



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021

TESIS

Para optar el título profesional de médica cirujana

AUTORA

Salas Torres, Silvana Milagros (0000-0002-5180-7010)

ASESOR (ES)

Jhony A. De La Cruz Vargas (0000-0002-5592-0504)

LIMA, PERÚ

2023

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Salas Torres, Silvana Milagros

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 70430201

Datos de asesor

ASESOR: Dr. De La Cruz Vargas, Jhony Alberto

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 06435134

Datos del jurado

PRESIDENTE: Dr. Loayza Alarico, Manuel Jesús

DNI: 10313361

ORCID: 0000-0001-5535-2634

MIEMBRO: MC. Castro Salazar, Bertha Teresa

DNI: 08601141

ORCID: 0000-0001-9686-5997

MIEMBRO: MC. Medina Chinchón, Mariela

DNI: 10251105

ORCID: 0000-0003-33428-8631

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE:

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A toda mujer que sufre de violencia, que sepa que, aunque parezca que no hay luz en ese túnel oscuro si la hay y la va a encontrar, porque siempre hay alguien que les podrá dar
la mano

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá por siempre estar a mi lado durante este camino duro.

A mi papá por ser la persona que me enseña a superarme día a día.

A mis hermanas menores por ser ese bastión emocional que siempre necesite.

A mi abuelita por preocuparse por mi salud siempre.

Además, a todas las personas increíbles que conozco y que me ayudaron con esta tesis:

Rosemary López por darme todo su apoyo de manera desinteresada, a Jhoselyn Cacho darme motivación y confiar en mí, a Jhimy Campos por ser ese mejor amigo durante 7 años, a Iris Palomino por ser esa amiga incondicional.

Finalmente, al Dr. Jhony de La Cruz quien fue mi asesor junto con el Mg. Luis Roldán quienes me guiaron durante todo este proceso.

RESUMEN

Introducción: La violencia familiar o doméstica es considerada un problema de salud pública. En cualquier lugar del mundo alguna mujer, niño, niña, anciano, anciana o hombre ha sido víctima de violencia por parte de algún miembro de su familia. En nuestro país las que se ven más afectadas son las mujeres seguidas por los niños y niñas. Esta violencia puede generar no solo graves problemas físicos, sino que también puede afectar la salud mental del agraviado y esto se puede reflejar en síntomas de ansiedad o depresión.

Objetivos: Determinar la asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el periodo 2018 - 2021

Metodología: Estudio analítico y transversal, ya que se buscó la asociación entre dos variables con el fin de hallar alguna relación entre las mismas. Observacional, porque no hubo intervención ni manipulación de variables y retrospectivo, debido a que se revisaron datos de años anteriores al de la investigación.

Beneficio del estudio: Determinar si hay relación entre la violencia familiar ejercida en gestantes y sus repercusiones en la salud mental centrándonos en la depresión. A fin de que se pueda buscar formas de proteger a este grupo vulnerable con programas sociales y brindarles ayuda psicológica.

Palabras Claves (DeCs): violencia familiar, depresión, mujeres, embarazadas

ABSTRACT

Introduction: Family or domestic violence is considered a public health problem. Anywhere in the world, some woman, boy, girl, old man, old woman or man has been a victim of violence by a member of their family. In our country, those who are most affected are women, followed by children. This violence can generate not only serious physical problems, but it can also affect the mental health of the victim and this can be reflected in symptoms of anxiety or depression.

Objectives: To determine the association between family violence and depression in Peruvian pregnant women an analysis of the Demographic and Family Health Survey in the period 2018 – 2021.

Methodology: Analytical and cross-sectional study, since the association between two variables was sought in order to find some relationship between them. Observational, because there was no intervention or manipulation of variables, and retrospective, because data from years prior to the investigation were reviewed.

Benefit of the study: To determine if there is a relationship between family violence exerted on pregnant women and its repercussions on mental health, focusing on depression. In order to find ways to protect this vulnerable group with social programs and provide them with psychological help.

Key Words (Mesh): domestic violence, depression, women, pregnant women

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes del mundo en la actualidad es la violencia que se vive día a día en las calles y siendo esta extrapolada a un entorno familiar encontramos que la violencia familiar es un gran problema de nuestra sociedad, siendo la violencia hacia la mujer la más frecuente y que genera consecuencias físicas, así como psicológicas que pueden llevar al deceso de la persona afectada. En nuestro país se ha visto que hay un aumento en la frecuencia de casos de violencia entre el año 2018 al 2019 y siendo el 85% de estos casos mujeres⁽¹⁾.

En nuestro país las investigaciones realizadas sobre violencia familiar ejercida a población de gestantes son reducidas y al igual que a nivel mundial. Las estadísticas en nuestro país sobre este tema son muy pocas, pero a nivel de América latina se estima que la violencia intrafamiliar afecta a un 13% de embarazadas, siendo esta más prevalente en adolescentes quienes el 38% se ve afectada⁽²⁾.

Al igual que una mujer que no está gestando este grupo vulnerable sufre los estragos de ser violentada, pero por su estado las consecuencias de esta violencia también pueden afectar al producto de la gestación. Por lo cual, es muy importante la identificación de gestantes que pueden estar expuestas a este tipo de riesgo y poder protegerlas del ambiente al que se ven expuestas.

Por lo expuesto anteriormente en este trabajo se intentó encontrar una asociación entre la violencia familiar ejercida en mujeres peruanas embarazadas que participaron de la encuesta demográfica y de salud familiar en el periodo 2018 – 2021. Con el fin de buscar soluciones a esta problemática además de aumentar la cantidad de investigaciones realizadas en este grupo vulnerable.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática:	9
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Línea de Investigación	11
1.4. Objetivos	11
1.5. Justificación del Estudio:	12
1.6. Delimitación:	12
1.7. Viabilidad:	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes de la Investigación	14
2.2 Bases teóricas:	17
2.3 Definiciones conceptuales.....	31
2.4. Hipótesis de investigación:	32
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	34
3.1. Diseño de estudio:	34
3.2. Población:	34
3.3. Muestra	34
3.4. Variables del estudio:	35
3.5. Operacionalización de variables.....	35
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos:	36
3.7. Procesamiento de datos y plan de análisis:.....	36
3.8. Aspectos éticos de la investigación:	37
3.9. Limitaciones:	37
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS.....	50

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática:

En el año 2019, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú informó a través del “Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA” que 181 885 personas se habían visto afectadas por hechos de violencia física, sexual, psicológica o económica. Las cifras muestran que la violencia va en aumento comparando los casos de violencia del año 2019 con los del año 2018, hubo un aumento de 48 188 casos. Además, el 85% de casos atendidos fueron de mujeres víctimas de violencia⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud informó a través de su último análisis de datos publicado en el 2018 que alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o algún tercero⁽³⁾. A nivel mundial el 38% de asesinatos de féminas es realizado por sus parejas⁽⁴⁾. La violencia ejercida en contra de mujeres y niñas es una de las violaciones de derechos humanos más prevalentes en el mundo además de ser un gran problema de salud pública.

Es importante recordar que el término violencia familiar en algunos países suele confundirse con violencia contra la mujer ya que es la más prevalente pero tenemos que saber que esto es un concepto erróneo⁽⁵⁾. La violencia familiar son los actos de agresión que se producen en un hogar, es decir la violencia contra los niños, ancianos, las mujeres y hombres que sean parte de la convivencia familiar. Esta se da por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno o contra todos ellos⁽⁶⁾.

El impacto que genera la violencia en la salud mental y/o física de la víctima puede ser grave. El agraviado podría presentar fracturas, hematomas, depresión, trastorno de estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, infecciones de transmisión sexual, y en algunos casos podría llegar hasta la muerte⁽⁷⁾. Y está puede ser aún peor si es que la víctima es una mujer embarazada ya que no solo habrán consecuencias para

la mujer sino que también se puede ver afectado el producto en desarrollo lo que podría llevar a abortos, partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer, etc⁽⁷⁾.

Como ya se menciona en el primer párrafo, en Perú hubo un aumento de casos de violencia entre el 2018-2019 y además de eso de acuerdo a la OMS dentro de la región de las Américas, el Perú se encuentra en segundo lugar en violencia contra la mujer superado solo por Bolivia⁽⁸⁾. A nivel nacional la violencia contra la mujer, el maltrato infantil o violencia contra el hombre, es más prevalente en regiones como Huancavelica, Apurímac, Junín, Loreto, Cuzco y Tumbes⁽²⁾.

Por lo expuesto, considero importante realizar este estudio ya que la violencia contra la mujer es un gran problema de salud pública que todavía no se ha erradicado. Este proyecto tiene como objetivo determinar la asociación entre violencia familiar y síntomas de depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de los años 2018, 2019, 2020 y 2021.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas un análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar de los años 2018- 2021?

1.3. Línea de Investigación

El trabajo se va a encontrar en la prioridad sanitaria de “Salud mental”, según las “Prioridades de investigación en salud 2019-2023 del Instituto Nacional de Salud”⁽⁹⁾. También se encuentra en las líneas de prioridad de investigación 2021-2025 de la Universidad Ricardo Palma, dentro del estatuto de “Salud mental”⁽¹⁰⁾.

1.4. Objetivos

1.4.1. General:

Determinar la asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar de los años 2018-2021.

1.4.2. Específicos:

1. Evaluar la asociación entre la violencia física y depresión en mujeres peruanas embarazadas.
2. Evaluar la asociación entre la violencia sexual y depresión en mujeres peruanas embarazadas.
3. Evaluar la asociación entre la violencia psicológica y/o verbal y la presencia de depresión en mujeres peruanas embarazadas.
4. Determinar la asociación entre factores sociodemográficos y presencia de violencia en mujeres peruanas embarazadas.
5. Determinar si la edad está relacionada a una prevalencia más alta de violencia en mujeres peruanas embarazadas.

1.5. Justificación del Estudio:

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables tiene un programa nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar-AURORA, este se encarga de diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual con el fin de mejorar la calidad de vida de las víctimas. Este programa informo que en el año 2019 de 181 885 personas violentadas solo 125 650 presentaron alguna denuncia⁽¹⁾.

En el mundo aproximadamente el 30% de mujeres alguna vez en su vida a sufrido de violencia por parte de su pareja y si comparamos nuestro país con los demás países que están en América nos encontramos en el segundo puesto de violencia de pareja con un 38% solo superados por Bolivia que tiene un 42%. Mientras que países como Cuba solo presentan un 14% de violencia de pareja⁽⁸⁾.

En el caso de las mujeres embarazadas que son víctimas de violencia no hay muchas estadísticas en nuestro país, pero a nivel de América latina se estima que la violencia intrafamiliar afecta a un 13% de embarazadas, siendo esta más prevalente en adolescentes quienes el 38% se ve afectada⁽²⁾. Además, si se compara la cantidad de casos de violencia intrafamiliar en Perú entre el 2018 y 2019 vemos que hay un aumento de estos, algo que es preocupante⁽¹⁾.

Por ende es importante realizar este trabajo de investigación ya que nos permitirá determinar la asociación entre violencia familiar y síntomas de depresión en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021, para poder fortalecer las estrategias dadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables e implementar nuevas formas de disminuir la violencia intrafamiliar.

1.6. Delimitación:

- Delimitación espacial, el presente estudio incluyo a la población peruana urbana y rural.
- Delimitación temporal, el estudio se realizó en los meses de enero a diciembre del año 2021.

- Delimitación social, el presente estudio estudio a mujeres peruanas embarazadas que participaron de la encuesta ENDES 2018-2021.

1.7. Viabilidad:

El proyecto se realizara en base a datos de recolección secundaria de la Encuesta Demografica y de Salud Familiar (ENDES) permitiendo la facilidad en la recolección y veracidad de los datos lo cual hace la presente investigación viable.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Juarez, Monica et al. realizaron un estudio titulado “Relación entre violencia de pareja y salud general en mujeres embarazadas con educación superior” en el año 2017 en la ciudad de Morelia- México. El objetivo fue analizar la relación que existe entre la violencia de pareja y las variables de estrés percibido, síntomas físicos, ansiedad, disfunción social, depresión y riesgo durante el embarazo en gestantes con estudios universitarios o de posgrado. Para esto realizaron un estudio longitudinal en el cual participaron 51 embarazadas sanas que se encontraban en el primer trimestre de gestación y que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio, a quienes se aplicó una batería de pruebas, en formato de entrevista estructurada, que incluyó mediciones de estrés percibido, síntomas físicos, ansiedad, disfunción social y riesgo durante el embarazo, así como datos sociodemográficos, tales como edad, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para comprobar la asociación entre las variables de violencia de pareja y las variables bajo estudio. Los resultados demostraron que las puntuaciones de violencia de pareja se asocian de manera positiva con las de estrés percibido, síntomas físicos, ansiedad, disfunción social, depresión y riesgo durante el embarazo. Las relaciones más altas se obtuvieron entre violencia de pareja y las variables de estrés percibido y depresión⁽¹¹⁾.

Alhusen, Jeanne et al. realizaron un estudio titulado “Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women” en los Estados Unidos en el 2015. Este tuvo como objetivo determinar la asociación entre la violencia de pareja durante el embarazo y los pensamientos suicidas. El estudio fue de tipo transversal, y los resultados demostraron que la prevalencia de pensamientos suicidas era 22.89%. En el modelo completamente ajustado, la sintomatología depresiva prenatal (OR = 17,04; IC del 95%: 2,10 - 38,27) y experimentar violencia de pareja (OR = 9,37; IC del 95%: 3,41 - 25,75) se

asociaron significativamente con un mayor riesgo de ideación suicida prenatal. La prevalencia de ideación suicida prenatal en este estudio fue más alta que en otras muestras basadas en la población, a pesar de que esta muestra fue predominantemente soltera, de bajos ingresos y el 19% experimentó violencia de pareja durante el embarazo. Se concluyó que hay una asociación fuerte entre los pensamientos suicidas, la sintomatología depresiva y la violencia de pareja⁽¹²⁾.

Belay Sewhareg et al. realizaron un estudio titulado “Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: A community- based cross-sectional study in Ethiopia” en el año 2019. El estudio tuvo como objetivo medir la prevalencia de violencia de pareja y depresión durante el embarazo y evaluar la asociación entre violencia de pareja y depresión y otros determinantes. El tipo de estudio fue transversal, y los resultados mostraron que la prevalencia global de VPI fue del 21% (intervalo de confianza [IC] del 95% = 18,1-24,7). Después de ajustar por posibles factores de confusión, se mantuvo un mayor riesgo de VPI entre las mujeres rurales (adjusted odds ratio [AOR] = 2,09; IC del 95% = 1,06-4,09), mujeres que tuvieron exposición de los padres a la VPI (AOR = 14,00; IC del 95% = 6,43 –30,48), mujeres cuyo embarazo no era deseado (AOR = 9,64; IC del 95% = 3,44-27,03), mujeres cuyos maridos consumían alcohol (AOR = 17,08; IC del 95% = 3,83-76,19), mujeres con depresión (AOR = 4,71 ; IC 95% = 1,37-16,18) y mujeres con bajo apoyo social (AOR = 13,93; IC 95% = 6,98-27,77). La prevalencia de síntomas depresivos prenatales (con una puntuación EPDS superior a 13) fue del 6,8% (IC del 95%: 6,2-11,3). Se encontró un mayor riesgo de depresión entre las mujeres que habían estado expuestas a IPV (AOR = 17,60; IC del 95% = 6,18–50,10) y cuyos maridos consumen alcohol (AOR = 3,31; IC del 95% = 1,33–8,24). Se pudo concluir que una de cada cinco mujeres embarazadas experimento IPV y esta se vio fuertemente asociada con depresión⁽¹³⁾.

De Mendoza, Veronica et al. realizaron un estudio titulado “Experiences of intimate partner and neighborhood violence and their association with mental health in pregnant women” en New Orleans. El objetivo de este estudio fue examinar cómo el crimen y la violencia, tanto en

la pareja íntima como en todo el vecindario, así como los efectos acumulativos de ambos tipos de violencia, predijeron resultados adversos para la salud mental en mujeres embarazadas de Nueva Orleans. Las experiencias de violencia acumuladas (de la pareja íntima y del vecindario) también se asociaron con mayores probabilidades de tener depresión probable en comparación con las personas con poca violencia. La violencia acumulada alta ponderada también se asoció con un aumento de las probabilidades de trastorno de estrés postraumático. Se concluyó que la exposición a violencia acumulada está asociada con una pobre salud mental en mujeres embarazadas⁽¹⁴⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Lozano, et al. en su estudio “Depresión durante el embarazo y su relación con la Violencia Familiar en Adolescentes atendidas en el Hospital Minsa II-2 Tarapoto, Julio-Diciembre 2015” del año 2015, tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión durante el embarazo y la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II-2 Tarapoto, julio-diciembre 2015. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal mientras que el tamaño de la muestra fue de 120 gestantes adolescentes que se atendieron en el servicio de obstetricia del Hospital MINSA II-2 Tarapoto. Los resultados mostraron que de las gestantes adolescentes el 65,8% tiene una edad entre 15 a 17 años, el 77,5% tiene grado de instrucción secundaria, el 50,0% tienen como estado civil soltera, de religión católica 80,8%. Mientras que los tipos de violencia que presentan las gestantes adolescentes son: psicológica 79,2%, violencia económica 67,5%, violencia física 62,5% y la violencia sexual 40,8%, predominando la violencia psicológica. El 37,5% de las gestantes adolescentes tienen un grado de depresión medio. La violencia física, seguida de la violencia psicológica son las de mayor relación con el grado de depresión en gestantes adolescentes. En conclusión existe relación significativa al 5% (Si $p < 0,05$) entre los tipos de Violencia y el grado de depresión, por lo cual se acepta la hipótesis de investigación⁽²⁾.

Cardenas Barrios, Ximena realizó un estudio denominado “Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Centro de Salud

Nocheto, 2022”, el objetivo del estudio fue evaluar si la depresión se asocia a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en el Centro de Salud Nocheto, febrero- mayo 2022. Este estudio fue cuantitativo, observacional, analítico transversal. Los resultados mostraron que el 36.11% [IC95%: 29.39-43.43] de las gestantes presentó depresión y un 1.11% depresión severa; así mismo, el 41.67% [IC95%: 36.64-49.05] refirió haber presentado violencia intrafamiliar. Se identificó que el presentar violencia intrafamiliar incrementa la probabilidad de presentar depresión durante el embarazo (RPa: 9.89; $p < 0,001$). Los tipos de violencia asociados fueron la psicológica (RPa: 10.44; $p < 0,001$) y la física (RPa: 1.78; $p = 0.007$). Se concluyó que existe una asociación entre la violencia intrafamiliar y la depresión durante el embarazo, siendo los tipos de violencia asociados la psicológica y la física⁽¹⁵⁾.

Contreras, Hans et al. realizó un estudio titulado “Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú” en el 2013. Este tuvo como objetivo determinar las características de la violencia durante el embarazo en adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima, Perú. El estudio fue transversal, en el cual se incluyeron 292 madres adolescentes. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de $16,5 \pm 1$ año. En cuanto a estado civil, el 47,9% era conviviente y el 51,4% soltera. El motivo del embarazo fue por relación consentida en el 97,3% y por violación sexual en el 2,7%. El 90,1% de las madres adolescentes refirió no haber planificado el embarazo. El antecedente de violencia reportado fue en 48,1% de violencia verbal; 17,1% violencia física; 8,2% agresión directa, y 6,8% de violencia sexual. Se concluyó que la violencia durante en adolescentes durante el embarazo es una situación frecuente⁽¹⁶⁾.

2.2 Bases teóricas:

2.2.1. Violencia familiar

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como el uso 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⁽¹⁷⁾. La cual es dividida por esta misma entidad en tres categorías: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Dentro de la violencia interpersonal encontraremos dos subcategorías: la violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria. La primera se considera que es cualquier acto que se realice con la intención de dañar físicamente a otra persona que sea parte de tu familia o sea tu compañero sentimental. Incluye golpear, empujar, morder, asfixiar o usar un arma contra ellos, intimidación o amenazas: restringir o amenazar las actividades de una persona, impedirle ser parte de un trabajo o que se mantenga en este, forzar a la persona a tener relaciones sexuales o algún acto sexual en contra de su voluntad⁽⁵⁾. La segunda se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar⁽¹⁷⁾. La violencia intrafamiliar o violencia doméstica es utilizada en muchos países para referirse a violencia de pareja pero esto no es así, esta puede darse generalmente en los miembros más vulnerables de una familia los cuales vendrían a ser los niños, ancianos y mujeres, pero esto no excluye a la violencia contra el hombre⁽⁵⁾.

La violencia de pareja es una de las formas más prevalentes de violencia contra la mujer que existe. Esta se define como uno o más actos de violencia física o sexual, o ambos, por un esposo actual o anterior o pareja íntima masculina en el contexto del matrimonio, la convivencia o cualquier otra forma formal o informal unión, que cause daño físico, sexual o psicológico⁽⁸⁾. De acuerdo a la OMS la violencia de pareja ahora se reconoce claramente como un problema social y de salud global de acuerdo. El impacto de la violencia de género en los sobrevivientes y sus familias puede ser de gran alcance e incluye consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo para la salud y el bienestar⁽¹⁸⁾. Dentro de las consecuencias negativas en la salud mental de las víctimas se encuentra una fuerte asociación entre la violencia de pareja y mayores tasas de depresión, trastorno de estrés postraumático (PTSD), abuso de sustancias y suicidio⁽¹⁹⁾. En el caso de parejas del mismo sexo hay pocos estudios, pero se vio en un estudio sobre adolescentes mexicanos que los adolescentes en relaciones del mismo sexo

tenían un mayor riesgo de síntomas depresivos, intención suicida, intento de suicidio y abuso de alcohol⁽²⁰⁾.

2.2.1.1. Formas de violencia

- **Violencia psicológica y/o Verbal**

Este tipo de violencia tiene por objeto causar temor, intimidar y controlar a través de las palabras, lanzando frases hirientes, críticas permanentes, insultos repetidamente en privado y en público, humillaciones públicas y privadas, culpabilizaciones, no permitiendo tomar decisiones, restricción de estímulos (indiferencia e poca afectividad), burlas, percepción negativa del trabajo de la mujer, insultos, culpabilizar de todos los problemas de la familia, amenazas de agresión física y abandono, llamadas telefónicas para controlar, impedir satisfacción de sus necesidades de sueño, comida, educación, amenaza con contar las intimidades, controlar con mentiras, contradicciones, promesas o esperanzas falsas, atacar su personalidad, creencias y opiniones, amenaza con quitarle a los hijos e hijas, amenazas de suicidio, aislamiento del resto de la sociedad y amenazas sobre su propia integridad física o la de los hijos. Esto llevara a que el agresor genere problemas emocionales y alteraciones psicológicas en la víctima tales como depresión, ansiedad, PTSD^(2,21,22). Los daños físicos y psicológicos pueden ser de la misma magnitud o mayores en la víctima en comparación con los de la violencia física⁽²⁾. Este es un tipo de maltrato frecuente y es el principal ya que esta puede ir sola pero la violencia física y sexual siempre acarreará violencia psicológica⁽²³⁾. Además, cuando se presenta sin la compañía de los otros tipos será difícil de detectar por lo tanto de ahí la necesidad de ser exhaustivos en su descripción⁽²²⁾.

- **Violencia física**

Este tipo de violencia se caracteriza por el uso de la fuerza física con el fin de hacer daño o dolor de manera intencional al bienestar corporal de la víctima a través de empujones, bofetadas, golpes de puño, patadas, golpes, quemaduras, agresiones con armas, pellizcos, empujones, inmovilizaciones, jalones de pelo, apretones que dejan marcas, mordeduras, asfixia^(2,22). También se expresan a través conductas agresivas indirectas, como pueden ser: golpe con algún objeto,

acuchillamiento, envenenamiento, etc. Es decir, usando un medio o recurso con la intención de efectuar daño⁽²³⁾. Este tipo de violencia es la más fácil de reconocer ya que se expresa a través de heridas, hematomas, fracturas, lesiones, etc⁽²¹⁾. Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de las lesiones incluyen la conducta lesiva e intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que acompañan a la lesión⁽²⁾.

- **Violencia sexual**

Esta forma de violencia se caracteriza por actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y se ejerce mediante presiones físicas o psíquicas y lesionan su dignidad como relaciones sexuales forzadas, abuso, violación, acoso en momentos inoportunos, burla de su sexualidad, sea en público, en privado o ambos, acusación de infidelidad, en los casos más graves puede comercializarse con este tipo de violencia, como la trata de personas o el chantaje por parte de la pareja en base a amenazas de subir fotos o videos íntimos a la red^(2,22,23). Son todos aquellos actos de connotación sexual, directos o indirectos, perpetrados generalmente por el hombre contra la mujer, con el objetivo de humillarla, degradarla y causarle sufrimiento⁽²⁾. Este tipo de violencia es la más difícil de reconocer y aceptar ya que puede acarrear graves consecuencias psicológicas, sociales y físicas (enfermedades de transmisión sexual hasta el desgarro de órganos genitales) en la víctima^(22,23).

- **Violencia económica y/o Patrimonial**

Fourcade & Bálsamo refieren que la violencia económica es la “acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta implique daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona”⁽²²⁾. Esta sería otra forma de controlar a la víctima ya que la hace dependiente económicamente de su agresor. Lo que vamos a observar en estos casos van a ser el control y manejo del dinero, recursos familiares, inventar que no hay dinero para gastos personales del agraviado, que propiedades del matrimonio estén bajo el nombre de una sola persona, privar de vestimenta, comida, transporte o refugio⁽²⁾.

2.2.1.2. Factores asociados a la violencia de pareja

Factores asociados a todo tipo de violencia de pareja
<ul style="list-style-type: none">• Bajo nivel de instrucción• Exposición al maltrato infantil• Haber presenciado escenas de violencia familiar• Trastorno de la personalidad antisocial• Uso nocivo del alcohol• Comportamientos masculinos dañinos, como el tener múltiples parejas o actitudes de aprobación de la violencia• Normas comunitarias que otorgan privilegios o una condición superior a los hombres y una condición inferior a las mujeres• Escaso acceso de la mujer a empleo remunerado• Bajos niveles de igualdad de género• Antecedentes de violencia• Discordia e insatisfacción marital• Dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja.

Mientras que los factores asociados específicamente a la perpetración de violencia sexual tenemos a: la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual, ideologías que consagran privilegios sexuales del hombre y sanciones jurídicas insuficientes ante actos de violencia sexual⁽³⁾.

2.2.1.3. Consecuencias

Las consecuencias de la violencia de pareja pueden ser físicas, psicológicas, sexuales y/o reproductivas y en los peores casos podrían llevar a la muerte.

Tipo de consecuencias

<i>Físicas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cefaleas• Hematomas• Contusiones• Fracturas• Síndromes de dolor (de espalda, abdominal o pélvico crónico)• Trastornos gastrointestinales• Limitaciones de la movilidad• Mala salud general• Daño ocular
<i>Psicológicas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Estrés postraumático• Trastornos de ansiedad• Insomnio• Trastornos alimentarios• Intentos de suicidio• Problemas con la bebida• Abuso de drogas• Baja autuestima

Sexuales y/o reproductivas

- Embarazos no deseados
- Abortos provocados
- Abortos involuntarios
- Problemas ginecológicos e infecciones de transmisión sexual Infección por el VIH
- Muertes fetales
- Partos prematuros
- Bebés con bajo peso al nacer
- Infertilidad

2.2.1.4. Ciclo de la Violencia

La mayor parte del tiempo el abuso no ocurre de manera continua sino que esta puede coexistir con compartimientos amorosos ya que el objetivo del agresor es someter a su víctima^(22,24). Los actos violentos tienden a la repetición compulsiva y a ser aumentados progresivamente de intensidad dando lugar al denominado ciclo de violencia, que una vez instalada en el hogar es complicado de romper, este ciclo tiene como objetivo perpetuar el control del maltratador sobre la víctima, consta de tres fases⁽²⁴⁾.

- **Fase de tensión**

Esta dura usualmente por un periodo de tiempo, se puede percibir los repentinos cambios de ánimo del agresor, crece el estrés y se derrumba la comunicación^(24,25). Los abusadores pueden reaccionar con enojo, insultos o pequeñas agresiones físicas ante cualquier señal de independencia de la pareja. El agraviado se va a sentir en peligro y tratara de solucionar el problema, buscar la causa del enojo o anticiparse al humor del abusador. Además, va a minimizar o justificar los maltratos a factores externos con el fin de que la relación no se rompa mientras que el agresor se distanciara

emocionalmente con el fin de generarle una mala percepción sobre si mismo al agraviado. En esta etapa los familiares y amigos tambien pueden negar o minimizar el peligro^(24,25).

- **Fase aguda o de crisis**

En esta fase se caracteriza por una descarga de la tensión acumulada, lo cual lleva a que sea un periodo impredecible pudiendo adoptar distintas formas y grados de intensidad. Esta perdura entre 24 y 72 horas, en donde el agresor va a gritar, insultar, amenazar gravemente y agredira físicamente a su victima (golpes, bofetadas, uso de armas) todo esto pudiendo generar lesiones serias e incluso la muerte del abusado. Durante esta fase, la victima se encuentra en un estado de paralización y lo único que puede hacer es tratar de sobrevivir al abuso^(24,25).

- **Fase de calma o de luna de miel**

Durante esta fase el agresor pasa a un periodo más calmo en donde va a disculparse, dirá que se siente muy arrepentido y prometerá cambiar. Esta fase puede durar dias, semanas o meses; el agresor parecera el ser más agradable y encantador del mundo cediendole el poder de la relación de manera temporal a la victima. La víctima creera que estas actitudes son una muestra real del cambio y decidira no dejar la relación, en esta fase del ciclo es donde las víctimas sulen retirar las denuncias puestas en contra del abusador. Al principio, familiares y amigos tambien pueden creer que la violencia no volviera a ocurrir, pero no sucede asi ya que esta etapa dara paso nuevamente a la fase de tensión y a la repetición del ciclo. Esta última fase puede volverse más corta, y la tensión y la violencia pueden aumentar^(24,25).

Cuando se vuelve al inicio del ciclo la víctima va a romper la relación pero volviera a regresar con su abusador. Generalmente toma muchos intentos el separarse definitivamente de su agresor especialmente cuando hay niños de por medio ya que la victima mostrará preocupación por el bienestar de los hijos.

2.2.3 Violencia a nivel mundial y en el Perú

Según el “*Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*” publicado por la OMS en el 2018, se realizó un análisis de datos sobre la prevalencia de violencia en contra de la mujer en 161 países durante el 2000-2018 y se vio que a nivel mundial, el 31% de las mujeres de 15 a 49 años y el 30% de las mujeres de 15 años o más han sido objeto de violencia física o sexual por parte de algún marido actual o anterior o pareja íntima masculina, o violencia sexual por parte de alguien que no es actual o ex marido o pareja íntima, o ambas formas de violencia al menos una vez desde la edad de 15 años⁽⁸⁾. Más de una cuarta parte de las mujeres de entre 15 y 49 años que han tenido una relación de pareja han sido objeto de violencia física y/o sexual de pareja al menos una vez en su vida (desde los 15 años)⁽³⁾.

Las estimaciones sobre la prevalencia de la violencia de pareja sufrida a lo largo de la vida de acuerdo a regiones es de 20% en la Región del Pacífico Occidental, 22% en los países de ingresos elevados y Europa, 25% en la Región de las Américas, 33% en la Región de África, 31% en el Mediterráneo Oriental y 33% en la Región de Asia Sudoriental⁽³⁾. Estas estimaciones son similares a las de 2010 publicadas por la OMS. Estos hallazgos sugieren que, en promedio, 736 millones y hasta 852 millones de mujeres que tenían 15 años o más en 2018 han experimentado una o ambas de estas formas de violencia al menos una vez en su vida⁽⁸⁾. A nivel mundial, hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por su pareja⁽³⁾. Mientras que un estudio de la OMS en varios países encontró una prevalencia de violencia física durante el embarazo por parte de la pareja que variaba del 1% en las zonas urbanas de Japón al 28% en las provincias de Perú, con una prevalencia en la mayoría de los sitios del 4 al 12%. De manera similar, una revisión realizada en Egipto con una prevalencia estimada del 32% y una revisión de estudios de África que encontraron una prevalencia de hasta el 40% en algunos entornos⁽⁵⁾.

En el Perú, según la ENDES 2019 el 57,7% de mujeres fueron víctimas de violencia ejercida alguna vez por el esposo o compañero⁽²⁶⁾. Mientras que de acuerdo con el análisis de datos de la OMS del 2000-2018, el 38% de mujeres en Perú alguna vez a sufrido violencia por parte de su pareja solo superado por Bolivia con un 42%⁽⁸⁾. Un 11% de mujeres peruanas habían sido violentadas por sus parejas en los últimos 12 meses. Entre las formas de violencia, la más destacada es la violencia psicológica y/o verbal con un 52,8%. Le sigue, la violencia física con un 29,5% mientras que la violencia sexual esta con un 7,1%⁽²⁷⁾.

2.2.4. Depresión

2.2.2.1. Definición

El estado de ánimo se define como un tono emocional o sentimental generalizado y sostenido que va a influir en el comportamiento de una persona y va a dar color a su percepción de ser parte del mundo⁽²⁸⁾. Los trastornos del estado de ánimo constituyen una categoría importante dentro de las enfermedades psiquiátricas y comprenden el trastorno depresivo, el trastorno bipolar⁽²⁸⁾. Para la Organización Mundial de la Salud la depresión es definida como un trastorno mental común, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración⁽²⁹⁾. Se ha encontrado que los síntomas depresivos comienzan a aparecer durante la adolescencia⁽³⁰⁾. La depresión mayor va a aparecer sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía, si es precedido por alguno de estos cuadros tendíamos que descartar un trastorno bipolar, este debe durar al menos 2 semanas. Las personas con este diagnóstico generalmente experimentaran al menos cuatro síntomas de los siguientes: cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio⁽²⁸⁾. Es importante recordar que es normal que todo el mundo se siente triste o decaído de vez en cuando, pero estos sentimientos desaparecen en poco tiempo. A diferencia de una persona que sufre de un trastorno depresivo, estos individuos van a tener

síntomas de angustia, que van a afectar cómo se siente, sus pensamientos y las actividades diarias que realiza tales como el descanso, su alimentación o su trabajo⁽³¹⁾. Además de la depresión mayor tenemos otro trastorno conocido como Distimia o el trastorno depresivo persistente, este se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo durante al menos 2 años, junto con al menos dos de los siguientes síntomas: sensación de desesperanza, insomnio o hipersomnia, comer en exceso o falta de apetito, fatiga o poca energía, baja autoestima e indecisión o poca concentración⁽³²⁾.

2.2.2.2. Epidemiología

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. Las encuestas muestran que el trastorno de depresión mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida, casi un 17% entre todos los trastornos psiquiátricos⁽²⁸⁾. La depresión es la segunda causa principal de discapacidad en todo el mundo como en los Estados Unidos⁽³²⁾. También se ha visto que independientemente del país o la cultura, el trastorno de depresión mayor es más prevalente en las mujeres que en los varones⁽²⁸⁾. Para explicar la diferencia entre ambos sexos se han expuesto una serie de razones, tales como: el factor hormonal, las consecuencias del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones, y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida. Finalmente, la depresión mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas⁽²⁸⁾.

2.2.2.3. Etiopatogenia

Distintos factores juegan un rol importante en pacientes con trastornos del ánimo, entre los cuales tenemos:

- **Factores biológicos:** Se describieron alteraciones biológicas en los pacientes con trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones se

centraban en los neurotransmisores monoamínicos que son la noradrenalina, dopamina, serotonina y histamina, ya que estos eran considerados como la principal etiología de estos trastornos pero se ha producido un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas por separado hacia el estudio de sistemas neuroconductuales, circuitos neurales y mecanismos neuroreguladores más complejos. En la actualidad, los sistemas monoaminérgicos se consideran como sistemas neuromoduladores más amplios, y es probable que sus alteraciones sean tanto defectos secundarios o fenómenos accesorios, como directamente o causalmente relacionadas con la etiología y la patogenia⁽²⁸⁾.

- **Factores genéticos:** Se han hecho muchos estudios de familias, adopciones y gemelos los cuales han permitido demostrar el carácter hereditario de este tipo de trastornos⁽²⁸⁾. Por ejemplo, si un gemelo monocigoto tiene depresión la probabilidad de que su gemelo sufra de depresión en algún momento de su vida es de 70%⁽³³⁾. Aunque en la actualidad los principales esfuerzos están centrados en identificar cuáles son los genes que están involucrados en este tipo de trastornos, utilizando métodos de genética molecular⁽²⁸⁾.
- **Factores psicosociales:** Con lo que respecta a los factores psicosociales tenemos dos factores que afectan, uno sería el entorno del paciente y el otro es la personalidad del mismo. Con respecto a la personalidad, las personas que tienen baja autoestima o que se sienten abrumadas fácilmente por el estrés o con un carácter pesimista parecen tener más probabilidades de sufrir depresión. Mientras que las personas que han sido víctimas de violencia, rechazo, abuso o pobreza serán más vulnerables a padecer un trastorno depresivo⁽³³⁾.

2.2.2.4. Sintomatología

La depresión mayor se va a caracterizar por un estado de ánimo deprimido o pérdida de placer o interés durante al menos 2 semanas, y en los niños se verá como irritabilidad⁽³²⁾. También se acompaña de al menos cuatro de los siguientes síntomas presentes la mayoría de los días: pérdida de peso o cambios en el apetito, insomnio o hipersomnia, retraso psicomotor o agitación, fatiga o pérdida de energía, excesiva / inapropiada culpa o sentimientos de inutilidad, indecisión o capacidad disminuida para concentrarse o pensar, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o plan o intento de suicidio. En los niños la fobia escolar y un apego excesivo a los padres pueden ser síntomas de depresión. Un mal rendimiento académico, el abuso de sustancias, un comportamiento antisocial, la promiscuidad sexual, el absentismo escolar y las fugas son síntomas de depresión en los adolescentes⁽²⁸⁾.

Clasificación

Tenemos la clasificación del DSM-5 y del CIE.10. Según el primero la clasificación de los trastornos depresivos sería:

- **El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** es una afección en la que los niños o adolescentes experimentan arrebatos frecuentes e intensos de irritabilidad, ira y mal temperamento⁽³⁴⁾. Los que la presenten suelen tener problemas en el hogar, la escuela, con los compañeros⁽³⁴⁾.
- **Trastorno depresivo mayor:** este puede ser de un solo episodio o con episodios recurrentes. Ambos se van a subdividir en leve, moderado, severo, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión completa y el inespecífico⁽³⁵⁾.
- **Trastorno depresivo persistente (Distimia):** El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años de estado de ánimo deprimido que no es suficientemente grave para ser diagnosticado de episodio depresivo mayor.
- **Trastorno disforico premenstrual:** es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal⁽³⁶⁾.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica**

- **Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación**

En el caso de la clasificación del CIE.10 para los trastornos del ánimo se va a dividir en:

- **Episodio maniaco**
- **Trastorno bipolar**
- **Trastorno depresivo mayor, episodio único:** en esta vamos a tener depresión leve, moderada, severa sin síntomas psicóticos, severa con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos específicos.
- **Trastorno depresivo mayor, recurrente:** en esta también vamos a tener depresión leve, moderada, severa sin síntomas psicóticos, severa con síntomas psicóticos, en remisión, otros episodios depresivos específicos.
- **Trastornos persistentes del estado de ánimo**

2.2.2.5. Diagnóstico

Para cada trastorno específico existen criterios y condiciones establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) los cuales están expuestos en el DSM-5⁽²⁸⁾. Si un trastorno no cumple con los criterios necesarios no puede ser clasificado como tal y siempre el diagnóstico lo dará un especialista. Sin embargo, existen distintas pruebas que permiten detectar síntomas generales asociados a trastornos depresivos y que permiten realizar tamizajes que identifican poblaciones con alta probabilidad de padecer estas patologías, entre ellos encontramos: el test de Beck, el test de Hamilton, el CDI⁽²⁸⁾. Los criterios diagnósticos para la depresión mayor según el DSM-5, son los siguientes:

- A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer.
- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 - Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 - Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes
- C. El episodio no es atribuible a efectos psicológicos de una sustancia u otra condición médica.
- D. La aparición del trastorno depresivo mayor no se explica mejor por el trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

2.3 Definiciones conceptuales

- ✓ **Violencia doméstica:** Acción y efecto de violentar a ya sea uno o varios miembros de la familia.
- ✓ **Violencia física:** Es un tipo de violencia en donde se usa la fuerza física o algún tipo de objeto que produzca lesiones.
- ✓ **Violencia psicológica:** Es un tipo de violencia en donde no se realiza contacto físico, presentando un comportamiento abusivo o amenazante para dañar emocionalmente a un individuo.

- ✓ **Violencia sexual:** Es un tipo de violencia en el cual se lleva a cabo algún tipo de comportamiento de naturaleza sexual sin el consentimiento de la otra persona.
- ✓ **Depresión:** Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.
- ✓ **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.
- ✓ **Estado civil:** Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.
- ✓ **Nivel de instrucción:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- ✓ **Área de residencia:** Lugar en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo o que intenta permanecer al momento del levantamiento censal.
- ✓ **Embarazo:** Período que transcurre entre la concepción y el parto; durante este período el óvulo fecundado se desarrolla en el útero. En los seres humanos, el embarazo dura aproximadamente 288 días. También se llama gestación.

2.4. Hipótesis de investigación:

2.4.1. Hipótesis general:

Existe una asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la ENDES 2018-2021

2.4.2. Hipótesis específicas:

1. La violencia física se asocia de manera significativa con la presencia de depresión en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021

2. La violencia sexual se asocia de manera significativa con la presencia de depresión en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021.
3. La violencia psicológica y/o verbal se asocia de manera significativa con la presencia de depresión en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021 .
4. Existe asociacion entre factores sociodemográficos y presencia de violencia en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021.
5. La edad esta relacionada a una prevalencia más alta de violencia en mujeres peruanas embarazadas en el periodo 2018-2021.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de estudio:

El presente estudio es observacional, retrospectivo, analítico y transversal.

- **Observacional** porque no se hizo intervención ni manipulación de variables.
- **Retrospectivo** porque los datos que se tomaron serán desde la actualidad al pasado.
- **Analítico** porque demostraremos la asociación de variables.
- **Transversal** porque se analizó los datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo en una población.

3.2. Población:

La población que fue incluida en la ENDES 2018-2021 , fueron los residentes habituales de 147 670 viviendas. Incluidas las personas no residentes que pernoctaron en dichas viviendas hasta la noche anterior al día de la entrevista. También se incluyeron a todas las mujeres de 12 a 49 años de edad, niñas/os menores de 5 años, una persona de 15 años a más por cada vivienda y niñas/os menores de 12 años.

3.3. Muestra

3.3.1. Tamaño muestral:

A partir de la población total se aplicaron los criterios de selección, que vendrían a ser mujeres de 12-49 años y que estén embarazadas. Quedando como muestra final 3709 mujeres.

3.3.2. Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, por departamentos y por área urbana y rural.

3.3.3. Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1. Criterios de inclusión:

- ✓ Mujeres de 12 a 49 años de edad.
- ✓ Mujeres de 12 a 49 años de edad embarazadas.
- ✓ Mujeres que hayan completado el cuestionario del hogar y el individual.

3.3.3.2. Criterios de exclusión:

- ✓ Niñas menores de 12 años de edad.
- ✓ Mujeres que no hayan completado el cuestionario del hogar y el individual.

3.4. Variables del estudio:

- ✓ **Variables dependientes:** Depresión
- **Variables independientes:** Violencia doméstica, Edad, Estado civil, Nivel de instrucción, Tipo de lugar de residencia, Nivel de Riqueza.

3.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
Edad actual - entrevistada (V012)	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento.	Tiempo que han vivido desde el nacimiento las mujeres embarazadas.	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Años	12-19 años >=20 años
Estado civil (HV115)	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el Registro Civil.	Condición de la entrevistada	Independiente	Cualitativa	Nominal	Estado civil	Con conviviente Sin conviviente
Nivel educativo aprobado (S108N)	Grado más elevado de estudios realizados.	Nivel de educación aprobada que presenta la encuestada	Independiente	Cualitativa	Nominal	Grado de instrucción aprobado	Hasta secundaria Superior
Tipo de lugar de residencia (V025)	Lugar en el cual la persona ha permanecido ahí por algún tiempo o que intenta permanecer al momento del levantamiento censal.	Lugar en donde la persona vive durante un tiempo	Independiente	Cualitativa	Nominal	Tipo de lugar de residencia	Urbano Rural

Nivel de riqueza (V190)	Medida del estado económico personal a través de la posesión de cosas materiales.	Estado económico de la encuestada	Independiente	Cualitativa	Ordinal	Quintiles	Primer quintil Segundo quintil Tercer quintil Cuarto quintil Quinto quintil
Violencia doméstica	Acción y efecto de violentar a ya sea uno o varios miembros de la familia.	Uso del poder físico o psicológico para atentar contra una mujer en su periodo de gestación.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de Violencia	Si No
Violencia física	Tipo de violencia en donde se usa la fuerza física o algún tipo de objeto que produzca lesiones.	Uso de la fuerza física o de algún objeto para atentar contra una mujer en estado de gestación.	Independientes	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de violencia física	Si No
Violencia emocional	Tipo de violencia en donde no se realiza contacto físico, presentando un comportamiento abusivo o amenazante para dañar emocionalmente a un individuo.	Presencia de comportamiento abusivo o amenazante que daña emocionalmente a una mujer en estado de gestación.	Independientes	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de violencia emocional	Si No
Violencia sexual	Tipo de violencia en el cual se lleva a cabo algún tipo de comportamiento de naturaleza sexual sin el consentimiento de la otra persona.	Se realiza algún comportamiento de naturaleza sexual sin consentimiento de la mujer gestante.	Independientes	Cualitativa	Nominal	Presencia o ausencia de violencia sexual	Si No
Depresión (QS704A-QS704I)	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Trastorno anímico caracterizado por una profunda tristeza en mujeres gestantes.	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Presencia o ausencia de depresión en la encuestada	Con depresión (>10 pts) Sin depresión (<10 puntos)

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos:

La recolección de datos se dio a través de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES realizada en el año 2018-2021, desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

3.7. Procesamiento de datos y plan de análisis:

Se obtuvo la información a través de la base de datos pública en la página web del INEI.

Los datos recopilados están almacenados en una base de datos del programa BM SPSS 25 Statistics para que posteriormente sean procesados por el software estadístico STATA 15 y finalmente sean analizados.

3.8. Aspectos éticos de la investigación:

La presente investigación se hizo en base a la base de datos pública de la ENDES 2018-2021, ninguno de estos llevara la identidad de la persona. Por ende no existira ningun daño fisico ni psicologico que afecte la privacidad de los encuestados. Además, se realizara con la autorización del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina Humana- Universidad Ricardo Palma.

3.9. Limitaciones:

- Al ser una base secundaria los datos obtenidos se restringen a lo descrito por la ENDES lo cual podria ser una limitación para la presente investigación.
- El temor a los agresores o la vergüenza al ser violentadas puede generar que la información brindada no sea veraz pudiendo ser una limitación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

Tabla 1. Análisis univariado de depresión, violencia doméstica y factores sociodemográficos en las mujeres embarazadas de 15 a 49 años.

Variable		n	%
Depresión	Si	245	6,61%
	No	3464	93,39%
Violencia Doméstica	Si	533	14,37%
	No	3176	85,63%
Edad	12-19 años	479	12,91%
	>=20 años	3230	87,09%
Grado de Instrucción	Hasta secundaria	2609	70,34%
	Superior	1100	29,66%
Estado Civil	Con conviviente	3247	87,54%
	Sin conviviente	462	12,46%
Tipo de lugar de Residencia	Urbana	2357	63,55%
	Rural	1352	36,45%
Índice de Riqueza	Muy pobre	1285	34,65%
	Pobre	1034	27,88%
	Medio	658	17,74%
	Rico	447	12,05%
	Muy rico	285	7,68%

Fuente: Elaboración propia de resultados y base de datos obtenida del INEI-ENDES 2018-2021

En la tabla N°1 se muestra que el 6.61% de mujeres encuestadas sufren de depresión, mientras que solo el 14.37% son víctimas de violencia doméstica. También podemos observar que el 87.09% de encuestadas son mayores de 20 años y que el 70.34% solo han estudiado hasta secundaria. Con respecto al estado civil se observa que el 87.54% de mujeres tiene conviviente y que el 63.55% reside en la zona urbana. Finalmente, se vio que con respecto al índice de riqueza el 62.53% de mujeres encuestadas son muy pobres o pobres mientras que el 19.73% son ricas o muy ricas.

Tabla 2. Análisis univariado de tipos de violencia en mujeres embarazadas de 15 a 49 años.

Variable		n	%
Violencia física	Si	225	6,07%
	No	3484	93,93%
Violencia emocional	Si	418	11,27%
	No	3291	88,73%
Violencia sexual	Si	42	1,13%
	No	3667	98,87%

Fuente: Elaboración propia de resultados y base de datos obtenida del INEI-ENDES 2018-2021

En la tabla N°2 se observa que la violencia emocional es la más frecuente entre las encuestadas, con un 11.27%. La violencia física sigue en frecuencia con un 6.07% mientras que la violencia sexual es la menos frecuente con un 1.13%.

Tabla 3. Análisis Bivariado de los factores sociodemográficos asociados a la depresión en mujeres embarazadas de 15 a 49 años.

Factores	Con Depresión		Sin Depresión		Razón de Prevalencia (RP)	IC95% Inf	IC95% Sup
	n	%	n	%			
Edad							
15-19 años	30	12.24%	449	12.96%			
>= 20 años	215	87.76%	3015	87.04%	0.79	0.40	1.59
Grado de instrucción							
Hasta secundaria	183	74.69%	2426	70.03%			
Educación superior	62	25.31%	1038	29.97%	0.92	0.50	1.70
Estado civil							
Con conviviente	214	87.35%	3033	87.56%			
Sin conviviente	31	12.65%	431	12.44%	1.11	0.53	2.35
Tipo de lugar de residencia							
Urbana	149	60.82%	2208	63.74%			
Rural	96	39.18%	1256	36.26%	0.70	0.44	1.13
Índice de riqueza							
Muy pobre	76	31.02%	1209	34.90%			
Pobre	76	31.02%	958	27.66%	1.90	1.06	3.43
Medio	46	18.78%	612	17.67%	2.28	1.07	4.86
Rico	33	13.47%	414	11.95%	2.01	0.94	4.28
Muy rico	14	5.74%	271	7.82%	1.35	0.53	3.43
TOTAL	245	100.00%	3464	100.00%			

Fuente: Elaboración propia de resultados y base de datos obtenida del INEI-ENDES 2018-2021

En la Tabla N°3 se observa al realizar el análisis bivariado la existencia de una relación entre la variable “Índice de riqueza” en los estatus pobre y medio, y la variable depresión presentándose una relación estadísticamente significativa.

Con respecto a las variables edad, grado de instrucción, estado civil y tipo de lugar de residencia no se encontró una relación significativa con la variable depresión.

Tabla 4. Análisis Bivariado de violencia y tipos de violencia asociados a la depresión en mujeres embarazadas de 15 a 49 años.

Factores	Con Depresión		Sin Depresión		Razón de Prevalencia (RP)	IC95% Inf	IC95% Sup
	n	%	n	%			
Violencia Doméstica							
Si	66	26.94%	467	13.48%	1.27	0.68	2.37
No	179	73.06%	2997	86.52%			
Violencia emocional							
Si	48	19.59%	370	10.68%	1.21	0.61	2.42
No	197	80.41%	3094	89.32%			
Violencia física							
Si	37	15.10%	188	5.43%	2.01	0.98	4.12
No	208	84.90%	3276	94.57%			
Violencia sexual							
Si	7	2.86%	35	1.01%	4.48	1.68	11.94
No	238	97.14%	3429	98.99%			
TOTAL	245	100.00%	3464	100.00%			

Fuente: Elaboración propia de resultados y base de datos obtenida del INEI-ENDES 2018-2021

En el análisis bivariado de la Tabla N°4 se observó que las mujeres gestantes que fueron violentadas sexualmente tienen 3,48 veces más probabilidad de presentar depresión observándose una relación estadísticamente significativa entre las variables.

Con respecto a las demás variables no se encontró relación con el diagnóstico de depresión.

Tabla 5. Análisis multivariado con RP ajustado de los factores sociodemográficos y violencia asociados a la depresión, en mujeres embarazadas de 15 a 49 años.

Factores asociados		p valor	RP ajustado	IC95% Inf	IC95% Sup
Edad	15-19	0.40	0.73	0.35	1.51

	>=20				
	Hasta				
Grado de instrucción	secundaria				
	Superior	0.58	0.82	0.42	1.64
	Con				
Estado civil	conviviente				
	Sin				
	conviviente	0.81	1.1	0.51	2.38
Tipo de lugar de	Urbana				
residencia	Rural	0.82	1.08	0.55	2.11
Índice de riqueza	Muy pobre	0.05	2.04	1.01	4.14
	Pobre	0.05	2.69	0.98	7.35
	Medio	0.09	2.41	0.88	6.59
	Rico	0.33	1.78	0.55	5.74
	Muy rico				
Violencia doméstica	Si				
	No	0.13	0.31	0.07	1.4
Violencia física	Si				
	No	0.07	3.15	0.9	11.06
Violencia emocional	Si				
	No	0.27	1.98	0.59	6.58
Violencia sexual	Si				
	No	0.02	4.10	1.28	13.11

Fuente: Elaboración propia de resultados y base de datos obtenida del INEI-ENDES 2018-2021

En el análisis multivariado con RP ajustado de factores sociodemográficos y violencia doméstica asociados a depresión, se observó que no existía una relación estadísticamente significativa con dichos factores y la variable depresión. Con respecto a la variable violencia en su modalidad de abuso sexual, se encontró significancia estadística al asociarse con depresión ($p < 0,02$; $RP_c: 4,10$; $IC95\% 1,28 -13,11$).

4.2 DISCUSIÓN

Durante la presente investigación se buscó observar la posible relación entre la violencia familiar y la aparición de depresión en gestantes participantes de la ENDES, por lo cual se realizó un análisis de las características de la muestra.

Tras el análisis de los datos obtenidos se pudo observar que el 12,91% de las gestantes se encontraban en edades menores de 20 años, además solo el 29,66% presentaba estudios superiores. Asimismo, con respecto al índice de riqueza, la muestra se

encontraba establecida principalmente por índices muy pobre, pobre y medio representando el 34,65%, 27,88% y 17,74% respectivamente. Estas características se asemejan a lo presentado por Mendoza *et col*, donde menciona que el 15,6% de gestantes en su muestra se encontraban en edades menores a 20 años y solo el 49,66% contaban con estudios superiores. Con respecto a la pobreza, Juárez *et col*, en su estudio mencionan que las mujeres víctimas de violencia presentaban un nivel económico medio y medio alto principalmente, contraponiéndose a lo observado en el presente estudio⁽¹¹⁾. Éste hallazgo es de gran relevancia ya que nos permite observar la vulnerabilidad al cual el grupo de gestantes está expuesto, esto debido a que la inexperiencia y la poca instrucción podría hacerlas más susceptible a sufrir de maltrato familiar. Asimismo, la falta de medios económico podría establecer una dependencia económica con su agresor.

Al analizar la prevalencia de violencia familiar y sus diferentes clasificaciones, se encontró que el 14,37% de las gestantes habrían sido víctimas de algún tipo de violencia. Así pues, al clasificar la violencia pudo observarse que el 6,07% habría sufrido de violencia en la modalidad física. El 11,27% de las encuestadas refirió violencia emocional, siendo ésta la de mayor prevalencia; respecto a la violencia en la modalidad de abuso sexual se encontró que el 1,13% la habría sufrido. Lo obtenido durante esta investigación coincide con lo mencionado por Belay *et col*, quien menciona que la mayor prevalencia de violencia se encontraba en la modalidad emocional representando el 14,6% de su muestra⁽¹³⁾. Asimismo, menciona que las mujeres víctimas de violencia sexual representaban el 9,5% de la muestra, siendo mayor que la física la cual representaba el 9,2% de las mujeres gestantes, contraponiéndose a lo observado en el presente estudio.

Al realizar el análisis ajustado de las variables violencia familiar en cualquiera de sus tipos y la variable depresión, se obtuvo que a pesar de existir gestantes violentadas emocionalmente y físicamente parece no existir una asociación de éstas variables con la depresión, sin embargo, al analizar la variable abuso sexual este sí representaba un riesgo de hasta 3,48 veces más de presentar depresión. Lo obtenido en esta investigación se relaciona con la investigación por Lozano *et col*, que menciona que las mujeres que han sufrido violencia sexual tienen más probabilidad de presentar depresión⁽²⁾. Asimismo, menciona que las gestantes que sufren violencia física o

violencia emocional tienen más probabilidad de presentar depresión contraponiéndose a lo encontrado en nuestro estudio.

En base a lo observado, puede concluirse que a pesar que la violencia es una constante en nuestro medio, la baja prevalencia de violencia de las mujeres encuestadas parece responder a una renuencia a manifestar haberla sufrido, ya sea por temor, vergüenza o algún otro factor.

Si bien se ha estudiado los tipos de violencia a los que las mujeres son propensas y sus posibles consecuencias, parece no existir estudios adecuados a un grupo tan propenso a vulnerarse como las gestantes, así pues, la importancia del presente estudio radica en conocer los tipos de violencia a los que son víctimas y su relación con la depresión. Las gestantes del estudio mostraron gran prevalencia de depresión al haber sido violentadas sexualmente, lo que ocasiona un deterioro en su salud mental, afectando la gestación en su etapa perinatal y aumenta el riesgo de tener depresión post parto⁽³⁷⁾. Asimismo, este episodio de violencia sexual durante la gestación puede provocar un trastorno de estrés post traumático, afectando una etapa esencial para la madre y el hijo como lo es la etapa perinatal⁽³⁸⁾.

La principal limitación del estudio radica en la posible falta de honestidad de la ENDES, que no pueden ser verificadas al tratarse de una base secundaria de datos.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- No existe relación significativa entre violencia física y depresión en mujeres peruanas embarazadas.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre sufrir violencia sexual y depresión en mujeres peruanas embarazadas.
- No existe asociación entre la violencia psicológica y/o verbal y la presencia de depresión en mujeres peruanas embarazadas.
- No existe asociación entre factores sociodemográficos y presencia de violencia en mujeres peruanas embarazadas.
- La edad no está relacionada de manera significativa a una prevalencia más alta de violencia en mujeres peruanas embarazadas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estrategias sanitarias para la prevención de violencia sexual en gestantes para un mejor diagnóstico de pacientes en riesgo. Como enseñar habilidades de relacionamiento seguras en forma de programas de aprendizaje socio-emocionales en jóvenes y adultos, involucrar en la prevención a toda la comunidad incluyendo a los niños a quienes se les puede involucrar desde la educación inicial.
- Se insta a realizar más estudios con respecto a la violencia en gestantes para determinar si existe otros tipos de violencia que generen depresión en población con características similares y en un ambiente seguro para mayor veracidad de las respuestas.
- Se recomienda un mayor análisis por parte de las autoridades para diagnosticar ambientes de riesgo de violencia en gestantes para su derivación a asistencia

social y al servicio de psicología para evitar episodios de depresión en las gestantes.

- Se recomienda realizar más estudios, con mujeres gestantes en un ambiente seguro para mayor veracidad de las respuestas, así como dar la relevancia al daño en la salud mental que la violencia en cualquiera de sus formas representa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASOS ATENDIDOS A PERSONAS AFECTADAS POR HECHOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR Y PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA SEXUAL EN LOS CENTROS EMERGENCIA MUJER A NIVEL NACIONAL [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/CenDocBib/con5_uibd.nsf/\\$\\$ViewTemplate%20for%20Documentos?OpenForm&Db=C6F3509C78A711A8052585F1007BB322&View=yyy](https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/CenDocBib/con5_uibd.nsf/$$ViewTemplate%20for%20Documentos?OpenForm&Db=C6F3509C78A711A8052585F1007BB322&View=yyy)
2. Lozano Tasayco CP, Macedo Cárdenas YE. Depresión durante el embarazo y su relación con la Violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital Minsa II – 2 Tarapoto, Julio – Diciembre 2015. Univ Nac San Martín [Internet]. 2015 [citado el 2 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/1149>
3. Violencia contra la mujer [Internet]. [citado el 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres. [citado el 4 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
5. Koirala P, Chuemchit M. Depression and Domestic Violence Experiences Among Asian Women: A Systematic Review. *Int J Womens Health*. 2020;12:21–33. doi:10.2147/IJWH.S235864
6. VIOLENCIA FAMILIAR- INEI [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1339/cap05.pdf
7. “DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA DE LOS AÑOS 2010 HASTA EL 2020”: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/27014/Guerrero%20Echevarra%20%20Ortega%20Choque%20Antuaneth%20Alexandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Violence Against Women Prevalence Estimates [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240022256>
9. Resolución Ministerial N° 658-2019-MINSA.pdf [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_658-2019-MINSA.PDF
10. lineas-de-investigacion-periodo-2021-2025.pdf [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/30004/n/0510-lineas-de-investigacion-periodo-2021-2025.pdf>
11. Juárez MF, Heredia MER, Rodríguez CC, Cabrera T de JV, Tena RO. Relación entre violencia de pareja y salud general en mujeres embarazadas con educación superior. *Enseñ E Investig En Psicol*. 2017;22(2):165–73.
12. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(4):573–8. doi:10.1007/s00737-015-0515-2

13. Belay S, Astatkie A, Emmelin M, Hinderaker SG. Intimate partner violence and maternal depression during pregnancy: A community-based cross-sectional study in Ethiopia. *PLOS ONE*. 2019;14(7):e0220003. doi:10.1371/journal.pone.0220003
14. de Mendoza VB, Harville EW, Savage J, Giarratano G. Experiences of intimate partner and neighborhood violence and their association with mental health in pregnant women. *J Interpers Violence*. 2018;33(6):938–59. doi:10.1177/0886260515613346
15. Cardenas_bx.pdf [Internet]. [citado el 29 de marzo de 2023]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/18825/Cardenas_bx.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Hinojosa-Camposano WD, Yancachajlla-Apaza M, Lam-Figueroa N, Chacón-Torrico H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):379–85.
17. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, Organization WH. Rapport mondial sur la violence et la santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2002 [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42545>
18. McGarry J, Ali P, Hinchliff S. Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice. *J Clin Nurs*. 2017;26(15–16):2177–91. doi:10.1111/jocn.13490
19. Koziol-McLain J, Vandal AC, Nada-Raja S, Wilson D, Glass NE, Eden KB, et al. A web-based intervention for abused women: the New Zealand isafe randomised controlled trial protocol. *BMC Public Health*. 2015;15:56. doi:10.1186/s12889-015-1395-0
20. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28(5):350–6. doi:10.1097/YCO.0000000000000182
21. Jaucala Suloaga GLF. Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2020 [citado el 2 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2912>
22. Echenique EG. Violencia Intrafamiliar. :45.
23. Gonzales Arce AS. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES DEL AA.HH. SEÑOR DE LOS MILAGROS, CHINCHA, 2019. Univ Autónoma Ica [Internet]. 2021 [citado el 1 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://localhost/xmlui/handle/autonomadeica/927>
24. Valentín Bejarano MK. Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017. Univ Cont [Internet]. 2018 [citado el 5 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/4884>
25. Studio BC. Ciclo de la Violencia [Internet]. [citado el 3 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.shelterforhelpinemergency.org/espanol/ciclo-violencia>
26. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Regional [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/
27. Hussain H, Hussain S, Zahra S, Hussain T. Prevalence and risk factors of domestic violence and its impacts on women's mental health in Gilgit-Baltistan, Pakistan. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2020 [citado el 1 de octubre de 2021];36(4). doi:10.12669/pjms.36.4.1530
28. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría [Internet]. [citado el 5 de octubre de

- 2021]. Disponible en: <https://shop.lww.com/Kaplan---Sadock--Sinopsis-de-psiquiatria/p/9788416004805>
29. Cisneros Donayre SM, Mantilla Rea MDR. Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos. Repos Tesis - URP [Internet]. 2017 [citado el 5 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/858>
30. Navarro-Loli JS, Moscoso MS, Cruz GC-DL. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Lib Rev Peru Psicol.* 2017;23(1):57–74.
31. NIMH » Depresión [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
32. Guideline Development Panel for the Treatment of Depressive Disorders. APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts: (505892019-001) [Internet]. American Psychological Association; 2019 [citado el 5 de octubre de 2021]. doi:10.1037/e505892019-001
33. What Is Depression? [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
34. NIMH » Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: Conceptos básicos [Internet]. [citado el 5 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-desregulacion-disruptive>
35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed). doi:10.1176/appi.books.9780890425596
36. López-Mato A, Illa G, Boullosa O, Márquez C, Vieitez A. Trastorno disfórico premenstrual. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2000;38(3):187–95. doi:10.4067/S0717-92272000000300006
37. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, Toia AM del C, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. *Rev Cuba Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado el 16 de abril de 2023];46(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502>
38. Tinglöf S, Högborg U, Lundell IW, Svanberg AS. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sex Reprod Healthc.* 2015;6(2):50–3. doi:10.1016/j.srhc.2014.08.003

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021**” que presenta la Srta. Silvana Milagros Salas Torres para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Silvana Milagros Salas Torres, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Jhony A. De La Cruz Vargas



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°058-2023-INICIB-D

Lima, 27 de febrero de 2023

Señorita
SILVANA MILAGROS SALAS TORRES
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis **“ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021”** presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

“Formamos seres humanos para una cultura de paz”

Av. Benavides 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú
www.urp.edu.pe/medicina

Central 708-0000
Anexo 6016

**ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS,
FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**

ANEXO 4: APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021

Investigadora: SILVANA MILAGROS SALAS TORRES

Código del Comité: **PG 033 2023**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de EXENTO DE REVISIÓN por el período de 1 año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con el desarrollo científico del país.

Lima, 29 de marzo 2023

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

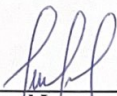
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

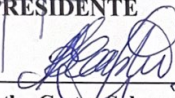
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANA EMBARAZADAS EN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018-2021", que presenta la Señorita SILVANA MILAGROS SALAS TORRES para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.


En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:




Dr. Manuel Loayza Alarico
PRESIDENTE




Dra. Bertha Castro Salazar
MIEMBRO



Dra. Mariela Medina Chinchón
MIEMBRO



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Asesor de Tesis

Lima, 17 de Abril 2023

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021

ORIGINALITY REPORT

15% SIMILARITY INDEX
16% INTERNET SOURCES
7% PUBLICATIONS
8% STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	3%
2	hdl.handle.net Internet Source	2%
3	docero.mx Internet Source	2%
4	repositorio.puce.edu.ec Internet Source	1%
5	repositorio.iberopuebla.mx Internet Source	1%
6	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Internet Source	1%
7	ligiacastillo.blogspot.com Internet Source	1%
8	ro.taphoamini.com Internet Source	1%
9	repositorio.autonmadeica.edu.pe Internet Source	1%
10	acacia.red Internet Source	1%
11	repositorio.continental.edu.pe Internet Source	1%
12	repositorio.unfv.edu.pe Internet Source	1%
13	www.pensamientopenal.com.ar Internet Source	1%
14	1library.co Internet Source	1%
15	repositorio.upagu.edu.pe Internet Source	1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

SILVANA MILAGROS SALAS TORRES

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN MUJERES PERUANAS EMBARAZADAS UN ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR EN EL PERIODO 2018 - 2021.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 27 de febrero de 2023



ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema General	Objetivo General	Hipótesis	Variable	Indicadores	Metodología	
¿Cuál es la asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar en el periodo 2018 – 2021?	Determinar la asociación entre violencia familiar y depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar en el periodo 2018 - 2021	<p>Hi Existe una asociación entre violencia familiar y síntomas de depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar en el periodo 2018 - 2021</p> <p>HO No existe asociación entre la violencia familiar y síntomas de depresión en mujeres peruanas embarazadas análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar en el periodo 2018 - 2021.</p>	<p>V.Independiente Violencia familiar</p> <p>V.Dependiente Depresión</p>	<p>Violencia familiar</p> <p>Depresión</p>	Observacional, Analítico, Transversal	
	Objetivos específicos					
	Evaluar la asociación entre la violencia física y la presencia de síntomas depresivos en mujeres peruanas embarazadas.		<p>V.Independiente Factores Sociodemográficos</p> <p>V.Dependiente Violencia</p>	Factores sociodemograficos		
	Evaluar la asociación entre la violencia sexual y la presencia de síntomas depresivos en mujeres peruanas embarazadas.		<p>V.Independiente Tipos de violencia</p> <p>V.Dependiente Síntomas depresivos</p>	Tipos de violencia		
	Evaluar la asociación entre la violencia psicológica y/o verbal y la presencia de síntomas depresivos en mujeres peruanas embarazadas.		<p>V.Independiente Violencia familiar</p> <p>V.Dependiente Pensamientos suicidas</p>	Pensamientos suicidas		
Establecer la asociación entre la violencia familiar y pensamientos suicidas en mujeres peruanas embarazadas.			<p>V.Independiente Alta prevalencia de violencia</p> <p>V.Dependiente Edad</p>			
Determinar la asociación entre						

	<p>factores sociodemográficos y presencia de violencia en mujeres peruanas embarazadas.</p> <p>Determinar si la edad esta relacionada a una prevalencia más alta de violencia en mujeres peruanas embarazadas.</p>				
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD																																																						
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A																																																	
A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población																																																						
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SI", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3		
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																		
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																		
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																		
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																		
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																		
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																		
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																		
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																		
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																		
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																		
701	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 700: CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS</p>	<input type="checkbox"/>	CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS	<input type="checkbox"/>	703																																																	

