



Universitat
de les Illes Balears

**Título: La disparidad en la prevalencia de depresión en
Violencia contra las mujeres en pareja. Un análisis de
los instrumentos utilizados.**

AUTOR: Desirée Riera Pons

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Investigación en Calidad de Vida y Salud
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018/19

Fecha: 12/09/2019

Nombre Tutora del Trabajo: Victoria Ferrer

RESUMEN

La violencia contra las mujeres o violencia de género supone un importante problema social con graves consecuencias para la salud. La OMS la define como “todo acto de violencia basado en el género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Actualmente, la violencia de género se considera un problema social a nivel mundial y entre un 10 y un 60% de la población femenina mundial han sufrido alguna forma de esta violencia en algún momento de su vida. De todas las formas de esta violencia, una de más comunes es la violencia contra las mujeres en pareja (VCPM). Sin embargo, en algunos países todavía es un delito oculto, por tanto, no se dispone las estadísticas mundiales exhaustivas. En otros países no hace mucho que se empezaron a realizar estadísticas y a promover leyes en contra de la VCPM. Por ejemplo, en España hasta el 1999 no se realizó ninguna estadística al respecto.

Tal y como señala la OMS, entre las consecuencias de la VCPM podemos encontrar: consecuencias físicas (lesiones que imposibiliten una vida normal, moratones, roturas de extremidades...); consecuencias psíquicas (depresión, ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, uso de tranquilizantes, uso de somníferos, baja autoestima, bajo autoconcepto, sentimientos de inutilidad...); y consecuencias ginecológicas (aborto espontáneo, hemorragias, embarazos no deseados...).

Este estudio pretende determinar si la disparidad de prevalencia en depresión que se observa en VCPM se debe, principalmente, a la herramienta utilizada y por tanto, se plantea la necesidad de utilizar herramientas de detección alternativas junto con las herramientas clásicas utilizadas. Mediante un estudio transversal y través del análisis de los resultados dos cuestionarios empleados habitualmente y de su posterior combinación con una entrevista basada en los síntomas de depresión del DSM-V (2013) se analizarán los resultados de las herramientas aplicadas y las diferencias que surgen después de realizar la entrevista.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Violencia de Género, Cuestionarios, Mujeres, Pareja, Beck, Hamilton

ABSTRACT

Violence against Women or Gender Violence, suppose an important social problem with consequences for health. WHO define as “act of violence based on gender, which results or could results in a physical hurt, sexual or psychological for women, including threat of this acts, coactions or arbitrary deprivation of liberty, whether they occur, both in public life and in private life.

As the WHO says, between the consequences of Intimate Partner Violence Against Women (IPVAW) we can find: physical consequences (injuries that make a normal life impossible, bruises, limb breaks...); psychological consequences (depression, anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder, use of tranquilizers, use of sleeping pills, low auto concept, feelings of uselessness...); and gynaecological consequences (spontaneous abortion, haemorrhages, unwanted pregnancies...).

This study pretends to determinate that the differences between the different tools used to analyze depression in IPVAW should be the responsible of the different prevalence. Through a cross-sectional study and analyse of the results of the tools and subsequent combination with an interview based in the symptoms of depression of DSM-V (2013) will analyse the results of the applied tools and the difference that arise after to realize the interview.

KEYWORDS

Depression, Intimate Partner Violence, Inventory, Women, Beck, Hamilton

Contenido

1. Introducción y justificación.....	5
2. Fundamentación teórica.	8
1. La VCMP de problema privado a problema social.	8
2. Los costes económicos de la VCPM.	8
3. Consecuencias de la VCPM.	9
4. La VCPM y la depresión.	12
5. La disparidad de datos en la prevalencia de la depresión.	14
3. Contextualización.....	21
4. Objetivos.	23
5. Metodología.	24
1. Diseño.....	24
2. Muestra.	24
3. Instrumentos.	25
4. Procedimiento.....	27
5. Análisis estadístico.	27
6. Consideraciones finales.....	29
1. Puntos fuertes del estudio.....	29
2. Puntos débiles del estudio.	29
3. Propuestas para el futuro.	29
4. Bibliografía y Referencias.....	31
5. Anexos.....	34

1. Introducción y justificación.

La violencia de género contra las mujeres supone un importante problema social e implica una imperativa necesidad de legislar (Sanz-Barbero, Corradi, Otero-García, Ayala, y Vives-Cases, 2018) (García-Moreno y Watts, 2011), implicando un impacto negativo en el bienestar de las mujeres y en la propia sociedad.

La OMS la define como “todo acto de violencia basado en el género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (OMS, 2017).

Actualmente, la violencia contra las mujeres o violencia de género se considera un problema social y de salud pública a nivel mundial y entre un 10% (Kimerling et al., 2009) y un 30% (Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005; Sanz-Barbero et al., 2018) o hasta un 60%, según otros estudios (Ferrer y Bosch, 2003) de la población femenina mundial han sufrido alguna forma de esta violencia en algún momento de su vida.

De todas las formas de esta violencia, una de más comunes es la violencia contra las mujeres en pareja (VCPM). Se conoce que durante el 2012 casi medio millón de personas perdieron la vida a través de un homicidio voluntario en el mundo. De esta cifra, se conoce que el 79% de las víctimas y el 95% de los homicidas eran hombres. Sin embargo, el homicidio asociado a la VCPM afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Concretamente, en el año 2012, murieron 43600 mujeres a causa de VCPM, hecho que implica que un 47% de las mujeres que fueron asesinadas fueran víctimas de VCPM (Sanz-Barbero, Heras-Mosterio, Otero-García, y Vives-Cases, 2016). En el caso de los hombres asesinados en 2012, y habiendo mucha más mortalidad por homicidio en el caso de los hombres, 20000 hombres murieron por razones relacionadas con el género en el mundo, un 6% del total.

Sin embargo, en algunos países todavía es un delito oculto, por tanto, no se dispone las estadísticas mundiales exhaustivas. En otros países no hace mucho que se empezaron a realizar estadísticas y a promover leyes en contra de la VCPM. Por ejemplo, en España hasta el 1999 no se realizó ninguna estadística al respecto (Ferrer Pérez, 2010).

En un análisis realizado por Ferrer y Bosch (2003) donde se analiza la situación de las mujeres víctimas de VCPM y se discute la definición del término, se expone los diferentes

tipos de violencia ejercidos. Según el análisis realizado se pueden observar tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual.

La violencia física hace referencia a cualquier acto no accidental que provoque o pueda provocar daño en el cuerpo de las mujeres. Se incluyen aquí acciones como patear, morder, golpear con puños u objetos, dar palizas, emplear un arma, abofetear, empujar, arrojar objetos, estrangular, escupir... (Ferrer y Bosch, 2003).

La violencia psicológica hace referencia a todos aquellos actos intencionados con la intención de desvalorizar o de provocar sufrimiento en las mujeres. Según Diane Follingstad y sus colaboradores (1990), se diferencian seis tipos principales de maltrato emocional o psicológico:

- Ridiculización, humillación, amenazas verbales e insultos que desembocan en baja autoestima, inseguridad, sentimientos de incapacidad, impotencia y la creencia de no poder realizar ninguna actuación válida.
- Aislamiento social y económico para evitar que puedan tener otros criterios, comparar su situación con la de otras personas, o pedir y recibir ayuda.
- Celos, posesividad. El agresor realiza una gran cantidad de demandas triviales con el objetivo de polarizar la atención de la mujer sobre su persona y así, evitar que pueda dedicarse a otras actividades.
- Amenazas verbales de maltrato, daño o tortura, dirigidas tanto al cónyuge como a los/as hijos/as, otros familiares o amigos/as.
- Amenazas repetidas de divorcio, abandono o de tener una aventura con otra.
- Destrucción o daño de las propiedades personales a las que se les tiene afecto.

La violencia sexual se produce en el momento que se impone a las mujeres un contacto y/o una cierta práctica sexual contra su voluntad.

Estos tipos de violencia, generalmente, se producen de forma combinada y en forma de carácter cíclico. Leonore Walker (1984) (Ferrer y Bosch, 2003), describe el carácter cíclico de la VCPM (Teoría del ciclo de la violencia), donde toma como base la teoría de la indefensión aprendida y la hipótesis de la tensión reducción. Así, según la propuesta de la autora, el maltrato se desarrollaría siguiendo estas fases:

- Fase de acumulación o de construcción de la tensión: la tensión suele aparecer en torno a conflictos cotidianos. Normalmente se producen por parte del agresor estrategias de abuso verbal y psicológico y a veces causa lesiones leves. El agresor acostumbra a negar la ocurrencia del episodio y quita importancia a las protestas de la mujer.

La mujer, por su parte, cree tener un cierto control sobre la frecuencia e importancia de abuso e intenta evitar que aumente utilizando diferentes estrategias, tales como: tranquilizar al agresor, evita hacer cosas que le puedan molestar, se muestra pasiva, se culpa a sí misma y lo exculpa para evitar que se enfade...

En esta fase, la mujer empieza a sentir confusión y angustia, y puede intentar alejarse del agresor.

- Fase de agresión o descarga de la tensión: la intensidad de las agresiones aumenta y pueden aparecer todo tipo de maltratos (físicos, psíquicos y/o sexuales). Esta descarga de agresividad disminuye la tensión del agresor.

La mujer se centra en sobrevivir a la agresión, y puede utilizar diferentes estrategias para terminar con ésta. Por ejemplo: trata de tranquilizar al agresor siendo amable y servicial, accede a tener relaciones sexuales, amenaza con terminar la relación sino se terminan los malos tratos... Generalmente, éste es el momento donde las mujeres denuncian.

- Fase de arrepentimiento, de conciliación o de “luna de miel: el agresor muestra arrepentimiento y promete que las agresiones no se repetirán nunca más. Las mujeres reciben un refuerzo positivo, ya que el comportamiento del agresor les permite ver la parte positiva de la relación de pareja, y fomenta la esperanza y el deseo de que el agresor cambie.

Una vez superado el primer ciclo de violencia, pasando por todas las fases anteriormente mencionadas, aumenta la probabilidad de nuevos episodios. Estos episodios tendrán cada vez una detonante más insignificante y, con el tiempo, la víctima tiene menos recursos psicológicos para salir de la situación y cada vez está más indefensa.

2. Fundamentación teórica.

1. La VCMP de problema privado a problema social.

Actualmente, se puede considerar que la mayor parte de la población ve la VCMP como un problema que se debe erradicar y que implica graves consecuencias tanto a nivel personal, como a nivel familiar y social (Bosch y Ferrer, 2000; Ferrer y Bosch, 2003).

A pesar de que éste, no es un problema reciente ni mucho menos, hace un tiempo que se utilizan medios para ayudar a visibilizarla. Hecho que nos hace pensar que el problema social es relativamente reciente.

Tal y como exponen Bosch y Ferrer (2000) se producen una serie de acontecimientos para llegar a considerar la VCPM como un problema social. Para ellas (Bosch y Ferrer, 2000) la concepción más significativa de problema social se produce cuando un grupo de personas que tenga una cierta relevancia social considere una situación injusta. En este caso, se debe hablar del papel desempeñado por el movimiento feminista.

La VCPM, hasta hace poco considerada violencia doméstica y como un fenómeno privado, ha implicado que durante siglos se considerase normal y un derecho del marido, y posteriormente, algo que pasaba “desgraciadamente” en algunos hogares o en algunas parejas, pero que formaba parte de su vida privada y que no se podía intervenir. Este hecho implica que muchas denuncias no se produzcan y que por tanto siga siendo un delito oculto (Bosch y Ferrer, 2000).

Hay algunos antecedentes muy tempranos, como el caso de Frances Power Cobbe, que durante la década de 1870 tomó consciencia de lo extendida que estaba la violencia masculina y de la escasa protección que tenían las mujeres, y junto con otras mujeres recopiló información, escribió artículos, discursos... (Bosch y Ferrer, 2000).

Pero en España hasta el 1975 el Código Civil seguía manteniendo la potestad marital que autorizaba al marido a corregir a la esposa y a ésta a obedecerle, y no es hasta 1984 cuando se empiezan a abrir las primeras casas de acogida para las mujeres maltratadas. En materia legislativa, no sería hasta 1989 que el Código Penal consideraría los malos tratos como delito, aún en el caso de lesión leve. En 1995 se incrementan las penas para el delito de malos tratos e implica un incremento de las penas según las lesiones provocadas (Bosch y Ferrer, 2000).

2. Los costes económicos de la VCPM.

De acuerdo con el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (Sanz-Barbero et al., 2018) el coste aproximado de esta violencia en la Unión Europea en 2012 fue de 190.1 billones de euros. Considerando esta violencia como una violación de los derechos humanos y principalmente, los derechos de las mujeres.

Otros costos importantes en la sociedad, y sobre todo para las mujeres que sufren VCPM, es la pérdida de personas aptas para el trabajo. Una de las consecuencias de ser víctima de esta violencia es el aumento de la probabilidad de perder el empleo al sufrir consecuencias psicológicas del maltrato. Normalmente, se sucede un período de ausencias en el trabajo a consecuencia de la depresión u otros síntomas relacionados con la VCPM. Hecho que aumenta la vulnerabilidad de este grupo. Además de un sinnúmero de secuelas tanto físicas como emocionales y psicológicas.

3. Consecuencias de la VCPM.

Este estudio se centra en las consecuencias psicológicas de las víctimas de VCPM y en la variabilidad que se observa a la hora de determinar la prevalencia de estas consecuencias psicológicas en estas víctimas, concretamente la depresión, según el tipo de herramienta que se utilice para medir la gravedad del trastorno.

Al realizar un análisis de las consecuencias de la VCPM se pueden observar consecuencias físicas, psicológicas, sociales o bien ginecológicas, y estas pueden ser resultados directos o indirectos de la violencia recibida.

Entre las consecuencias directas podemos encontrar la muerte, lesiones físicas, lesiones cerebrales, incapacidad, abortos. Entre las consecuencias indirectas podemos encontrar afectación general de la salud y de la percepción de ésta, salud sexual, aumento de conductas de riesgo, relacionados con la salud mental... (Plichta, 2004).

Consecuencias FÍSICAS

Como consecuencias físicas de una agresión se entiende toda aquella lesión a nivel físico que supongan heridas, contusiones, rotura de extremidades o lesiones a nivel interno (hemorragias, derrames...) que sean resultado de una agresión física (Andreu Alvarez, Olmedilla Zafra, y Garcés de los Fayos Ruiz, 2017). Algunas de estas consecuencias físicas pueden convertirse en crónicas al ser unas lesiones graves.

Entre las consecuencias directas a causa de una agresión física se pueden observar:

- Lesiones diversas:
 - Contusiones: como moratones superficiales, pequeños rasguños, provocados a consecuencia directa de cualquier tipo de agresión;
 - Traumatismos: como esquinces, luxaciones, pequeñas torceduras;
 - Heridas: cortes provocados a consecuencia de la utilización de cualquier objeto punzante como un cuchillo, cúter, cristal roto;
 - Quemaduras: provocadas por la utilización de cualquier objeto que pueda emitir calor, como una plancha, mecheros, intentos de incendiar a la víctima...;
 - Rotura de extremidades o huesos: consecuencia de cualquier agresión contra la mujer...

Implicando todas estas lesiones la posible cronificación de alguna enfermedad provocada por la agresión, discapacidad o incluso la muerte de la mujer víctima de VCPM.

- Una peor percepción de la propia salud.
- Pérdida de autoestima y de la propia imagen. Miedo constante, ansiedad, sentimientos de amenaza... Implicando posibles futuras consecuencias psicológicas en las mujeres víctimas de VCPM-
- Entre las posibles consecuencias crónicas podemos encontrar: dolor crónico, trastornos gastrointestinales, problemas cardíacos o quejas somáticas. Todas estas consecuencias también están relacionadas con las consecuencias psicológicas (Kimerling et al., 2009).

Consecuencias PSICOLÓGICAS

Como consecuencia psicológica se entiende toda aquella consecuencia que puede implicar algún trastorno en el estado mental habitual de la víctima.

La situación estresante que se vive durante el período de maltratos implica una durabilidad en el tiempo con una tensión constante, provocando en las víctimas indefensión y miedo constante, aparte de sentimientos de incapacidad, de culpa, baja autoestima...

También cabe destacar que las consecuencias psicológicas de la VCPM se pueden producir inmediatamente después de la agresión o que se pueden cronificar (Andreu Alvarez et al., 2017). Por ejemplo, después de sufrir un episodio de maltrato, o poco después de sufrirlo, es muy habitual tener miedo, ansiedad y huir de situaciones que pueden parecer peligrosas Si

estos sentimientos persisten en el tiempo pueden desembocar en enfermedades más graves y duraderas en el tiempo.

Entre las consecuencias psicológicas más estudiadas se pueden encontrar la Depresión, donde se ha descubierto que las mujeres víctimas de VCPM tienen síntomas depresivos con más frecuencia, de más duración y más graves que las mujeres que no han sido nunca maltratadas (Andreu Alvarez et al., 2017).

Otra consecuencia psicológica de las más estudiadas es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que junto a la Depresión son las consecuencias más comúnmente detectadas a largo plazo (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 2001).

Otra gran variedad de consecuencias estudiadas son las relacionadas con estos trastornos sin llegar a ser un trastorno psicológico o mental en su totalidad (Montesó-Curto et al., 2017). Por ejemplo:

- Trastornos del sueño: pesadillas recurrentes, insomnio, hipersomnia...
- Ansiedad o miedo anticipatorio a ciertas situaciones
- Trastornos en la alimentación: reducción o aumento de la ingesta, así como el inicio en enfermedades relacionadas con la comida (anorexia, bulimia, trastorno por atracón...)
- Trastornos en los hábitos saludables: realización de actividades de riesgo, como fumar, consumir drogas o alcohol; dejadez en la salud...

Consecuencias SOBRE LA SALUD SEXUAL O REPRODUCTIVA

Estas consecuencias se producen a consecuencia de la propia violencia física o de la violencia sexual.

A consecuencia de las relaciones sexuales forzadas se pueden producir:

- Embarazos no deseados
- Trastornos en la menstruación
- Pérdida del deseo sexual
- Sangrado
- Fibrosis
- Infecciones y lesiones en el cuello del útero
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)

A consecuencia de la violencia física durante el embarazo se pueden producir otras afecciones en la salud sexual o reproductiva:

- Hemorragia vaginal
- Amenaza de aborto
- Parto prematuro
- Bajo peso al nacer del bebé
- Muerte fetal

Consecuencias SOCIALES

Otras consecuencias que se producen a consecuencia de la VCPM serían aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, percepción más negativa de la salud, aumento de la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas. Aparte de las posibles consecuencias que pueden repercutir en los/as hijos/as de la pareja como problemas de socialización, alta tolerancia a la violencia, víctimas del maltrato...

4. La VCPM y la depresión.

En primer lugar, cabe destacar que: *“las necesidades de la salud mental de las mujeres no pueden ser adecuadamente comprendidas sin entenderla de forma en que están vinculadas a la condición desigual de la mujer en la sociedad, siendo en muchos casos la circunstancia que las provoca. El género es una condición y un estado de desigualdad social, alrededor del cual se construyen todo un conjunto de supuestos y prácticas sociales”* (Andreu Alvarez, p. 112, 2017).

Por tanto, es muy importante analizar la salud mental de las mujeres desde el enfoque de género, ya que es necesario tanto para la comprensión de los problemas de salud mental a los que se enfrentan las mujeres, como para la buena resolución futura de mejorar el bienestar emocional y la condición física.

Un acto de la violencia se considera por sí un acto traumático e implica la posibilidad de producir toda una sintomatología psicológica en la víctima (Montesó-Curto et al., 2017). En el caso de las mujeres los efectos psicológicos y el impacto de esta violencia aumentan debido a: actos de violencia abusivos (empujones, bofetadas, patadas, puñetazos...), psicológicos (insultos, humillaciones, chantaje, amenazas) y/o sexual. Estos actos suelen tener carácter crónico y con el tiempo va aumentando progresivamente la violencia. Además, el hecho que las mujeres víctimas de VCPM tengan una relación íntima con el agresor también aumenta la

sintomatología depresiva, ya que la relación se suele considerar un fracaso a todos los niveles (personal y familiar) y suele producir sentimientos de culpa y de pérdida de autoestima.

Las mujeres se encuentran dentro de un círculo vicioso, cómo se exponía anteriormente, con la Teoría del Ciclo de la Violencia (Walker, 1984), y hasta que no perciben que hagan lo que hagan van a sufrir maltrato y represalias, y que su comportamiento y actitud no pueden modificar la actitud del agresor, no empiezan a concienciarse de sus posibilidades de cambio (Zubizarreta, 2004). Hasta ese momento, las mujeres víctimas se ven sumidas en un proceso de aislamiento, falta de apoyo social y un control total cada vez más extenuante que pueden aumentar el riesgo de sufrir depresión y ansiedad.

Según Golding (1999), el maltrato genera reacciones emocionales como: ansiedad, desesperanza, miedo al pasado y futuro, incapacidad, inseguridad, culpa, devaluación y estrés permanente que afectan a la salud psicológica de las mujeres que sufren violencia, ya que a través del ciclo de violencia en el que están inmersas se produce la desvalorización y la debilitación de su autoestima, minando de forma considerable su salud psicológica y emocional, incapacitando a muchas mujeres a creer en el resto del mundo y a desconfiar de todo.

Según Zubizarreta et. al. (1994), el refuerzo de las conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo y el progresivo aislamiento social implican un mayor reforzamiento al trastorno.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) la depresión se incluye dentro de los trastornos de estado de ánimo, en concreto dentro de los trastornos depresivos. Existen diversos trastornos depresivos, el estudio se centrará en la Depresión Mayor, al ser la más grave y con consecuencias más importantes. La depresión se define según el DSM como un período de al menos dos semanas donde hay un estado deprimido o una pérdida del interés o de placer en casi todas las actividades. Se deben cumplir además cinco de los siguientes ítems:

- Estado depresivo la mayor parte del día
- Disminución acusada del interés o de la capacidad por sentir placer en actividades que antes sí resultaban placenteras e interesantes
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso
- Insomnio o hipersomnia casi cada día

- Agitación o enlentecimiento psicomotores
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte con ideación suicida (no sólo imaginaciones)

Centrándonos en la depresión, la relación de esta con la violencia ha sido ampliamente estudiada. Y la gravedad de los síntomas, como se ha ido comentando, varía según la exposición, la frecuencia, la severidad, la duración y la combinación de los diferentes tipos de maltrato.

Cuando la depresión se asocia a la VCMP los síntomas de ésta suelen ser más intensos al combinarse con las agresiones y la violencia psicológica. El comportamiento del agresor implica aislamiento, pasividad y sumisión, éste evita y castiga cualquier intento de la víctima de buscar autonomía, consiguiendo que la respuesta más habitual en las víctimas sea la evitación, reforzando constantemente el círculo y provocando complicaciones para poder salir de éste (Zubizarreta, 2004).

Por otro lado, las mujeres víctimas de la VCPM manifiestan más síntomas depresivos que las mujeres que no han sido víctimas con una probabilidad de sufrir depresión del 2.43 veces más que las mujeres que no han sido víctimas. Mostrando que las mujeres víctimas de VCPM manifiestan más del doble sus síntomas depresivos de lo hacen las mujeres que no han sido víctimas de esta violencia (Lövestad, Löve, Vaez, y Krantz, 2017).

Aquellas personas que han sufrido algún acto de violencia es mayor entre las personas que estaban diagnosticadas de depresión, al menos la mitad de las personas con depresión habían sufrido algún tipo de agresión. Casi la mitad de las personas que sufren ansiedad y estrés han sufrido algún tipo de violencia basada en el género. Y, al menos la mitad de las mujeres que han sufrido violencia sufren depresión. Se expone que cualquier persona que haya sufrido cualquier acto de violencia puede sufrir de ansiedad y depresión (Montesó-Curto et al., 2017).

5. La disparidad de datos en la prevalencia de la depresión.

A través de la búsqueda bibliográfica realizada para llevar a cabo este trabajo (Ver Anexo 1) se observa una gran disparidad en los datos de la prevalencia de la depresión en mujeres

víctimas de VCPM y también una gran variabilidad en la utilización de instrumentos para detectar esta depresión.

Lövestad et al. (2017) realiza un estudio entre enero y marzo de 2009 en Suecia, donde participaron 624 mujeres y 458 hombres, con el objetivo de determinar las consecuencias psicológicas de la VCPM y su relación con la duración y la intensidad de este maltrato. Para realizar el análisis de los datos tienen en cuenta la encuesta realizada a 583 mujeres.

Para determinar la intensidad y la duración de este maltrato utilizan el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Violencia Contra la Mujer (VAWI, por sus siglas en inglés) para la violencia física y sexual y la Escala de Control de Comportamiento (CBS, de sus siglas en inglés) para la violencia psicológica.

Para determinar los síntomas depresivos se proporciona una encuesta donde se pregunta por síntomas depresivos manifestados por el propio individuo según los cinco indicadores de depresión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (2002) cómo: cansancio/fatiga, dificultad para dormir/hipersomnia, problemas de concentración, sentirse decaído, pensamientos de suicidio, y se les preguntó si habían sufrido alguno de estos síntomas durante los últimos 12 meses.

En el estudio se muestra que el acto de violencia más extendido en pareja es el control o la violencia psicológica con un 25%, seguido de violencia física con un 7.5% y de violencia sexual con un 2.8%. El acto de control más prevalente es saber dónde estaba la persona, con quién...

Se expone que el 16.4% de las mujeres han sido expuestas al control o a la violencia psicológica y física, mientras que un 4.4% había sido expuesta a violencia física y violencia sexual. Un 2.5% sufrió los tres tipos de violencia al mismo tiempo.

Del total de la muestra, un 31.6% de las mujeres manifiestan, al menos, dos de los cinco síntomas de depresión durante los últimos 12 meses. Mientras que un 45.7% ha manifestado cansancio y fatiga cada día o al menos una vez a la semana. Un 29.7% manifestó dificultades para dormir y un 18.3% ha experimentado dificultades en la concentración durante los últimos 12 meses.

Si estos resultados se cruzan con la VCMP en mujeres y su relación con el control o la violencia psicológica, se observa que un 38.5% de las mujeres han sufrido al menos dos de los cinco síntomas de depresión cada día o al menos una vez a la semana. Mostrando que la

probabilidad de sufrir síntomas depresivos en mujeres víctimas de esta violencia era casi 2.5 veces mayor que las mujeres que no habían sido víctimas de este tipo de violencia. Mientras que las mujeres víctimas de violencia física y/o sexual tienen una probabilidad de sufrir síntomas depresivos 3.8 veces y 5.1 veces respectivamente que las mujeres que no han sido víctimas de este tipo de violencia.

Para seguir observando la disparidad de datos que se observa alrededor de la prevalencia de la depresión vamos a centrarnos en dos de los test más utilizados para la detección de la depresión en el caso de mujeres víctimas de VCPM: Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Vázquez, 1996) y el Rating Scale Depression de Hamilton (Hamilton, 1959).

Un estudio realizado con el objetivo de analizar las consecuencias psicológicas de la VCPM con la intención de relacionarlos con un estilo de personalidad (pesimista, pasivo, aislamiento, sumisión, descontentamiento) (Patrón Hernández, Corbalán Berná, & Limiñana Gras, 2007) partiendo desde un punto de vista multicausal de los trastornos psicológicos muestra como la prevalencia de depresión moderada (según la clasificación de Beck) es del 35%.

El estudio se realiza con 105 mujeres de la Región de Murcia y Alicante víctimas de VCMP y que solicitaron ayuda pública e ingresaron en diversos centros de acogida para mujeres en situación de riesgo.

Durante el estudio se realiza una entrevista estructurada para conocer datos sociodemográficos, historia de la violencia, el apoyo social que han recibido durante el periodo de violencia y los eventos estresantes al margen de la situación de VCMP. Para conocer el nivel de violencia recibido se administra un cuestionario de 22 ítems de creación específica para el estudio.

A continuación, se administra el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer & Vázquez, 1996) en la versión auto aplicada de 21 ítems. Finalmente, se administra el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) (Millon, 1994, citado en (Patrón Hernández et al., 2007)). Estos dos últimos, son cuestionarios validados y ampliamente utilizados.

Del estudio se extrae que la duración media del maltrato se produce durante 8 años. Durante el último año de convivencia con sus respectivas parejas un 70.5% de las mujeres sufrieron violencia física, psicológica y sexual; un 26.7% de tipo físico y psicológico; y un 2.9% exclusivamente psicológico.

Cuando se centran en la puntuación de depresión dada por el Inventario de Depresión de Beck, y centrándose en la puntuación límite (18) considerada por Vázquez y Sanz (1999), para determinar individuos deprimidos y no deprimidos, se considera que un 49.5% de las mujeres víctimas de VCPM pueden considerarse dentro de la categoría de depresión. Dentro de esta categoría, a medida que el nivel de maltrato y la duración de éste, aumentan y se prolonga respectivamente, las consecuencias y efectos de la depresión son mayores.

Entre las conclusiones del estudio se expone que las mujeres víctimas de VCPM tienen más probabilidades de sufrir depresión y con mayor intensidad que las mujeres que no han sufrido VCPM. También se expone que la personalidad de la mujer y sus formas de afrontar la situación implican una reducción de los niveles de depresión en el caso de las mujeres con una actitud proactiva, personalidad optimista, ganas de cambiar de cambiar la situación, ganas de aprender...

Un estudio realizado por Kotan, Kotan, Yalvaç, y Demir (2017) en Turquía, en el área de Psiquiatría de dos hospitales localizados cerca del distrito de Konya, con el objetivo de relacionar la VCPM con las diferentes consecuencias psicológicas de esta violencia, cuenta con 277 participantes mujeres.

En el estudio se aplica el Rating Scale Depression de Hamilton (1959) y se realiza una entrevista semiestructurada utilizando los criterios del DSM (DSM-IV, 2000). Se entrega un cuestionario para datos sociodemográficos y un cuestionario de violencia doméstica, juntamente con el Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Dissociative Experiences Scale (DES) y el Somatomorf Dissociation Questionnaire (SDQ).

Los resultados muestran que del total de las participantes (277) el 41.2% formaba parte del grupo de mujeres que no habían sufrido VCPM, mientras que el 58.8% formaba parte del grupo de mujeres víctimas de VCPM.

Durante el estudio se concluye que no hay ningún tipo de diferencia entre los dos grupos por lo que hace a nivel educativo, edad de casamiento, estatus laboral tanto de la mujer como el hombre o tipo de familia. Sí se observa que en el grupo de mujeres maltratadas hay una prevalencia más alta en el consumo de alcohol que en el caso del grupo de las mujeres no maltratadas (17.3% frente al 5.3%). Mientras que un 9% de las personas relacionan el abuso del alcohol con la violencia.

Entre las participantes del grupo se exponen las siguientes psicopatologías por las cuales están en el centro. Un 9% no tenían diagnóstico psiquiátrico, 27.8% tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad, 13.5% tenían un diagnóstico de trastorno de adaptación, un 9.7% tenían un diagnóstico de trastorno distímico, y un 8.3% de trastorno somatomorfo. El grupo de mujeres víctimas de VCPM tenía un diagnóstico psiquiátrico completo y la prevalencia de depresión y otros trastornos como ansiedad, era superior que en el grupo de mujeres que no habían sido víctimas de este tipo de violencia. En este estudio se establece la prevalencia de depresión en mujeres víctimas de VCPM en un 26.4%.

Salcioglu, Urhan, Pirincioglu, y Aydin (2017) realizan un estudio durante el 2016 con 631 mujeres víctimas de VCPM con el objetivo de relacionar el miedo anticipatorio debido a la sensación de amenaza constante para la seguridad y la impotencia ante la situación como un determinante de depresión y estrés postraumático en VCPM.

Se aplica el Rating Depression Scale de Hamilton, junto con otros criterios como Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 2002) y se manifiesta que la prevalencia de depresión en la muestra era del 32.7%.

Las conclusiones del estudio muestran como la sensación de miedo constante y la sensación de falta de control de la situación implican una mayor probabilidad de sufrir depresión en el futuro.

Otros estudios que utilizan otros cuestionarios o métodos para analizar la prevalencia de la depresión en mujeres víctimas de VCPM muestran también una gran disparidad en la prevalencia de esta dolencia en estas mujeres.

Isabel Ruiz-Pérez y Juncal Plazaola-Castaño (2005) realizan un estudio con el objetivo de relacionar los diferentes tipos de violencia (Física, Psicológica y Sexual) con la salud psicológica de la mujer. En el estudio participan 1402 mujeres. El estudio se realiza en España y se toma como muestra a mujeres de tres puntos diferentes, sin determinar cuáles.

Los instrumentos utilizados son un cuestionario para determinar el nivel y tipo de violencia recibido, para indicar la salud psicológica de la mujer se utiliza el Cuestionario General de Salud de 12 ítems (GQH-12, por sus siglas en inglés) donde se mide ansiedad, depresión y autoestima, y finalmente, un cuestionario sociodemográfico (nº de hijos, estado civil, empleo, nivel de educación...).

Los resultados muestran que al menos un 15.4% de las mujeres víctimas de VCPM que participan en el estudio sufren depresión, mientras que más de un 19% de las mujeres víctimas de esta violencia toman tranquilizantes. Un 36.8% muestra dolor crónico, usar de forma habitual analgésicos. Por otro lado, al menos un 40% de las mujeres víctimas de VCPM sufre estrés o ansiedad a consecuencia de la violencia recibida.

Entre las consecuencias del estudio se determina que hay una larga evidencia que muestra que entre las consecuencias psicológicas de la VCPM una de las más importantes es la depresión y la ansiedad generada por esta violencia, indicando la importancia de seguir investigando para poder determinar las consecuencias, mientras que anima a analizar más profundamente las consecuencias de la violencia que no se puede ver, de aquella que no provoca “dolor” físico. Señalando que el daño psicológico puede dejar muchas más secuelas de las que se pueden imaginar.

El estudio de Montesó-Curto et al. (2017) realizado con la intención de analizar la relación entre la VCPM y el diagnóstico de depresión, ansiedad y estrés. En el estudio participan 157 mujeres, durante el diciembre de 2008 en el sur de Cataluña.

A través de una entrevista telefónica se realiza una entrevista para registrar los datos sociodemográficos y el cuestionario de ansiedad-depresión de Goldberg (Goldberg et al., 1988).

Los resultados del estudio muestran que aproximadamente la mitad de las mujeres que han sido víctimas de VCPM, un 48.29% de las mujeres encuestadas, muestran síntomas depresivos.

Entre las conclusiones del estudio se expone que las mujeres víctimas de VCPM tienen mayor probabilidad de sufrir depresión, ansiedad y estrés.

Andreu Alvarez et al. (2017) realiza la tesis con el objetivo de determinar la sintomatología clínica de las mujeres víctimas de VCPM. En la tesis participan total de 119 mujeres víctimas de VCPM usuarias de la Red de Género de la Región de Murcia.

Para evaluar la sintomatología clínica se utiliza el Inventario de la Personalidad (PAI) para evaluar las variables de la personalidad y de psicopatología de la participante. Analizando, especialmente, las Escalas: quejas somáticas, ansiedad, depresión, problemas con el alcohol o las drogas, ideación suicida, estrés, falta de apoyo social... , y las Subescalas; Trastorno de Estrés Postraumático, Hipervigilancia e Inestabilidad Emocional.

Los resultados muestran que, aproximadamente, un 60% de las mujeres víctimas de VCPM sufre una depresión media, grave o muy grave. Los resultados muestran que prácticamente todas las mujeres víctimas de VCPM puntúan en síntomas depresivos.

Entre las conclusiones del estudio se muestra como la mayor parte de las mujeres participantes en el estudio muestran un nivel de sintomatología importante, especialmente depresión, ansiedad, estrés y Trastorno de Estrés Postraumático. Se expone también que a mayor gravedad y duración de esta violencia, mayor es la puntuación en queja somática, depresión y estrés.

Analizando los diferentes estudios se puede observar una gran disparidad a la hora de determinar la prevalencia de depresión al observarse también una gran variabilidad en la aplicación de las diferentes herramientas y también en su utilización. Se puede observar que no hay un patrón a seguir para poder realizar estudios de violencia de género y que los diagnósticos y las prevalencias de las diferentes psicopatologías varían mucho según el tipo de instrumento y su forma de aplicación. Tal como muestra (Valverdi Labra, Aparicio García, Patró Hernández, y Labra Valerdi, 2014) en su estudio después de realizar una entrevista personal a cada mujer la prevalencia de la depresión descendía un 35% (Kernic, Holt, Stoner, Wolf, y Rivara, 2003).

En este sentido, el estudio actual pretende optimizar el proceso de detección de las consecuencias psicológicas de la depresión y atender a un proceso riguroso y estandarizado para poder evaluar cual es la mejor manera para determinar los niveles de psicopatología y otras consecuencias de la VCPM.

3. Contextualización.

La región geográfica de estudio se centrará en España (Islas Baleares, Islas Canarias y Península).

El reclutamiento de las personas participantes en el estudio se realizará en centros públicos de atención y ayuda a las mujeres víctimas de VCPM, centros de atención primaria y hospitales donde se haya acudido solicitando ayuda o se haya reconocido algún tipo de agresión, y comisarías donde se efectúen denuncias contra VCPM.

Centros de Acogida para mujeres víctimas de VCPM

Los Centros o Casas de Acogida para mujeres víctimas de VCPM son centros con un servicio de atención residencial temporal. Está dirigido a mujeres que hayan sido víctimas de VCPM y a las personas que dependan de ellas. Con este servicio se espera que la mujer consiga normalizar su situación, tanto personal como profesional.

Las estancias en estos centros o casas puede ser variable, normalmente 6 meses como máximo. Los servicios que ofrecen estos centros normalmente son:

- Alojamiento, acogida y manutención.
- Acompañamiento y seguimiento personalizado e individualizado por profesionales de la salud.
- Plan de atención integral y personalizada.

Servicios de Atención a la Mujer

Estos servicios están destinados generalmente a dar un servicio integral a mujeres en riesgo de exclusión. Estos servicios están orientados a ofrecer apoyo social, jurídico o psicológico.

En este tipo de servicio está dirigido a mujeres con problemas laborales, por razón de sexo, problemas derivados de una separación, problemas en relaciones familiar o de pareja, y víctimas de malos tratos, acoso sexual, agresiones...

Se puede observar que no es sólo un servicio de atención a las mujeres víctimas de VCPM sino que ofrece un servicio mucho más amplio. Visitar estos centros permitirá conocer a mujeres que han solicitado ayuda pero todavía no han decidido dejar a su maltratador.

Servicios de Urgencias y Emergencias (112)

Estos servicios están destinados a asistir urgencias o emergencias de forma urgente. La Unidad de Urgencias y Emergencias tienen un teléfono gratuito (112) que se puede utilizar en caso de emergencia grave. Cuenta con una unidad hospitalaria y un servicio ambulatorio capaz de llegar a cualquier lugar.

Es muy útil en casos de VCPM ya que permite localizar casos de mujeres víctimas de VCPM que todavía no han denunciado y por tanto permite ampliar el radio de mujeres a estudiar.

Servicio de Atención Primaria

El Servicio de Atención Primaria implica atención a demanda, programada y urgente. En los Centros de Atención Primaria se procede a la atención y a la realización de diagnósticos necesarios, así como la derivación a los diferentes profesionales necesarios. Finalmente, ofrece ayuda en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y comunitaria.

Este servicio es muy importante ya que los profesionales de este servicio son los primeros en detectar algún signo de VCPM y por tanto, es muy importante para detectar a posibles mujeres víctimas de VCPM que todavía no hayan decidido denunciar.

Comisaría de Policía Local, Policía Nacional y Guardia Civil

Las Comisarías son edificios con un carácter permanente utilizado como cuartel general u oficina de los cuerpos de policía. Normalmente están repartidas a lo largo del territorio según la población. Habitualmente contienen oficinas, distintos servicios y comodidades para el personal y estacionamiento. También pueden disponer de salas de interrogatorio o calabozos provisionales.

Las comisarías son el primer lugar dónde se interpone una denuncia y por tanto permite acceder a las mujeres víctimas de VCPM de forma directa. Esto permitirá acceder a las denuncias interpuestas por las mujeres víctimas de VCPM y que no hayan solicitado ayuda a través de ningún canal.

4. Objetivos.

Objetivo general

- Analizar la prevalencia de depresión en mujeres víctimas de VCMP, y determinar la posible disparidad según el instrumento de medida (Hamilton y Beck).

Objetivos específicos

- Analizar las puntuaciones obtenidas al aplicar los dos test para la detección de depresión en mujeres víctimas de VCPM.
- Combinar los test de Hamilton y Beck con otros métodos (entrevista semiestructurada con los criterios del DSM-V) para analizar la variabilidad en la prevalencia de la depresión en mujeres víctimas de VCPM.
- Observar y analizar las diferencias entre las puntuaciones de los test de Hamilton y Beck cuando se aplica una segunda herramienta (entrevista semiestructurada) en la detección de depresión en la mujeres víctimas de VCPM.

5. Metodología.

1. Diseño.

Se realizará un estudio transversal descriptivo, a través del cual se pretende analizar la prevalencia de depresión y las diferencias según el instrumento utilizado en las mujeres víctimas de VCMP.

Se realizará el reclutamiento de mujeres víctimas de VCMP con la intención de aplicar diferentes formas de evaluación de la depresión en mujeres víctimas de VCMP y analizar las diferencias entre las diferentes formas de evaluar.

Se entregará el Consentimiento Informado y la Hoja de información de Derechos de la paciente) (Anexo 2 y 3).

Posteriormente, se aplicarán los test de Beck y de Hamilton y se realizará una entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-V (2013) para poder analizar y comparar los resultados de los dos test y los resultados del test con la combinación de la entrevista.

2. Muestra.

Criterios de inclusión

- Mujeres que hayan sufrido VCMP durante el último año.
- Mayores de 18 años.
- Mujeres que hayan solicitado ayuda a través de los diferentes canales mencionados anteriormente.

Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres que no hayan sufrido VCMP en el último año.
- Mujeres que se presenten con sus cónyuges, parejas o acompañantes maltratadores.
- Personas con alguna discapacidad importante que no permita responder a las diferentes preguntas.
- Personas analfabetas o incapacidad de leer.
- Personas con lesiones importantes que no permitan responder de forma adecuada.

- Personas con historial de enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, trastornos límite de la personalidad, que puedan implicar dificultades para el desarrollo del estudio.

3. Instrumentos.

- Rating Scale Depression de Hamilton (RSD) (17 ítems) (Anexo 4)

La Escala de Evaluación de Hamilton fue creada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. Inicialmente, la primera versión constaba de 24 ítems (1960), siendo posteriormente revisada y modificada por su propio autor (1967) siendo reducida a 21 ítems. De estos 21, hay 4 ítems que determinan la intensidad o la gravedad de la depresión, por lo que habitualmente, en los trabajos científicos, se utiliza la versión de 17 ítems (Ramos-Brieva, 2015). La versión de 21 ítems fue traducida al castellano por Conde y sus colaboradores en 1984, quien añadió, además un nuevo ítem, siendo la versión castellana de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero-Villafáfila (1986) adaptaron y validaron al castellano la versión de 17 ítems.

La versión de 17 ítems se centra principalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad son los que más peso tienen.

En el sentido estricto, no tiene una finalidad diagnóstica y su intención es “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados con depresión. Aunque para poder incluir los participantes dentro de un estudio se acepta como puntuación de corte una puntuación superior a 13 en la escala.

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (Guía NICE, 2004), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

La escala tiene una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92). El coeficiente de correlación es de 0.92 y la fiabilidad entre interobservador oscila según autores entre 0.65 y 0.90 (Hamilton, 1960).

La validez es buena, y su correlación con otros instrumentos de valoración global oscila entre 0.8 y 0.9. Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos (Hamilton, 1960).

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 4)

El Inventario de Depresión de Beck, conocido por sus siglas en inglés Beck's Depression Inventory (BDI), en su primera versión BDI-I (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), en su posterior revisión BDI-IA (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), en su segunda versión BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996) y en su adaptación española BDI-II (Vázquez y Sanz, 1999), es el instrumento específico más utilizado e investigado para medir la depresión.

Es un inventario auto aplicado de 21 ítems, en cada ítem el sujeto debe elegir la frase que, entre un conjunto de cuatro alternativas, se corresponde mejor a su estado de ánimo medio durante la última semana. Fue diseñado, principalmente, para determinar la gravedad de la depresión en pacientes con diagnósticos psiquiátricos (Beck et. al., 1996), aunque también se utiliza en estudios para determinar sujetos deprimidos y no deprimidos, determinar la mejora de la depresión después de un tratamiento clínico e identificar y detectar síntomas depresivos (Vázquez y Sanz, 1999).

Así, el manual original de BDI-II (Beck et. al., 1996) distingue cuatro categorías de diferente gravedad de la depresión:

- 0-13 depresión mínima
- 14-19 depresión leve
- 20-28 depresión moderada
- 29-63 depresión grave

La fiabilidad interna del cuestionario se considera buena (alfa de Cronbach=0.83) como de estabilidad temporal (correlaciones test-retest oscilan entre 0.60 y 0.72). Los índices de validez convergente comparado con otros test también es alta oscilando entre 0.68 y 0.89.

La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de la depresión y ansiedad (ansiedad, miedos...) no es muy alta oscilando entre 0.11 y 0.45.

- Entrevista semiestructurada basándose en los criterios de la depresión del DSM-V (2012) (Anexo 6).
- Cuestionario sociodemográfico (Anexo 7).

4. Procedimiento.

1ª Sesión: Reclutamiento de la muestra.

Las personas serán reclutadas en centros de acogida y también se analizarán las diferentes denuncias e intervenciones que se producen en los casos de violencia de género, aunque la mujer no esté en un centro de acogida. Todas estas personas serán invitadas a participar en el estudio y, en caso de aceptar, se les entregará el consentimiento informado y sus derechos como participantes

En esta primera sesión se realizará la selección de las personas participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión. También se entregará el cuestionario sociodemográfico.

Además se dará un seguimiento de instrucciones y pequeñas explicaciones a todas las participantes para saber cómo se llevará a cabo el estudio y qué deben esperar en cada punto del estudio.

2ª Sesión: Aplicación de cuestionarios y entrevistas

Las aplicaciones de los cuestionarios se realizarán el mismo día. Para agilizar el procedimiento se realizarán dos grupos con la muestra.

En primer lugar, el primer grupo realizará el BDI-II y mientras tanto, el segundo grupo realizará el RDS.

En segundo lugar, el segundo grupo realizará el BDI-II y el primer grupo realizará el RDS.

Finalmente, se realizará la entrevista semiestructurada de forma individual.

Las entrevistas semiestructuradas se realizarán por personas diferentes para homogeneizar el criterio y no tener la única mirada de un solo investigador.

5. Análisis estadístico.

Se introducirán los datos dentro del programa SPSS ®. Se realizará en primer lugar una depuración de datos mediante pruebas de rango (detección de valores posibles) para comprobar que no haya datos erróneos ni errores incluidos sin querer o por equivocación.

Se realizará principalmente un análisis de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios inicialmente y después de aplicar la entrevista semiestructurada. La intención es comparar los niveles de depresión con cuestionario y con otro. Por otro lado, después de realizar la entrevista semiestructurada, se asume que la puntuación de los cuestionarios y su carácter diagnóstico varía y entonces la cantidad de personas diagnosticadas de depresión puede disminuir de forma importante.

En primer lugar, se realizará una comparación de las puntuaciones de depresión obtenidas por cada mujer en cada cuestionario para determinar si hay diferencias entre los dos cuestionarios a la hora de medir la depresión. Para realizar esta comparación se utilizará una T de Student de datos apareados para comparar las medias de los cuestionarios realizados.

A continuación, se utilizará el cálculo de la ANOVA para realizar la comparación de medias de 3 o más grupos. En este caso, hay tres pruebas diagnósticas y por tanto, hay tres medias que comparar.

A través de la aplicación de los cuestionarios y entrevista se calculará la prevalencia de depresión en mujeres víctimas de VCPM. Cada cuestionario y la entrevista, implica un nivel de prevalencia u otro. Por tanto, se analizarán las diferencias que se producen entre las prevalencias de depresión a través de los cuestionarios y de la entrevista.

Finalmente, se combinará los cuestionarios con la entrevista personal y se analizará si se observan diferencias significativas entre: evaluar sólo con cuestionarios o combinar la evaluación de los cuestionarios con la entrevista.

6. Consideraciones finales.

1. Puntos fuertes del estudio.

El hecho de ser un estudio transversal permite perder pocos participantes durante el estudio ya que no debe hacerse seguimiento de los mismos y sólo se toman los datos en un punto concreto en el tiempo.

Permite analizar la situación de las víctimas de VCPM y las consecuencias de esta violencia, además de poder optimizar el proceso de detección de consecuencias.

Al ser un estudio transversal es económico y rápido de realizar, también es sencillo tanto en su realización como en su análisis. Puede obtener una alta validez interna siempre y cuando se haga bien.

2. Puntos débiles del estudio.

Los errores sistemáticos producidos habitualmente en los estudios transversales pueden ser un problema para el estudio. Por ejemplo, se pueden observar en estudios transversales sesgos de complacencia donde, normalmente, los participantes contestan para complacer al encuestador. En este caso es poco probable, ya que se aplican herramientas ya utilizadas, y además se realiza una entrevista semiestructurada con la intención de eliminar sesgos, las personas que realicen la entrevista no sabrán en qué se basa el estudio y por tanto, lo podrán inducir a los participantes a contestar de una manera u otra.

Otros errores que pueden producirse serían los sesgos de selección, donde se selecciona a las personas participantes de forma poco adecuada. Por ejemplo, en este caso, se debe tener en cuenta elegir un grupo de mujeres homogéneo para evitar que haya una sobrediagnóstico de depresión.

Se pueden observar también un sesgo de recuerdo, donde las participantes no recuerden con exactitud por ejemplo el tipo de violencia ejercido, el tiempo que lo recibieron...

3. Propuestas para el futuro.

Entre las propuestas para el futuro se podría relacionar este estudio con otras consecuencias psicológicas de la VCPM, por ejemplo, trastorno de estrés posttraumático, ansiedad, problemas para dormir, problemas de autoestima y confianza...

Por otro lado, también se podría realizar una intervención para analizar cuáles son las mejores actividades para poder mejorar los niveles de depresión y promover un mejor bienestar en las mujeres víctimas de VCPM.

Este estudio puede mejorar la detección de las consecuencias de la VCPM y por tanto, permitir optimizar los recursos y el tiempo que se dedica a las mujeres víctimas de la VCPM con la intención de mejorar la sociedad y crear consciencia de la problemática.

El estudio puede ayudar a crear consciencia de las consecuencias de esta violencia y a crear programas para la prevención.

4. Bibliografía y Referencias.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association . (2013) . Los trastornos depresivos . *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.) . Arlington: Editorial Médica Panamericana .
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Vázquez, C. (1996). *BDI-II: Inventario de depresión de Beck- II*. Madrid: Pearson.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 167–178.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>
- Andreu Alvarez, M. D., Olmedilla Zafra, A., & Garcés de los Fayos Ruiz, E.-J. (2017). Resiliencia y sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género, 1–377. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=155134>
- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>
- Bosch, E., & Ferrer, V. (2000). La violencia de género: De cuestión privada a problema social. *Intervención Psicosocial*, 9(1), 7–19. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244002>
- Ferrer Pérez, V. (2010). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja. *Informació Psicològica*, (99), 36–52.
- Ferrer, V. A., & Bosch, E. (2003). Algunas consideraciones generales sobre el maltrato de mujeres en la actualidad. *Anuario de Psicología*, 34(2), 203–213.
- García-Moreno, C., & Watts, C. (2011, January). Violence against women: An urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*.
<https://doi.org/10.2471/BLT.10.085217>
- Golding J.M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 34.
<https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Hamilton, M. (1960). A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat*, 23, 56. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC495331/pdf/jnnpsyc00273-0060.pdf>
- Introducci, D. A., & Uso, A. (n.d.). *DSM IV - Psiquiatria*.
<https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318190eb86>
- Kernic, M. A., Holt, V. L., Stoner, J. A., Wolf, M. E., & Rivara, F. P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: Is cessation of violence enough? *Violence and Victims*, 18(2), 115–129. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.2.115>
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K. P., Smith, M. W., & Baumrind, N. (2009). Unemployment Among Women. Examining the Relationship of Physical and PSychological Intimante PArtner Violence and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 450–463. <https://doi.org/10.1177/0886260508317191>
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence

- and its association with symptoms of depression; A cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*, 17(1), 335.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4222-y>
- Montesó-Curto, P., Aguilar, C., Lejeune, M., Casadó-Marin, L., Casanova Garrigós, G., & Ferré-Grau, C. (2017). Violence and depression in a community sample. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2392–2398. <https://doi.org/10.1111/jocn.13493>
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Depression: management of depression in primary and secondary care*. Londres. Retrieved from www.nice.org.uk
- OMS | Violencia contra la mujer. (2017). *WHO*. Retrieved from https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
- Patró Hernández, R., Corbalán Berná, F., & Limiñana Gras, R. (2007). DEPRESION IN ABUSED WOMEN: RELATIONSHIP WITH PERSONALITY STYLES, CONTEXTUAL AND SITUATIONAL VIOLENCE VARIABLES. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 23(1), 118–124. Retrieved from www.um.es/analesps
- Purriños, M. J. (2017). *ESCALA DE HAMILTON-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*. Retrieved from <https://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>
- Ramos-Brieva, J. A. (2015). Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton. Retrieved July 22, 2019, from <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=57>
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafáfila, A. (2015). *Escala de Hamilton para la depresión*. Retrieved from https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=ESCALA_DE_HAMILTON_PARA_LA_DEPRESION_de_Ramos_Brieva_y_Cordero_Villafafila.pdf
- Ruiz-Pérez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67(5), 791–797. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd>
- Salcioglu, E., Urhan, S., Pirinccioglu, T., & Aydin, S. (2017). Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 117–125. <https://doi.org/10.1037/tra0000200>
- Sanz-Barbero, B., Corradi, C., Otero-García, L., Ayala, A., & Vives-Cases, C. (2018). The effect of macrosocial policies on violence against women: a multilevel study in 28 European countries. *International Journal of Public Health*, 63(8), 901–911. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1143-1>
- Sanz-Barbero, B., Heras-Mosterio, J., Otero-García, L., & Vives-Cases, C. (2016). Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.004>
- Sanz, Gutiérrez, G. (2004). *Escala de Beck*. Retrieved from <http://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>
- Soler, E., Barreto, P., & González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17, 267–274. Retrieved from www.psicothema.com
- Valverdi Labra, P., Aparicio García, M., Patró Hernández, R., & Labra Valerdi, P. A. (2014). *La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena*. Universidad Complutense de Madrid. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=98986>
- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos Reliability and validity of the Spanish version of Beck ' s Depression Inventory (1978) in patients with

psychological . *Depression*, 10(January), 59–81.
Zubizarreta, I. (2004). Consecuencias psicológicas del maltrato en mujeres y sus hijas e hijos.
Blbao: ZUTITU Psicología Clínica.

5. Anexos.

Anexo 1: Búsqueda bibliográfica.

A continuación se adjunta el proceso que se llevó a cabo para poder recopilar toda la bibliografía utilizada en el trabajo.

Inicialmente se realizó una búsqueda con las palabras violencia de género y gender violence en PudMed, ante la falta de documentación se procedió a realizar otras búsquedas con los siguientes términos:

```
("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND (partner[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields])) AND ("2009/02/28"[PDat] : "2019/02/25"[PDat]) (25/02/2019)
```

```
((("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND (partner[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields])) AND "2009/02/28"[PDat] : "2019/02/25"[PDat]) AND ("diagnosis"[MeSH Terms] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnostic"[All Fields]) AND ("2009/02/28"[PDat] : "2019/02/25"[PDat])
```

```
((("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND (partner[All Fields] AND ("violence"[MeSH Terms] OR "violence"[All Fields]))) AND ("diagnostic and statistical manual of mental disorders"[MeSH Terms] OR ("diagnostic"[All Fields] AND "statistical"[All Fields] AND "manual"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "diagnostic and statistical manual of mental disorders"[All Fields]) AND ("2009/02/28"[PDat] : "2019/02/25"[PDat])
```

Después de realizar esta búsqueda se encontraron diversos artículos que sirvieron para enmarcar el fenómeno de la violencia de género y para poder determinar cuáles son los principales números y prevalencias en la población general de mujeres.

A continuación, para poder determinar las consecuencias de la VCPM se realizó otra búsqueda:

("domestic violence"[MeSH Terms] OR ("domestic"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "domestic violence"[All Fields]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND ("2014/05/10"[PDat] : "2019/05/08"[PDat])

Con esta búsqueda se pudo determinar que existe una gran disparidad en la prevalencia de la depresión en mujeres VCPM y que por tanto se debía de analizar esta disparidad.

Inicialmente, se observó que había una gran disparidad de instrumentos utilizados para detectar la depresión en mujeres VCPM y que la gran mayoría de instrumentos eran de creación expresa para el estudio en mención. Se realizó entonces una última búsqueda para analizar cuáles eran los cuestionarios o herramientas más utilizados en estos casos.

((("intimate partner violence"[MeSH Terms] OR ("intimate"[All Fields] AND "partner"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "intimate partner violence"[All Fields]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms])) AND hamilton[All Fields]

((("gender-based violence"[MeSH Terms] OR ("gender-based"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "gender-based violence"[All Fields] OR ("gender"[All Fields] AND "based"[All Fields] AND "violence"[All Fields]) OR "gender based violence"[All Fields]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms])) AND Beck[All Fields]

Por otro lado también se realizó una búsqueda en Dialnet con las siguientes palabras:

Violencia de género, Depresión Años 2014-2019

Violencia de género, Depresión, beck 21/05/2019

Violencia de género, Depresión, Hamilton 21/05/2019

Otros artículos que no se pudieron encontrar de forma directa a través de las búsquedas se fueron añadiendo a la bibliografía así como se iba leyendo y encontrando documentos interesantes en la bibliografía de estos artículos ya encontrados.

Anexo 2: Consentimiento informado.

Análisis de la prevalencia en depresión en mujeres víctimas de VCPM

Nombre del investigador:

Institución:

ID del paciente:

Teléfono:

Dirección:

Querido paciente,

Nos gustaría invitarlo a participar en un estudio de investigación transversal. En esta hoja de información para pacientes se describe el estudio de investigación y el papel que usted desarrollará en calidad de participante.

Lea detenidamente el siguiente formulario

Es importante que lea y comprenda los siguientes principios generales que se aplican a todos los sujetos que participan en el estudio:

1. Su participación en el estudio es totalmente voluntaria.
2. Su participación en el estudio puede o no aportarle beneficios personales; pero es posible que lo que se aprenda a raíz de esta investigación pueda ayudar a otros.
3. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de castigo o pérdida de los beneficios que tenga derecho actualmente.

La naturaleza del estudio, los beneficios, los riesgos, las molestias, y otra información sobre el estudio se explican más adelante.

A usted se le informará sobre los resultados significativos que se produzcan durante el estudio. Si tiene algún tipo de pregunta, cualquiera, hable con los integrantes del equipo profesional. Ellos le responderán gustosamente.

Si opta a participar en el estudio, deberá leer esta hoja de información para el paciente y firmar el formulario de consentimiento informado adjunto como constancia de su consentimiento para participar.

Razones y objetivos del estudio.

Usted está participando en el estudio realizado para llevar a cabo un análisis de las herramientas utilizadas en la detección de la depresión en mujeres víctimas de la violencia de género en pareja. De este modo, usted recibirá la aplicación de dos test de diagnóstico (Inventario de Depresión de Beck y Rating Scale Depression de Hamilton) y posteriormente una entrevista personal con una persona entrenada para tal fin.

Durante el estudio se le administrarán los dos cuestionarios de forma separada en el tiempo (2 días de separación) y después de la administración del segundo cuestionario se realizará una entrevista personal.

Posibles beneficios del estudio.

El hecho de poder comparar las diferentes herramientas utilizadas y observar cómo cambian los resultados después de aplicar la entrevista personal, puede implicar una disminución del diagnóstico de depresión en mujeres víctimas de la violencia de género en pareja.

Posibles riesgos.

Se observan posibles riesgos a la hora de participar en el estudio, el hecho de participar implica recordar hechos pasados que pueden provocar malestar entre los participantes, pero se dispone del personal adecuado para atender cualquier tipo de necesidad psicológica.

Confidencialidad

Su historia clínica es completamente confidencial. Su nombre no será proporcionado a personas no autorizadas y este sólo será conocido por los investigadores del estudio.

La información proporcionada en este estudio puede ser revisada por los investigadores. La información que se recopile durante la investigación se podrá utilizar para fines de la investigación y puede ser publicada.

No obstante, su nombre no saldrá publicado y tampoco saldrá en ningún fichero. Sí que existirá un fichero con sus datos, pero sólo accesibles para el equipo que participe en el estudio. Se podrán ejercer los derechos de acceso, cancelación o rectificación de datos por parte del equipo investigador. No se cederán los datos a terceros. Los datos de las personas serán tratados de acuerdo con la ley de protección de datos europea actual aprobada el 1 de enero de 2019.

Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento y sin ningún tipo de penalización.

Conflictos de intereses

No hay conflictos de intereses en este estudio.

Aspectos económicos.

Este estudio no tiene intereses económicos.

Responsabilidad financiera.

Los costes de cualquier atención médica durante el estudio corren a cargo de la seguridad social o del pagador de su médico.

Consideraciones éticas.

Este proyecto ha estado autorizado por el Comité de Ética e Investigación correspondiente.

Derecho a abandonar el estudio.

Las decisiones sobre la participación en el estudio son voluntarias. Si decide no participar no perderá ninguno de los beneficios a los que tiene derecho. Tampoco se le denegará el acceso a otros tratamientos disponibles.

Preguntas.

Si tiene cualquier pregunta, por favor, diríjase al equipo médico, gustosamente le atenderá. Si no puede hablar con el médico responsable hable con la siguiente persona responsable.

Información de contacto con el médico:

Teléfono:

Anexo 3: Hoja de información de los derechos de los participantes.

A las personas que participan en un estudio médico le corresponden derechos. Estos derechos son los siguientes:

- Ser informado de la naturaleza y objetivo del experimento.
- Recibir una explicación de los procedimientos que se seguirán en el estudio.
- Recibirán una descripción de cualquier molestia o riesgo que razonablemente se espera.
- Recibir una explicación de todo beneficio sujeto que razonablemente se espera, si corresponde.
- Tener la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio o los procedimientos relacionados.
- Ser informado de que puede retirar el consentimiento de participación en el estudio en cualquier momento y que el sujeto puede terminar su participación sin perjuicio.
- Recibir una copia del formulario de consentimiento firmado y con fecha.
- Recibir la oportunidad de dar o no dar su consentimiento para el estudio sin el uso de ningún elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción, coerción...

Anexo 4: Rating Scale Depression de Hamilton (Purriños, 2017) (Ramos-Brieva & Cordero-Villafáfila, 2015).

En el cuestionario para depresión de Hamilton cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0 a 2 o de 0 a 4 respectivamente.

La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (Guía NICE, 2004), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Estado de ánimo depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0
- Ausente	1
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	2
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	3
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1

- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio inicial	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio medio	
- No hay dificultad	0
- Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligeramente retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 	<p>0</p>

- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0

- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Pérdida de introspección (insight)	
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2

Anexo 5: Inventario de Depresión de Beck (Sanz, Gutiérrez, 2004)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1) Estado anímico

0. No me siento triste

1. Me siento triste

2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello

3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo

2) Estado anímico

0. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro

1. Me siento desanimado respecto al futuro

2. Siento que no puedo esperar nada del futuro

3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) Estado anímico

0. No me siento fracasado

1. Siento que he fracasado más que la persona normal

2. Cuando miro hacia al pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos

3. Siento que como persona soy un fracaso completo

4) Sentir placer

0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes

1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo

2. Ya nada me satisface realmente
 3. Todo me aburre o desagrada
- 5) Sentimientos de culpabilidad
0. No siento ninguna culpa particular
 1. Me siento culpable buena parte del tiempo
 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 3. Me siento culpable todo el tiempo
- 6) Sentimientos de culpabilidad
0. No siento que esté siendo castigado
 1. Siento que puedo estar siendo castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado
- 7) Nivel de satisfacción
0. No me siento decepcionado de mí mismo
 1. Estoy decepcionado conmigo
 2. Estoy harto de mi mismo
 3. Me odio a mí mismo
- 8) Sentimientos de culpabilidad
0. No me siento peor que otros
 1. Me critico por mis debilidades o errores
 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden
- 9) Ideación suicida
0. No tengo ninguna idea de suicidarme
 1. Tengo ideas de suicidarme, pero nunca las llevo a cabo
 2. Me gustaría suicidarme

3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10) Sentimientos de desesperanza
0. No lloro más de lo habitual
 1. Lloro más que antes
 2. Ahora lloro todo el tiempo
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera
- 11) Irritabilidad
0. No me irrito más ahora que antes
 1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes
 2. Me siento irritado todo el tiempo
 3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme
- 12) Pérdida del interés
0. No he perdido interés en otras personas
 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar
 2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás
 3. He perdido todo interés en los demás
- 13) Capacidad de toma de decisiones
0. Tomo decisiones como siempre
 1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
 2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
 3. Ya no puedo tomar ninguna decisión
- 14) Sentimientos aspecto físico
0. No creo que me vea peor que antes
 1. Me preocupa que esté pareciendo avejentado/a o inatractivo/a
 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo/a

3. Creo que me veo horrible

15) Capacidad de concentración

0. Puedo trabajar tan bien como antes

1. Me cuesta mayor esfuerzo empezar a hacer algo

2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa

3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo

16) Insomnio

0. Puedo dormir tan bien como antes

1. No duermo tan bien como antes

2. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir

3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17) Cansancio, hipersomnia

0. No me canso más de lo habitual

1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme

2. Me canso al hacer cualquier cosa

3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18) Apetito

0. Mi apetito no ha variado

1. Mi apetito no es tan bueno como antes

2. Mi apetito es mucho peor que antes

3. Ya no tengo nada de apetito

19) Pérdida de peso

0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que he perdido algo

1. He perdido más de 2 kilos

2. He perdido más de 4 kilos

3. He perdido más de 6 kilos

20) Preocupación

0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual
1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21) Interés por el sexo

0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
1. Estoy interesado menor por el sexo de lo que solía estar
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
3. He perdido por completo mi interés por el sexo

Anexo 6: Entrevista semiestructurada

Para realizar la entrevista semiestructurada el estudio se va a basar en el Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual (Soler, Barreto, y González, 2005), que posteriormente se adaptará a las necesidades del estudio.

Se adjunta el cuestionario a continuación:

Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual (REV)				
El o la profesional debe registrar la intensidad de la respuesta psicológica dada por la persona a cada uno de los 22 ítems del cuestionario según la escala siguiente: 0= Nada 1= Algo 2= Bastante 3= Mucho				
	0	1	2	3
1. Sentimiento de culpabilidad				
2. Sentimiento de inseguridad				
3. Sentimiento de fracaso				
4. Baja autoestima				
5. Sentimiento de inutilidad				
6. Confusión				
7. Desesperanza hacia el futuro				
8. Sensación de ahogo				
9. Sensación de sofoco				
10. Sudoración				
11. Presión en el pecho				
12. Nudo en la garganta				

13. Mareos				
14. Rigidez, tensión muscular				
15. Disminución actividades agradables				
16. Disminución actividades sociales				
17. Falta interés actividades agradables				
18. Disminución actividad hogar				
19. Ira				
20. Irritabilidad				
21. Enojo				
22. Cambios de humor				
Nombre y apellidos N° identificación Estado civil Fecha de nacimiento..... Problemática de violencia Por Centro:..... Fecha.....				

Anexo 7: Cuestionario sociodemográfico.

A continuación, encontrará una serie de preguntas. Especifique su respuesta marcando con una cruz la respuesta que corresponde a su situación actual; en las respuestas abiertas, conteste en los espacios destinado para ello. Las respuestas son anónimas y serán usadas para el estudio en el que usted está participando.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (a cumplimentar por el entrevistador)

EDAD ____

SEXO Femenino __ Masculino __ Sin especificar __

ESTADO CIVIL

Soltero __ Casado __ Viudo __ Unión Libre __ Separado __

¿Cuál es su lugar de procedencia?

¿Dónde vive?

¿Con quién vive?

Solo _____ Con pareja _____ Con familia _____

SITUACIÓN FAMILIAR

¿Tiene hijos?

Sí __ No __

¿Cuál es su rol en su familia? En este apartado puede, tener una o más opciones de respuesta, marque las que apliquen en su caso.

Padre __ Madre __ Espos@ __ hij@ __ herman@ __ Otro __ ¿Cuál? ____

Nivel de escolaridad

Primaria __ Secundaria __ Bachiller __ Formación Profesional __ Grado ____

Máster o Posgrado ____

¿Actualmente está trabajando?

Sí ____ No ____

Si su respuesta es afirmativa, por favor continúe con la encuesta.

¿En qué sector trabaja?

¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la misma empresa?

¿En qué área o departamento es su lugar de trabajo?

¿Cuál es el cargo que desempeña en la organización?

¿Qué tipo de contrato tiene actualmente?
