRICA

### INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un problema social que afecta a millones de seres humanos de todo el mundo. Es reflejo de relaciones de poder que jerarquizan y colocan lo masculino como eje de toda experiencia en el saber y el quehacer a escala social y se reproduce a escala micro social en el espacio familiar. Para aproximarse al fenómeno de la violencia de pareja es necesario enmarcarlo dentro de un fenómeno más amplio que es la violencia de género o contra la mujer; ésta ha sido definida en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, de las Naciones Unidas como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, tanto si se reproduce en la vida pública como en la privada (Leonor M. Cantera y Josep M. Blanch, 2010).

En general la violencia hacia la mujer es un problema global poco reconocido por los sectores de salud e insuficientemente valorado como problema de salud pública, a pesar de que es un hecho frecuente y una causa significativa de morbilidad femenina (OMS, 2017).

Es un fenómeno común que afecta todas las clases sociales y grupos culturales tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Según el Informe de la Organización Mundial de la Salud (2002), la Región de Las Américas es una de las más afectadas por este fenómeno, donde existen millones de mujeres que sufren distintas formas de violencia, con efectos adversos sobre su salud física, sexual y psicológica.

En Bolivia la violencia hacia la mujer es considerada un problema de salud que requiere un enfrentamiento adecuado para reducir su incidencia y las nefastas consecuencias que trae aparejada. Una investigación realizada por ONU mujeres en la ciudad de la Paz durante un año informó que cerca de 7.500 mujeres han sufrido actos de violencia en su ámbito familiar.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas en su informe de julio 2018, indican que de 25.949 denuncias formuladas entre julio de 2017 y junio de 2018 en los centros privados y públicos del Gobierno, 40,7% son denuncias sobre violencia

contra la mujer; es decir 70 de cada 100 mujeres que reportaron ser víctimas de violencia fueron agredidas por su pareja, ex pareja u otro familiar.

Desde el punto de vista epidemiológico las mujeres son objeto de violencia en todas las edades, independientemente de su condición social y escolaridad, los actos violentos son ejercidos sobre todo en la casa y principalmente por la pareja. Algunos estudios indican que las amas de casa son maltratadas con mayor frecuencia en comparación a otras mujeres.

Las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se manifiestan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se presentan diversos trastornos, los cuales son producidos por efectos del maltrato; entre éstos se encuentran: ansiedad, depresión y conducta suicida.

Como se considera la violencia un problema que va en aumento en la ciudad de Trinidad (INE. Informe estadístico; 2017) y la depresión es común en personas que acuden a los diferentes centros de salud, se decide realizar la siguiente investigación con el objetivo de determinar la relación entre la violencia y la sintomatología depresiva en mujeres que acuden al SLIM Trinidad.

## **1 Antecedentes**

### **1.1 Violencia**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la Violencia como "el uso intencional o deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" a su vez estas se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos, y también se toma en cuenta la naturaleza de estos actos violentos: física, sexual, psíquica, privaciones o descuido (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

En Bolivia, la vigente Ley Integral Para Garantizar A Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia (Ley N° 348, 2018), respecto a la violencia contra la mujer indica en su Artículo 6: "Constituye cualquier acción u omisión, abierta o encubierta que cause la muerte, sufrimiento o daño físico, sexual, psicológico a una mujer u otra

persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral, o en otro ámbito cualquiera, por el sólo hecho de ser mujer”.

## **1.2 Violencia hacia la mujer**

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) la violencia contra las mujeres es de muchas formas: física, sexual, psicológica y económica. Estas formas de violencia se interrelacionan y afectan a las mujeres desde el nacimiento hasta la edad mayor. Algunos tipos de violencia, como el tráfico de mujeres, cruzan las fronteras nacionales.

Las mujeres que experimentan violencia sufren de una variedad de problemas de salud y se disminuye su capacidad para participar en la vida pública. La violencia contra las mujeres afecta a familias y comunidades de todas las generaciones y refuerza otros tipos de violencia prevalentes en la sociedad.

La violencia contra las mujeres también agota a las mujeres, a sus familias, comunidades y naciones, la cual no se confina a una cultura, región o país específico, ni a grupos particulares de mujeres en la sociedad, las raíces de la violencia contra la mujer yacen en la discriminación persistente contra las mujeres (ONU, 2009).

## **1.3 Violencia en la pareja**

En la literatura sobre el tema existen diferentes definiciones y formas de denominar al fenómeno de la violencia contra la mujer por parte de la pareja: Violencia intrafamiliar o familiar, violencia doméstica, violencia de género, violencia conyugal (Alonso, 2007).

Para precisar la violencia de pareja se cita a Walker, 2012, quien la define como: “un patrón de conductas abusivas, que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella”.

Esta definición interesa porque permite visibilizar los siguientes puntos, que son importantes para el objetivo de la presente investigación:

- a) El ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.

- b) Violencia ejercida por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o ex-novio, o por cualquier otra persona con quien la víctima esté o haya estado unida por una relación de intimidad.
- c) Violencia ejercida con el objetivo de controlar y dominar las conductas de la víctima.
- d) Violencia reiterada en el caso de maltrato de tipo psicológico.

### **1.3.1 Tipos de violencia**

La OMS en 2013 a través de su informe N°. 239 sobre violencia contra la mujer, indica que no se trata solamente del maltrato físico o verbal al que se vea sometida una mujer, por el hecho de serlo. Añade a otras formas de violencia, algunas mucho más disimuladas a las que algunos han llamado “micro violencias” que se perpetúan muchas veces en espacios más privados y de las cuales poco se habla.

O, por el contrario, se trata de comportamientos generadores de violencia en la sociedad que se han vuelto recurrentes y tácitamente se han convertido en comportamientos sociales aceptados, que se consideran “naturales”.

Uno de los pasos fundamentales para acabar con este estigma es el reconocimiento público de las diferentes formas en las que se expresa la violencia de género. Con ese propósito la OMS (2013) reconoce diez tipos de violencias contra las mujeres:

1. Violencia psicológica.
2. Violencia sexual.
3. Violencia patrimonial y económica.
4. Violencia simbólica.
5. Acoso u hostigamiento.
6. Violencia doméstica.
7. Violencia laboral.
8. Violencia obstétrica.
9. Violencia mediática.
10. Violencia institucional.

En Bolivia la legislación tipifica según la LEY 348, reconoce 17 tipos de violencia dirigidas hacia la mujer, las cuales se presentan a continuación:

**Violencia Física.** Es toda acción que ocasiona lesiones y/o daño corporal, interno, externo o ambos, temporal o permanente, que se manifiesta de forma inmediata o en el largo plazo, empleando o no fuerza física, armas o cualquier otro medio.

**Violencia Femicida.** Es la acción de extrema violencia que viola el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.

**Violencia Psicológica.** Es el conjunto de acciones sistemáticas de desvalorización, intimidación y control del comportamiento, y decisiones de las mujeres, que tienen como consecuencia la disminución de su autoestima, depresión, inestabilidad psicológica, desorientación e incluso el suicidio.

**Violencia Mediática.** Es aquella producida por los medios masivos de comunicación a través de publicaciones, difusión de mensajes e imágenes estereotipadas que promueven la sumisión y/o explotación de mujeres, que la injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad, su nombre y su imagen.

**Violencia Simbólica y/o Encubierta.** Son los mensajes, valores, símbolos, íconos, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las mujeres.

**Violencia Contra la Dignidad, la Honra y el Nombre.** Es toda expresión verbal o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza u otras, tendenciosa o pública, que desacredita, descalifica, desvaloriza, degrada o afecta el nombre, la dignidad, la honra y la reputación de la mujer.

**Violencia Sexual.** Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.

**Violencia Contra los Derechos Reproductivos.** Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

**Violencia en Servicios de Salud.** Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

**Violencia Patrimonial y Económica.** Es toda acción u omisión que al afectar los bienes propios y/o gananciales de la mujer, ocasiona daño o menoscabo de su patrimonio, valores o recursos; controla o limita sus ingresos económicos y la disposición de los mismos, o la priva de los medios indispensables para vivir.

**Violencia Laboral.** Es toda acción que se produce en cualquier ámbito de trabajo por parte de cualquier persona de superior, igual o inferior jerarquía que discrimina, humilla, amenaza o intimida a las mujeres; que obstaculiza o supedita su acceso al empleo, permanencia o ascenso y que vulnera el ejercicio de sus derechos.

**Violencia en el Sistema Educativo Plurinacional.** Es todo acto de agresión física, psicológica o sexual cometido contra las mujeres en el sistema educativo regular, alternativo, especial y superior.

**Violencia en el Ejercicio Político y de Liderazgo de la Mujer.** Entiéndase lo establecido en el Artículo 7 de la Ley 243, Contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres.

**Violencia Institucional.** Es toda acción u omisión de servidoras o servidores públicos o de personal de instituciones privadas, que implique una acción discriminatoria, prejuiciosa humillante y deshumanizada que retarde, obstaculice, menoscabe o niegue a las mujeres el acceso y atención al servicio requerido.

**Violencia en la Familia.** Es toda agresión física, psicológica o sexual cometida hacia la mujer por el cónyuge o ex-cónyuge, conviviente o ex-conviviente, o su familia, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidado.

**Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual.** Es toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva y plena o que vulnere su libertad de elección sexual.

Y cualquier otra forma de violencia que dañe la dignidad, integridad, libertad o que viole los derechos de las mujeres, según manda la Ley 348. En la presente investigación solo se estudiarán a mujeres que sufren violencia de pareja y denuncian su caso al SLIM de la ciudad de Trinidad, siendo tipos de violencia más frecuentes: violencia física, psicológica y sexual.

#### **1.4 Daños que causa la violencia**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) existen tres tipos de consecuencias que causan la violencia hacia la mujer, se presentan a continuación:

##### **Consecuencias físicas:**

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

##### **Consecuencias Sexuales reproductivas:**

- Trastornos ginecológicos.
- Infertilidad.

- Embarazo no planeado o no deseado.
- Aborto o aborto inseguro.
- Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH.
- Complicaciones del embarazo o aborto espontáneo.
- Hemorragias o infecciones vaginales.
- Infección pélvica crónica.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro).
- Relaciones sexuales dolorosas.
- Disfunción sexual.

#### **Consecuencias Mentales y de comportamiento:**

- Ansiedad, miedo, depresión.
- Sentimientos de vergüenza y culpabilidad.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de los hábitos alimentarios.
- Autoestima baja.
- Trastorno de estrés post-traumático.
- Daño auto infligido.
- Consumo y abuso de sustancias.
- Pensamientos suicidas.
- Comportamiento sexual de riesgo.
- Elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida.
- Tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones (OPS, 2013).

#### **1.5 Sintomatología depresiva**

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades, también denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que las

personas que sufren de depresión presenten dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientan que no vale la pena vivir.

Más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es una debilidad y uno no puede recuperarse de la noche a la mañana de manera sencilla, la depresión puede requerir tratamiento a largo plazo, la mayoría de las personas con depresión se sienten mejor con medicamentos, con psicoterapia o con ambos (mayo, 2018).

### **1.5.1 Síntomas**

Si bien la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión. Durante estos episodios, según mayo, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pueden consistir en:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

Para muchas personas con depresión, los síntomas suelen ser lo suficientemente graves para causar problemas evidentes en las actividades cotidianas, como el trabajo, la escuela, las actividades sociales o las relaciones con otras personas. Algunas personas pueden sentirse infelices o tristes en general sin saber realmente porqué (Mayo, 2018).

Los síntomas y trastornos depresivos y ansiosos son los problemas de salud mental más comunes, y pueden afectar severamente la calidad de vida de las personas, por ello resulta de importancia contar con estimaciones de la prevalencia de estas manifestaciones psicopatológicas, considerando en ello los distintos factores que influyen en éstas: estado civil, condiciones sociales, edad, de las mujeres que acuden a SLIM Trinidad etc. El estudio de las manifestaciones depresivas en las mujeres que sufren violencia de pareja física, psicológica y sexual, con impactos múltiples en la vida de las mujeres, particularmente relevante, dado que se ha observado un incremento notorio de estas dificultades respecto la violencia.

### **1.5.2 Grados de depresión**

#### **Depresión leve**

La depresión leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta la vida cotidiana o las actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y el desgano (Beck, 1961).

### **Depresión moderada**

Del enorme listado de los síntomas de depresión, la depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales.

Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de cómo la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquellos que la rodean (Almudena, 2015).

### **Depresión severa**

La depresión severa o grave no es que sea la más grave de las tres. Es que se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas. (Beck, 1964).

#### **1.5.3 Depresión desde el DSM-5**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (APA, 2014).

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas

somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social (Rodríguez, 2014).

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca, ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. La depresión también es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares.

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (APA, 2014).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión CIE-10 R clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (APA, 2014).

#### **1.5.4 Teorías explicativas de la Depresión**

Son varios los modelos psicológicos que intentan explicar el origen de la depresión desde el punto de vista de su propia teoría: la teoría psicoanalítica, la conductual y la cognitivo-conductual. No hay que olvidar, sin embargo, la predisposición que tiene un individuo con determinada personalidad a padecer más frecuentemente depresión.

Las personalidades límite, obsesivas y dependientes son más proclives a padecer este trastorno, del mismo modo en que determinados rasgos de carácter también influyen, las personas perfeccionistas y con un gran sentido del deber, escrupulosas, amantes del orden y con poca espontaneidad, o con rasgos neuróticos, pueden caer más fácilmente en un estado depresivo.

##### **1.5.4.1 Teorías psicoanalistas**

Una base común de las teorías psicoanalíticas es la idea de que existen una serie de mecanismos inconscientes que dirigen los impulsos, las emociones y los pensamientos de una persona.

Según la teoría psicoanalítica, la depresión se produce por lo que se denomina (<>), es decir, por una pérdida de interés por el mundo externo que se traduce en una conducta inhibida en la persona, inhibición que suele ser generalizada a todas sus facetas. Este sentimiento de pérdida no está relacionado con una pérdida directamente comprobable, sino que puede no existir "objeto" alguno perdido, o que la persona no llegue a ser consciente de qué es lo que ha perdido. A este sentimiento se le une un descenso de la autoestima que interfiere en la recuperación o sustitución de lo perdido (Salazar, 2016).

##### **1.5.4.2 Teorías Conductistas**

Son varias las hipótesis formuladas por el conductismo, pero destaca entre ellas la teoría de la indefensión o desesperanza aprendida.

La teoría de la indefensión o desesperanza aprendida explica que cuando una persona ha tenido experiencias en el pasado que le han sido desagradables y frente a las que no ha podido luchar, puede desarrollar un estilo de pensamiento en el que se convence a sí mismo de que toda situación desagradable que pueda experimentar estará fuera de su control. Ante los sucesos negativos sólo le quedará el resignarse y aceptar. Este estilo de pensamiento indica que la persona piensa que sus acciones no tienen efecto (o no, al menos, positivo) sobre lo que le rodea, que ha perdido el control sobre las situaciones. Aparecen, entonces, los sentimientos de inseguridad, de pesimismo y de desesperanza, y la persona se vuelve triste y pasiva. Otras teorías conductuales hablan de los problemas de habilidades sociales (Lewinsohn, 1997).

Este tipo de problemas lleva a la persona que los sufre a una precaria comunicación con la gente que la rodea, el refuerzo social de la comunicación, es decir, lo que podemos obtener de los demás cuando nos comunicamos con ellos, es uno de los refuerzos más importantes para que la persona conserve su autoestima, no se sienta sólo, se sienta escuchado, comprendido y querido, la comunicación con los demás nos refuerza. Si este tipo de refuerzos falla, no son entendidos o son malinterpretados, la persona puede terminar por llegar a la depresión por falta de este tipo de reforzamiento.

#### **1.5.4.3 Teorías Cognitivo-Conductuales**

La teoría cognitivo-conductual más significativa es la teoría de Beck, que interpreta la depresión como una consecuencia de las distorsiones que una persona puede hacer al procesar la información que obtiene de lo que le rodea. Según esta teoría, la persona tuvo en el pasado una serie de experiencias negativas que le hicieron elaborar un esquema vital pesimista en tres sentidos: tiene un concepto negativo de sí misma, de lo que le rodea y de su futuro. Sus pensamientos, distorsionados, tienden a llevarla a realizar una interpretación equivocada de los sucesos, siempre, por supuesto, desde un punto de vista pesimista (Beck, Aaron t.; Rush, John; Shaw, Brian f; Emery, Gary, 2012).

Estos esquemas negativos se ponen en funcionamiento, sobre todo, cuando la persona vuelve a sufrir una experiencia vital negativa, ya que la interpreta como global e irreversible, concediéndola excesiva importancia.

El Dr. Aaron Temkin Beck es un psiquiatra norteamericano y profesor emérito del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pennsylvania, para este connotado psiquiatra, la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro).

La terapia cognitiva ha sido aplicada exitosamente en pacientes con trastornos de ansiedad, depresivos, esquizofrenia y muchos otros. En años recientes este enfoque terapéutico se ha diseminado fuera de los ámbitos académicos, sobre todo en el Reino Unido.

En su libro: "Cognitive Therapy and the emotional disorders", (1976). Beck considera que una persona que enferma de algún "desorden emocional", "neurosis", "trastorno psicológico" o "enfermedad psiquiátrica" tiende a experimentar reacciones emocionales excesivas o inapropiadas a causa de una vulnerabilidad o deficiencia unida a estrés acumulado. Bajo tales condiciones pueden instalarse valoraciones irreales sobre sí mismo y el mundo que anulan o sobrepasan las valoraciones realistas previas.

Cuando esto ocurre y dependiendo de los pensamientos irracionales que cada paciente desarrolle con base en cuestiones clave de su vida, éste desarrollará depresión, estado ansioso, o estado paranoide.

Es por lo anterior que desde esta teoría se considera al trastorno en el pensamiento conformado por una fijación obligada en la atención ante ciertos estímulos, una constricción de la conciencia, una abstracción selectiva, y una distorsión, el denominador común no solo en la neurosis de ansiedad aguda, sino también en otras neurosis agudas, tales como la depresión, la hipomanía y el estado paranoide. Solo que estos estados difieren en el tipo de emoción experimentada: tristeza, euforia e ira. Las diferencias en la emoción pueden

explicarse por las diferencias en los significados desviados y los contenidos del pensamiento (Martínez, 2006).

Así pues, Beck considera que en cada neurosis la realidad es modificada para que embone en los conceptos que dominan los pensamientos del paciente. La terapia cognitiva probablemente refleja una serie de cambios graduales que se han venido dando en las ciencias de la conducta desde hace varios años, pero que sólo recientemente ha surgido como una tendencia a tener en cuenta (Beck, 1983).

El autor de este modelo considera que las primeras ideas para su teoría surgieron en 1956, cuando se propuso validar determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión.

En una necesidad por comprobar y lograr la aceptación generalizada ante la comunidad de psicólogos y psiquiatras de determinados conceptos psicoanalíticos acerca de la depresión, Beck planteó que se podían elaborar técnicas adecuadas para llevar a cabo estudios controlados que arrojaran datos empíricos que comprobarían dichas formulaciones; sin embargo, un segundo y quizá más fuerte motivo para sus estudios consistió en su deseo de delimitar la configuración psicológica característica de la depresión, con el fin de desarrollar una forma breve de psicoterapia dirigida específicamente a mitigar esta psicopatología focal.

Los resultados iniciales de sus estudios empíricos parecían apoyar su fe en los factores psicodinámicos específicos sobre la depresión, a saber, la hostilidad vuelta hacia sí mismo, expresada como “necesidad de sufrimiento”. Sin embargo, experimentos posteriores presentaron algunos resultados inesperados que parecían contradecir esta hipótesis. Tales inconsistencias lo llevaron a evaluar de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, finalmente, toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos contradictorios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tienen necesidad alguna de sufrimiento. Concretamente, las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo tiende a evitar conductas que pueden generar rechazo o desaprobación, a favor de otras

respuestas que felicitan aceptación o aprobación por parte de otros, con mayor probabilidad que el individuo no depresivo. Es aquí donde surge para Beck la necesidad de un “reajuste de emergencia” en su sistema de creencias.

“Mi reformulación total de la psicopatología de la depresión, a la vez que la de otros trastornos neuróticos, surgió de las nuevas observaciones clínicas y de los estudios experimentales y correlacionales, así como de los repetidos intentos por mi parte para intentar dar sentido a la evidencia que contradecía la teoría psicoanalítica” (Beck, 1983 p.8).

### **1.5.5 Depresión como trastorno y como sintomatología**

#### **Depresión como trastorno:**

La gravedad de la depresión puede ir desde episodios de tristeza leve y temporal hasta cuadros de depresión persistente y grave. La depresión clínica es la forma más grave de depresión y también se la denomina «depresión mayor» o «trastorno depresivo mayor». No es igual a la depresión provocada por una pérdida, como la muerte de un ser querido, o por una enfermedad, como un trastorno tiroideo.

Para diagnosticar depresión clínica, varios médicos utilizan los criterios sintomáticos del trastorno depresivo mayor del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-

5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

Los signos y síntomas de la depresión clínica pueden comprender los siguientes:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.

- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas cortas requieren un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, nerviosismo o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Problemas para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.
- Problemas físicos sin causa aparente, como dolor de espalda o de cabeza.

Los síntomas suelen ser tan intensos que provocan problemas notables en las relaciones con los demás o en las actividades cotidianas, como el trabajo, la escuela o las actividades sociales.

La depresión clínica puede afectar a personas de cualquier edad, incluso a los niños. Sin embargo, los síntomas de la depresión clínica, si son graves, en general mejoran con asesoramiento psicológico, medicamentos antidepresivos o una combinación de ambas opciones.

### **Depresión como sintomatología:**

El concepto hace referencia al diagnóstico de la depresión, Para eso, es preciso que la intensidad de los síntomas, su duración (al menos, 2 semanas) y la incapacidad que generan, sean de una entidad suficiente como para afectar el normal o adecuado funcionamiento de la persona (Mayo, 2018).

La depresión es una enfermedad que afecta a la mente y al cuerpo, produciendo cambios a nivel del sueño, el apetito y la percepción que tenemos de nosotros mismos y el mundo en general. La depresión no es una señal de debilidad ni tampoco es una elección personal. La depresión va más allá del sufrimiento normal: si estás deprimido tendrás algunos signos y síntomas que pueden durar

semanas o incluso meses y años si no se sigue el tratamiento adecuado (Beck, 1964).

Algunos signos y síntomas frecuentes en la depresión son:

- Tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes.
- Pérdida de interés en actividades que antes producían placer, incluyendo la actividad sexual.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Pérdida de apetito (pérdida de peso) o aumento del apetito (aumento del peso).
- Problemas para dormir, insomnio, problemas para mantener el sueño o dormir demasiado.
- Pérdida de la expresión emocional (emociones aplanadas).
- Sentimiento de desesperanza, pesimismo, culpa o inutilidad.
- Retraimiento social.
- Problemas para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Irritabilidad.
- Problemas físicos persistentes como jaquecas o cefaleas, problemas digestivos, dolor crónico, que no responden al tratamiento.
- Pensamientos o ideación suicida, intentos de suicidio o auto-lesiones.

La depresión suele acompañarse de ansiedad y de dificultades en las relaciones familiares, amistades y a nivel laboral.

Algunos síntomas son más comunes en los niños (problemas de conducta), adolescentes (irritabilidad), o mujeres (retraimiento, apatía o ideas delirantes). La depresión incluye también procesos biológicos y los síntomas físicos son frecuentes.

**Síntomas físicos asociados a la depresión:**

- Sensación de tensión interna.
- Reducción del apetito y pérdida de peso.
- Pérdida de interés sexual.
- Cefaleas/Jaquecas.
- Mareos.
- Dolor de espalda.
- Problemas para respirar.
- Problemas de corazón.
- Problemas gastrointestinales.
- Dolor abdominal.

En ocasiones, las personas que tienen depresión suelen reconocer primero algunos de estos síntomas físicos. Sin embargo, muchas veces estos síntomas no son reconocidos y relacionados con la depresión. Además, las molestias físicas (por ejemplo: dolores de espalda), previos a la depresión, es normal que se agudicen durante un episodio depresivo.

A pesar de que los síntomas físicos están presentes en, aproximadamente dos tercios de los casos de depresión, a veces puede ser difícil para el médico de atención primaria establecer esta relación (López, 2001).

**Planteamiento del problema**

Para comprender y abordar la violencia contra las mujeres se requiere comprenderla como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. Para las mujeres en numerosas partes del mundo, la violencia es una de las principales causas de lesiones y discapacidad y a la vez un factor de riesgo para sufrir otros problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva.

La violencia tiene consecuencias a largo plazo para las mujeres que la padecen, sus hijos y la sociedad por los costos sociales y económicos que implica. Numerosos acuerdos internacionales incluyendo la Declaración Universal de los derechos Humanos de las Naciones Unidas y la Declaración sobre la Eliminación

de la Violencia contra la Mujer han reconocido este derecho humano como fundamental de las mujeres de vivir una vida libre de violencia.

La violencia infligida por la pareja es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer. Incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por un compañero íntimo y no es exclusiva de algún entorno socio económico, cultural o religioso, los agresores más comunes en la violencia contra la mujer son compañeros (o ex compañeros) íntimos de sexo masculino. La expresión violencia doméstica se utiliza para describir la violencia de pareja, pero también abarca el maltrato infligido a niños, niñas y ancianos o a cualquier miembro de una familia (OPS, 2017).

Investigaciones recientes indican que con mucha frecuencia coexisten diferentes formas de violencia, la violencia física de la pareja va acompañada de abuso sexual y generalmente de maltrato emocional. En un estudio multipaís de la OMS, se encontró que entre 23% y 56 % de las mujeres que alguna vez habían sufrido violencia física o sexual de parte de sus parejas también habían sufrido ambas formas a la vez.

En análisis comparativos de encuestas de demografía y salud en América Latina y el Caribe se observó que entre un 61 % a 93 % de mujeres que sufrieron violencia física de pareja en los 12 meses precedentes también padecieron violencia de tipo emocional.

En Bolivia, según ONU Mujeres, la mayoría de las víctimas tiene entre 29 y 59 años de edad. Del total de denunciantes, el 67,6% hace una demanda formal, y de ese porcentaje el 56,4% no obtiene sanción, solo el 35% consiguió una sentencia penal.

El 67,3% de las mujeres en Bolivia afirma que fue víctima de violencia física alguna vez en su vida. La mayoría de los casos se registran en La Paz, donde el 80,9% de ellas sufrió daños corporales, según un informe de ONU Mujeres Bolivia con base en una encuesta de violencia del INE.

Según la representante ONU mujeres Carolina Taborga (2017) “En algún momento de sus vidas ese porcentaje de mujeres sufrió violencia física. Las diferentes formas de violencias están vinculadas y muchas veces no se puede

separar de lo que es la violencia psicológica porque está vinculada a la física y ésta a la sexual y finalmente puede culminar en el Femicidio” (p.78).

En ese marco, ONU Mujeres elaboró un informe basado en la primera Encuesta de Violencia, presentado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017). Los datos revelan que La Paz es el departamento con más casos de mujeres víctimas de agresiones corporales, con 80,9%; luego está Potosí, con 77,6%; y Cochabamba, con 62,6%.

Taborga a su vez indica: “Este tipo de violencia es fácil de identificar, ya que implica daños corporales externos e internos que se manifiestan de forma inmediata o a largo plazo”

En Bolivia, según ONU Mujeres, la mayoría de las víctimas tiene entre 29 y 59 años de edad. Del total de denunciantes, el 67,6% hace una demanda formal, y de ese porcentaje el 56,4% no obtiene sanción, solo el 35% consiguió una sentencia penal.

Taborga señala que, en el noviazgo, el 51,9% de las mujeres vivió algún tipo de violencia. “Nos parece clave que se elimine toda forma de violencia desde esta etapa”, Explica que en ese grupo hay más violencia psicológica, que se da cuando la pareja le pide la clave del celular o exige revisar sus mensajes. “Hechos que parecen inofensivos, pero que permiten que la violencia continúe”

Para María Sotelo, responsable de Planificación de la Coordinadora de la Mujer, los datos preocupan y alarman. “No hay una real solución”, sentencia, pero destaca que la violencia, a partir de la Ley 348, pasó de ser un tema privado a uno público. El informe del organismo señala que el 64,3% de las féminas conoce esta ley contra todo tipo de maltrato por razones de género.

“Ahora vemos que las formas de la violencia tienen mayor ensañamiento, hay como una noción de castigo, de ejemplo, porque la mujer vive una mayor independencia” (Sotelo, 2006), quien pide a la población hacer frente a la problemática.

Según datos de la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres (EPCVcM), en el ámbito privado 393.370 mujeres vivieron

algún episodio de violencia por parte de su enamorado, novio, o ex pareja, que representa 51,9% de un total de 757.408 mujeres solteras de 15 años o más edad a nivel nacional.

El tipo de violencia más común es la psicológica, donde el agresor controla a su pareja en su forma de vestir, en sus amistades y horarios, entre otros, este alcanza a 46,5% de las mujeres solteras; 21,2% sufrió violencia sexual; 16,8%, violencia física y 12,2%, violencia económica, todas estas agresiones fueron cometidas por su enamorado o ex enamorado.

En el ámbito laboral, las mujeres que alguna vez estuvieron unidas como pareja y que aún terminada su relación continúan siendo agredidas por su ex pareja, constituye el grupo de mujeres con mayor vulnerabilidad por su situación de mujeres solas, es decir

66 de cada 100 mujeres divorciadas viudas o separadas afirmaron que sufrieron alguna forma de violencia. (Instituto Nacional de Estadística – EPCVcM 2016)

De acuerdo con los datos proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) durante la gestión 2017 se reportaron un total de 8.778 episodios depresivos en Bolivia, de los cuales 6.105 fueron protagonizados por mujeres y 2.673 por varones.

Asimismo, se determinó que en las ciudades el 20% de la población padece depresión. En ese contexto, recomendó a la familia o al paciente acudir al médico para realizar el tratamiento oportuno como cualquier otra enfermedad. "La depresión nos puede llevar a situaciones graves como la pérdida del trabajo, problemas familiares y suicidios", manifestó el viceministro de salud pública.

En este sentido, el Área de Salud Mental y Prevención de Adicciones del Ministerio de Salud elabora el "Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2021 con líneas estratégicas para intervenir en la problemática de la Depresión, especialmente en grupos etáreos como mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, niños, adolescentes, entre otros.

Por su parte, la responsable del área de Enfermedades No Transmisibles de la OPS, Dra. Dora Caballero informó que el 5% de la población mundial es

portadora de depresión en diferentes formas, es decir, 370 millones de personas en todo el mundo. Por tanto, es catalogada como la cuarta causa de discapacidad.

"La depresión es la segunda causa de mortalidad en personas de 15 a 29 años, afecta más a las mujeres en la adolescencia, edad adulta, laboral y tercera edad", (NES/UNICOM/SALUD, 2018).

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la sintomatología depresiva prevalente en mujeres víctimas de violencia física, psicológica y sexual que acuden al Servicio Legal Integral Municipal de la ciudad de Trinidad?

## **JUSTIFICACIÓN**

La violencia familiar o doméstica en Bolivia ha permanecido oculta y escasamente estudiado por ser considerado como un problema social perteneciente al ámbito privado y ajeno al debate público. Sin embargo, actualmente se realizan diversos estudios donde se registran la violencia y los abusos que mayoritariamente recaen sobre la mujer (CIDEM, 2012).

Hoy en día se puede apreciar una diversidad de casos sobre maltrato intrafamiliar, donde las mujeres por lo general son las víctimas de violencia ya sea física, sexual o psicológica, el Servicio Legal Integral de la Mujer (SLIM de Trinidad) con el objeto de coadyuvar a las mujeres que sufren algún tipo de violencia, brindando asesoría legal y psicológica en la búsqueda de justicia, con la capacidad y tuición de proceder a demandas y proteger a la víctima, cometen varias equivocaciones vertidas anteriormente.

La investigación pretende dar soluciones a dichos problemas desde el ámbito psicológico, el cual es fundamental para la víctima, debido al apoyo que esta podría requerir en alguna instancia ya sea para afrontar el problema o como medida postraumática evitando sucesos indeseados por las partes interesadas (familia: agresor, agredido, terceros) evitando la complicación del problema.

La investigación es fundamental para los servicios prestados en SLIM de Trinidad, organización gubernamental encargada de asistir a víctimas de violencia proporcionando asesoría legal, diagnósticos para determinar el grado de maltrato padecido por las víctimas, a través de intervenciones psicológicas, siendo un ente regulador del maltrato contra la mujer.

Es de vital importancia para la investigación determinar la sintomatología depresiva en víctimas de violencia física, sexual o psicológica ya que a partir del diagnóstico se procederá a la elección de medidas o terapias que permitan la recuperación y superación de los sucesos padecidos por la víctima siendo la principal función de la institución.

Además, la investigación coadyuvará a las diferentes organizaciones existentes en la región, puesto que se podrán generalizar los resultados obtenidos, sirviendo para su aplicación en aquellas unidades de la institución que se encuentran en otros departamentos.

Tras el desarrollo del presente documento, se logrará adquirir fuentes de información que permitan a las autoridades correspondientes, realizar actividades preventivas, concientizando a la población sobre los problemas que conllevan las agresiones intrafamiliares de manera que se pueda reducir en número de maltratos físicos, sexual y psicológicos.

Si bien el objetivo general de la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres (EPCVcM), es generar información estadística sobre la magnitud de los distintos tipos de violencia de género (física, psicológica, sexual y patrimonial) que sufren o han sufrido las mujeres, tanto en el ámbito público (educativo, laboral y social) como en el privado (hogar, familia, relación de pareja); sobre el conocimiento o búsqueda de servicio e instancias de justicia para enfrentar la violencia; y sus percepciones sobre la respuesta institucional.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Determinar la sintomatología depresiva en mujeres que sufren violencia de pareja que acuden al Servicio Legal Integral de la Mujeres (SLIM de Trinidad).

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los tipos de violencia en las mujeres que denuncian en el SLIM Trinidad.
- Establecer el tipo de sintomatología depresiva prevalente en mujeres que realizan su denuncia en el SLIM.
- Relacionar la edad y el tipo de violencia ejercida en las mujeres que acuden al SLIM.
- Determinar la correlación existente entre tipo de violencia y sintomatología depresiva presente en las mujeres que acuden al SLIM.
- Correlacionar las variables que inciden en la violencia de pareja. (edad, grado académico, estado civil, tiene o no hijos, ubicación de su vivienda, años en la relación, antecedentes de violencia en el hogar y causa de la violencia).

## PARTE EMPÍRICA

### 2 Método

#### 2.1 Tipo de estudio

El enfoque de investigación es cuantitativo, y la investigación es de tipo descriptiva, correlacional y exploratoria, consistente en medir incidencia y valores en una recogida de datos fue realizada una sola vez durante la etapa que duro la investigación siendo por este motivo de carácter transversal.

Los estudios cuantitativos los define Hernández, Fernández y Baptista (2010), como los que utilizan la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento. Definen además la investigación descriptiva como aquella que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice.

#### 2.2 Participantes

Participaron 60 mujeres en situación de violencia de pareja, usuarias del Servicio Legal Integral de la Mujer (SLIM de Trinidad). Las cuales fueron sometidas al test (BDI-II), para determinar si presentan un grado de sintomatología depresiva a causa de la violencia en pareja, sea esta Física, Psicológica y/o Sexual.

Criterios de inclusión: Mujeres que denunciaron violencia y desistieron de su denuncia. Criterios de exclusión: Mujeres que denunciaron violencia y esta no fue corroborada.

#### 2.3 Instrumentos

"Un test es un procedimiento sistemático para observar conductas y describirlas con la ayuda de escalas numéricas y categorías fijadas". (Cronbach 1982;21).

Para la presente investigación se utilizó el siguiente:

##### **Test de Beck (BDI-II):**

Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados

para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996.

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas, el resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo (Beck, 1996;

51). Los puntos de corte que se presentan en el BDI son: depresión leve (cuando la sintomatología depresiva no excede los 18 puntos, depresión moderada cuando no excede los 29 puntos y depresión grave cuando se encuentra entre los 30 y 68 puntos de evaluación en la escala.

Para determinar la confiabilidad de los datos recabados se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach que, en psicometría, un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, para la investigación tenemos un coeficiente de 0,721 evaluando

21 elementos, determinando de esta manera una fiabilidad de los datos y de la escala utilizada.

## **2.4 Procedimiento**

El procedimiento para la realización de la investigación fue de la siguiente manera:

- Solicitud a la dirección de SLIM Trinidad, para la autorización del estudio en sus instalaciones.
- Aplicación del instrumento de recolección de información.

- Análisis de datos de acuerdo al instrumento aplicado.

## **2.5 Análisis de datos**

El tratamiento que se utilizará en este estudio se dividió en 4 fases:

- Se empleó la estadística descriptiva para representar los niveles de cada una de las variables estudiadas.
- Se utilizó la correlación de Pearson para relacionar los puntajes totales de las variables.
- Se realizó un análisis de confiabilidad y un análisis factorial para obtener la validez de constructo del instrumento aplicado, siendo este el estadístico Alfa de Cronbach.
- Por último, se realizó un análisis de correlación para conocer el impacto de las variables independientes ocupacional, edad, estado civil y si tienen o no hijos en relación al tipo de violencia padecido.

### 3 RESULTADOS

Para el respectivo análisis de resultados, se describe la población que fue objeto de estudio en la presente investigación: las cuales fueron 60 Mujeres que sufrieron algún tipo de violencia y denunciaron en las oficinas de SLIM de la ciudad de Trinidad, donde se aplicó a las mujeres víctimas de violencia el instrumento Test de Beck (BDI-II) para determinar el grado de sintomatología depresiva.

Los resultados se presentan en el orden de los objetivos determinados:

**Objetivo 1.-** Identificar los tipos de violencia prevalente en las mujeres que realizan su denuncia en el SLIM Trinidad.

Para la identificación del tipo de violencia prevalente en las mujeres que realizan su denuncia en el SLIM Trinidad, se tomaron los datos de los registros de las últimas 60 denuncias de violencia, donde, se pudo identificar que el 50% de estas mujeres presentaron su denuncia a causa de la violencia física, un 37% realizó su denuncia a consecuencia de haber sufrido violencia Psicológica y un 8 % de las mujeres fueron víctimas de violencia Sexual.

**Tabla 1: Tipo de violencia prevalente en mujeres que denuncia en SLIM Trinidad**

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Física	30	50 %
Psicológica	22	37 %
Sexual	8	13 %
Total	60	100%

En cuanto a la clasificación de tipo de violencia padecida por una mujer que denuncia su caso en el SLIM Trinidad, en primera instancia se determinó de los 60 casos estudiados 30 presentan violencia física, 22 violencia Psicológica y 8 violencia sexual, posteriormente se indagó sobre el tipo de violencia complementaria o adicional a la prevalente, para lo cual se muestran una tabla que presenta la frecuencia:

**Tabla 2: Tipo de violencia y violencia secundaria**

Tipo de violencia denunciada	Tipo de violencia detectada en la mujer		Total
	Física	Psicológica	
Física	11	19	30
Psicológica	0	22	22
Sexual	8	0	8
Total	19	41	60

En la tabla se observa que de las 30 mujeres que denunciaron violencia física 19 mujeres presentan síntomas que haber sufrido violencia psicológica, de las 8 mujeres que denunciaron haber sufrido violencia sexual las 8 presentan síntomas de haber sufrido además violencia física.

Al clasificar los tipos de violencia denunciados en el SLIM Trinidad, en cuanto a la violencia mixta es decir haber sufrido dos o los tres tipos de violencias al mismo tiempo, se determinó que las personas que sufren violencia física tienen antecedentes de haber sufrido violencia psicológica prevalente en el 80% de las mujeres denunciantes.

En cuanto las mujeres que denuncian violencia sexual, el 100% de estas indican que fueron víctimas de violencia física en un menor grado de afectación, siendo obligadas por sus parejas a tener actos sexuales sin consentimiento de la mujer, en cuanto a la violencia psicológica las mujeres que hicieron la denuncia indican que en un 80% solo presentan antecedentes de violencia psicológica, y tan solo el 20% indica haber estado en situación de violencia física sin haber tenido, efectos nocivos en la salud e integridad física de la mujer.

**Objetivo 2.-** Establecer el grado de sintomatología depresiva prevalente en mujeres que realizan su denuncia en el SLIM.

En la tabla 3 se expresan las frecuencias y porcentajes del grado de depresión prevalente en mujeres que realizan su denuncia en el SLIM Trinidad, los resultados obtenidos fueron recabados de la base de datos de la institución, donde para determinar el grado de depresión en la mujer víctima de violencia se aplicó de test de Beck (BDI-II).

**Tabla 3: Grado de sintomatología depresiva prevalente**

Grado		Frecuencia	Porcentaje
Leve		8	14 %
Moderada		17	28 %
Grave		35	58 %
Total		60	100,0
Media			2,45
DS			0,723
<b>Correlaciones (Grado de sintomatología depresiva - Violencia Física)</b>			
		Grado de Sintomatología depresiva	Violencia física
Grado de Sintomatología depresiva	Correlación de Pearson	1	,611
	Sig. (bilateral)		,468
	N	60	60
Violencia física	Correlación de Pearson	,611	1
	Sig. (bilateral)	,468	
	N	60	60
<b>Correlaciones (Grado de sintomatología depresiva - Violencia Psicológica)</b>			
		Grado de Sintomatología depresiva	Violencia psicológica
Grado de Sintomatología depresiva.	Correlación de Pearson	1	,508
	Sig. (bilateral)		,468
	N	60	60
Violencia Psicológica	Correlación de Pearson	,508	1
	Sig. (bilateral)	,468	
	N	60	60
<b>Correlaciones (Grado de sintomatología depresiva - Violencia Sexual)</b>			
		Grado de Sintomatología depresiva	Violencia sexual
Grado de Sintomatología depresiva.	Correlación de Pearson	1	,767
	Sig. (bilateral)		,468
	N	60	60
Violencia Psicológica	Correlación de Pearson	,767	1
	Sig. (bilateral)	,468	
	N	60	60

De las mujeres que denuncian violencia física, psicológica y sexual en el SLIM Trinidad, el 14% de estas presentan una sintomatología depresiva leve, un 28 % de estas presentan una sintomatología depresiva moderada y el 58% de las mujeres que acuden al SLIM Trinidad a realizar su denuncia presentan una sintomatología depresiva grave.

Por último, se determinó una mayor correlación entre sintomatología depresiva y la violencia sexual alcanzando una correlación positiva de 0,767 a comparación de la violencia física de 0,611 y la psicológica de 0,508.

**Objetivo 3.-** Relacionar la edad y el tipo de violencia ejercida en las mujeres que acuden al SLIM.

Para el logro del objetivo número 3 se categorizaron a las mujeres que denunciaron violencia en el SLIM Trinidad las categorías fueron conformadas para diferenciar unas de otras en relación a su edad, de esta manera se conformaron 5 categorías la primera que agrupa a las mujeres que tienen las edades de 18 a 23 años, la segunda de 24 a

29 años, la tercera de 30 a 35 años, la cuarta de 36 a 41 años y por ultimo las que agrupa a mujeres mayores a los 42 años de edad esto debido a la poca frecuencia en la denuncia de mujeres mayores a los 42 años.

A la vez se utilizaron los estadísticos Chi cuadrado y Correlación para determinar si la edad es una variable determinante al momento de determinar el grado de sintomatología depresiva.

**Tabla 4: Edad como variable influyente en el grado de sintomatología depresiva**

Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM Trinidad	Grado de Sintomatología depresiva detectada en la mujer que denunció violencia			Total
	Leve	Moderada	Grave	
De 18 a 23 años	2	2	5	9
De 24 a 29 años	6	6	1	13
De 30 a 35 años	0	1	17	18
De 36 a 41 años	0	8	7	15
De 42 a más años	0	0	5	5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>35</b>	<b>60</b>

  

<b>Correlaciones</b>			
		Grado de Sintomatología depresiva	Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad
Grado de Sintomatología depresiva	Correlación de Pearson	1	,369**
	Sig. (bilateral)		,004
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	30,850	18,700
	Covarianza	,523	,317
	N	60	60
Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad	Correlación de Pearson	,369**	1
	Sig. (bilateral)	,004	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	18,700	83,400
	Covarianza	,317	1,414
	N	60	60

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

Al determinar la relación existente entre las variables edad de mujeres y el grado de sintomatología depresiva presente en estas, se determinó que son las mujeres que tienen una menor edad las que llegan a superar fácilmente el acto violento generado por sus parejas, ya que presentan un grado leve de sintomatología depresiva, este análisis también tiene relación con el grado de violencia padecida por la mujer debido a que de 9 mujeres que tienen las edades de 18 a 23 años 4 presentaron un grado de sintomatología depresiva grave, refiriéndonos al mismo caso de las mujeres que conforman esta categoría el 45% de estas presenta un grado grave de sintomatología depresiva a comparación de mujeres de mayor edad donde de 11 mujeres que pertenecen a la categoría 36 a 41 años de edad 10 presentan un grave grado de sintomatología depresiva alcanzado un 92% prevalencia.

**Objetivo 4.-** Determinar la correlación existente entre tipo de violencia y sintomatología depresiva presente en las mujeres que acuden al SLIM.

Se identificaron 14 sintomatologías con mayor prevalencia entre los tres tipos de violencia padecidas en mujeres que denuncian su caso en SLIM Trinidad, para posteriormente determinar la correlación de Pearson de cada una de estas sintomatologías en relación a cada tipo de violencia los resultados se muestran a continuación:

**Tabla 5: Correlación entre tipo de sintomatología depresiva y tipo de violencia**

N°	Síntomas	Violencia física	Violencia Psicológica	Violencia Sexual
1	Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.	0,9	0,8	0,5
2	Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.	1	0,6	0,3
3	Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes	0,7	0,8	1
4	Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir	0,7	0,3	0,6
5	Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor	0,8	0,4	0,2
6	Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso	0,8	0,5	0,2
7	Ansiedad, agitación o inquietud	0,3	0,9	0
8	Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos	0,9	0,9	0,5
9	Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches	0,8	0,7	0
10	Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas	0,5	0,8	0,3
11	Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o	0,354	0,389	0,5
12	Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza	1	0	0,3

En la tabla se puede observar la relación existente entre tipo de violencia y la sintomatología depresiva, donde la sintomatología prevalente es: Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales, teniendo una correlación directa con los tres tipos de violencia, siendo significativa para la violencia física y Psicológica con una valoración de 0,9 y una correlación de 0,5 en relación a la violencia sexual.

En cuanto a la violencia física se ha podido determinar que los problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza y Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia, se obtuvo una correlación de 1. En cuanto a la violencia Psicológica la sintomatología depresiva

prevalente es Ansiedad, agitación o inquietud y Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales con una correlación de 0,9, por tenemos una mayor sintomatología de Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado; Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza; Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio respecto a la violencia Sexual.

**Objetivo 5.-** Correlacionar las variables que inciden en la violencia de pareja (edad, grado académico, estado civil, tiene o no hijos, ubicación de su vivienda, años en la relación, antecedentes de violencia en el hogar y causa de la violencia).

Para clasificar a las mujeres que son víctimas de violencia según sus características sociodemográficas se presentan tablas con frecuencias y correlaciones que permitirán definir cualidades específicas en mujeres víctimas de violencia y si esa variable incide en la violencia.

Entre mujeres que son víctimas de violencia física, psicológica y sexual, fue necesario analizar la violencia en relación a la edad, violencia en relación a grado académico, violencia en relación a tiene o no tiene hijos, violencia en relación a vive en el área urbana o rural, violencia en relación a años en la relación de pareja, violencia en relación a cultura familiar (antecedentes de violencia en sus padres), violencia en relación a causa de la violencia. Para lo cual se presentan 7 tablas, dónde se presenta frecuencia, porcentajes y correlación entre las variables determinadas para determinar si existe una relación significativa entre tipo de violencia y la edad de las mujeres.

**Tabla 6: Violencia en relación a la edad****Tabla 6**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM Trinidad					Total
	De 18 a 23 años	De 24 a 29 años	De 30 a 35 años	De 36 a 41 años	De 42 a más años	
Física	4	8	8	7	3	30
Psicológica	1	4	9	6	2	22
Sexual	4	1	1	2	0	8
Total	9	13	18	15	5	60
Porcentaje	15%	22%	30%	25%	8%	100%
Correlación (Tipo de violencia – Edad)						
		Tipo de violencia denunciada		Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad		
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson	1		-,124		
	Sig. (bilateral)			,345		
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,933		-6,200		
	Covarianza	,507		-,105		
	N	60		60		
Edad de las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad	Correlación de Pearson	-,124		1		
	Sig. (bilateral)	,345				
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	-6,200		83,400		
	Covarianza	-,105		1,414		
	N	60		60		

En la tabla número 6 se presentan las edades de las mujeres que fueron víctimas de violencia Física, psicológica y sexual, donde la correlación existente entre las variables es negativa poco significativa es decir que la edad nos es un factor que incide en la violencia de pareja, debido a que esta se presenta en todas las edades, como se puede observar en la tabla el porcentaje de mayor representatividad se encuentra en mujeres que son víctimas de violencia y comprenden las edades de 30 a 35 años en cuanto a las mujeres de 42 años en adelante, se puede afirmar que aún existe violencia pero los porcentajes son menores siendo que tan solo el 8 % de las mujeres que llegan a esta edad sufren violencia.

**Tabla 7: Violencia en relación a grado académico**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Nivel de estudio alcanzado por las mujeres que denuncian violencia				Total
	Sin estudios	Básico	Bachillerato	Universitario	
Física	4	10	11	5	30
Psicológica	6	7	5	4	22
Sexual	1	4	3	0	8
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
Porcentaje	18%	35%	32%	15%	100%
<b>Correlación (Tipo de violencia – Grado académico)</b>					
			Tipo de violencia denunciada	Nivel de estudio alcanzado por las mujeres que	
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson		1		-,135
	Sig. (bilateral)				,304
	Suma de cuadrados y productos vectoriales		29,933		-5,467
	Covarianza		,507		-,093
	N		60		60
Nivel de estudio alcanzado por las que denuncian violencia	Correlación de Pearson		-,135		1
	Sig. (bilateral)		,304		
	Suma de cuadrados y productos vectoriales		-5,467		54,733
	Covarianza		-,093		,928
	N		60		60

En la tabla número 7 se presentan el nivel de estudio que alcanzaron las mujeres que fueron víctimas de violencia, donde la correlación existente entre las variables es negativa alcanzado  $-0,135$  es decir, mientras menor grado académico tengan las mujeres estas tienden a sufrir mayor violencia, se puede observar que el 15% de las mujeres que denunciaron ser víctimas de violencia en la ciudad de Trinidad tienen una formación académica superior es decir universitaria, mientras que el restante 85% como máximo llega al bachillerato.

**Tabla 8: Violencia en relación a estado civil**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Estado civil de las mujeres que denuncian violencia en Slim Trinidad				Total
	Soltera	Comprometida	Casada	Divorciada	
Física	6	1	23	0	30
Psicológica	7	0	13	2	22
Sexual	5	0	3	0	8
Total	18	1	39	2	60
Porcentaje	30%	2%	65%	3%	100
<b>Correlación (Tipo de violencia – Estado civil)</b>					
		Tipo de		Estado civil de las mujeres que	
Sig. (bilateral)				,061	
		Vectoriales			
Covarianza		,507		-,167	
		60		60	
Correlación de Pearson		-,243		1	

En la tabla número 8 se presentan el estado civil de las mujeres que fueron víctimas de violencia de pareja, donde la correlación (-0,243) existente entre las variables es inversa pero poco significativa (0,061) determinando que este factor no tiene ninguna relación con el acto violento, y se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre las mujeres casadas, solteras, y divorciadas ya que todas tienen la misma probabilidad de ser víctimas de violencia en pareja.

**Tabla 9: Violencia en relación a tiene o no tiene hijos**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Las mujeres que denuncian violencia en el SLIM Trinidad tienen Hijos			Total
	Tiene Hijos dentro de la relación	Tiene Hijos fuera de la relación	No tiene hijos	
Física	16	8	6	30
Psicológica	8	10	4	22
Sexual	3	2	3	8
Total	27	20	13	60
Porcentaje	45%	33%	22%	100%
<b>Correlación (Tipo de violencia – Tiene o no hijos)</b>				
		Tipo de violencia denunciada	Las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad	
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson	1		,147
	Sig. (bilateral)			,263
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,933		4,867
	Covarianza	,507		,082
	N	60		60
Las mujeres que denuncian violencia en el SLIM trinidad tienen Hijos	Correlación de Pearson	,147		1
	Sig. (bilateral)	,263		
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	4,867		36,733
	Covarianza	,082		,623
	N	60		60

En cuanto al factor tiene o no tiene hijos, se ha podido determinar que las mujeres que tienen hijos son las que tienden a ser víctimas de violencia en mayor medida alcanzando un 78% de los casos de denuncia en el SLIM Trinidad y más aún aquellas mujeres que tienen hijos dentro de la relación, también se puede afirmar que existe una diferencia significativa entre las mujeres que son víctimas de violencia y tienen hijos en comparación a las mujeres que no tienen hijos, además se pudo determinar una correlación positiva entre ambas variables (0,147) que la acción de denuncia suele proceder en los casos donde la mujer no tiene un vínculo familiar (Hijos) con el victimario.

**Tabla 10: Violencia en relación a la ubicación de la vivienda**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Ubicación de la vivienda de la mujer que denunció violencia en el SLIM Trinidad			Total
	Urbana	Periferia	Rural	
Física	9	15	6	30
Psicológica	12	10	0	22
Sexual	1	4	3	8
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>60</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>37%</b>	<b>48%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>
<b>Correlación (Tipo de violencia – Ubicación de la vivienda)</b>				
		Tipo de violencia denunciada	Ubicación de la vivienda de la mujer que denunció violencia en el SLIM trinidad	
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson	1	,008	
	Sig. (bilateral)		,951	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,933	,233	
	Covarianza	,507	,004	
	N	60	60	
Ubicación de la vivienda de la mujer que denunció violencia en el SLIM trinidad	Correlación de Pearson	,008	1	
	Sig. (bilateral)	,951		
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	,233	28,183	
	Covarianza	,004	,478	
	N	60	60	

En cuanto al factor ubicación de la vivienda, se ha podido determinar que este factor tiene una relación directa con la violencia, obteniendo una correlación de 0,08 a un nivel de significancia bilateral de 0,951 lo cual indica que no existen diferencias significativas entre las mujeres que viven en la periferia y la zona urbana existiendo la misma probabilidad de ser abusadas física, psicológica y sexualmente.

**Tabla 11: Violencia y años en la relación**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Años que lleva su relación				Total
	0 a 1 año	2 a 3 años	4 a 5 años	más de 8 años	
Física	1	5	14	10	30
Psicológica	0	2	12	8	22
Sexual	0	1	3	4	8
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>60</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>2%</b>	<b>13%</b>	<b>48%</b>	<b>37%</b>	<b>100%</b>
<b>Correlación (Tipo de violencia – Años en la relación)</b>					
		Tipo de violencia denunciada	Años que lleva su relación		
		Correlación de Pearson	1	,132	
		Sig. (bilateral)		,316	
		Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,933	6,467	
		Covarianza	,507	,110	
		N	60	60	
Años que lleva su relación		Correlación de Pearson	,132	1	
		Sig. (bilateral)	,316		
		Suma de cuadrados y productos vectoriales	6,467	80,733	
		Covarianza	,110	1,368	
		N	60	60	

En la tabla número 11 se presentan los años que las mujeres víctimas de violencia tienen en la relación de pareja, donde la correlación existente entre las variables es positiva significativa alcanzando 0,132 a un nivel de significancia de 0,316 es decir que mientras más años tiene en una relación es más probable que una mujer sea víctima de violencia de pareja. Además, se puede observar en la tabla que son más las mujeres que son víctimas de violencia las que tienen de 4 a 5 años de relación alcanzando un 48% de los casos presentados.

**Tabla 12: Violencia y antecedentes de violencia en el hogar**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	La mujer que denunció violencia de pareja tiene antecedentes de haber sufrido violencia intrafamiliar cuando era niña o adolescente		Total
	Si	No	
Física	22	8	30
Psicológica	16	6	22
Sexual	2	6	8
Total	40	20	60
Porcentaje	67%	33%	100%
Correlación (Tipo de violencia – Antecedentes de violencia)			
		Tipo de violencia denunciada	La mujer que denunció violencia de pareja tiene antecedentes de haber sufrido violencia intrafamiliar cuando era niña o adolescente
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson	1	,267*
	Sig. (bilateral)		,039
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,93 3	5,333
	Covarianza	,50	,090
	N	60	60
La mujer que denunció violencia de pareja tiene antecedentes de haber sufrido violencia intrafamiliar cuando era niña o adolescente	Correlación de Pearson	,267	1
	Sig. (bilateral)	,03	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	5,33 3	13,333
	Covarianza	,09	,226
	N	60	60

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla número 12 se presenta el factor: antecedentes de violencia en el hogar, observándose en la tabla que son más las mujeres que vivían en violencia intrafamiliar pero este factor no determina la violencia, debido a la correlación existente entre las variables es 0,267 a un nivel de significancia de 0,039, existiendo similitud entre las mujeres que presenciaban violencia intrafamiliar y las que no presenciaban una violencia intrafamiliar.

**Tabla 13: Violencia en relación a causa de la violencia**

(Frecuencias absolutas y Porcentajes)

Tipo de violencia denunciada	Existe alguna causa para la generación de violencia				Total
	Efectos de alcohol	Celos	Rencillas	Dinero	
Física	20	10	0	0	30
Psicológica	11	7	2	2	22
Sexual	8	0	0	0	8
Total	39	17	2	2	60
Porcentajes	65%	28%	3%	3%	100%

  

<b>Correlación (Tipo de violencia – Causa de la violencia)</b>			
		Tipo de violencia denunciada	Existe alguna causa para la generación de violencia
Tipo de violencia denunciada	Correlación de Pearson	1	,021
	Sig. (bilateral)		,876
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	29,933	,621
	Covarianza	,507	,011
	N	60	58
Existe alguna causa para la generación de violencia	Correlación de Pearson	,021	1
	Sig. (bilateral)	,876	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	,621	30,224
	Covarianza	,011	,530
	N	58	58

En la tabla número 13 se presenta la causa de la violencia, donde se puede observar la existencia de una relación directa significativa entre la dimensión efectos del alcohol y el tipo de violencia afirmando que son estas personas que ejercen violencia encontrándose por lo general bajo los efectos del alcohol alcanzando un 65% de los casos, alcanzando un nivel de significación de 0,876 entre las variables.

#### 4 DISCUSIÓN

El debate se presentará siguiendo el orden de los resultados descritos en el apartado anterior:

La relación en pareja es muy importante para el desarrollo humano y social, es fundamental para las mujeres prevenir actos de violencia y las causas que este acto podría causar en su integridad debido a la importancia que tiene en la sociedad y los efectos de la violencia de pareja, por tanto se hace necesario el estudio de la prevalencia de la sintomatología depresiva a consecuencia de la violencia, física, psicológica y sexual, en este sentido detectar la sintomatología depresiva en las mujeres que denuncian su caso en el SLIM Trinidad es fundamental para evitar acciones de mayor consecuencia como el suicidio.

Estudios realizados en España por Enrique Echeburúa en 2009 muestran la importancia de este tipo de investigaciones, para prevenir la violencia, ya que podría generar trastornos llegando incluso a tomar la decisión de atentar contra la vida de la mujeres, en el estudio se ha podido determinar el tipo de violencia prevalente en mujeres de Trinidad, donde la violencia física se presenta en el 50% de los casos, seguido de la violencia Psicológica y Sexual, estudios realizados por Mario Orozco Guzmán (2017), el cual hace una reflexión de la violencia en su libro Psicología de la violencia, ha determinado fundamentalmente a este factor como el de mayor prevalencia en la sociedad boliviana, los datos encontrados en la investigación también se respaldan con informes realizados por organizaciones internacionales como ONU mujeres donde en su estudio realizado en ciudades capitales de Bolivia en 2018 determino que el 63,7% de las mujeres sufren violencia esta es física.

Los datos arrojados en la investigación indican que las mujeres víctimas de violencia presentan una sintomatología depresiva moderada y grave en la mayoría de los casos, existiendo tan solo 14% de casos que presentan una sintomatología depresiva leve, los datos recabados en la investigación se asemejan con datos presentados en la investigación de Silvia Buesa realizada en España 2017, donde presenta que la sintomatología depresiva en mujeres

víctimas de violencia de pareja es moderada en un 57% de las mujeres grave en un 20% y tan solo 23% presentan una sintomatología depresiva leve, si bien estos datos son similares podemos encontrar otro estudio realizado por José Cervantes Pelaes Psicólogo de profesión que en 2015 en la ciudad de Potosí, determino que la sintomatología depresiva presente en mujeres víctimas de violencia es grave en 83 mujeres de un total poblacional de 105 representando el 80% de la población.

Entre las sintomatologías con mayor prevalencia en mujeres víctimas de violencia sea esta física, psicológica o sexual se ha determinado a las siguientes:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.

En cuanto a las personas que presentan un grado de sintomatología depresiva moderada y leve los síntomas prevalentes son:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

En cuanto a Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio esta sintomatología se presenta en los tres tipos de violencia siempre que esta haya sido determinada como sintomatología elevada, sin embargo, citando a Amor P J, Bohórquez I A (2012), existen concordancias, ya que en su estudio identifica las siguientes sintomatologías víctimas de violencia en mujeres peruanas

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.

En cuanto a las características sociodemográficas, que presentan las mujeres víctimas de violencia en la ciudad de Trinidad se puede afirmar que las variables que inciden en un acto violento se presenta bajo los efectos del alcohol, los lugares donde mayormente se presentan denuncias de violencia en pareja es en el área urbana de la ciudad de trinidad, y los años que llevan en la relación es una variable correlacional debido a que mientras más años se tenga en la relación existe una mayor probabilidad de sufrir algún tipo de violencia.

Por otra parte, no se pudieron evidenciar diferencias significativas entre mujeres que tienen diferentes edades y el estado civil, debido a que estas tienen la misma probabilidad de ser víctimas de violencia independientemente estén casadas, divorciadas o solteras, tengan 18 o más de 45 años, en cuanto al grado

académico mientras mayor sea su formación académica las mujeres tienen menor probabilidad de ser agredidas física, psicológica o sexualmente, y en el caso de ser agredidas tienden a denunciar el acto violento a la primera agresión sin esperar que esta sea repetitiva para su denuncia en comparación a las mujeres que tienen un grado académico básico que tienen a sufrir mayor agresión y esperan a ser agredidas muchas veces o que la agresión sea excesiva para realizar la denuncia, datos que son validados por la investigación realizada por Jesús Ordaz, donde mide la relación existente de la violencia con el entorno de la víctima encontrando que a mayor grado académico alcanzado por la mujer menor la probabilidad de que esta sea agredida físicamente, por otra parte la investigación realizada por Amor P J, Bohórquez I A en

2012 muestra que las mujeres con mayor preparación o formación académica tiene una independencia económica que le permite realizar la denuncia contra su conyugue sin esperar la reiteración de la agresión, los cual afirma los datos encontrados en la presente investigación.

En cuanto a las mujeres que tienen o no hijos, se pudo determinar que son las mujeres con hijos las que tienden a ser víctimas de violencia en mayor medida incluso convirtiéndose en un factor de violencia los hijos, dato que se presenta en la investigación realizada en Perú por Jesús Ordaz el año 2018, que presenta como un factor de violencia intrafamiliar la tenencia de hijos fuera de la relación donde el 74% de los hombre que viven en unión libre con mujeres que tienen hijos tienen a generar mayor violencia intrafamiliar.

El análisis realizado de lugar donde vive y el grado de violencia padecida se pudo determinar que son las mujeres que viven en el área rural las que tienden a sufrir mayor violencia de pareja, esto debido a la sociedad machista que prevalece en al área rural, pero se pudo determinar que las mujeres que viven en el área urbana son de igual manera víctimas de violencia, en la encuesta de víctimas de violencia, realizada en Bolivia a nivel nacional se pudo evidenciar una similitud entre los datos de ambas investigaciones en la cual se presenta un 82% de las mujeres del área rural que son víctimas de violencia y un 80% de mujeres que

viven en el área urbana sufrieron algún tipo de violencia determinando que el lugar donde viven no es un factor correlacional con la violencia hacia la mujer.

También se pudo determinar que a mayor cantidad de años en la relación de pareja mayor la probabilidad de sufrir algún tipo de agresión, siendo que esta pueda ser violencia psicológica principalmente, incluso, en casos extremos violencia física, datos que se presentan en las investigaciones realizadas por Jesús Ordaz en 2018, Amor P J, Bohórquez I A en 2012 y José Cervantes Peláez en 2015.

Enrique Echeburúa en 2009 determinó dos causas de violencia, siendo estas el alcohol y los celos, datos que fueron encontrados en la presente investigación realizada en el municipio de Trinidad, donde la principal causa es el consumo excesivo de alcohol presentado en un 65% de los casos denunciados y los celos con un 28%.

## 5 CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada se llegaron a las siguientes conclusiones basándose en los objetivos planteados:

**Objetivo 1:** Identificar los tipos de violencia en las mujeres que denuncian en el SLIM Trinidad.

En las mujeres que denuncian violencia física, sexual o psicológica en el SLIM Trinidad prevalece el tipo de violencia física presentado en el 50% de los casos, seguida de la violencia psicológica y sexual, ya que de los 60 casos presentados en el SLIM Trinidad

30 son denunciados por violencia física, un 37% denuncia violencia psicológica (22 casos) los que fueron denunciados por este tipo de violencia y 13% de los casos son por violencia sexual.

**Objetivo 2:** Establecer el grado de sintomatología depresiva prevalente en mujeres que realizan su denuncia en el SLIM.

Al clasificar el grado de sintomatología depresiva se ha evidenciado que mujeres que llegan a la instancia de denuncia contra sus parejas ya presentan un elevado o grave estado de síntomas depresivos, siendo las mujeres que presentan una leve sintomatología depresiva son pocas ya que muchas esperan a que la acción violenta sea excesiva para denunciar y cuando esta no lo sea tienen a solucionar sus problemas internamente (como pareja).

**Objetivo 3:** Relacionar la edad y el tipo de violencia ejercida en las mujeres que acuden al SLIM.

Para relacionar la edad y el tipo de violencia se conformó 5 categorías para agrupar a las mujeres por edad, que van desde los 18 años de edad en adelante, donde se concluye que el factor edad no determina la violencia en la mujer es decir que en la ciudad de Trinidad existen mujeres de todas las edades que son víctimas de violencia en pareja, además se pudo determinar que la edad si es un factor que permite superar la violencia de distintas formas ya mujeres de corta edad fácilmente superan el acto violento generado por sus parejas incluso presentando un grado de sintomatología depresiva grave, a diferencia de las

mujeres que conforman las categorías de edades superior que les cuesta más superar el acto de violencia.

**Objetivo 4:** Determinar la correlación existente entre tipo de violencia y sintomatología depresiva presente en las mujeres que acuden al SLIM.

Se ha determinado que la violencia física es la que mayor sintomatología depresiva presenta en mujeres de Trinidad, seguida de la violencia Sexual y por último la violencia Psicológica. De estos tipos de violencia también se determinó que las tres pueden hacer que una mujer sienta ganas de acabar con su vida, siendo la sintomatología depresiva que mayor atención deberá darse por funcionarios del Slim Trinidad.

**Objetivo 5:** Correlacionar las variables que inciden en la violencia de pareja (edad, grado académico, estado civil, tiene o no hijos, ubicación de su vivienda, años en la relación, antecedentes de violencia en el hogar y causa de la violencia).

Las variables sociodemográficas analizadas son edad de las mujeres víctimas de violencia, grado académico de las mujeres, a tiene o no tiene hijos la mujer víctima de violencia, vive en el área urbana o rural, años en la relación de pareja, cultura familiar (antecedentes de violencia en sus padres), causa de la violencia.

En cuanto a las variables: edad, estado civil, lugar donde vive, se ha podido determinar que no existe diferencias significativas entre las mujeres a partir de estas variables puesto que existen mujeres desde los 18 años hasta mujeres de más de 45 años que sufren violencia, también se evidencio que independientemente de su estado civil las mujeres sufren violencia, y no importa si viven en el área urbana o rural del municipio de Trinidad las mujeres son víctimas de violencia.

En cuanto a los factores que muestran una diferencia entre las mujeres son: grado académico, tiene o no tiene hijos, años en la relación de pareja y cultura familiar, donde las mujeres que alcanzan un mayor grado académico tienen menor probabilidad de ser víctimas de violencia, mientras más años se encuentran en la relación existe mayor probabilidad de sufrir violencia. A la vez las mujeres que tienen hijos fuera de la relación son en mayor medida víctimas

de violencia y haber crecido en un ámbito de violencia intrafamiliar hace a la mujer más tolerante ante la violencia ejercida por su pareja.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acale Sánchez, M (2008) análisis del código penal en materia de violencia de género contra las mujeres desde una perspectiva transversal, Valencia Tirant Lo Blacch.
- Almudema, 2015. Grado de autoestima.
- Alonso G. E. (2007). Mujeres Víctimas De Violencia Doméstica Con Trastorno De Estrés Postraumático: Validación Empírica De Un Programa De Tratamiento. (Trabajo de Grado, Doctorado), Universidad Complutense De Madrid. Madrid, España.
- Alonso Varea José Manuel (2007) “Por un enfoque integral de la violencia familiar”
- Amato Ma. I. (2004). La pericia Psicológica en Violencia Familiar. Buenos Aires. Argentina: Ed. La Rocca.
- American Psychiatric Association (2014). “Diagnostic and statistical manual of mental disorders” : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association;
- Amor P., Echeburúa E., De Corral P., Sarasua B. y Zubizarreta I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un Estudio Comparativo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6(3), 167-178.
- Amor, P., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato International Journal of Clinical and HealthPsychology,
- Arraigada, M. y Thiers M. (2005). Diseño, implementación y validación de una intervención psicoeducativa grupal para padres no agresores de niños víctima de abuso sexual (tesis pre grado). Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

- Asensi, L. (2008). La Prueba Pericial Psicológica En Asuntos De Violencia De Género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21,15-29.
- Bados, A. y García Grau, E. (2014). Resolución de problemas. Universidad de Barcelona. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos: Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Resolucinproblemas.pdf>
- Beck AT. (2008) "The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates". *Am J Psychiatry*; 165(8):969-77.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571 <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/56/6/893/>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II (version para lector format digital). Recuperado de: [https://books.google.com.bo/books?id=F7vd7JQ4zlcC&pg=PA104&dq=Manual+for+the+Beck+Depression+InventoryII&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Manual%20for%20the%20Beck%20Depression%20Inventory-II&f=false](https://books.google.com.bo/books?id=F7vd7JQ4zlcC&pg=PA104&dq=Manual+for+the+Beck+Depression+InventoryII&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Manual%20for%20the%20Beck%20Depression%20Inventory-II&f=false)
- Buela-Casal G y Sierra J.C. (2001). Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. España. Ed. Biblioteca Nueva.
- Caballo, V. (2005). Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales. España: Siglo XXI.
- Campbell, D. y Stanley J. (1995). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu. Cronbach, L.J. (1982) Designing evaluations of educational and social programs. (Versión para lector formato digital). Recuperado de: [https://books.google.com.bo/books?id=imVHAAAAMAAJ&q=Designing+evaluations+of+educational+and+social+programs&dq=Designing+evaluations+of+educational+and+social+programs&hl=es&sa=X&redir\\_esc=y](https://books.google.com.bo/books?id=imVHAAAAMAAJ&q=Designing+evaluations+of+educational+and+social+programs&dq=Designing+evaluations+of+educational+and+social+programs&hl=es&sa=X&redir_esc=y)

- Cantera Leonor M. y Blanch Josep M. (2010) "Percepción Social de la Violencia en la Pareja desde los Estereotipos de Género" Madrid Psychosocial Intervention vol.19 no.
- Cañas, A. (2007). Caracterización teórico metodológica de las intervenciones grupales con mujeres víctimas de violencia en la pareja (Tesis pre grado). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Echeburúa & Fernández (1997) Análisis y modificación de la conducta, departamento de personalidad, evaluación y tratamientos Psicológicos, facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.
- Enrique Echeburúa y Santiago redondo (2010) La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales, psicología pirámide level S.A. Madrid España
- Fideas G. Arias. (2004) el proyecto de la investigación, editorial episteme. Centro de Información y Desarrollo de la Mujer CIDEM (2012) Manual Grupo de Apoyo Mutuo para el Empoderamiento Psicológico de Mujeres en situaciones de Violencia.
- Garrido V (2009) mientras vivas en casa, habilidades y práctica de la inteligencia educacional. Barcelona: versátil
- Hernández, Fernández y Baptista, 2010. Metodología de la Investigación, pasos, etapas, para llevar a cabo una investigación Social y Científica.
- Herrero c. y garrido, E (2002) reacciones sociales hacia las víctimas de los delitos sexuales. En S redondo (coord.) delincuencia sexual y sociedad Barcelona Ariel.
- Hilterman, E y Andrés Pueyo a (2005 hcr-20 guía para la valoración de riesgos de comportamientos violentos. Barcelona publication edition
- INE (2017) "Informe estadístico violencia contra la mujer en Bolivia"
- Krug, Etienne G.; Mercy, James A.; Dahlberg, Linda L.; Zwi, Anthony B. (2002) "El informe mundial sobre la violencia y la salud" Biomédica, vol. 22, núm. Su2, diciembre, pp. 327-336 Labrador, F., Fernández M<sup>a</sup> del R. y Rincón P (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve

para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 527-547.

Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la autoestima de las Mujeres*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, España: Horas y Horas.

Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.

López, 2001. *Introducción Violencia de Género y Mujeres*.

López-Cepero, J., Rodríguez, L., Antuña, Ma. A., Rodríguez, F. (2010). *Autoestima y malos tratos: ¿existe una relación?* Universidad de Sevilla. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos: Disponible en: [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40351/Pages%20from%20Investigacion\\_Genero\\_103-1-680-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/40351/Pages%20from%20Investigacion_Genero_103-1-680-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
López, L., Apolinaire J.J., Array, M., Moya, A. (2006) Autovaloración en mujeres víctimas de violencia de pareja. *MediSur*, 4 (1), 9-12.

Machicao A., y Franco D. (2009) *Investigaciones y Ensayos Sobre la Violencia contra las Mujeres y la Familia*. Ed. Fundación La Paz. La Paz-Bolivia.

Madrid: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10

Martínez M Hilterman E y Andrés Pueyo “manual de valoración de riesgo de violencia sexual”. Barcelona: publicaciones universidad de Barcelona.

Matud, Ma. P., Gutiérrez, A. y Padilla, V. (2004) Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25 (88), 1-9

Matud, Ma.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16 (3), 397-401.

- Mayo Clinic Q (2018) "Genetic testing and antidepressants"
- Ministerio de comunicación (2018) "Ley N° 348 ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia" La Paz – Bolivia.
- Ministerio público y Fiscalía general del estado, (2014). Protocolo y ruta crítica interinstitucionales para la atención y protección a víctimas en el marco de la Ley N°348 para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia.
- Miracco, M., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F., Scappatura, Ma. L., Elizathe, L., y Keegan, E. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. Anuario de investigaciones, 17, 59-67.
- Molinero, C. (2015). Análisis psicométrico de la prueba de conflictos interpersonales ESCI. (Trabajo de Grado, Doctorado), Universidad de Granada. Granada.
- Navarro, J. (2015). Violencia en las relaciones Íntimas. Barcelona, España: Herder S.L. Organización Mundial de la Salud (2013). Violencia Contra la Mujer Respuesta del Sector Salud. WHO clinical and policy guidelines. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9243%3Aresponding-intimate-partner-violence-women-who-clinicalpolicy-guidelines&catid=1505%3Aabout-us&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9243%3Aresponding-intimate-partner-violence-women-who-clinicalpolicy-guidelines&catid=1505%3Aabout-us&lang=es)
- NES/UNICOM/SALUD, 2018. Ministerio de Salud.
- OMS (2017) "Violencia contra la mujer - Datos y cifras" revisado en 20 de julio 2019 en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- ONU Mujeres (2009) "Poner fin a la violencia contra las mujeres" revisado en 20 de julio 2019 en <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (1992). "Trastornos mentales y del comportamiento"

- Organización Panamericana de la Salud: OPS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud.
- Psychosocial Intervention vol.15 no.3 Madrid.
- Rincón, P., Labrador, F., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. Avances en Psicología Latinoamericana, 22, 105-116.
- Rodríguez Guitián Delia (2014) "Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico".
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., y Rosenberg, F. (1995). Global Self- Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. American Sociological Review, 60(1), 141-156.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. España: Descleé de Brouwer.
- Salazar, 2016. Violencia Intrafamiliar desde la Perspectiva de Género, discurso de Víctimas de Agresores.
- Sánchez, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. Anales de psicología, 15(2), 251-260.
- Sánchez, Ma. P., Aparicio, M. y Dresch V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. Psicothema, 18(3), 584-590.
- Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R. y Iborra, A. (2014). Violencia de género y autoestima: Efectividad de una intervención grupal. Apuntes de Psicología, 32 (1), 57-63.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Psicothema 19(3), 459-466.

- Vázquez, J., Jiménez, R. y Vázquez R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Vialle, J., Heaven, C. y Ciarrochi, V. (2005). The relationship between self-esteem and Academic achievement in high Ability students: Evidence from the Wollongong Youth Study. *Australasian Journal of Gifted Education*, Walker, L. (2012). *El Síndrome de la Mujer Maltratada*. España: Descleé De Brouwer.
- Washington, DC. Reina, Ma. Del C., Oliva, A. y Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia Universidad de Sevilla. *Psychology, Society, & Education*, 2(1), 55-69.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **Consentimiento informado**

Yo:

Expreso de manera libre y voluntaria sin que medie presión alguna, mi consentimiento para someterme a la evaluación/ tratamiento psicológico, habiendo recibido toda la información necesaria acerca de la naturaleza, propósito y objetivos que persigue la investigación: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA QUE ACUDEN AL SLIM DE LA CIUDAD DE TRINIDAD" realizada por la licenciada Ilse Lorena Doria Medina Alba, habiendo mi persona aclarado previamente dudas, con la posibilidad de abandonar el proceso si no cumple mis expectativas.

Asimismo, otorgo consentimiento para que la información proporcionado por mi persona pueda ser utilizada y publicada en la presente investigación haciendo referencia únicamente a las iniciales de mi(s) nombre(s) y apellido(s) preservando mi identidad.

En constancia firmo:

Firma, CI y Aclaración de firma

## ANEXO 2

### Test de BECK (DBI-II)

#### Depresión

#### Sintomatología depresiva

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproches o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.<sup>1</sup>

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica. <sup>1</sup>Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en la

culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que, en un EDM, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. La disforia en la culpabilidad probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas de culpa. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor de la culpabilidad puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados a la culpabilidad generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En la culpabilidad, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en la culpabilidad existen ideas de auto anulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en “reunirse” con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión.

Especificar la gravedad actual:

Leve

Moderado

Grave

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

### **Instrumentos Escala de Depresión de Beck y Entrevista semiestructurada para víctimas de violencia doméstica**

Escala a utilizar:

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACIÓN:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUSO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
  - 2 Siento que no tengo que esperar nada.
  - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.
  
3. 0 No me siento fracasado.
  - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - 3 Me siento una persona totalmente fracasada.
  
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5. 0 No me siento especialmente culpable.
  - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - 2 Me siento culpable en la mayoría de las cosas.
  - 3 Me siento culpable constantemente.
  
- 6.0 Creo que no estoy siendo castigado.
  - 1 Siento que puedo ser castigado.
  - 2 Espero ser castigado.
  - 3 Siento que estoy siendo castigado.

7.0 No me siento descontento conmigo mismo.

1 Estoy descontento conmigo mismo.

2 Me avergüenzo de mí mismo.

3 Me odio.

8. 0 No me considero peor que cualquier otro.

1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

2 Continuamente me culpo por mis faltas.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.

2 Desearía suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.0 No lloro más de lo que solía.

1 Ahora lloro más que antes.

2 Lloro continuamente.

3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera llorar.

11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.

1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2 Me siento irritado continuamente.

3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.0 No he perdido el interés por los demás.

1 Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

3 He perdido todo el interés por los demás.

13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

1 Evito tomar decisiones más que antes.

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3 Ya me es imposible tomar decisiones.

14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.

1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.

2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15. 0 Trabajo igual que antes.

1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.

3 No puedo hacer nada en absoluto.

16. 0 Duermo tan bien como siempre.

- 1 No duermo tan bien como antes.
  - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
  - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
  - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
  - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
  - 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
  - 3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 Kilos.
  - 2 He perdido más de 4 Kilos.
  - 3 He perdido más de 7 Kilos.
20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar del estómago o estreñimiento.
  - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.

2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.

3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

PUNTUACIÓN

DIAGNÓSTICO

0 – 9

Depresión ausente o mínima.

10 -18

Depresión Leve.

19 – 29

Depresión moderada.

30 – 63

Depresión Grave.