



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

**ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
EN MUJERES CON
DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

**Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar al
GRADO DE LICENCIADA/O EN
OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

CRISTIAN MARCIAL GUTIÉRREZ ROJAS

**VALDIVIA - CHILE
2005.**

PROFESORA/A PATROCINANTE

Sra. Estela Arcos G

Nombre

Firma

PROFESORA/A COPATROCINANTE

Sra. Irma Molina V.

Nombre

Firma

PROFESORA/A COLABORADOR/A

Dra. Myrna Uarac U.

Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

DEDICATORIA

A Dios padre, a quien debo todo lo que tengo y he logrado hasta ahora. Gracias por darme tu bendición, amistad, apoyo incondicional y la oportunidad de cumplir mi pequeño y gran anhelo. Gracias por darme las fuerzas para continuar trabajando.

A mis padres, por entregarme todo lo que he necesitado, principalmente amor y comprensión. A mi madre por su constante apoyo y motivación para seguir con esta etapa de mi vida. A mi padre por su amistad incondicional, respaldando mis planes y sueños. Muchas gracias, por estar a mi lado, aunque sea a la distancia. A mis hermanos y hermana, por su apoyo y a toda mi familia. A todos los quiero mucho.

A mi guía, Sra. Estela, quien me dio la oportunidad de trabajar en un área que me ha abierto puertas, tanto en el conocimiento científico, como en las experiencias de su labor en la investigación. Además, gracias por la oportunidad de trabajar con una respetable persona e investigadora y contar con el apoyo de una maestra y docente.

A todas aquellas personas que en el desarrollo de este trabajo, me brindaron su apoyo y ayuda, que fueron muchas y que tienen muy claro, mis más profundos agradecimientos. A las mujeres que participaron en el estudio y aportaron datos, con la confianza y agradecimiento de ser escuchadas.

A ti mujer, que a pesar del tiempo y los problemas, aún me apoyas y comprendes, te quiero mucho, gracias.

INDICE DE MATERIAS

CONTENIDO	PÁGINA
RESUMEN.	
SUMMARY.	
1 INTRODUCCIÓN.	3
2 MARCO TEORICO.	5
2.1 La salud mental.	5
2.1.1 Los trastornos mentales y conductuales.	5
2.1.2 Concepto de depresión.	5
2.1.3 Prevalencia de las alteraciones en la salud mental.	6
2.1.4 Diferencias de género en la prevalencia de la depresión.	6
2.1.5 Carga económica de los trastornos mentales y de comportamiento.	7
2.1.6 Trastornos del estado de ánimo.	8
2.1.6.1 Intensidad de los trastornos depresivos.	9
2.2 Violencia doméstica contra la mujer y consecuencias en su salud.	10
2.2.1 Concepto de violencia doméstica.	10
2.2.2 Prevalencia de la violencia doméstica contra de la mujer.	10
2.2.3 Prevalencia de la Violencia Doméstica en Contra de la Mujer en Chile.	11
2.2.4 Influencia de factores de riesgos en la prevalencia de la Violencia Doméstica en Contra de la Mujer.	13
2.2.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de las mujeres.	15
2.2.6 Consecuencias en la salud mental.	15
3 HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.	19
3.1 Hipótesis	19
3.2 Objetivos.	19

CONTENIDO	PÁGINA
4. MATERIALES Y MÉTODO.	21
4.1 Tipo de estudio.	21
4.2 Población en estudio y localización.	21
4.3 Definición de conceptos y variables.	21
4.4 Instrumentos y procedimientos para obtener mediciones.	23
4.4.1 Violencia doméstica.	23
4.4.2 Zona corporal de maltrato físico severo.	23
4.4.3 Intensidad de la violencia doméstica.	23
4.4.4 Perfil Sociodemográfico.	23
4.4.4.1 Antecedentes Personales de la mujer.	24
4.4.4.2 Antecedentes Personales de la Pareja.	24
4.4.5 Nivel socioeconómico.	24
4.4.6 Distribución del poder en la familia.	25
4.4.7 Datos de consulta en el nivel primario.	25
4.5 Certificación comité ética.	25
4.6 Prueba piloto.	25
4.7 Recolección de la información.	26
4.8 Procesamiento y análisis estadístico de los datos.	26
5 RESULTADOS.	28
6 DISCUSION.	35
7 CONCLUSIONES.	40
8 BIBLIOGRAFIA.	42

INDICE DE CUADROS, TABLAS Y GRAFICOS.

C - T - G		PÁGINA
C 1	Carga económica de los trastornos mentales.	8
C 2	Tasas por tipo de violencia ejercida por la pareja actual o anterior. Por 100 mujeres de 15 a 49 años en relación de pareja. Año 2001.	11
C 3	Tasas por tipo de VDCM ejercida por la pareja actual o anterior. Por estrato socioeconómico de 100 mujeres entre 15 a 49 años en RM. Año 2001.	12
C 4	Tasas de violencia física y/o sexual contra la mujer ejercida por la pareja actual o anterior. Por nivel educativo de 100 mujeres entre 25 a 19 años RM. Año 2001.	12
C 5	Factores asociados con la violencia inflingida por la pareja.	14
C 6	Somatización de la violencia doméstica.	16
C 7	Malestares físicos manifestados por mujeres atendidas por VIF. DOMOS. 1996 – 2000.	17
C 8	Emociones identificadas en mujeres atendidas por VIF en DOMOS. 1996 – 2000.	17
T 1	Prevalencia de la violencia doméstica y tipos de violencia en 59 mujeres con trastornos depresivos y ansiosos, Consultorio “San José de la Mariquina”, 2004.	29
G 1	Persona que reconocen como agresora en casos de violencia doméstica actual y en periodos de embarazo, según morbilidad de control en Programa Salud Mental. Consultorio San José de la Mariquina, enero-junio 2004.	29
T 2	Intensidad de violencia física remota y/o actual en mujeres atendidas en el Programa de Salud Mental, según morbilidad. Programa Salud Mental, Consultorio “San José de la Mariquina”, enero – junio 2004.	30
G 2	Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota adscritas al Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	31
G 3	Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota, según morbilidad control, Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	31

C - T - G		PÁGINA
T 3	Perfil biosociodemográfico de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	32
T 4	Perfil nivel socioeconómico y familiar de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control, Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	33
G 4	Proporción de mujeres con actividad remunerada y con dificultades con la pareja, población total, con VDM y según morbilidad en control, Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	33
G 5	Distribución de la demanda por atención de salud de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad control, Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004, Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.	34

RESUMEN

Se reconoce a violencia doméstica contra la mujer como uno de los factores desencadenantes de trastornos biomédicos, psicológicos y sociales. Estudios realizados en Chile, han reportado que mujeres que viven en un estado de agresión mantenida presentan síntomas como tensión y angustia, depresión, insomnio y pérdida de concentración.

Existe consenso que uno de los mayores problemas de la violencia doméstica es el silencio, puesto que es un evento que se produce entre seres que tienen lazos de afecto significativos. Lo anterior, ha determinado la necesidad de promover el uso de sistemas de tamizaje específicos para dimensionar la magnitud y trascendencia en grupos más vulnerables. Es por esto que el equipo de salud del Programa de Salud Mental (PSM), incorporó a su agenda de trabajo el estudio de la relación <violencia doméstica – depresión y/o trastorno ansioso>.

Por esto, se realizó este estudio de carácter exploratorio, para conocer la prevalencia de la violencia doméstica en mujeres controladas por depresión y/o trastorno ansioso en el PSM del Consultorio Rural de la ciudad de San José de la Mariquina. El propósito fue dimensionar la violencia doméstica como sustrato de patología mental ambulatoria, contextualizar sus características y probar la eficiencia de un sistema de tamizaje específico.

Los hallazgos empíricos reafirman a la violencia doméstica de género como predictor de patología mental y, muestran especificidades respecto al tipo de violencia, intensidad y zonas corporales de maltrato, junto con la descripción de variables más asociadas a estados depresivos. Los resultados presentados servirán de insumo para el diseño de estrategias integrales de intervención en salud y para innovaciones curriculares en la formación de recursos humanos universitarios en el área de la salud.

Palabras Claves: Salud Mental, Violencia Doméstica, Violencia de Género

SUMMARY

It is recognized to domestic violence against the woman as one of the factors that they determine biomedical, psychological and social disorders. Studies realized in Chile, have report that women who live in a condition of supported aggression present symptoms as tension and distress, depression, insomnia and loss of concentration.

Consensus exists that one of the major problems of the domestic violence is the silence, since it is an event that takes place between beings persons who have significant bows of affection. The previous thing, it has determined the need to promote the system use of tamizaje specifics for to know the magnitude and transcendency in more vulnerable groups. It is for this that the staff of health of the program of mental health (PSM) incorporated into his agenda of work the study of the relation domestic violence into depression and anxious disorder.

By this, I am made this study of exploratory character, to know the prevalencia of the domestic violence in women controlled by depression and / or anxious disorder in the PSM of the Rural Health Center of the city of San Jose of the Mariquina. The intention was to quantify the domestic violence as substratum of mental ambulatory pathology, to know his characteristics and the efficiency of a specific screening system.

The opposing finds reaffirm to the domestic violence of gender as predictor of mental pathology and, show specific results with regard to the type of violence, intensity and corporal zones of mistreatment, together with the description of variables most associated with depressive states. The presented finds will use as input for the design of integral strategies of intervention in health and, for innovations curricular in the formation of human university resources in health area.

Key words: Mental health, Domestic violence, Genre violence.

1. INTRODUCCION

Los trastornos de la salud mental son hoy un problema de primera importancia para la salud pública en el país, así lo demuestran los datos en relación a la incidencia que a comienzos de siglo había en nuestro país. Chile, figura en el primer lugar en incidencia de depresión (29,5%), en el segundo con la ansiedad (18,7%) y el sexto lugar en la dependencia del alcohol (2,5%). Los factores asociados con la aparición y evolución de estos trastornos son: la pobreza, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves, el género y el entorno sociofamiliar.

La depresión y la ansiedad, se presentan en la población con una diferencia de género, la cual indica una mayor proporción de mujeres con depresión que hombres (1,5:1 y 2:1), en estos son más frecuentes los trastornos de tipo toxicomaniáticos y de personalidad antisocial. La explicación para la mayor cantidad de mujeres afectadas por depresión, se relaciona con el entorno sociofamiliar moderno, en el cual están expuestas a una carga de responsabilidades ligadas a su rol social tradicional y ser parte fundamental de la fuerza de trabajo, donde enfrenta adicionalmente discriminación sexual y situaciones adversas que conllevan a la pobreza, el hambre, la mala nutrición, el exceso de trabajo y por último, lo que motiva este estudio, la violencia doméstica y sexual. Todo esto como ya se planteó, las expone a un mayor riesgo de padecer alteraciones en su salud mental, en especial los trastornos del estado del ánimo (DSM-IV).

Otro factor que influye que las mujeres sean más afectadas por trastornos del ánimo, se relaciona con el ámbito psicosocial; en el cual actualmente la población femenina se ve sometida a más agentes estresantes, tanto reales como subjetivos. Estos agentes tienen su origen en los roles que asume en los distintos niveles socioeconómicos, donde los numerosos papeles sociales que desempeñan, afecta su capacidad de modificar su entorno estresante a diferencia de los otros miembros de la comunidad.

Una especial atención para este estudio, es lo que ocurre en el entorno sociofamiliar de las mujeres afectadas por trastornos del estado de ánimo, en la última década, ha llamado la atención de los organismos de salud, el hecho de que estas son las principales víctimas de episodios de Violencia Intrafamiliar (VIF), llamada específicamente violencia doméstica en contra de la mujer (VDCM), la cual presenta una prevalencia global de 16% y 50%. Las consecuencias de este tipo de violencia, se asocia principalmente a la salud mental, ya que las expone a un mayor riesgo de padecer específicamente depresión y ansiedad. Muestra de esto, es lo ocurrido en Nicaragua, donde un estudio realizado destacó que la angustia emocional era

seis veces más prevalente en mujeres agredidas respecto a las que no habían sido agredidas, ahora bien, específicamente entre las que han padecido malos tratos graves durante el último año, la angustia emocional era 10 veces más frecuente que en las sin maltrato. En Chile, esta relación también ha sido observada, puesto que las agredidas presentan síntomas como tensión y angustia, depresión, insomnio y pérdida de concentración. En una agresión mantenida, el estado de ánimo entristecido e irritable podría pasar a un trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

En los ámbitos sociofamiliar y psicosocial, los hechos de violencia doméstica, se presentan con diferencias de género, tal como ocurre en los trastornos mentales más frecuentes. En los años recientes, se ha hecho visible el serio problema social representado por este tipo de violencia (“epidemia silenciosa”), tanto por su frecuencia como por las secuelas que tiene sobre las víctimas, y sobre todo en el entorno familiar. Se trata de un fenómeno complejo y multicausal, que requiere de un abordaje integral desde distintos sectores, partiendo por una detección e identificación de las víctimas con herramientas o instrumentos, que posean la sensibilidad y especificidad suficiente, para el posterior manejo clínico apropiado de las secuelas. Por esto, el presente trabajo, se basa en la aplicación de un test de tamizaje de violencia doméstica en mujeres que presentan trastornos del ánimo, en especial los más prevalentes como son la depresión y la ansiedad, siendo estos dos las principales consecuencias de las mujeres afectadas por esta “epidemia silenciosa”.

Nuestra labor profesional esta enfocada principalmente a la atención en salud de la población femenina, las cuales son las principales demandantes de atención en el nivel primario, sobre todo las afectadas por algún trastornos de su salud mental. En este nivel de atención es donde las/los profesionales matrones/as tienen una gran participación, siendo una instancia en la cual el ambiente de confianza, análisis integral y el enfoque biosicosocial y de riesgo, es la mejor oportunidad para la detección precoz de la violencia doméstica y sus consecuencias en las víctimas, tanto en el área de la salud mental y reproductiva, con mayor razón, si está encubierto por una morbilidad psicológica.

Por todo lo planteado anteriormente, el equipo de salud del programa de salud mental (PSM) incorporó a su agenda de trabajo el estudio de la relación <violencia doméstica contra la mujer – depresión y/o trastorno ansioso>. Este es un estudio de carácter exploratorio para conocer la prevalencia de la violencia doméstica en mujeres controladas por depresión y/o trastorno ansioso en el PSM del Consultorio Rural de la ciudad de San José de la Mariquina. El propósito fue dimensionar la violencia doméstica como sustrato de patología mental ambulatoria, contextualizar sus características y probar la eficiencia de un sistema de tamizaje específico. Los hallazgos presentados servirán de insumo para el diseño de estrategias de atención integral en el nivel primario de atención de salud.

2. MARCO TEORICO.

2.1 La salud mental.

Definir este concepto desde una perspectiva que abarque todos los aspectos incluidos en la salud mental de una persona, es necesario, integrar aspectos tales como: el bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, dependencia intergeneracional y el reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Se puede agregar la descripción de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, siendo capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera contribuyendo a sus comunidades (OMS/OPS. 1998). Por esto, el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales (OPS. 2003).

2.1.1 Los trastornos mentales y conductuales.

La manifestación de los trastornos mentales es el resultado del conflicto entre los factores individuales y grupales en interacción con el medio ambiente, produciendo malestar subjetivo, daño o incapacidad en el uso de las potencialidades psicológicas, incapacidad de lograr metas y conductas destructivas (MINSAL-Chile. 1997). La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define a estos trastornos, como un conjunto de síntomas que varían sustancialmente, y que se caracterizan por alguna combinación de anomalías de los procesos del pensamiento, de las emociones y de las relaciones con los demás (OMS a. 2001).

2.1.2 Concepto de depresión.

La clasificación más general utilizada para este trastorno afectivo, es depresión de tipo unipolar y bipolar, diferenciándose en las oscilaciones normales del estado de ánimo por su gravedad, por los síntomas y por su duración (OMS a. c. 2001).

La depresión unipolar es más común, se caracteriza por una sensación de tristeza, pérdida de interés en las actividades, disminución de la energía vital, pérdida de la confianza y la autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, menor capacidad de concentración, aparición de trastornos del sueño y la alimentación, también pueden concurrir diversos síntomas somáticos. Ahora bien, los episodios depresivos que se alternan con alegría o irritabilidad exageradas, es característico de un trastorno depresivo

bipolar, se asocia a episodios de manía con euforia, mayor actividad, excesiva confianza en sí mismo y dificultades para concentrarse (OMS a. 2001). Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, sobre todo después de sufrir reveses en la vida, sólo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas (OMS c. 2001; MINSAL-Chile, s.f.).

La depresión no es sólo un estado de ánimo bajo, es un síndrome, con un grupo de signos y síntomas cuyo diagnóstico se establece sobre la base de criterios estandarizados. En el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria (APS) de nuestro país, se ha optado por utilizar los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para la APS, que distingue entre episodios de depresión leve, moderada y severa (también denominados menor, mayor y grave). La diferenciación se basa en el juicio clínico y toma en cuenta la cantidad, el tipo y la severidad de los síntomas presentes (MINSAL-Chile. s.f.).

2.1.3 Prevalencia de las alteraciones en la salud mental.

Los trastornos de la salud mental son hoy un problema de primera importancia para la salud pública en Chile, así lo demuestran los datos en relación a la incidencia que a comienzos de siglo había en nuestro país. Nuestra capital figura en el primer lugar en incidencia de depresión (29,5%), en segundo con la ansiedad (18,7%) y el sexto lugar en la dependencia del alcohol (2,5%). Entre los factores que se pueden asociar a la prevalencia, aparición y la evolución de estos trastornos se destacan la pobreza, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves, el sexo y el entorno sociofamiliar, anexo 1 (OMS b. 2001; OMS 2004).

La OMS en el 2001 plantea que unos 450 millones de personas se ven afectadas por morbilidad mental, mostrando una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta. Afecta a una de cada cuatro personas en algún momento de su vida, en solitario o asociados a uno o más problemas orgánicos, especialmente los que afectan el estado del ánimo, como son la depresión y la ansiedad. Este tipo de trastornos son los más prevalentes a nivel mundial afectando a hombres y mujeres, sin diferenciar condición sociodemográfica ni país de origen (OMS a. b. c. d. 2001).

2.1.4 Diferencias de género en la prevalencia de la depresión.

Es el tipo de trastorno más prevalente a nivel mundial, es más frecuentes en mujeres, también lo es la ansiedad, en una proporción que habitualmente es de 1,5:1 y 2:1 respecto a los hombres, estos son más afectados por las toxicomanías y personalidad antisocial. Las diferencias entre las tasas de depresión de la población masculina y la femenina guardan una

estrecha relación con la edad, siendo máximas estas diferencias en la vida adulta, no existiendo en la infancia y son escasas en los ancianos (OMS b. 2001).

Estas diferencias son apoyadas por las cifras de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), publicadas por la OMS en Informe de Salud del 2003, en donde se destaca a la depresión unipolar como la principal causa de morbilidad entre las mujeres mayores de 15 años, ocupando el primer lugar con un 8,4% AVAD, en cambio, en los hombres de la misma edad, ocupa el cuarto lugar con un 4,8% (ALVERAS et al 2002).

En nuestro país, ocurre la misma situación, predominando en las mujeres los trastornos depresivos (Depresión Mayor y Distimia), trastornos ansiosos (Agorafobia, Trastornos de Pánico y Ansiedad Generalizada) y el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT). En los hombres alcanzan mayores frecuencias el Abuso y Dependencia de Alcohol y Drogas Ilícitas y la Personalidad Antisocial (ISIS – Internacional. 2000). La depresión ocupa el segundo lugar en Chile entre las primeras 15 causas de discapacidad en las mujeres (MINSAL- Chile. 1999).

Se han propuesto muchas explicaciones para la mayor prevalencia de los trastornos depresivos en la población femenina. No hay duda que desempeñan algún papel los factores genéticos o cuando menos biológicos, como lo indica en particular la estrecha relación temporal observada entre la mayor prevalencia y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que conllevan. Están bien documentadas las variaciones del estado de ánimo asociadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio. Sin embargo, en las diferencias entre los sexos, también tienen importancia los factores psicológicos y sociales (OMS c. 2001).

En la atención de salud de la población, la morbilidad psicológica encubierta o no resuelta, constituyen una de las causales del frecuente fenómeno de las poli consultas de mujeres a los servicios primarios. Las mujeres son las principales usuarias de los servicios de salud mental, pese a lo cual la oferta asistencial, en general, no se orienta a las necesidades propias de la mujer (MINSAL- Chile. 1997).

2.1.5 Carga económica de los trastornos mentales y de comportamiento.

Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a los trastornos mentales (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar), estos trastornos son responsables del 10% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Para el 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, siendo las causas más frecuentes los trastornos depresivos (OMS b. c. d. 2001; ___ f. 2004). Por otro lado están los componentes mensurables, entre los se encuentran las necesidades de

servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delincuencia e inseguridad pública y el impacto negativo de la mortalidad prematura, cuadro 1 (OMS b. 2001; ___ f. 2004).

Cuadro 1. Carga económica de los trastornos mentales.

	Costo de atención	Costo de productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de los servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/sufrimiento; efectos colaterales al tratamiento; suicidio.
Familia y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma.
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	—
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica (impuestos/seguro)	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; Enferm. generales no tratadas (necesidades no satisfechas); Exclusión social.

Fuente: OMS. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. 2004. Invertir en salud mental.

2.1.6 Trastornos del estado de ánimo.

Este tipo de trastornos son los más prevalentes a nivel mundial afectando a hombres y mujeres, sin diferenciar condición sociodemográfica ni país de origen (OMS a. 2001). Al describir este tipo de morbilidad psicológica, hay que tener presente que este tipo de morbilidades, son variadas y heterogéneas, afectando a distintos ámbitos psiquiátricos o mentales de las personas. Con el fin de ayudar a la descripción, se clasifican cada tipo de morbilidad psicológica, una categorización que data de 1.994, es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición* (DSM-IV), sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en el ámbito clínico e investigativo a nivel mundial (OMS c. 2001). Las alteraciones que afectan el estado de ánimo son clasificadas según el DSM-IV en:

1) **Trastornos depresivos:**

Trastorno depresivo mayor
Trastorno distímico
Trastorno depresivo no especificado

2) **Trastornos bipolares:**

Trastorno bipolar I

Trastorno bipolar II
Trastorno ciclotímico
Trastorno bipolar no especificado.

- 3) **Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica**
- 4) **Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias**
- 5) **Trastorno del estado del ánimo no especificado.**

Ahora bien, es excepcional encontrarse con depresiones que no presenten ansiedad, este tipo de trastorno evoluciona en un porcentaje muy alto con síntomas depresivos. Los síntomas de ansiedad son a menudo los más visibles, aún cuando se deban a un trastorno depresivo subyacente (MINSAL-Chile. s.f.).

2.1.6.1 Intensidad de los trastornos depresivos. En función del número y de la gravedad de los síntomas, un episodio depresivo puede clasificarse como leve, moderado o grave (OMS c. 2001). Cada una de estas categorizaciones presenta síntomas comunes o sinergia de ellos, cada intensidad se puede describir brevemente de la siguiente forma:

Episodio depresivo leve: La persona suele sentirse angustiada por los síntomas, normalmente puede seguir realizando la mayoría de sus actividades sociales y laborales pese a que les resulta difícil sostenerlas, están generalmente afligidos por los síntomas pero los toleran a su pesar (OMS c. 2001; MINSAL-Chile. s.f.).

Episodio depresivo moderado: Coexisten cuatro o más de los síntomas, algunos de estos pueden ser muy intensos y perturbadores, no están presentes los síntomas graves. La persona afectada tiene a menudo grandes dificultades para mantener su nivel de actividad social o laboral (OMS c. 2001; MINSAL-Chile. s.f.).

Episodio depresivo grave o severo: los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, se añade normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad, generalmente están muy angustiadas, una marcada agitación o inhibición puede dificultar su capacidad para describir los síntomas, también son frecuentes las ideas y los actos suicidas. El funcionamiento personal, social y laboral se ve seriamente limitado, además de los síntomas depresivos, se evidencian otros síntomas de gravedad: Psicosis, Manía, Dependencia de alcohol y/o drogas (OMS c. 2001; MINSAL-Chile. s.f.).

2.2 Violencia doméstica contra la mujer y consecuencias en su salud.

2.2.1 Concepto de violencia doméstica.

El término *violencia doméstica* se usa como sinónimo de violencia intrafamiliar (VIF), abuso conyugal o maltrato a las mujeres, pero cada acepción incluye o excluye a los diferentes actores de la violencia, ya sea, en su papel de receptores o ejecutores de la misma (VALDEZ et al 1997). Este tipo de violencia alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo relativamente estable. Esta se presenta de muchas formas, desde el homicidio, violación y maltrato por amenazas de violencia, asalto verbal y otras formas de intimidación (ALVERAS et al 2002). Es importante destacar que el término “violencia intrafamiliar” se utiliza por lo general al referirse a títulos de leyes o programas oficiales (OPS. 2003).

La convención de Belén do Pará en 1994, plantea una definición en la cual la violencia contra las mujeres comprende "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". También, es necesario destacar la declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en la que se incluye: “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.*” (ISIS – Internacional. 2000).

Al analizar estas dos definiciones, se puede tener una mejor comprensión del concepto y plantear que para poder trabajar en la prevención, detección y atención integral de las afectadas, es primordial tener en cuenta que este tipo de violencia incluye acciones dentro o fuera del hogar de una mujer y el perpetrador puede ser su esposo o compañero, pero también un extraño (VALDEZ et al 1997). Además, es necesario tener en cuenta que en el ciclo de vida de una mujer este hecho o evento puede afectarla en cualquier etapa, por ejemplo antes del nacimiento, como ocurre en algunos países donde existen los abortos selectivos según el sexo. Posteriormente puede presentarse al nacer, donde los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebés del sexo femenino y así continuar afectando a la mujer a lo largo de su vida (ISIS – Internacional. 2000).

2.2.2 Prevalencia de la violencia doméstica contra la mujer.

Claudia García-Moreno. 2001, afirma la violencia no es fácil de cuantificar, por la perduración de la “cultura del silencio”, sobretodo cuando se trata de abuso sexual en el seno de la familia. En América Latina, existe un subregistro importante y los casos que llegan a

registrarse, ya sea en la policía o en los servicios de salud u otros servicios sociales, pueden ser solo la punta del iceberg. Esta autora intenta dar a conocer, la magnitud real del problema, aunque destaca que es difícil. La prevalencia de la VDCM, puede variar de manera importante de un país a otro e inclusive dentro de un mismo país. En casi todos los estudios se utilizan definiciones distintas y miden aspectos diferentes de la violencia doméstica, dificultando la comparación de las cifras, anexo 2 (GARCÍA-MORENO C. 2001).

2.2.3 Prevalencia de la Violencia Doméstica Contra la Mujer en nuestro país.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2002), indica que en Chile ha sido el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) y el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), las entidades que han impulsado la realización de encuestas. Especialmente en las que se plantean estimaciones de magnitud, definida por la proporción de mujeres víctimas de violencia, con el fin de establecer la prevalencia de este tipo de violencia doméstica, anexo 3 (ALVERAS *et al* 2002).

CALVIN M. 2001, afirma que al revisar los datos presentados en el Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile (OPS/OMS. 2003), donde un 50,3% de las mujeres en la región metropolitana (RM) ha sido violentada alguna vez por su pareja, y el 23,2% de las mujeres fue objeto de violencia física (VF) y/o violencia sexual (VSX). La violencia psicológica (VP) es la más frecuente, ya sea sola o acompañada de VF y/o FSX, cuadro 2.

Cuadro 2. Tasas por tipo de violencia ejercida por pareja actual o anterior
Por 100 mujeres de 15 a 49 años en relación de pareja. Año 2001

Tipo de violencia.	RM	IX Región
Sólo psicológica	16,3	18,9
Física y psicológica.	13,2	11,1
Física, psicológica y sexual.	12,5	10,7
Sólo física.	5,9	2,8
Sólo sexual.	0,8	1,0
Otras combinaciones.	1,6	2,5
Total con violencia.	50,3	47,0
Sin violencia.	49,7	53,0
Total.	100,0	100,0

Fuente: OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile. 2003. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Chile. Serie Género y Reforma de la Salud 5.

En la RM la violencia doméstica está presente en todos los estratos socioeconómicos, existe una diferencia por niveles socioeconómicos en la prevalencia, viéndose que el 38,8% de las mujeres de los estrato socioeconómico alto y medio-alto, el 44,8% de los de estratos medios y el 59,4% de las de estrato bajo y muy bajo son o han sido víctimas de violencia de parte de su pareja, en el caso de la VP tiene prevalencia similar, en cambio, la VF y/o VSX tiene tasas mucho más altas en el estrato socioeconómico bajo, cuadro 3. El nivel educacional influye en la prevalencia de la VDCM, en la RM, se indica que la prevalencia de la VF y/o VSX es mayor para aquellas mujeres que tienen enseñanza básica o media incompleta, cuadro 4 (OPS/OMS. 2004).

Cuadro 3. Tasas por tipo de VDCM ejercida por pareja actual o anterior. Por estrato socioeconómico de 100 mujeres entre 15 a 49 años en R.M. Año 2001.

Nivel socioeconómico	Violencia Psicológica	Violencia Física y/o sexual
Alto y medio alto	12,1	26,7
Medio	18,0	26,8
Bajo	16,6	42,8

Fuente: OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile, 2003. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Serie Género y Reforma de la Salud 5.

Cuadro 4. Tasas de VF y/o VSX contra la mujer ejercida por pareja actual o anterior. Por nivel educativo de 100 mujeres entre 15 a 19 años en R.M. año 2001.

Nivel educacional de la mujer	%
Básica o media incompleta.	40,0
Media completa.	29,1
Enseñanza superior.	28,5

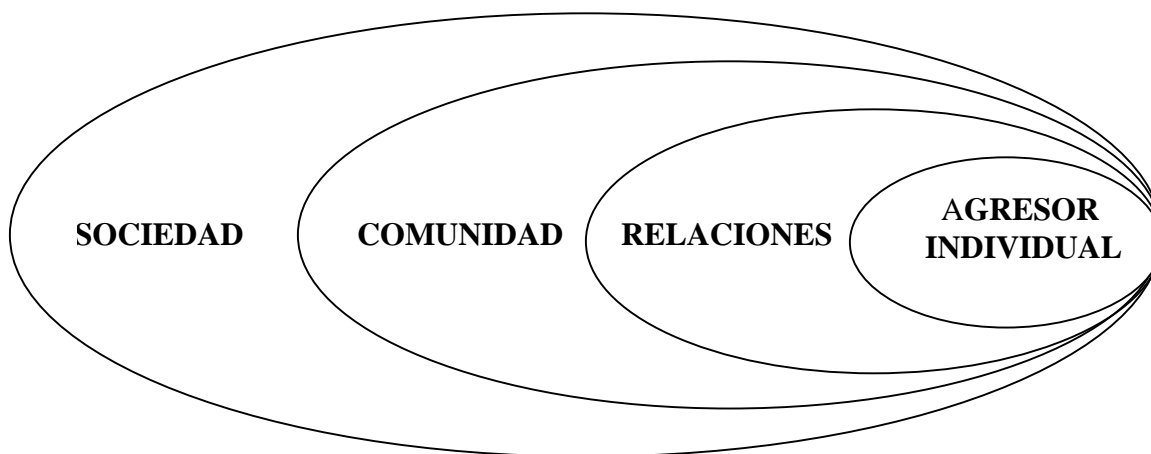
Fuente: OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile, 2003. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Serie Género y Reforma de la Salud 5.

2.2.4 Influencia de factores de riesgos en la prevalencia de la Violencia Doméstica en Contra de la Mujer.

La violencia doméstica tiene su origen en una variedad de aspectos socioculturales, estos tiene como base los siguientes acontecimientos: la construcción de la identidad femenina y la masculina; la asignación de roles diferenciados y autoexcluyentes para hombres y mujeres; la valoración discriminada de la femineidad y la masculinidad y por ultimo, en la distribución de poder dentro de la familia. En este ultimo hecho, lleva a la pareja y la familia al desarrollo de formas coercitivas de control y segregación, las cuales se manifiestan en una amplia gama de acciones entre las que se encuentran las expresiones violentas (VALDEZ et al 1997).

Según la OPS, la existencia de factores de riesgo, como el abuso de alcohol y de drogas, la pobreza y el hecho de presenciar o sufrir violencia en la niñez, contribuyen a la prevalencia y a la severidad de la violencia contra las mujeres. En general es un problema que obedece a múltiples causas, estos hechos están influenciados por factores sociales, económicos, psicológicos, jurídicos, culturales y biológicos. El modelo ecológico de violencia contra la mujer propuesto por Heise (1998), deja más en claro la interacción de factores sociales, económicos y psicológicos, los cuales contribuyen a la presencia o no de la violencia, cuadro 5 (OPS 2003; GARCÍA-MORENO C 2001).

Modelo ecológico de factores asociados con la VDCM



Ravazzola C. et al 1989¹, clarifica que al enfocar el análisis en las relaciones de pareja, es donde las características de la organización familiar facilitan la aparición del fenómeno de violencia. En la familia destaca la presencia de una organización jerárquica fija e inamovible,

¹ Ravazzola, C. ; A. Daskal. 1989. "La enfermedad nuestra de cada día", Revista Sistemas familiares. 5 (2). En: Larraín S. 1994. Violencia puertas adentro; Mujer golpeada. Ed. Santiago de Chile, Editorial Universitaria. 28-30.

basada en la creencia de desigualdades naturales, además de un sistema de autoridad en que el poder se organiza en concordancia con las jerarquías. También resulta considerable una modalidad relacional cercenadora de la autonomía y de la diferenciación entre los miembros de la familia, así como una circulación de estos significados de modo que no llegue a visualizarse el abuso. Contribuyen además, en la exposición y silencio del episodio de violencia, circunstancias tales como: el aislamiento social, el stress, la duración del matrimonio, el número de hijos.

La violencia al interior de la pareja suele darse en ciclos; la interacción varía desde períodos de afecto y comunicación, a períodos de tensión y golpes. Diversas investigaciones comprueban el vínculo entre una cultura patriarcal y la violencia en la familia, es así como Straus, Gelles y Steinmetz², establecen una relación entre la presencia de violencia hacia la mujer en la pareja y el patrón de comportamiento en la toma de decisiones, la violencia es menor mientras mayor es la participación igualitaria (VALDEZ *et al* 1997; LARRAÍN S. 1994).

Cuadro 5. Factores asociados con la violencia infligida por la pareja.

Sociedad	-Normas que otorgan a los hombres el control sobre el comportamiento de las mujeres. -Aceptación de la violencia como una forma de resolver los conflictos. -Idea de la masculinidad vinculada con la dominación, el honor o la agresión. -Papeles rígidos para cada sexo.
Comunidad	-Pobreza. Posición socioeconómica baja, desempleo. -Asociación con compañeros delincuentes.
Relaciones	-Aislamiento de las mujeres y de la familia. -Conflictos conyugales -El varón controla el patrimonio y la toma de decisiones en la familia. -Ser varón.
Agresor Individual	-Presenciar violencia conyugal durante la niñez. -Padre ausente o que lo rechaza. -Sufrir abusos durante la niñez. -Consumo de alcohol.

Tomado de: Heise. Ellsberg y Gottemoeller 1999.

Fuente: OPS. 2003. Capítulo 1: La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos.

² Straus, M.; R. Gelles; S. Steinmetz. 1980. Behind closed doors: violence in the American family, Doubleday & Co Inc., New York. *En:* Larraín S. 1994. Violencia puertas adentro; Mujer golpeada. Ed. Santiago de Chile, Editorial Universitaria. 28-30.

2.2.5 Consecuencias de la violencia doméstica en la salud de las mujeres.

Las consecuencias de esta violencia, se pueden presentar con un carácter de no mortales y mortales. Ahora bien, dentro de los compromisos no mortales, pueden adoptar formas de lesiones físicas, comenzando en cortes menores y equimosis a discapacidad crónica o problemas de salud mental (OMS/OPS. 1998). Son cada vez más numerosas las pruebas y mayor la concientización en los servicios de salud y las personas encargadas de formular las políticas, sobre los resultados negativos para la salud causados por este tipo de violencia, siendo asociada con riesgos y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y la muerte (OPS. 2003). Las consecuencias de características mortales pueden ser por homicidio intencional, lesiones permanentes, SIDA o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia, cuadro 6 (OMS/OPS. 1998).

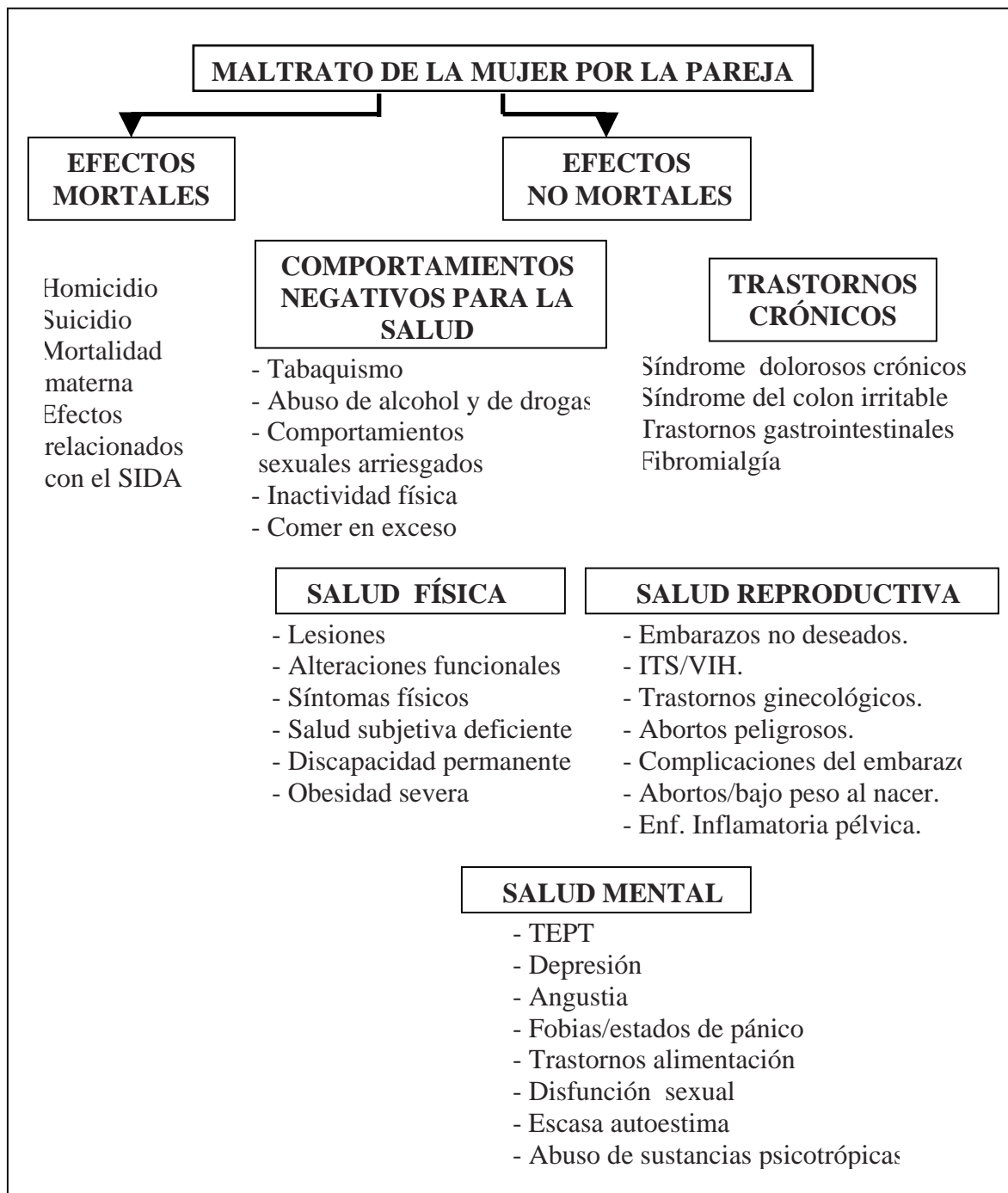
En nuestro país el Centro de Desarrollo de la Mujer, DOMOS, trabajó entre los años 1996 y 2000 con 1.012 mujeres que recibieron atención psicosocial y jurídica para enfrentar y detener la situación de VDCM. En esta población en estudio, se encontró que las consecuencias de la violencia doméstica en la salud o los malestares físicos que manifestaban estas mujeres, los trastornos del sueño y dolores de cabeza (jaquecas) se presentaban en mayor frecuencia, cuadro 7. Todos estos malestares son relacionados con la salud mental o el ámbito psicoafectivo de las víctimas de agresión y pueden ser subjetivos o evidentes (OPS/OMS. 2004; MINSAL-Chile. 1997).

2.2.6 Consecuencias en la salud mental.

Desde 1997 la salud mental constituye una de las 16 prioridades de salud pública y clínica definidas por el MINSAL. El Plan de Salud Mental y Psiquiatría para el quinquenio 2000-2005 orienta la acción de los servicios hacia los problemas y grupos de población en la que se encuentran mujeres y adultos afectados por VIF, con un 33,6% de mujeres afectadas, se estima que por cada 1000 que consultan en Atención Primaria, el 60% presentarán una situación de violencia grave (OPS/OMS. 2004). La violencia doméstica puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer y muchas experimentan múltiples episodios durante sus vidas, pero los efectos pueden ser acumulativos sobre su salud y el desarrollo de sus capacidades cognitivas, afectivas, económicas y de relación (OPS. 2003).

En nuestro país el mismo estudio realizado por DOMOS, respalda que las principales consecuencias de la violencia doméstica afectan a la salud mental de las víctimas. Esta investigación incluyó en la entrevista inicial, en el mismo grupo de mujeres, la identificación de emociones percibidas al estar expuestas a VIF, en estas mujeres se presenta con mayor frecuencia los sentimientos de culpa en un 79% de las afectadas, cuadro 8 (OPS/OMS. 2004).

Cuadro 6. Somatización de la violencia doméstica.



Fuente: Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999

Adaptado de: OPS. 2003. Capítulo.1: *La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos.*

Cuadro 7. Malestares físicos manifestados por mujeres atendidas por VIF. DOMOS. 1996 – 2000.

Tipo de Trastorno	%
Trastornos gastrointestinales.	22
Colon irritable.	28
Dolores de huesos.	47
Trastornos alimenticios.	54
Dolores musculares.	64
Trastornos del sueño.	66
Dolores de cabeza, jaquecas.	77

Fuente: OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile. 2003. Proyecto Género. Equidad y Reforma de la Salud. Chile. Serie Género y Reforma de la Salud_5.

Cuadro 8. Emociones identificadas en mujeres atendidas por VIF. DOMOS 1996 – 2000

Emociones Identificadas	%
Baja autoestima.	60
Angustia.	60
Estrés tensión.	73
Miedo – temor.	76
Sentimientos depresivos.	78
Sentimientos de culpa.	79

Fuente: OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile. 2003. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Chile. Serie Género y Reforma de la Salud_5.

En Chile, la asociación entre Violencia Basada en el Género (VBG) y los trastornos depresivos, tiene mayor relación con las mujeres expuestas a violencia sexual, donde se ve afectada la salud mental de las víctimas. Según el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, estas mujeres declaran sufrir con mayor frecuencia angustia (58%), depresión (56,8%), alteraciones del sueño (53,1%) y estrés (50,6%). Más del 30% de las mujeres reportó padecer angustia y depresión durante un período de 5 o más años. Otra de las

consecuencias psicológicas que se presentan en estas mujeres, es el trastorno estresante post-traumáticos (TEPT), que alcanzaba a 3% de las consultantes en 1999 (CALVIN M. 2001).

KELSEY H et al 2004, exploró esta misma asociación, pero en este caso entre la depresión y cualquier tipo de abuso por parte de la pareja o ex-pareja de mujeres que asisten a recibir atención en el nivel primario de atención y en un país más desarrollado económicamente. En forma descriptiva estudió a 1.257 mujeres atendidas entre 16 a 50 años, un 18,0% de mujeres se les clasificó como una “probable depresión”, según la Escala de Edimburgo, el 24,1% había experimentando algún tipo de abuso en su relación actual, según una escala compuesta de abuso. Dentro de las conclusiones de este estudio, destaca que las mujeres deprimidas tenían apreciablemente más probabilidades de haber experimentado el abuso combinado severo, en comparación con mujeres que no eran clasificadas como deprimidas, ajustando después para otras variables de sociodemográficas significativas. Se comprobó además la hipótesis de que este tipo de violencia es un predictor de trastornos depresivos y se pudo apreciar que la violencia doméstica contra de la mujer, esta también presente en países desarrollados y con las mismas consecuencias en la salud mental de las víctimas.

La OMS toma en cuenta estas consecuencias sobre la salud mental, sobre todo al analizar los resultados encontrados en Nicaragua. Un país de menor desarrollo, se encontró que entre las mujeres en situación de angustia emocional las denuncias de malos tratos conyugales eran seis veces más frecuentes que entre las mujeres que no sufrían tal angustia. Asimismo, entre las mujeres que habían padecido malos tratos graves durante el último año, la angustia emocional era 10 veces más frecuente que entre las mujeres que nunca los habían sufrido (Ellsberg et al 1999; OPS. 2003).

Los resultados de los estudios presentados, destacan asociación entre la VDCM y la mayor prevalencia de trastornos depresivos. Los resultados encontrados en países con distintas realidades socioeconómicas y culturales distintas, han sido tomado en cuenta por la OMS, principalmente como ejemplo y fundamento claro para ser considerado, primero para la atención en salud directa de mujeres con trastornos del estado del ánimo, considerado dentro de un análisis integral con un enfoque biosicosocial y de riesgo. Por otro lado, esta misma asociación puede ser tomada en cuenta para la posterior formulación y toma de decisiones en el ámbito de la salud pública en los países en que este hecho o problemática sea detectado precozmente y en con mayor razón, si esta encubierto por una morbilidad psicológica (OMS c. 2001).

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

3.1. Hipótesis.

H₀: La violencia doméstica no es un predictor de trastornos de salud mental en mujeres (depresión y trastorno ansioso).

H₁: La violencia doméstica es un predictor de trastornos de salud mental en mujeres (depresión y trastorno ansioso).

H₂: La intensidad de la violencia doméstica padecida por las mujeres, define la intensidad del trastorno de salud mental (depresión y trastorno ansioso).

3.2. Objetivos.

Definir prevalencia, tipos e intensidad de la violencia doméstica en mujeres con trastornos depresivos y ansiosos a través de la aplicación de un test de tamizaje.

Establecer las zonas corporales del maltrato físico.

Establecer y comparar los parámetros sociodemográficos y tipo de trastorno depresivo de las mujeres expuestas y no expuestas al maltrato.

Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos de las mujeres con depresión y/o trastornos ansiosos con la exposición a violencia doméstica.

Estimar la asociación entre la intensidad de la violencia doméstica y la intensidad de la depresión y trastorno ansioso.

Estimar la asociación entre las manifestaciones prevalentes de maltrato y la intensidad de los estados depresivos y ansiosos.

Definir asociación entre los factores sociodemográficos de mujeres expuestas a violencia y la intensidad de ésta.

Conocer características de la distribución de poder dentro de las familias de las mujeres y su relación con trastorno depresivo y ansioso.

Estimar y comparar el número de consultas en la atención primaria de salud de las mujeres afectadas por trastornos mentales (depresión y ansiedad), entre las afectadas y no afectadas por violencia doméstica.

4. MATERIALES Y METODO.

4.1 Tipo de estudio.

Retrospectivo polietápico, descriptivo-correlacional, no experimental, en mujeres con diagnóstico de trastornos del ánimo. La medición de variables retrospectivamente, implica que la valoración no es a ciegas y puede ser influida provocando un sesgo de observación, para evitarlo, se utilizara instrumentos con preguntas estructuradas para la recolección de la información y así no afectar la validez y confiabilidad de los datos, aplicándolos en forma idéntica en ambos grupos.

4.2 Población en estudio y localización.

En 75 mujeres con depresión y/o trastorno ansioso en control en el PSM del Consultorio de Salud Rural, enero a junio 2004. San José de la Mariquina es una comuna de la provincia de Valdivia, X° región de Los Lagos. Se entrevistó a 59 mujeres, conformándose el *grupo índice* (8) con las mujeres sin violencia doméstica detectada y el *grupo testigo* (51) fue conformado por las con violencia detectada. De la población total de 75 mujeres, 16 mujeres se perdieron para el estudio, un caso por fallecimiento, dos luego de visitar su domicilio por negación a participar. En cinco casos no ubicables, sin domicilio y teléfono actual. Las últimas ocho no se lograron contacto, dos se encontraban fuera de la región, según datos de los vecinos.

4.3 Definición de conceptos y variables.

Depresión: De acuerdo al concepto y variedad de manifestaciones clínicas planteado en el marco teórico, además debe tener una duración de por lo menos dos semanas. No debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental orgánico. Ocurre en ausencia de síntomas maníacos. Los episodios eufóricos concomitantes o en la historia personal del paciente orientan hacia un trastorno bipolar (antes llamado maníaco-depresivo) (según Guía Clínica para la Atención Primaria, la depresión detección, diagnóstico y tratamiento. Programa de diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria. MINSAL-Chile). *Depresión Leve:* persona suele sentirse angustiada por los síntomas, pero normalmente puede seguir realizando la mayoría de sus actividades sociales y laborales pese a que les resulta dificultoso sostenerlas, están generalmente afligidos por los

síntomas pero los toleran a su pesar. *Depresión Moderada*: Coexisten cuatro o más de los síntomas, algunos de estos pueden ser muy intensos y perturbadores, pero no están presentes los síntomas graves. La persona afectada tiene a menudo grandes dificultades para mantener su nivel de actividad social o laboral. *Depresión Severa*: los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, se añade normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad, generalmente están muy angustiadas, una marcada agitación o inhibición puede dificultar su capacidad para describir los síntomas, también son frecuentes las ideas y los actos suicidas; el funcionamiento personal, social y laboral se ve seriamente limitado; a parte de los síntomas depresivos, se evidencian otros síntomas de gravedad: Psicosis. Manía. Dependencia de alcohol y/o drogas (según Guía Clínica para la Atención Primaria. la depresión detección. diagnóstico y tratamiento. Programa de diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria. MINSAL – Chile). *Violencia doméstica*: cualquier acción o conducta de abuso o maltrato de cualquier tipo, por parte de la pareja (novio. esposo o concubino) actual o anterior y/o otra persona. *Violencia doméstica emocional*: abuso o maltrato con conductas coercitivas, intimidación verbal, humillación e insultada verbalmente. *Violencia doméstica física*: abuso o maltrato con agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes. *Violencia doméstica física remota*: abuso o agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes, posterior al último año. *Violencia doméstica física actual*: abuso o agresión física con golpes de pies y puños, empujones, lesiones o contusiones, quemaduras y cortes en el último año. *Violencia doméstica durante el embarazo*: abuso o maltrato de cualquier tipo, con patrón repetitivo de la pareja (novio, esposo o concubino) actual o anterior y/o otra persona durante la gestación. *Intensidad de la Violencia*, severidad y magnitud de los actos de violencia doméstica, que son clasificados en tres categorías: *Violencia doméstica Leve*: actos de abuso o maltrato que incluyan amenazas de abuso incluso con uso de armas, cachetadas, empujones sin causar lesiones y/o dolor duradero. *Violencia doméstica Moderada*: actos de abuso o maltrato que incluyan golpes de manos y/o pies, contusiones, cortes que causen dolor duradero, zamarrear, contusiones severas, quemaduras y fracturas. *Violencia doméstica Severa*: actos de abuso o maltrato que incluyan lesiones internas y/o permanentes. *Áreas de agresión*: zona corporal en donde es agredida habitualmente, identificado en el bosquejo del cuerpo. *Poder*: capacidad potencial de una persona O de inducir a otra persona P hacia (o contra) un movimiento o cambio en una dirección dada, dentro de una zona de conducta dada, en un tiempo dado, (Álvarez ML. 1982)³.

Variabes biosociodemográficas adicionales: Edad actual; Estado civil actual; Tiempo de unión de pareja; Escolaridad; Religión; Procedencia; Previsión; Tipo de trabajo remunerado; Dificultades de pareja por trabajo; Motivo para trabajar; Número de personas en la casa y Personas que viven en su casa. Antecedentes Personales de la Pareja: Edad; Estado civil; Escolaridad; Actividad; Religión; Procedencia y Previsión.

³ Álvarez ML. 1982. Deprivación y familia; Análisis de la familia urbana con hijos menores. 1ª edición. Eds.1982. INTA, Santiago Chile, Edit. Universitaria. 52-53.

4.4 Instrumentos y procedimientos para obtener mediciones.

4.4.1 Violencia doméstica.

Para detectar casos de mujeres bajo violencia doméstica, se usó el test de screening de Valoración de Violencia (Abuse Assessment Screen), instrumento elaborado por McFarlane J et al⁴, validado por Norton L.B et al⁵, anexo 4. Este test evalúa el tipo de violencia (física y/o emocional), historia de violencia remota y actual, violencia durante el embarazo y persona agresora para el último año y durante el embarazo.

4.4.2 Zona corporal de maltrato físico severo.

Para la identificación de la zona anatómica donde el maltrato físico ha sido más severo, sobre un bosquejo anatómico de un cuerpo femenino en vista anterior y otra posterior, anexo 5. Se solicitó marcar con un círculo, el área anatómica o zona corporal donde ha recibido el maltrato físico más severo.

4.4.3 Intensidad de la violencia doméstica.

La valoración de la intensidad del maltrato físico remoto y/o actual, se realizó con categorías ordinales, cada categoría contenía descripciones de acciones o actos de violencia, la entrevistada elegía una categoría que mejor represente los actos de maltrato, marcándose una categoría por relato, anexo 5. Estas categorías son agrupadas en *Violencia Doméstica física Leve*: Amenazas verbales de abuso incluso con amenaza de uso de arma; cachetadas, empujones sin causar lesión y/o el dolor duradero. *Violencia Doméstica Física Moderada*: Golpes de manos (combos), patadas (puntapiés), contusiones (machucones o moretones), cortes y/o dolor permanente, golpes fuertes, contusiones severas, quemaduras, fracturas (huesos rotos). *Violencia Doméstica física Severa*: Contusiones en la cabeza (TEC), lesiones internas y/o lesiones permanentes, uso de armas y heridas de arma.

4.4.4 Perfil Sociodemográfico. (descripción textual y con criterios del INE)

El registro de los datos se realizó a través de un cuestionario realizado para este estudio, anexo 6 y 7. Consta de 19 preguntas cerradas, para la obtención de los siguientes datos:

⁴ McFarlane J et al. 1992. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA 1992 267: 3176-3178.

⁵ Norton L et al. 1995. Battering in Pregnancy: An Assessment of two Screening Methods. Obstetrics & Gynecology 85(3): 321-325.

4.4.4.1 Antecedentes Personales de la mujer: Edad actual (años cumplidos); Estado civil actual (Soltera, Casada, Conviviente, Separada, Otro); Tiempo de unión de pareja (en años, Si no vive con la pareja especificar el tiempo que dura la relación); Escolaridad (Analfabeta, Básica incompleta, Básica completa, Media incompleta, Media completa, Otro), anexo 6; Religión (Católica, Protestante, Testigo de Jehová, No tiene, Otro.); Procedencia (Urbano, Rural); Previsión (No tiene, Asegurada, A.F.P., Pensión Invalidez, Subsidio Municipal, Otro); Tipo de trabajo remunerado (No tiene trabajo remunerado, Remunerado dentro del hogar, Remunerado fuera del hogar, Otro); Dificultades de pareja por trabajo (Sí, No, No trabaja); Motivo para trabajar (Principal causa: Porque no recibe dinero de su pareja. Por necesidad / el ingreso no alcanza. Porque aunque tiene lo principal, aspira a vivir mejor. Para distraerse del trabajo de la casa. Porque le gusta / por satisfacción. Para poder ser más independiente. Para desenvolverse mejor en la vida/ para realizarse. Porque es el único sostén de la casa. Otra. No trabaja), anexo 7; Número de personas en la casa (sin contar a empleados domésticos, si los hay); Personas que viven en su casa (Suegro y/o su suegra, Hijos(as) casados, Otros parientes de Ud., Otros parientes de su pareja, Otras).

4.4.4.2 Antecedentes Personales de la Pareja: Edad (años cumplidos); Estado civil (Soltero, Casado, Conviviente, Separado, Otro); Escolaridad (Analfabeto, Básica incompleta, Básica completa, Media incompleta, Media completa, Otro); Actividad (No tiene, Estudiante, Obrero, Técnico, Profesional, Otro); Religión (Católico, Protestante, Testigo de Jehová, No tiene, Otro), anexo 8; Procedencia (Urbano, Rural); Previsión (No tiene, Asegurada, A.F.P., Pensión Invalidez, Subsidio Municipal, Otro), anexo 6.

4.4.5 Nivel socioeconómico.

Fue calculado usando el índice establecido por Álvarez ML. et al⁶, en el cual se realiza la estratificación social a través de una escala que, según su autora, permite encontrar las diferencias dentro de un mismo nivel socioeconómico cuando se trabaja con grupos homogéneos. El formato de encuesta, anexo 7, contiene 13 ítems relacionados con: tamaño de la familia, presencia del padre en el hogar, escolaridad del padre o jefe de hogar, actividad del jefe de hogar, si cuenta o no con seguridad social, vivienda: calidad, tenencia, tamaño, antecedentes de hacinamiento, disposición de agua potable y excretas, recolección de basuras, función específica de la cocina e implementarán del hogar, anexo 10. Esta escala Específica da un total de 13 variables, lo que arroja un total de 13 puntos como mínimo y 78 como máximo, La escala comienza en 13 puntos, en consecuencia, a 78 hay que restarle 13 para dividir en 5 tramos teóricos 65 y esto dividido por cinco intervalos de 13 puntos. Entonces la escala teórica es: Nivel Alto= 13 puntos; Nivel Medio Alto= 14-26 puntos; Nivel Medio= 27-39 puntos; Nivel Medio Bajo= 40-52 puntos; Nivel Bajo= 52-65 puntos y Miseria= 66-78 puntos.

⁶ Álvarez ML et al. 1982. Mediciones del nivel socioeconómico bajo en familias con lactantes desnutridos. Arch. Latinoam. Nutr 32 (3): 650-662.

4.4.6 Distribución del poder en la familia.

Medidos a través de un instrumento elaborado y validado por Álvarez ML.⁷, anexo 8, constituido por 9 ítems: organización del hogar; educación de los hijos; permisos a los hijos; distribución del dinero; planes del futuro; relaciones con familiares; invitación de amigos; elección de distracciones y lugar de vacaciones. Para cada variable se definen dos categorías a las cuales se les asigna un puntaje de 1 a 3 puntos. La suma de los puntos se lleva a una escala que define la estructura de poder en tres categorías: 9 = Polarización del poder; 9.1 a 18 tendencia a la igualdad y 18.1 a 27 igualdad.

4.4.7 Datos de consulta en el nivel primario.

Recolectados de sistemas convencionales de información, ficha clínica y registros adicionales. La recolección de datos fue en relación a la consultas morbilidad médica y de especialidad, consulta psicólogo, consulta matrona, consulta asistente social, consulta dental, consulta kinesiólogo y otros.

4.5 Certificación comité ética.

El proyecto fue sometido a evaluación por el Comité de Ética de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, el cual aprobó y respaldó la ejecución del estudio. Además por intermedio de esta entidad, la Universidad Austral de Chile también respaldó la ejecución de esta investigación.

4.6 Prueba piloto.

Se solicitó autorización al equipo de salud del Centro de Salud Familiar de Niebla, comuna de Valdivia, a quienes se les presentó el proyecto. Luego del adiestramiento del investigador en la aplicación de los instrumentos, se realizó la aplicación del instrumento diseñado, en 10 mujeres en las dependencias del consultorio, previo consentimiento informado de la población, anexo 9. Se configura una base de datos con la información recabada. El procesamiento y análisis estadístico de datos se realizó con el programa computacional Epi Info. Con esta información se corrigieron las preguntas que resultaron confusas para facilitar la comprensión y confianza de la entrevistada. Se agregaron tres variables de interés sugeridas por el equipo de salud: número de hijos, peso, talla e índice de masa corporal de las mujeres entrevistadas.

⁷ Álvarez ML. 1988. La familia en riesgo: Un instrumento de diagnóstico. Editorial Universitaria, Santiago de Chile

4.7 Recolección de la información.

En la segunda etapa se realizó el catastro de la población en estudio a través de la revisión de los archivos de tarjetas y fichas del PSM. 75 mujeres cumplieron con los criterios de inclusión: diagnóstico de ingreso depresión y/o trastorno ansioso. La convocatoria se realizó a través de citaciones personales a domicilio y llamadas telefónicas para mujeres del sector urbano. Las mujeres rurales fueron contactadas a través de la radio local y una lista entregada en distintas dependencias del Consultorio, invitando a ponerse en contacto con el investigador o la fecha de su próxima visita a la ciudad. Se informó a cada mujer de los objetivos del estudio garantizando privacidad, confidencialidad, anonimato y libertad de decidir su participación. 59 mujeres dieron su consentimiento informado, anexo 9. La médico jefe del PSM aplicó el test de tamizaje de violencia doméstica y el estudiante tesista el cuestionario con las otras variables. Las entrevistas fueron realizadas en dependencias del consultorio en una entrevista cara a cara.

4.8 Procesamiento y análisis estadístico de los datos.

El procesamiento de los datos obtenidos, comenzó con la codificación y crítica de la información obtenida. Configurándose bases de datos brutas y depuradas, en el programa Microsoft Office Excel 2003, para funciones básicas de los tres tipos de variables: *Dependiente*, correspondiente a la depresión y/o trastornos ansiosos; *Independientes*, considerándose a la Violencia doméstica, Área de maltrato físico severo e Intensidad de la violencia doméstica; *Adicionales*: datos sociodemográficos, nivel socioeconómico, distribución del poder en la familia y demanda por atención en nivel primario.

El plan estadístico se realizó en siete etapas: 1) Especificación de todos los datos recogidos para los diferentes tipos de variables definidas en el diseño de la investigación. 2) Planificación de la codificación y formas de tabulación de los datos. Se realizó una lista de las variables, los tipos de códigos para cada uno de los datos expresados en categorías, rangos o valores absolutos. 3) Análisis de las categorías para cada variable en todos los instrumentos de medición considerados en el estudio, procedimientos de cálculo de escalas e índices, y procedimientos computacionales. 4) Prueba del plan de análisis de los datos, ensayo de los procedimientos de codificación, cálculo de índices, tabulación y procesamiento de los datos, con una unificación final de criterios frente a los procedimientos seleccionados. 5) Supervisión por parte de la unidad de control de los datos del estudio en la recolección oficial de datos en las diferentes modalidades establecidas en terreno y de los datos sociodemográficos y biomédicos de la mujer. 6) Se aplicó un programa de uniformidad y validez de los datos introducidos a la computadora. 7) Elaboración de los archivos de datos, programas monitores de procesamiento, análisis estadístico preliminar y final de los datos. Los datos fueron analizados usando estadísticas descriptivas de frecuencia absoluta, relativa y relativa ajustada,

además de estadísticas de posición y dispersión según el tipo de variable. La significancia estadística de diferencias entre los grupos se determinó mediante el test de Student para grupos, ji cuadrado para comparar diferencias de proporción entre los grupos y análisis de independencia. Se calculó riesgos relativos a un nivel de confianza del 95%, presentando la información en tablas y gráficos. Se considerará estadísticamente significativo un $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

De las 59 mujeres entrevistadas, corresponde al 78,7% del total controlada en el PSM en el período 1 de enero al 30 de junio del año 2004, el 72,9% estaba siendo tratada por depresión y el 27,1% por trastorno ansioso. El 76,7% de las mujeres presentaba depresión moderada.

La prevalencia de violencia doméstica, según datos registrados en las fichas clínicas previo al ingreso al PSM, era de 32,2%, de las cuales 47,4% fue derivada a profesionales que brindan soporte psicosocial. Según registros en fichas del PSM, la prevalencia identificada por sistemas de detección específico fue 57,6% en la población total, 65,1% en mujeres controladas por depresión y 37,5% en mujeres con trastornos ansiosos.

La prevalencia de violencia doméstica detectada por aplicación de test de tamizaje fue 1,5 veces más alta (RR 1,2-1,9. IC 95%. $p < 0,05$) que la detectada por los sistemas específicos vigentes utilizados por el equipo de salud PSM y, 2,7 veces mayor a la identificada por el equipo de salud del consultorio. La prevalencia de violencia doméstica en la población total fue 86,4%, en mujeres controladas por depresión 88,4% y en mujeres con trastornos ansiosos 81,3%. La modalidad violencia emocional fue la más reconocida por las mujeres entrevistadas (83,1%). Una de cada 4 mujeres reconoció maltrato en el último año y una de cada tres fue maltratada durante sus embarazos. No hubo diferencias significativas según patología mental por la cual estaba siendo controlada en el PSM. $p \geq 0,05$, tabla 1.

La violencia doméstica actual y en períodos de embarazo corresponde a violencia de género, porque tanto en la población total en estudio (75 mujeres) como por patología mental, la persona reconocida como agresora fue fundamentalmente la pareja y ex pareja. Lo anterior, se reafirma especialmente para mujeres controladas por depresión, gráfico 1. Respecto al perfil del agresor corresponde a hombres entre 27 y 44 años, con baja escolaridad (básica incompleta 36,4%. y media incompleta 27,3%), obrero (72,7%), con sistema provisional (90,9%) y que profesa algún tipo de religión (81,8%).

Moderada fue la intensidad del maltrato ocasionado a 1 de cada 2 mujeres con experiencias de violencia física remota y actual (58,8%), seguido por intensidad severa y/o leve en igual proporción, no hubo diferencias significativas según patología mental, tabla 2. Frente a la consulta sobre cuáles fueron las tres zonas corporales donde fue agredida con mayor severidad, en orden de secuencia para cada caso, indicaron con mayor frecuencia el

área de cabeza, cara y cuello, seguida por tórax - abdomen y extremidades, gráfico 2. En mujeres con depresión los golpes más severos fueron ocasionados preferentemente en cabeza, cara y cuello, mientras que aquellas con trastornos ansiosos hubo mayor diversidad en la distribución corporal, gráfico 3. $p>0,05$.

Tabla 1. Prevalencia de la violencia doméstica y tipos de violencia en 59 mujeres con trastornos depresivos y ansiosos. Consultorio “San José de la Mariquina”. 2004.

Prevalencia	Total		Mujeres con Depresión		Mujeres con T. Ansiosos	
	N=59	%	N=43	%	N=16	%
Violencia	51	86,4	38	88,4	13	81,3
Violencia física remota	34	57,6	26	60,5	8	50,0
Violencia emocional	49	83,1	36	83,7	13	81,3
Violencia física actual (ultimo año)	13	22,0	11	25,6	2	12,5
Violencia física en embarazos	18	32,1	13	32,5	5	31,3

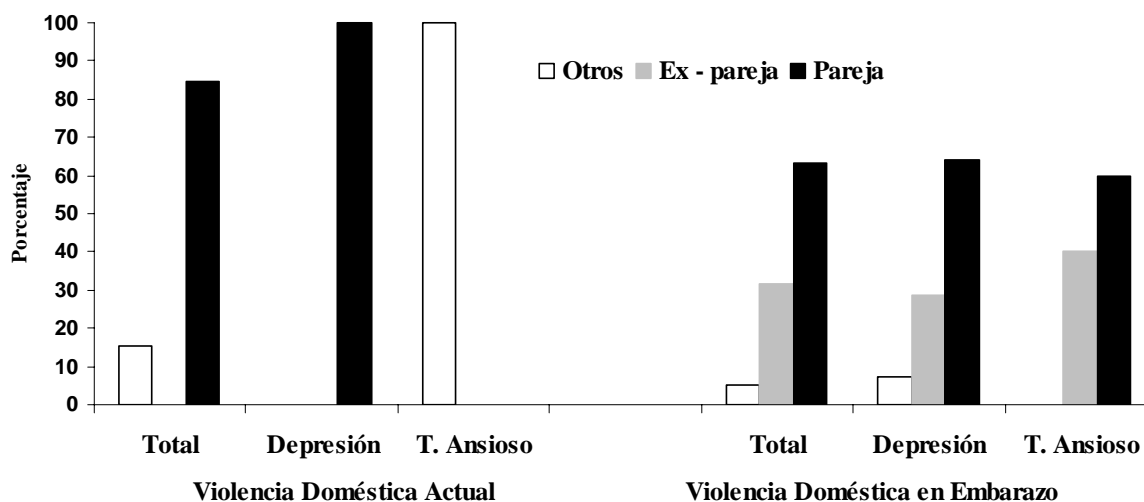


Gráfico 1. Persona que reconocen como agresora en casos de violencia doméstica actual y en periodos de embarazo, según morbilidad de control en Programa Salud Mental. Consultorio San José de la Mariquina, enero-junio 2004.

El perfil biosociodemográfico de las mujeres con experiencias de violencia doméstica, muestra que 1 de cada 2 tenía sobre 40 años, una de cada cuatro tenía sobre 50 años y/o menos de 30 años. Estas edades marcan la relación de violencia doméstica con tres etapas del ciclo de vida en la salud de la mujer: salud sexual, salud reproductiva, climaterio y salud mental y, tránsito a la adultez mayor. Con mayor frecuencia reportaron escolaridad básica completa, dueña de casa, con actividad laboral remunerada (45,1%) y de procedencia urbana (70,6%). Con pareja el 78,4%, con convivencia promedio de 15 años, y con 2 a 3 hijos. Tres de cada cuatro mujeres presentaban condición nutricional de sobrepeso y/u obesidad. De las mujeres que tenían actividad remunerada la mayoría reconoce dificultades con su pareja por el hecho de trabajar, situación que fue más frecuente en mujeres con depresión, $p > 0,05$, gráfico 4. El índice de poder en el hogar se concentró siempre y más en la mujer que en la pareja (58,5%). con igual tendencia para mujeres con depresión (55,8%) y trastorno ansioso (71,5%), $p \geq 0,05$. El perfil de las mujeres con depresión muestra que en mayor proporción viven con pareja, son más dependientes económicamente, con familias más numerosas y, hay una mayor proporción que residen en zonas rurales. $p < 0,05$, tabla 3 y 4.

Tabla 2. Intensidad de violencia física remota y/o actual en mujeres atendidas en el Programa de Salud Mental, según morbilidad. Programa Salud Mental, Consultorio “San José de la Mariquina”, enero – junio 2004.

Intensidad de Violencia Física	Depresión		Ansiedad		T o t a l	
	n = 26	%	n = 8	%	N = 34	%
Leve	7	26,9	0	0,0	7	20,6
Moderada	14	53,8	6	75,0	20	58,8
Severa	5	19,2	2	25,0	7	20,6

Respecto a la demanda por atención de salud antes de ingresar al PSM (revisión de fichas clínicas 12 meses previos), en mujeres con experiencias de violencia doméstica se encontró que recurren preferentemente a la consulta morbilidad médica en consultorio, con baja proporción de demanda por atención de otros profesionales. Ninguna mujer recibió asistencia social, gráfico 5. La única diferencia observada entre mujeres con y sin experiencias de violencia doméstica fue una mayor variabilidad de demanda espontánea por consulta médica en consultorio (media 4,3 vs 3,3, Chi cuadrado de Bartlett's = 5,438 g. libertad = 1 valor-p = 0,01). No se encontraron diferencias según morbilidad de control en PSM. $p \geq 0,05$.

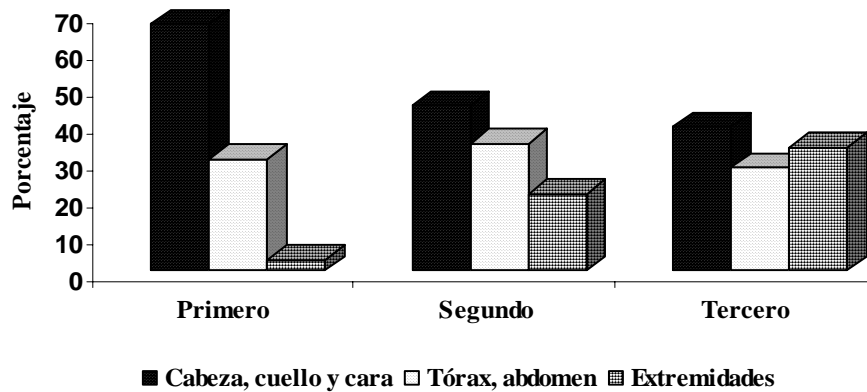


Gráfico 2. Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota adscritas al Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

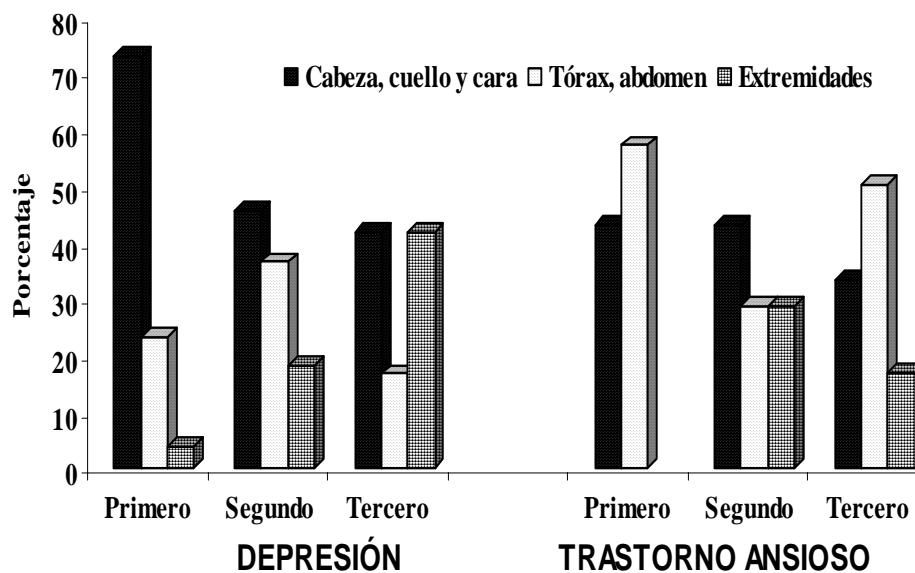


Gráfico 3. Distribución corporal del maltrato físico de mayor intensidad reconocido por 34 mujeres, con experiencias de violencia doméstica física remota, según morbilidad control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

Tabla 3. Perfil biosociodemográfico de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

Variables sociodemográficas	Categorías	Depresión		T. Ansiosos		Total	
		n = 38	%	n = 13	%	N = 51	%
Edad	≤ 40 años	23	60,5	4	30,8	27	52,9
	41 - 55 años	12	31,6	7	53,8	19	37,3
	> 55 años	3	7,9	2	15,4	5	9,8
Índice Masa Corporal	> 24.9	28	73,7	8	61,5	36	70,6
Convivencia¶	Con pareja	34	89,5	6	46,1	40	78,4
	Sin pareja	4	10,5	7	53,8	11	21,6
Escolaridad	≤ 8 años	17	44,7	4	30,8	21	41,2
	> 8 años	21	55,3	9	69,2	30	58,8
Religión	Con	34	89,5	12	92,3	46	90,2
	Sin	4	10,5	1	7,7	5	9,8
Es jefa de hogar? ¶	Si	6	15,8	7	53,8	13	25,5
	No	32	84,2	6	46,2	38	74,5
Actividad laboral remunerada¶	Si. en el hogar	3	7,9	3	23,1	6	11,8
	Si. fuera del hogar	11	28,9	6	46,1	17	33,3
	No	24	63,1	4	30,8	28	54,9
Previsión	Con	22	57,9	4	30,8	26	50,9
	Sin	16	42,1	9	69,2	25	49,0
Procedencia¶	Urbana	26	68,4	10	76,9	36	70,6

¶ Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$

Tabla 4. Perfil nivel socioeconómico y familiar de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural. San José de la Mariquina.

Variables		Depresión		T. Ansioso		Total	
		N=38	%	N = 13	%	N = 51	%
Nivel socioeconómico	Nivel Medio Alto.	1	2,6	0	0	1	2,0
	Nivel Medio.	22	57,9	7	53,8	29	56,9
	Nivel Medio Bajo.	12	31,6	5	38,5	17	33,3
	Nivel Bajo.	3	7,9	1	7,7	4	7,8
Número hijos o hijas	Media	2,833		2,846		2,837	
	Mínimo	1		1		1	
	Máximo	4		2		2	
Tamaño familia¶	1 a 3 personas	8	21,1	7	53,8	15	29,4
	4 a 6 personas	26	68,4	6	46,2	32	62,7
	7 a 9 personas	4	10,5			4	7,8

¶ Diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$

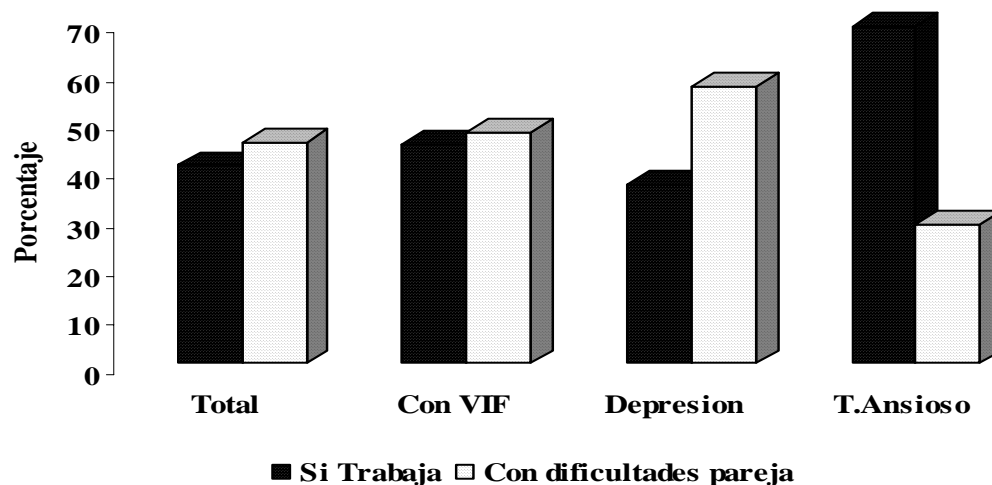


Gráfico 4. Proporción de mujeres con actividad remunerada y con dificultades con la pareja, población total, con VDM y según morbilidad en control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004. Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

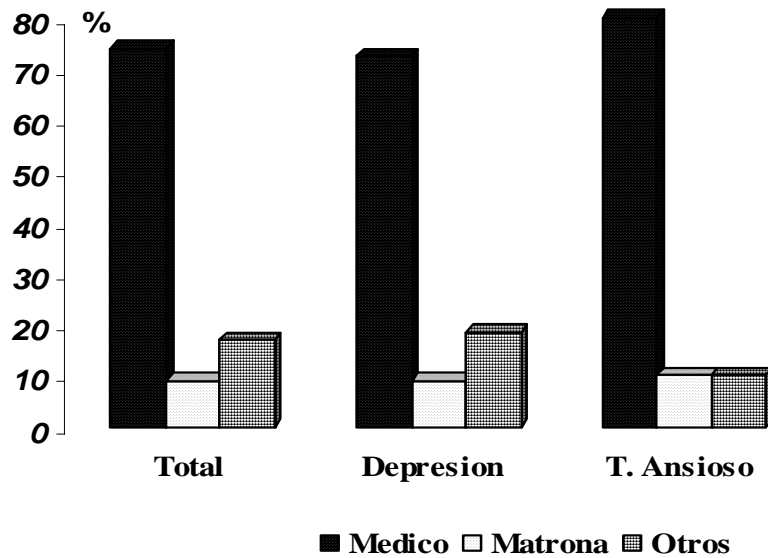


Gráfico 5. Distribución de la demanda por atención de salud de mujeres con experiencias de violencia doméstica, según morbilidad control. Programa de Salud Mental, enero a junio del 2004, Consultorio Salud Rural, San José de la Mariquina.

6. DISCUSION

En la población estudiada se reafirma la evidencia empírica que cuando se utiliza un sistema de detección específico para violencia doméstica, ésta se hace visible (TAYLOR W. et al 1991; Mc FARLANE J. 1991). En este estudio, la prevalencia de experiencias de violencia doméstica fue 1,5 veces más alta a la detectada por los sistemas específicos vigentes utilizados por el equipo del PSM en el nivel primario de salud y, 2,7 veces mayor a la identificada por el equipo de salud del consultorio. Otros estudios reportan que sólo 1 (0,8%) de las mujeres entrevistadas había reportado espontáneamente experiencias de abuso a los profesionales del centro de salud vs 60,3% que se pesquisó con la aplicación de un test de tamizaje (ARCOS E, et al 2001), de la misma manera, un 22% a 35% de mujeres que solicitaron atención en un servicio de urgencia debido a violencia doméstica, los médicos la habían detectado sólo en un 5% de todos los casos (TAYLOR W. et al 1991; ABBOTT J. et al 1995; Mc FARLANE J. et al 1991).

Los resultados observados respaldan la decisión del uso del test de tamizaje en una población controlada por depresión y/o trastorno ansioso en el nivel primario de salud. Esta acción se basó en el conocimiento de la relación entre violencia doméstica y problemas de salud mental de los cuales la depresión y trastornos ansioso son una de sus expresiones más frecuentes (ALIAGA P. 2003). Se ha señalado que las mujeres están sujetas a la fuerte presión que suponen para ellas diversas desventajas impuestas por motivos de sexo y en muchos casos son víctimas de la violencia física y sexual que determina altas tasas de trastornos de depresión y ansiedad (OMS e. 2001). Un estudio realizado por EPES (Educación Popular en Salud) en la comuna de San Ramón, Chile, mostró el gran deterioro en la salud mental de las mujeres que viven violencia sexual, donde el 58% declaró sufrir angustia, 56,8% depresión, 53,1% alteraciones del sueño y 50,6% estrés, Más del 30% reportó padecer angustia y depresión durante un período de 5 y más años (CALVIN ME. 2001).

Las mujeres silencian y minimizan las experiencias de violencia, debido a vergüenza individual, culpa, lealtad al agresor, temor de recriminación y tabúes sociales asociados con la victimización (FISCHBACH R. et al 1997). Las mujeres suelen denunciar espontáneamente el maltrato tras una dilatada historia de agresiones y, cuando se da una serie de circunstancias que permite que la denuncia se convierta en una expectativa real de separación del agresor y/o de protección (MORENO F. 1999). En este estudio, conviene tener en cuenta que cuando las mujeres reconocen en su entrevistadora a la persona que le brinda apoyo ante los problemas de salud mental que enfrentan, casi 9 de cada 10 mujeres, que están en control por depresión y/o trastorno ansioso, reconoce experiencias de violencia doméstica, siendo la violencia emocional la más frecuente. En relación con la percepción de la violencia doméstica en mujeres en

período de climaterio se ha constatado la percepción de violencia psicológica hacia el interior de las familias, expresada en gritos, amenazas y desvalorizaciones. Estos resultados son señalados por la autora que encontró un 55,2% de la violencia psicológica en mujeres en etapa de climaterio (ORTIZ M. 1999). En este estudio la frecuencia de violencia emocional fue de 72,2% en mujeres que tenía entre 45 y 55 años. La posible relación entre la perimenopausia, menopausia y aparición de trastornos afectivos es un tema controvertido. En general, los estudios longitudinales realizados en la población general no han corroborado que durante la perimenopausia exista un incremento significativo del riesgo de depresión, a excepción de la menopausia quirúrgica (MONTERO I. et al 2004). Es posible que los daños que presentan las mujeres en su salud mental, en esta y otras etapas del ciclo vital, constituyan una denuncia de un estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valoración, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de autopostergación (CALVIN ME. 2001; BLANCO P. et al 2004). Por otra parte, estudios sobre el impacto de la violencia doméstica en etapas del ciclo de vida relacionadas con la reproducción, muestran evidencias de maternidad forzada producto de la violación dentro y fuera del matrimonio, maltrato frecuente a embarazadas adolescentes, contagio de infecciones de transmisión sexual y aumento de la morbilidad-mortalidad materna e infantil (VALDEZ R. et al 2004; ARCOS E. et al 2003; ARCOS E. et al 2001; CASTRO R. et al 2004; ESPINOZA H. et al 2005). Respecto a como se podría ver afectada la salud sexual de las mujeres con experiencia de violencia doméstica, la literatura reciente destaca la relación entre prácticas sexuales de alto riesgo con enfermedades mentales y violencia doméstica, entre personas infectadas con SIDA. En una muestra de personas adultas infectadas por VIH 12,6% reportaron relaciones violentas antes de su diagnóstico (WOLFE R. 2003).

Cinco de las siete prioridades de salud mental corresponden a problemas originados por las condiciones sociales y políticas del país como en los efectos de aprendizajes culturales vinculados a las desigualdades de género (CALVIN ME. 2001; PEREZ C. 2004). Esto se debe tener en cuenta cuando los resultados encontrados muestran que fue la pareja quién ocasionó el maltrato físico en el último año (84,4%) y durante los períodos de embarazo (63,2%), especialmente para mujeres controladas por depresión. En este estudio las mujeres con depresión y violencia doméstica reconocida, en mayor proporción viven con pareja, son más dependientes económicamente, los golpes de mayor intensidad los reciben en cabeza, cara y cuello. Adicionalmente, viven con familias más numerosas y en mayor proporción residen en zonas rurales, $p < 0,05$. Para ellas, es más evidente que se trata de violencia de género. Sobre esto se ha señalado que la socialización diferencial de género, esto es, la construcción cultural de lo "femenino" y lo "masculino" sobre la base biológica del sexo, define relaciones entre hombres y mujeres basadas en la subordinación, con una distribución asimétrica del poder (ALIAGA P. 2003). La mayoría de los estudios indican que entre un 30% a 75% de las mujeres adultas con parejas están sujetas a abuso psicológico y, entre un 10% a 30% de ellas sufren violencia física (BUVINIC M. et al 2003). Se estima que en el mundo entre un 16 y un 52% de las mujeres experimenta violencia física por parte de sus compañeros y este porcentaje

no se puede saber con certeza por el carácter "privado" con el que cuenta el tema de la violencia (ALIAGA P. 2003).

La violencia de género asume distintas formas, desde la violencia emocional (insultos, amenazas) a la violencia física (empujones, golpes, disparos, ataque con arma blanca, muerte). Se refiere a violencia que particularmente ejercen sus parejas (cónyuges, convivientes, novios), mediante malos tratos, golpes y amenazas, mediante la agresión verbal, el encierro o confinamiento doméstico, la restricción de medios económicos, el ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, llegando en casos extremos a amenazas de muerte y homicidios (PEREZ C. 2004). Los resultados encontrados en este estudio sobre intensidad de la violencia doméstica física muestran, en los grados más frecuentes (moderada 58,8%), el uso de golpes de manos (combos), patadas (puntapiés), contusiones (machucones o moretones), cortes y/o dolor permanente, golpes fuertes, contusiones severas, quemaduras y fracturas.

La descripción de las características sociodemográficas muestra una población con indicadores socioeconómicos deficientes respecto a escolaridad y tipo de ocupación del jefe de hogar. Se ha señalado que la condición socioeconómica define conductas y la asociación entre pobreza y violencia es una hipótesis que se ha planteado en forma reiterada (MORENO F. 1999). La pobreza no es en sí la causa directa de la conducta violenta, más bien la pobreza está asociada con el estrés adicional que causa incertidumbre, precarias condiciones económicas y el hacinamiento, es decir, la hipótesis de la frustración – agresión (BUVINIC M. et al 2003; MORENO F. 1999). MORENO F. 1999, afirma que las mujeres que trabajan reciben menos violencia de sus parejas, basándose en que la relación habitual con personas ajenas al grupo familiar es un factor inhibitor de la violencia en el hogar y, modifica creencias y actitudes favorecedoras del maltrato. Sin embargo, en los resultados encontrados, en este estudio, ocurre lo contrario, debido a que hubo una alta proporción de las mujeres con experiencia de violencia doméstica dificultades con la pareja por tener trabajo remunerado (47,6%).

Hoy existe una conciencia más amplia de que cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, religión o condición social, esta expuesta o es vulnerable a sufrir violencia y abusos de poder en su relación de pareja. La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Según las Naciones Unidas, hasta 1991 sólo 22 países del mundo industrializado habían concedido a las mujeres iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonio, divorcio y propiedad familiar (RUIZ-PEREZ I. et al 2004). Los resultados observados en la distribución del poder en el hogar, obtenidos en mujeres con experiencias de violencia doméstica, muestran que el poder estaba siempre y/o más en la mujer, es decir, el mayor poder de decisión en cuestiones de organización familiar era de las mujeres agredidas. Con este hallazgo se hace necesario precisar que la división entre el espacio privado y el espacio público está determinado por un razonamiento cultural del patriarcado

latinoamericano sobre especificidades de lo masculino y lo femenino (PEREZ C. 2004; LUENGO G. 2005). Así, con frecuencia se encuentran documentos que sostienen que las mujeres han sido excluidas del espacio público porque su espacio natural es el privado, sin embargo, parece obvio que su estatus en el espacio privado, es decir, el tener a cargo la organización del espacio privado, las ha excluido y limitado aún más sus derechos en el espacio público. Lo cierto es que hoy se aprecia con mucha más claridad que la violencia masculina es un comportamiento con finalidad y no una reacción explosiva sin sentido. Se entiende que los comportamientos violentos tienen propósito: imponerse sobre la mujer, ganar dominio sobre ella, controlar su forma de vivir, de pensar o actuar. Por eso pareciera más apropiado utilizar la palabra abuso como sinónimo de violencia, pues al imponerse el hombre sobre la mujer (ya sea usando su fuerza física, económica o social) está negando necesidades de ella, su voluntad y sus derechos, todo lo cual constituye un abuso de poder (PEREZ C. 2004).

La magnitud de la violencia doméstica encontrada y las fuertes implicaciones en el campo de la salud pública, salud mental y de derechos humanos se debe asumir la responsabilidad de una intervención (ARCOS E. et al 2001; FISCHBACH R. et al 1997; MCCAULEY J. et al 1995; ELLSBERG M. et al 1996). En su diseño se debe tener en cuenta que los datos cuantitativos presentados son importantes para documentar la magnitud del problema, pero insuficientes para contextualizarlo. La violencia doméstica es un fenómeno social complejo, contradictorio que presenta una diversidad en las formas y consecuencias y que está profundamente enclavado en los valores culturales y sociales (FISCHBACH R. et al 1997). El abordaje epidemiológico clásico de «factores de riesgo», centrado en el agresor o en la víctima es incompleto. Desde la epidemiología social se han propuesto modelos que proporcionen un «marco ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer. Hoy en Chile, se está produciendo un profundo proceso de transformación de los roles sociales para hombres y mujeres, lo que obliga a plantear nuevos estudios con el objetivo de evaluar las diferencias actuales en las tasas de morbilidad psiquiátrica y los factores de riesgo asociados. Los resultados condicionarán no sólo la formulación de nuevas hipótesis relevantes, sino la adecuada selección de estrategias de estudio y la elaboración de válidos y fiables instrumentos de medida (MONTERO I. et al 2004).

Es perentorio conocer las formas, el contexto y las consecuencias de la violencia para formular una respuesta desde la salud pública. Para contextualizar se requiere una aproximación metodológica complementaria a lo cuantitativo, que considere la triangulación de métodos cualitativos (BREITH J. 1994). De esta manera se dispondrá de la información adecuada para, *por una parte*, agregar una nueva dimensión al enfoque epidemiológico del conocimiento de factores y sus interacciones en los diferentes ambientes culturales de la violencia doméstica contra la mujer (CORIN E. 1996; ALLEN-MEARES P. 1995; RUIZ-PEREZ I. et al 2004) y, *por otra*, diseñar estrategias que reemplacen el modelo de la mujer como víctima y del hombre como victimario, es decir, la implementación de un modelo que

promueva relaciones de género igualitarias cimentadas en el respeto mutuo de derechos humanos, solidaridad y complementariedad de roles. Para esto, se requiere un cambio social y de actitudes que reduzcan la estigmatización y los estereotipos negativos, para determinar un mejoramiento de la dignidad, salud y bienestar de la mujer, pareja y familia.

Gran parte de la estigmatización y estereotipos negativos que afectan a las redes de apoyo, a las que acuden las mujeres maltratadas, se debe a la falta de información y entrenamiento sobre causas de violencia doméstica, frecuencia y necesidades de soporte psicológico y social. Lo anterior, define la urgencia por entregar información precisa a los políticos, las instancias decisorias, el público en general y los medios informativos. La difusión de datos sobre violencia doméstica es un instrumento fundamental para reducir los prejuicios y consecuencias que ocasiona a las mujeres (OMS e. 2001; RUIZ-PEREZ I. et al 2004). Pensamos que este es el principal aporte que hace este estudio cuando replantea a la violencia doméstica como un sustrato de problemas de salud mental y salud pública. La sociedad para enfrentar este problema requiere formación de recursos con pertinencia, esto es, desarrollo de competencias laborales que permitan a los y las profesionales reconocer las señales sociales, para enseguida, ejecutar acciones que permitan fortalecer la resiliencia de las personas que viven en contextos vulnerables. Esta es una de las tareas pendiente que tiene la educación superior.

7. CONCLUSIONES.

El estudio de violencia doméstica constituyó un desafío teórico, empírico y metodológico, porque implicó aproximarse a un problema muy complejo, de origen multicausal y que se oculta. La violencia doméstica tiene como marco de referencia el secretismo e intimidad, porque produce vergüenza, temor y se relaciona con el entorno de afecto más significativo para las víctimas. La violencia intrafamiliar, en especial la que ejerce la pareja contra de la mujer, constituye un problema emergente, de alto riesgo de daño para la salud física y mental de las personas pero, cuya prevalencia es difícil de precisar.

La violencia doméstica en contra de la mujer es una de las principales violaciones de los derechos humanos. Además, es el sustrato de diversas manifestaciones psicosomáticas <depresión y trastorno ansioso las más frecuentes>, razón por la cual se ha convertido en un problema prioritario de salud pública.

La aplicación de un sistema específico de tamizaje permitió visualizar la violencia doméstica con una prevalencia 1,5 veces más alta (RR 1,2-1,9, IC 95%, $p < 0,05$) que la detectada por los sistemas específicos vigentes utilizados por el equipo de salud PSM y, 2,7 veces mayor a la identificada por el equipo de salud del consultorio. La prevalencia de violencia doméstica en la población total fue de 86,4%, en mujeres controladas por depresión 88,4% y en mujeres con trastornos ansiosos 81,3%.

De las 59 mujeres entrevistadas, 78.7% del total controladas en el programa de Salud Mental (PSM) en el período 1 de enero al 30 de junio del año 2004, el 72.9% estaba siendo tratada por depresión y el 27.1% por trastorno ansioso. El 76.7% de las mujeres presentaba depresión moderada.

La violencia doméstica actual y en períodos de embarazo correspondió a violencia de género, porque tanto en la población total como por patología mental, la persona reconocida como agresora fue fundamentalmente la pareja y ex pareja.

La violencia doméstica se contextualizó en relaciones asimétricas de género originada en la desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Entre los factores sociodemográficos relacionados está distribución del poder en el hogar concentrado siempre y más en la mujer

que en la pareja (58,5%), con igual tendencia para mujeres con depresión (55,8%) y trastorno ansioso (71,5%), $p \geq 0,05$.

Moderada fue la intensidad del maltrato ocasionado a 1 de cada 2 mujeres con experiencias de violencia física remota y actual, siendo cabeza cara y cuello la zona corporal donde fue agredida con mayor severidad.

El perfil biosociodemográfico de las mujeres con experiencias de violencia doméstica demostró que 1 de cada 2 tenía sobre 40 años y, una de cada cuatro tenía sobre 50 años y/o menos de 30 años. Estas edades marcan la tendencia de la relación de violencia doméstica con el comportamiento de la salud de las mujeres en tres etapas del ciclo de vida individual.

El perfil de las mujeres con depresión mostró que en mayor proporción viven con pareja, eran más dependientes económicamente, tienen familias más numerosas y, hubo una mayor proporción con residencia en zonas rurales.

Se comprobó falta de competencias del equipo de salud del nivel primario de atención de salud para reconocer la violencia doméstica, lo que como consecuencia determinó un escaso soporte psicosocial y jurídico para la víctima. En contraste, los resultados obtenidos por el equipo de salud del PSM y los de esta investigación respaldan la acción de aplicar sistemas específicos de tamizaje para violencia doméstica.

Lo anterior, define la urgencia por entregar información y capacitación sobre la magnitud y trascendencia de violencia doméstica a políticos, instancias decisorias de salud, educación y justicia, al público en general y a los medios informativos, para reducir los prejuicios y consecuencias que ocasiona el maltrato a las mujeres, familia y comunidad.

Pienso que este es el principal aporte que hace este estudio cuando replantea a la violencia doméstica como un sustrato de problemas de salud mental y salud pública. La sociedad para enfrentar este problema requiere formación de recursos con pertinencia, esto es, desarrollo de competencias laborales que permitan a los y las profesionales reconocer las señales sociales, para enseguida, ejecutar acciones que permitan fortalecer la resiliencia de las personas que viven en contextos vulnerables. Esta es una de las tareas pendientes que debe abordar la educación superior.

8. BIBLIOGRAFIA.

ABBOTT, J. ; R. JOHNSON ; J. KOSIOL-MCLAIN ; S. LOWENSTEIN. 1995. Domestic Violence Against Women: Incidence and Prevalence in a Emergency Department Population. *Journal of American Medical Association (JAMA)*. 273 (22) 1763-1767.

ALMÉRAS, D. ; R. BRAVO ; V. MILOSAVLJEVIC ; S. MONTAÑO ; RICO MN. 2002. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe Una propuesta para medir su magnitud y evolución, ONU, CEPAL- SERIE Mujer y desarrollo. (40): 21-28, (Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/UnidadMujer/4/LCL1744/>)

ALIAGA, P. ; S. AHUMADA ; M. MARFULL. 2003. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*. 68(1): 75-78

ALLEN-MEARES, P. 1995. Applications of qualitative research: Let the work begin. *Social Work Research*. 19 (1): 5-7.

ARCOS, E. ; I. MOLINA ; A. REPOSSI ; M. UARAC ; P. RITTER ; L. ARIAS. 2000. Prevalencia y perfil de la violencia doméstica en el embarazo. *Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y de El Caribe. RSMLAC*. 2: 4-11.

ARCOS, E. ; M. UARAC ; I. MOLINA ; A. REPOSSI ; M. ULLOA. 2001. Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal. *Revista Médica de Chile*. 129: 1413-1424

ARCOS, E. ; I. MOLINA ; M. UARAC. 2003. Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista Médica de Chile*. 131: 1454-1462.

BLANCO, P. ; C. RUIZ-JARABO ; L. GARCÍA DE VINUESA ; M. MARTÍN-GARCÍA. 2004. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*. 18 (1), 182 – 188

BREITH J. 1994. Lineamientos básicos para el empleo epidemiológico de las técnicas cualitativas. En: Nuevos conceptos y técnicas de investigación, Quito: CEAS. 139-145

BUVINIC, M. ; A. MORRISON ; M. SHIFTER. 2003. La violencia doméstica en América Latina y El Caribe: Un marco de referencia para la acción. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC (Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=363160>)

CALVIN ME. 2001. Género, salud mental y violencia, Organización Panamericana de la Salud.

(Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/mentalhealthandviolence.pdf>)

CORIN E. 1996. La matriz social y cultural de la salud y enfermedad. En: EVANS, RG ; MS. BARER ; TR. MAMOR. S.F. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?, Ediciones Madrid Ediciones Díaz de Santos. 103-121 y 134-145

CASTRO, R. ; A. RUIZ. 2004. Prevalence and severity of domestic violence among pregnant women, Mexico. *Rev. Saúde Pública.* 38 (1): 62-70

ESPINOZA, H. ; AM. CAMACHO. 2005. Muerte materna ocasionada por violencia doméstica: componente crítico e inadvertido de la mortalidad materna. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 17(2): 123-129

ELLSBERG, M. ; R. PEÑA ; A. HERRERA ; J. LILJESTRAND ; A. WINKVIST. 1996. Confites en el infierno: Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo, Departamento de Medicina Preventiva, UNAN-León, Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Ulmeå University, Suecia. 43.

FISCHBACH, R. ; B. HERBERT. 1997. Domestic violence and Mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Sciences Medicine.* 45 (8): 1161-1176

GARCÍA-MORENO C. 2001. Violencia contra la Mujer, Género y equidad en la salud OPS/OMS Harvard Center for Population and Development Studies. 3-5.

(Disponible en: <http://www.who.org>)

ISIS INTERNACIONAL. 2000. Agenda Salud, Publicación Trimestral del programa mujeres y salud de ISIS Internacional. Agenda Salud 20.
(Disponible en: <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda20.htm>)

KELSEY, H. ; J. GUNN ; P. CHONDROS ; R. SMALL. 2004. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ*. 328: 62-624.

LARRAÍN S. 1994. Violencia puertas adentro: Mujer golpeada. Santiago de Chile, Editorial Universitaria. 28-30.

LUONGO G. 2005. Contrapunto para cuatro voces: Emergencias privadas/ urgencias públicas en la escritura de mujeres. *Revista Signos*. 38 (57): 111-122.

Mc CAULEY, J. ; D. KERM ; K. KOLODNER ; L. DILL ; A. SCHROEDER ; H. DECHANT ; J. RYDEN ; E. BASS ; L. DEROGATIS. 1995. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in primary Care. *Internal Medicine Practices Annals of Internal Medicine*. 123: 737-746.

Mc FARLANE, J. ; K. CHRISTOFFEL ; L. BATEMAN ; V. MILLER ; L. BULLOCK. 1991. Assessing for Abuse Self-Report versus Nurse Interview. *Public Health Nursing*. 8 (4): 245-250.

MINSAL – Chile. 1997. Programa Salud de la Mujer. 9-15.

MINSAL – Chile. S.F. DISAP, Unidad de Salud Mental DIVAP Departamento Modelo de Atención, Guía Clínica Para la Atención Primaria, Detección, Diagnóstico y Tratamiento, 5-9.

MORENO F. 1999. La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 5 (4/5): 245-254.

MONTERO, I. ; D. APARICIO ; M. GOMEZ-BENEYTO. 2004. Gender and mental health in a changing world, *Gaceta Sanitaria*. 18 (1): 175-181.

OMS a 2001. Nota descriptiva: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Trastornos mentales y neurológicos. 1. (Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/-2001/main/en/pdf/index.htm>)

___ b 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Capítulo 2, Carga de los trastornos mentales y conductuales. (Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/whr2001.en.pdf>)

___ c 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Capítulo 1: La salud pública al servicio de la salud mental. 3. (Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/whr2001.-en.pdf>)

___ d 2001. Comunicado de prensa: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. 1. (Disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/index.htm>)

___ e 2001. Mesas redondas: salud mental. Informe de la Secretaría. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. (Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa54d8.pdf+violencia+y+salud+mental+filetype:pdf&hl=es)

___ f 2004. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en salud mental. 7-25. (Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

OMS/OPS. 1998. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemesp.pdf>.)

OPS. 2003. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. 2-5. (Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/VAWChapter1.pdf>)

OPS/OMS. 2004. Perfil de Salud de Mujeres y Hombres en Chile, 2003. Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud. Chile, Serie Género y Reforma de la Salud_5. 75-91.

ORTIZ, MT. ; I. MORALES. 1999. ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? Revista Cubana Medicina Gen. Integr. 15(5): 503-8.

PEREZ C. 2004. La violencia de género como violación a los Derechos Humanos de las Mujeres. (Disponible en: http://64.233.161.104/search?q=cache:ubMvhTBXC7UJ:www.iin.oea.org/anales_xix_cpn/docs/Ponencia_Conferencistas/Cecilia_Perez/Ponencia_Cecilia_Perez,doc+violencia+domestica+y+d+epresion+filetype:doc&hl=es)

RUIZ-PÉREZ, I. ; P. BLANCO-PRIETO ; C. VIVES-CASES. S.F. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanitaria. 18 (2): 4-12.

TAYLOR, W. ; J. CAMPBELL. 1991. Treatment Protocols for Battered Women, Response. 4: 16-21.

VALDEZ, R. ; C. JUAREZ. 1997. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. Salud mental. 21 (6). (Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=1&id_seccion=3&id_ejemplar=1175&id_articulo=11358)

VALDEZ, S. ; L. ARENAS ; I. HERNANDEZ. 2004. The midwife's experiences in the identification of battered women in pregnancy. Salud pública México. 46 (1): 56-63.

WOLFE, R. ; J. LOBOZZO ; V. FRYE ; V. SHARP. 2003. JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 33 (4): 548-549.

Anexo 1

Prevalencia de trastornos mentales graves en atención primaria

Ciudades	Depresión (%)	Ansiedad generalizada (%)	Dependencia del alcohol (%)	Todos los trastornos mentales (%)
Ankara (Turquía)	11,6	0,9	1,0	16,4
Atenas (Grecia)	6,4	14,9	1,0	19,2
Bangalore (India)	8,5	1,4	22,4	9,1
Berlín (Alemania)	6,1	9,0	5,3	18,3
Groningen (Países Bajos)	15,9	6,4	3,4	23,9
Ibadan (Nigeria)	4,2	2,9	0,4	9,5
Mainz (Alemania)	11,2	7,9	7,2	23,6
Manchester (Reino Unido)	16,9	7,1	2,2	24,8
Nagasaki (Japón)	2,6	5,0	3,7	9,4
París (Francia)	13,7	11,9	4,3	26,3
Río de Janeiro (Brasil).	15,8	22,6	4,1	35,5
Santiago (Chile)	29,5	18,7	2,5	52,5
Seattle (EEUU)	6,3	2,1	1,5	11,9
Shanghai (China)	4,0	1,9	1,1	7,3
Verona (Italia)	4,7	3,7	0,5	9,8

Fuente: Goldberg DP, Lecrubier Y. 1995. Form and frequency of mental disorders across centres. En: OMS. 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Capítulo 2, Carga de los trastornos mentales y conductuales.

Anexo 2

Prevalencia VDCM, algunos estudios internacionales.

País	Cobertura	Año	Muestra	% mujeres con VF		
				Últimos 12 meses	Relación actual	Alguna vez
Australia (Mazza D. <i>et al</i> 1996)	Metro Melbourne	1993 1994	14.946 ⁶	22,45 ⁵		
Canadá (Rodgers F. 1994)	Nacional	1993	12.300	3,0		29,03 ³
Colombia (DHS. 1991)	Nacional	1995	6.097 ⁴			19,3
Egipto (ElZanty F. 1996)	Nacional	1995 1996	7.121			34,4
India (INCLEN. 2000)	Nacional	1998 1999	9.938			45,0
Rep. De Corea (Kim K. <i>et al</i> 1992)	Nacional	1989	707	37,5 ⁵		
México (Ramírez-Rodríguez J. <i>et al</i> 1996)	Guadalajara Metropolitana	1996	650	15,0		27,0
Nicaragua (Ellsberg <i>et al</i> 1997)	León	1993	360	27,0 ⁵		52,2 ⁵
Paraguay (DHS. 1996)	Nacional excepto el Chaco	1995 1996	6.465 ⁴			9,5
Puerto Rico (Univ.PR/CDC. 1998)	Nacional	1995 1996	7.079 ⁴			12,8 ⁷
Sudáfrica (Jewkes R. <i>et al</i> 1999)	Provincia Cabo Este	1998	403	10,9		26,8 ⁵
Sudáfrica (ídem)	Mpuma-linga	1998	428	11,9		28,4 ⁵
Sudáfrica (ídem)	Provincia Norte	1998	475	4,5		19,1 ⁵
Suiza (Gillioz. 1996)	Nacional	1994 1996	1.500	6,3		12,6
EE.UU (Dep. of Justice 1996)	Nacional	1998	8.000 ⁴	1,3		22,1

Notas: 1) En los últimos tres meses. 2) Se incluye el año de publicación porque el artículo no especifica la fecha del trabajo de campo. 3) Incluye contacto físico y sexual. 4) La muestra incluye mujeres que nunca han estado en una relación y por lo tanto no estaban en el grupo expuesto. 5) La definición de violencia física incluye arrojar y/o romper objetos durante una discusión. 6) La muestra fue seleccionada entre mujeres que visitan a médicos familiares y/o hospitales y centros de salud. 7) Cálculo realizado por la OMS a partir de los datos originales.

Fuente: GARCÍA-MORENO C. 2001. OPS/OMS Harvard Center for Population and Development Studies, 2000. Violencia contra la Mujer. Género y equidad en la salud.

Anexo 3

Resultados de encuestas realizadas en Chile de violencia doméstica

Año	Instituciones*	Muestra	Cobertura geográfica	Edad	Mujeres en estudio, población	Tipo	Resultados
1993	SERNAM / OPS	1000	Santiago	22 a 55	Casadas/ en unión libre	F, P	26% notifican un episodio de un compañero, 11% informan al menos un episodio violento; 15% informan un episodio violento menos grave.
1996	Fondo Desarrollo Regional y SERNAM	400	VI región	22 y más	casadas/ en unión libre	F, P, SX	15% F y P; 3,7% SX y P; 62,8% P.
1997**	Chile, BID, Empresa TIME	360	...	15 a 49	Alguna vez casadas/unión libre	F, P, SX	35,5 % F y P ; 71,7% P ; 20,3% SX y P.
2001	SERNAM / Centro de análisis de Políticas Públicas, UCh.	2721	R.M y IX Región	15 a 49	Tienen o han tenido pareja.	F, P, SX	R.M: 50,3 % de ellas: 34,1 % F y/o SX; 16,3 % psicológica. IX: 47%

* Se refiere indiferentemente a instituciones patrocinantes, financieras o ejecutoras.

** Encuesta representativa a nivel socioeconómico.

... : Indica la ausencia de información.

1993: Larraín S. 1994. Violencia familiar: La situación de la mujer en Chile, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.

1996: Rico N, Navarro ML. 1997. Estudio de prevalencia de la violencia intrafamiliar contra la mujer en la VI región, Rancagua.

1997: Informe nacional Chile, Proyecto Regional Rla/97/014 Informes nacionales sobre la situación de la violencia de género contra las Mujeres, en PNUD

2001: M. Ferrer. 2001. Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar.

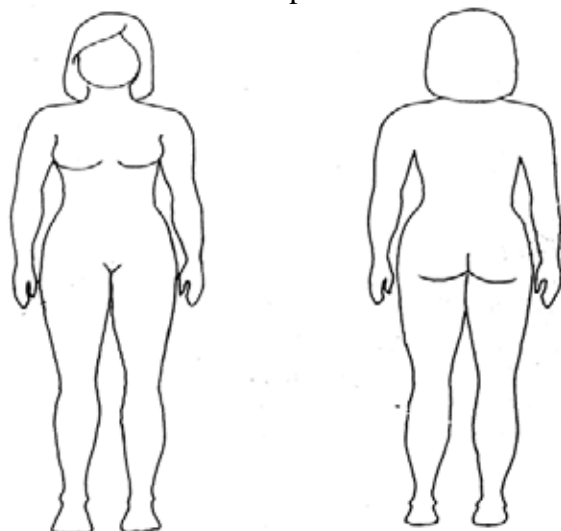
Fuente: Alméras D, Rosa B, Vivian M, Sonia M, María R. 2002. Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe Una propuesta para medir su magnitud y evolución. ONU, CEPAL- SERIE Mujer y desarrollo.

Anexo 5

MAPA CORPORAL E INTENSIDAD DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA FÍSICA

Si UD. Ha contestado sí a cualquiera de las preguntas en relación a maltrato o violencia física, Por favor, complete este diagrama:

Marque el área o zona del cuerpo donde ha recibido el maltrato físico más severo¹.



En la siguiente escala, indique cual ha sido el acto de violencia doméstica más severo del cual ha sido víctima:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 = amenazas verbales de abuso incluso con uso de una arma. | <input type="checkbox"/> |
| 2 = cachetadas, empujones, sin causar lesión y/o el dolor duradero. | <input type="checkbox"/> |
| 3 = golpes de manos (combos), patadas (puntapiés), contusiones (Machucones o moretones), cortes y/o dolor permanente. | <input type="checkbox"/> |
| 4 = golpes fuertes, contusiones severas, quemaduras, fracturas (huesos rotos). | <input type="checkbox"/> |
| 5 = contusiones en la cabeza (TEC), lesiones internas y/o lesiones permanentes. | <input type="checkbox"/> |
| 6 = uso de armas y heridas de arma. | <input type="checkbox"/> |

Si una descripción que ha identificado está en dos categorías distintas, identifique la más alta categoría.

Intensidad de la violencia: los criterios se encuentran descritos en material y método.

¹ Adaptado de: McFarlane, J et al. 1992. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. JAMA 1992 267: 3176-3178.

Anexo 6

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nº del Cuestionario : _____

Nº Ficha Maternal : _____

Nº Ficha clínica Consultorio Mujer : _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Dirección de un familiar y/o pariente: _____

Fecha y hora

Entrevista: _____

Observaciones:**I. Antecedentes Personales mujer****1. ¿Qué edad tiene Ud. actualmente?**

_____ años cumplidos

2. ¿Cuál es su estado civil actual? _____

1. Soltera

2. Casada

3. Conviviente

4. Separada

5. Otro: Especifique _____

3. ¿Cuánto tiempo lleva unida a su pareja?

En años. Si no vive con la pareja especificar el tiempo que dura la relación.

4. ¿Qué escolaridad tiene Ud.? _____

1. Analfabeta

2. Básica incompleta

3. Básica completa

4. Media incompleta

5. Media completa

6. Otro

5. ¿Qué tipo de religión profesa Ud.? _____

1. Católica
2. Protestante
3. Testigo de Jehová
4. No tiene
5. Otro. Especifique: _____

6. La ubicación geográfica de su vivienda es:

1. Urbano _____
2. Rural

7. ¿A qué sistema previsional está acogida Ud.?

1. No tiene _____
2. Asegurada
3. A.F.P.
4. Pensión Invalidez
5. Subsidio Municipal
6. Otro. Especifique: _____

8. ¿Qué tipo de trabajo remunerado realiza Ud?

1. No tiene trabajo remunerado _____
2. Remunerado dentro del hogar
3. Remunerado fuera del hogar
4. Otro. Especifique _____

9. ¿Ha tenido dificultades con su pareja a causa de su trabajo?

1. Sí _____
2. No
9. No trabaja

10. ¿Por qué trabaja Ud.? _____

(Principal causa)

01. Porque no recibe dinero de su pareja
02. Por necesidad / el ingreso no alcanza
03. Porque aunque tiene lo principal, aspira a vivir mejor
04. Para distraerse del trabajo de la casa
05. Porque le gusta / por satisfacción
06. Para poder ser más independiente
07. Para desenvolverse mejor en la vida/ para realizarse
08. Porque es el único sostén de la casa
09. Otra. ¿Cuál? _____
99. No trabaja

11. ¿Cuántas personas viven en la casa? (sin contar a empleados domésticos, si los hay)

12. ¿Con que personas más vive Ud. en su casa?

1. Suegro y/o su suegra _____
2. Hijos(as) casados _____
3. Otros parientes de Ud. _____
4. Otros parientes de su pareja. _____
5. Otras. Especifique _____

2. Antecedentes Personales de la Pareja

13. Edad _____ años cumplidos

14. Estado civil _____

1. Soltero _____
2. Casado _____
3. Conviviente _____
4. Separado _____
5. Otro: Especifique _____

15. Escolaridad: _____

1. Analfabeto _____
2. Básica incompleta _____
3. Básica completa _____
4. Media incompleta _____
5. Media completa _____
6. Otro _____

16. Actividad: _____

1. No tiene _____
2. Estudiante _____
3. Obrero _____
4. Técnico _____
5. Profesional _____
5. Otro. Especifique _____

17. Religión:

1. Católico _____
2. Protestante _____
3. Testigo de Jehová _____
4. No tiene _____
5. Otro. Especifique: _____

18. Procedencia: _____

- 1. Urbano
- 2. Rural

19. Previsión: _____

- 1. No tiene
- 2. Asegurada
- 3. A.F.P.
- 4. Pensión Invalidez
- 5. Subsidio Municipal
- 6. Otro. Especifique: _____

OBSERVACIONES: _____

Anexo 7

DATOS MEDICION NIVEL SOCIOECONÓMICO

Procedencia1. Urbano 2. Rural 2. **¿Cuántas personas comen o duermen en su casa?**1. 1 a 3

2. 4 a 6

3. 7 a 9

4. 10 a 12

5. 13 a 15

6. 16 y más

3. **¿El progenitor es el jefe de hogar?**1. Si

2. No

4. **¿Quién es el jefe de hogar?**

1. Pareja

2. Mujer entrevistada

3. Madre

4. Padre

5. Otros

5. **¿El padre de los hijos/as está viviendo con Ud.?**

1. No hay abandono del padre

3. Abandono pero ayuda económicamente cada mes

4. Abandono parcial (ayuda esporádicamente)

6. Abandono total

6. **¿Cuál es el último curso rendido del jefe(a) de hogar?** (la persona que sostiene a la familia, el que gana más, puede ser el abuelo si la madre vive de allegada, aclarar bien la situación)6. Analfabeto

5. Básica Incompleta (1°-7° año)

4. Básica Completa (8° año) o Media Incompleta o Técnica Incompleta (1° a 3° Medio)

3. Media Completa (4° Medio o Técnica Completa)

2. Universitaria Incompleta (sin título)

1. Universitaria Completa (título profesional)

7. **¿Cuál es el trabajo del jefe (a) de hogar?**Actividad:

6. Cesante absoluto (sin auxilio de cesantía)

5. Pololos, trabajo independiente no estable respecto al ingreso

4. Obrero estable (agrícola, empleada doméstica, oficio estable, jubilado o pensionado)

3. Obrero estable calificado (con curso de...), pequeño taller, almacén, empleado de baja calificación o bajo grado FFAA, pequeño empresario agrícola.

2. Empleado de mediana calificación (ej. Jefe de servicio), empresario de mayor capital que los anteriores (dueño de predio grande, grado medio de FFAA).

1. Profesional, director de empresa, gerente, cargo directivo

8. **¿El jefe de hogar está afiliado a alguna AFP u otro sistema previsional?**6. Sin seguridad social

4. Servicio de Seguro Social o INP

2. AFP y otras cajas de previsión

1. FFAA y de Orden

9. **El sitio en que viven lo ocupan en calidad de...**

6. Allegado (de sitio)

5. Toma de sitio o terreno

4. Usufructuario (trabajo le da el sitio), préstamo

3. Arrendatario

2. Pagando dividendo para adquirirlo

1. Dueño

10. La casa es de...

6. Mediagua y/o progresiva (con 1 a 2 piezas)

5. Mediagua y/o progresiva con 3 y más piezas

4. Autoconstrucción (madera, ladrillo, cemento de mejor construcción que las anteriores y con más de 3 piezas) 3. Casa sólida de hasta 70 m²2. Sólida unifamiliar, no pareada menos de 140 m²1. Sólida unifamiliar, no pareada más de 140m²**11. ¿En la casa duermen 2 personas juntas que no sean pareja?**

6. Si (hay hacinamiento)

1. No (hay hacinamiento)

12. ¿El agua que usan viene por...?

6. Llave en el sitio (o pozo) que se acarrea

1. Red de cañería (significa lavaplatos con agua corriente para saber si hay red de cañería).

13. En la casa tiene excusado en...6. Campo Abierto

5. Pozo negro (letrina)

1. Alcantarillado o fosa séptica

14. Las basuras se las recogen6. Nunca (las queman, botan en botadero, la entierran)

5. Menos de una vez por semana

4. Una vez por semana

3. Dos veces por semana

2. Tres veces por semana

1. Cuatro y más veces por semana

15. ¿La cocina está en una pieza independiente exclusiva para cocinar? (hay una cama o alguien duerme en ese recinto)1. Si

6. No

16. La casa cuenta con:

Urbano	SI	NO
1. Televisor		
2. Equipo modular		
3. Lavadora		
4. Refrigerador		
5. Auto		

Rural	SI	NO
1. Radio		
2. Televisor		
3. Refrigerador		
4. Lavadora		
5. Ganado menor		

Los datos que siguen el encuestador lo registra posteriormente a la entrevista

Escala de implementación del hogar

6 0 puntos

5 1 a 3 puntos

4 4 a 6 puntos

3 7 a 9 puntos

2 10 a 12 puntos

1 13 a 15 puntos

Puntaje obtenido en Nivel Socioeconómico

Categoría del Nivel Socioeconómico:

1. Nivel Alto = 13 puntos**2. Nivel Medio Alto** = 14-26 puntos**3. Nivel Medio** = 27-39 puntos**4. Nivel Medio Bajo** = 40-52 puntos**5. Nivel Bajo** = 52-65 puntos**6. Miseria** = 66-78 puntos

OBSERVACIONES:

Anexo 8

PODER EN LA FAMILIA

¿Quién es el que tiene más que decir respecto a?: (sólo cuando hay pareja)

Estas preguntas deben ser hechas siempre que el lugar garantice privacidad.
Frente a las siguientes preguntas informarle a la persona sobre las opciones de respuesta:

C: cónyuge

M: mujer

1. Siempre marido.
2. Marido más que la mujer.
3. Ambos.
4. Mujer más que marido.
5. Siempre mujer

	C	M
1. Organización del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Educación de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Permisos a los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Distribución del dinero (En gastarlo y cómo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planes hacia el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Visitas a familiares o invitarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Invitar a amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elección de distracciones de la Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lugar de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Índice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 9**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION CLINICA****INVESTIGADOR RESPONSABLE: Estela Arcos G.****TESISTA: Cristian Gutiérrez R.****TITULO DE LA TESIS: ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DOMESTICA EN MUJERES CON DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Se me ha solicitado participar en una tesis que está estudiando la prevalencia de violencia doméstica en las mujeres con depresión y trastornos ansiosos.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en que se disponga de los registros en fichas clínicas respecto a mis antecedentes personales y de mi pareja, como que se me solicite contestar cuestionarios relativos a aspectos sociales y psicológicos.

Yo entiendo que:

1. Que no se me aplicarán a mi, ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o responsables de la tesis. Preguntas más específicas serán respondidas por la patrocinante responsable del proyecto: Sra. Estela Arcos Griffiths, fono: 221965. docente de la Universidad Austral de Chile.
3. Yo podré retirarme de esta tesis en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

TESISTA RESPONSABLE

PARTICIPANTE