



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES
MAGÍSTER EN FAMILIA, MENCIÓN MEDIACIÓN FAMILIAR**

Tesis Para Optar al Grado de Magíster en Familia, Mención Mediación Familiar.

“Síntomatología Depresiva, Autoestima y Apoyo Social Percibido en Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica”

Una Comparación Entre Mujeres Víctimas y No Víctimas de Violencia Doméstica de la Comuna de Purén.

Autora: Karina Oyanedel Viveros.

Profesora Guía: Maruzzella Valdivia Peralta.

Concepción, 2012.

DEDICATORIA

A Dios Padre, por estar presente en todo momento, por ser la luz que ha iluminado mis pasos y por haber colocado a personas de amor y buena voluntad que me han hecho fácil mi camino. Gracias a él hoy puedo finalizar esta etapa.

A toda mi familia por su apoyo anímico, material, moral y económico durante estos años y en especial a mi querida hija Anita María, quien creció junto a este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

A mi profesora guía, por su compromiso y por ser un pilar fundamental en el éxito de este proceso.

A todas las mujeres que voluntariamente accedieron a participar en esta investigación.

A Andrea, por su gran apoyo y buena voluntad, sin ella este proyecto no hubiera sido posible.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCIÓN.....	03
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1. Presentación del Problema	05
2. Motivación e Importancia del Estudio	08
3. Pregunta de Investigación.	10
4. Objetivos de la Investigación	
4.1 Objetivo General	10
4.2 Objetivos Específicos	11
5. Hipótesis de Investigación.....	11
6. Variables del Estudio	12
II. MARCO TEÓRICO	
1. Violencia Doméstica	14
2. Sintomatología Depresiva.....	18
3. Autoestima	22
4. Apoyo Social Percibido	25
III. METODOLOGÍA	
1. Diseño y Tipo de Estudio	28
2. Unidad de Análisis	29
3. Unidad de Información	29
4. Universo	29
5. Muestra	30
6. Instrumentos de Recolección de Datos	31
7. Análisis de Datos	33

8. Procedimiento	33
IV. RESULTADOS.	
1. Estadísticos Descriptivos	35
2. Estadística Bivariada	39
V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
1. Autoestima	42
2. Sintomatología Depresiva	43
3. Apoyo Social Percibido	44
VI. CONCLUSIONES	46
VII. SUGERENCIAS	48
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
IX. ANEXOS	58

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo investigar si existen diferencias en los niveles de sintomatología depresiva, autoestima y apoyo social percibido entre mujeres víctimas de violencia doméstica y aquellas mujeres no víctimas de violencia doméstica. Para ello se analizó una muestra de 62 mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en el policlínico de salud mental del Hospital Purén y un grupo control constituido por un número equivalente de mujeres que no han vivido tales abusos, pertenecientes a la comuna de Purén, región de la Araucanía. Para la medición de las variables se utilizó un set de pruebas, el que incluye la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Sub-escala de Síntomas Depresivos de la Escala de Salud Mental de de Alvarado et al. y la Escala de Apoyo Social Percibido MSPSS. Los resultados mostraron que existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología depresiva entre ambos grupos. Encontrándose que el grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica presentaba mayores niveles de esta variable. Asimismo se aprecian diferencias significativas en los índices de autoestima a favor de las mujeres pertenecientes al grupo control. En relación a la variable apoyo social percibido igualmente se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control; apreciándose también estas diferencias en todas las sub-escala: apoyo social familiar, apoyo social de amigos y apoyo social de otros significativos. Estas diferencias significativas dan cuenta que las mujeres maltratadas perciben menos apoyo social tanto general como en cada una de las sub-escalas.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate whether there are differences in the levels of depressive symptomatology, self-esteem and perceived social support between women victims of domestic violence and those women who have not been victims of domestic violence. For this reason we studied a sample of 62 women who are victims of domestic violence attended in the polyclinic of mental health of the Puren Hospital and a control group consisting of an equal number of women who have not lived such abuses, belonging to the commune of Puren, Araucanía region. For the measurement of the variables we used a set of tests, including the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Symptom Subscale Depressive Scale of Mental Health Alvarado et al. and Perceived Social Support Scale MSPSS. The results show statistically significant differences in the levels of depressive symptomatology between both groups. Found that the group of women victims of domestic violence had higher levels of this variable. Data shows also significant differences in the rates of self-esteem in favor of women belonging to the control group. In relation to the variable Perceived Social Support were found equally significant differences between the experimental group and the control group; also appreciate these significant differences in all subscale: Family Social support, Social Support from Friends and Social Support from Significant Others. These differences give account that battered women receive less social support both general and in each of the subscales.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica está presente en la vida cotidiana de muchas familias y personas, no hace diferencias de edad, sexo ni clase social y por sus consecuencias es considerada en un grave problema social. Por lo que ésta ya no es concebida como una problemática exclusiva del ámbito privado, sino más bien ha sido frecuentemente objeto de la discusión pública, tanto a nivel gubernamental, jurídico, social, sanitario, etc (Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM], 2011).

Los hallazgos en torno a esta temática dan cuenta del gran impacto en la salud física y psicológica de las víctimas; así como también se constata el aislamiento en que se ven insertas; las mujeres con un historial de abuso, muchas veces, ven deterioradas sus relaciones sociales y familiares.

En función de lo anterior, la presente investigación tiene como objetivo establecer si existen diferencias significativas en los niveles de autoestima, sintomatología depresiva y apoyo social percibido entre mujeres víctimas de violencia doméstica y aquellas mujeres que no han experimentado dichos abusos. La localidad en donde se llevó a cabo este estudio corresponde a la comuna de Purén, ubicada en la provincia de Malleco de la IX región de la Araucanía.

Para el logro de dicho objetivo se consideró la participación de mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en el Policlínico de Salud Mental del Hospital Purén, las cuales conforman un universo de 64 mujeres, de ellas fue posible contar con 62 participantes y un grupo control constituido por un número equivalente (62) de mujeres no víctimas de tales abusos, pertenecientes a la misma comuna donde está inserto dicho Hospital.

En los que respecta a la estructura de la presente tesis de magíster, ésta comienza con la presentación del problema a investigar, el que contiene la importancia y motivación, junto con las preguntas y objetivos que guían este estudio, así como las hipótesis que se pretenden comprobar y el listado de variables a medir.

En un segundo apartado, se procede a la discusión bibliográfica y la revisión del estado del arte en la investigación empírica en torno a esta problemática, los cuales permiten sustentar e interpretar los datos obtenidos. En lo específico estos antecedentes están compuestos por cuatro áreas temáticas: violencia doméstica, sintomatología depresiva, autoestima y apoyo social percibido.

Posteriormente se desarrolla el diseño metodológico por el cual se ha optado: transversal descriptivo comparativo, indicando la unidad de análisis y de información, el universo y la muestra que compone este estudio, así también se detalla los instrumentos utilizados para la medición de las variables y el análisis propuesto para el avance de esta investigación .

En los últimos apartados se sistematiza la presentación de los resultados, el análisis y discusión de los mismos, respectivamente. Finalmente se exhiben las conclusiones y sugerencias obtenidas en la presente investigación.

Es el propósito de la autora de esta investigación, conseguir contribuir a la discusión en torno a esta temática, lo que permitiría implementar mejores políticas y estrategias de abordaje de las víctimas, las cuales respondan a las reales necesidades de las mismas.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Presentación del Problema.

La violencia en contexto de familia configura un latente y complejo problema social, que tiene lugar en todos los ámbitos y niveles de la sociedad, cruzando los diversos estratos sociales y grupos culturales, debido a que sus causas se encuentran enraizadas en construcciones culturales sobre roles y relaciones de género, en la desigual distribución del poder entre hombres y mujeres. Dichas construcciones culturales dejan, muchas veces, el terreno fértil para que aflore el abuso de poder y el mantenimiento de inequidad en las relaciones de pareja (SERNAM, 2009).

Cuando se habla de violencia intrafamiliar, se hace referencia a un patrón abusivo que ocurre en el contexto de una relación de intimidad y en un espacio aparentemente protector (el hogar). Dicho patrón se articula en torno a dos desequilibrios de poder: el género y la edad. Así los victimarios suelen ser hombres (padres y esposos), mientras que mujeres, niños(as) y ancianos(as) desempeñan mayoritariamente el rol de víctimas (Machuca, 2001; Corsi, 1994; Ravazolla, 1997; Gutiérrez, Martínez, Pereda & Pérez, 1994; cit en Araya, 2003)

En lo que respecta a la violencia contra la mujer, la declaración de las Naciones Unidas, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993) reconoce que:

“La violencia contra las mujeres es una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del

hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre” (p.1).

Dicha declaración, en su artículo primero define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia por razones de sexo 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 produce en la vida pública como en la privada” (p.2).* Según ésta declaración, la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado.

La forma más común de violencia contra la mujer es el abuso por parejas íntimas masculinas, siendo conocido también como “violencia doméstica” (Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999). Ésta constituye uno de los problemas de salud pública actualmente más importante por su creciente incidencia y mortalidad. A nivel mundial, aproximadamente, un tercio de las mujeres son víctimas y/o supervivientes de maltratos, violaciones y asesinatos. (Ruiz, Blanco & Vives, 2004). Se podría decir que ésta problemática resta años de vida a las personas que lo sufren, porque causa lesiones físicas y psicológicas irreversibles y en algunos casos, la muerte (Ruiz, et. al, 2004).

La violencia doméstica “tiene un gran impacto en la salud de la mujer, además de las lesiones físicas como consecuencia directa del maltrato físico, afecta de forma negativa a la salud debido al estrés que genera, existiendo evidencia de que sus efectos son también a largo plazo, incluso aunque el abuso haya terminado” (Campbell, 2001; Ellsberg, 1999, cit. en Bermúdez, Mátud & Buela, 2009, p. 52). La sintomatología que los estudios citan con mayor frecuencia es ansiosa, depresiva o somática, sin embargo se ha encontrado, en muchos casos, que las mujeres maltratadas presentan también baja autoestima (Bermúdez et al., 2009).

Según el informe denominado La violencia contra las mujeres y las niñas: análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993), *“la violencia contra la mujer y las niñas produce un gran impacto psicológico en la autoestima femenina, deteriorando su capacidad de obrar por sí mismas y generando sentimientos de incompetencia”* (p 6).

Además del impacto en la salud de la mujer maltratada, es relevante considerar el aislamiento social al que muchas veces la somete el agresor, lo que puede repercutir en una carencia de apoyo social (Mátud, Aguilera, Marrero, Moraza & Carballeira, 2003). Freyermuth (2003) señala que existen varios estudios que ponen de manifiesto una reducción de la participación social de las mujeres maltratadas, así como la pérdida de algunos integrantes de la red de amistades y familiares (cit. en Juárez, Valdez & Hernández, 2005).

En el campo de la salud pública, los estudios sociales sobre familia y red social, han aportado datos sustanciales para comprender los beneficios que el apoyo social tiene en aquéllas personas que se consideran parte de una red social y que saben que pueden recibir ayuda (Juárez et al, 2005).

Dentro del marco anteriormente expuesto, cabe señalar que tanto la sintomatología depresiva, la autoestima y el apoyo social son variables relevantes a estudiar en grupos de víctimas de violencia doméstica, como lo constata un estudio realizado en el Salvador, el cual señala que éstas variables están presentes en múltiples estudios realizados con mujeres maltratadas por su pareja en diversos países. Dicho estudio concluye que las mujeres maltratadas por su pareja, frente a las no maltratadas, mostraban mayor sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y menor autoestima y apoyo social (Bermúdez et al, 2009).

1.2. Motivación e Importancia del Estudio.

Las estadísticas de la violencia doméstica, a nivel nacional, muestran que en el año 2011, 96.841 mujeres decidieron denunciar a sus maltratadores, revelando un aumento de denuncias de un 11,56% respecto del año anterior y donde además 40 mujeres perdieron su vida en manos de su pareja, según datos obtenidos del estudio denominado “Comportamiento del Femicidio en Chile, Desafíos y Brecha”, realizado por la Organización no gubernamental (ONG) Activa en conjunto con la Universidad Pedro de Valdivia (2012).

En regiones vemos que ésta realidad no es diferente, en la región de la Araucanía, donde se llevó a cabo esta tesis de Magíster, las cifras indican que el año 2010, se realizaron 6.700 denuncias por violencia intrafamiliar, de ellas 5.500 fueron hechas por mujeres agredidas. En el año 2011, en la región, se perpetraron 4 femicidios (SERNAM, 2012a). Asimismo un estudio de prevalencia sobre la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, llevado a cabo por la misma entidad en año 2002 y publicado el año 2009, muestra que cuatro de cada diez mujeres han vivido violencia psicológica; una

de cada cuatro, violencia física y más de una de cada diez, violencia sexual. Esto significa que aproximadamente el 50% de las mujeres entrevistadas ha vivido violencia por parte de su pareja (Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, 2011).

En base al escenario nacional y regional antes descrito, se considera necesario abordar ésta temática, ya que como bien lo señala el Ministerio del Interior, basándose en su estrategia nacional de seguridad pública (2008) *“la violencia intrafamiliar constituye un problema de seguridad pública debido a que ya no es un problema que ocurre en el espacio privado, sino que es una problemática que niega las condiciones de normalidad de una estructura social, que permiten una convivencia ordenada”* (p.11); Además es un tema de salud pública y de derechos humanos, según lo proclama la resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. En este contexto son los profesionales del área familiar y de salud los llamados a intervenir, investigar y aunar esfuerzos con la finalidad de poner de manifiesto y disminuir los niveles de esta problemática, que provoca un gran daño en la familia y en cada uno de sus integrantes.

En este sentido resulta interesante aportar con información que permita conocer el impacto negativo de la violencia doméstica en la salud mental y la autoestima de las mujeres chilenas maltratadas, así como el aislamiento social que muchas veces se ven expuesta. Contribuyendo, de esta manera, a diferenciar un perfil entre mujeres que sufren violencia doméstica y aquellas que no son víctimas de tal fenómeno. Cabe señalar que existen pocos estudios a nivel nacional que aborden en conjunto estas variables.

Las conclusiones que se generen a partir de este estudio pueden resultar relevantes para los profesionales e instituciones que abordan esta temática, quienes contarán con mayores antecedentes empíricos para el

tratamiento de la violencia doméstica, dicha información podría servir de insumo para el desarrollo de tratamientos más específicos que obedezcan las reales necesidades de las víctimas. También se proyecta que este estudio pudiera servir de base para otro más amplio y complejo, que aborde el tratamiento y recuperación de mujeres maltratadas.

1.3. Pregunta de Investigación.

En atención a lo planteado anteriormente, cabe hacerse la pregunta, **¿Existen diferencias significativas en los niveles de autoestima, sintomatología depresiva y apoyo social percibido entre mujeres víctimas de violencia doméstica y aquellas mujeres no víctimas de violencia doméstica?**

1.4 Objetivos de la Investigación.

1.4.1. Objetivo General.

Investigar si existen diferencias en los niveles de autoestima, sintomatología depresiva y apoyo social percibido entre mujeres víctimas de violencia doméstica y aquellas mujeres no víctimas de violencia doméstica.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- a. Establecer si existen o no diferencias en el nivel de autoestima entre mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres no víctimas de violencia doméstica.
- b. Determinar si existen o no diferencias en los niveles de sintomatología depresiva que presentan mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres no víctimas violencia doméstica.
- c. Analizar si existen o no diferencias en los niveles de apoyo social percibido que presentan mujeres víctimas de violencia doméstica y mujeres no víctimas de violencia doméstica.

1.5. Hipótesis de Investigación.

H1: Las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan significativamente menores niveles de autoestima que las mujeres no víctimas de violencia doméstica.

H2: Las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan significativamente mayor sintomatología depresiva que las mujeres no víctimas de violencia doméstica.

H3: Las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan significativamente menores niveles de apoyo social percibido que las mujeres no víctimas de violencia doméstica.

1.6. Variables del Estudio.

1.6.1 Autoestima.

a. Definición Nominal

“Valoración positiva o negativa que el sujeto hace sobre sus características de personalidad, atributos y rasgos, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí mismo” (Brinkmann, Segure y Solar, 1989, p 64).

b. Definición Operacional

Puntaje obtenido en la Escala de Autoestima de Rosenberg, el cual puede variar entre 10 y 40 puntos.

1.6.2 Apoyo Social Percibido.

a. Definición Nominal

Percepción de la cantidad y calidad de las redes de apoyo que tiene una persona (González, 2003).

b. Definición Operacional

Puntaje obtenido en la Escala de Apoyo Social Percibido MSPSS, el cual puede variar entre 12 y 48 puntos. Cabe señalar que dicha escala se compone de 3 sub-escalas, cuyos puntajes varían entre 4 y 12 puntos para cada una de ellas:

- Apoyo Social Familiar
- Apoyo Social Amigos
- Apoyo Social Otros Significativos

1.6.3 Sintomatología Depresiva.

a. Definición Nominal

Corresponde a alteraciones en el ánimo, pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, pérdida de interés en actividades, los cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica. Físicamente las personas se tornan menos activas. (Ministerio de Salud-Chile, [MINSAL], 2009)

b. Definición Operacional

Puntaje obtenido en la Sub-escala de Síntomas Depresivos de la Escala de Salud Mental de de Alvarado et al. (1991), el cual puede variar entre 0 y 26 puntos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Violencia Doméstica.

La violencia, en sus múltiples manifestaciones, siempre es una forma de ejercicio de poder que constituye en un método posible para la resolución de conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo, precisamente, en su calidad de “otro”. Así la conducta violenta, entendida como el uso de la fuerza para la resolución de conflictos interpersonales, es posible en un contexto de desequilibrio de poder, permanente o momentáneo, por lo que se denomina “*relación de abuso*”. Por lo demás una conducta violenta no siempre tiene la intención de causar daño a la otra persona, aunque habitualmente lo ocasiona, el objetivo último de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza (Corsi, 1994).

Corsi (2006) señala que “todas las interacciones producidas al interior de la pareja están atravesadas por aquellas cuestiones relacionadas con las diferencias de género que implica conductas que van desde la comprensión y el apoyo mutuo al despotismo y el requerimiento de sumisión completa de la mujer a la autoridad masculina, socialmente transmitida y avalada” (p.18). De aquí que la variable Género es considerada como factor de riesgo preponderante en la posibilidad de padecer o de ejercer violencia en la relación de pareja, por lo que se ha incorporado al diseño de leyes y políticas, introduciendo la noción de relación jerárquica entre los Géneros (SERNAM, 2009).

En cuanto al concepto de violencia de pareja del hombre hacia la mujer, actualmente no existe consenso en la terminología empleada, aunque tradicionalmente ha sido el término “violencia doméstica” el más empleado para referirse a tal problemática. Esto concuerda con lo señalado por el Servicio

Nacional de la Mujer, en su Manual de Género y Políticas Públicas, el cual indica que si bien la legislación chilena, la reconoce como violencia intrafamiliar (VIF), este término quita especificidad al tipo de vínculo, pues se habla de cualquier tipo de violencia que puede ejercer cualquier miembro de la familia contra cualquier otro integrante de la familia. No devela quién agrede a quién, de qué manera, cuándo y cuáles son las motivaciones y explicaciones de la violencia, ni tampoco quién recibe el maltrato en la mayoría de los casos. Asimismo señala que el término “violencia en la pareja” invisibiliza la relación de poder de los hombres por sobre las mujeres, que hay detrás del ejercicio de la violencia, equipara la violencia de hombres contra mujeres y de mujeres contra hombres, sin relevar que en la violencia de hombres en contra de mujeres hay una relación abusiva de poder que tiende a anular a las mujeres (SERNAM, 2009).

El Servicio Nacional de la Mujer define la violencia doméstica como “aquella que ejercen los hombres en contra de las mujeres en sus relaciones de pareja”. Definición que no sólo alude a lo que ocurre en la intimidad del hogar, sino en un sin fin de espacios donde las mujeres se desenvuelven: hogar, calle, en reuniones sociales, en el trabajo de la víctima, etc. (SERNAM, 2009, p.119).

En este mismo sentido, Corsi (2006), la define como “aquella que se desarrolla en el espacio doméstico” (p.18). Concepto que también no hace referencia exclusiva al espacio físico de la casa o el hogar. Se entiende por espacio doméstico al delimitado por las interacciones en contextos privados. De ese modo, puede hacer referencia a una relación de noviazgo, una relación de pareja, con o sin convivencia, o los vínculos con ex parejas.

Según el mismo autor, la violencia doméstica tiene por objetivo ejercer control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del varón

en la relación, teniendo siempre como consecuencias un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida (Corsi,1999). La violencia como forma de control, se apodera de la libertad y dignidad de quien la padece, Dohmen (1994 cit. en Corsi 1994, p 65) señala que “la mujer maltratada” es toda persona del sexo femenino que padece maltrato físico, emocional y/o abuso sexual por acción u omisión, de parte de la pareja con quien mantiene un vínculo de intimidad.

En relación a cómo se manifiesta la violencia, el Servicio Nacional de la Mujer, (SERNAM, 2012b) plantea cuatro dimensiones diferenciadas, pero complementarias entre sí en la mayoría de los casos:

- **Violencia psicológica y/o emocional:** comprende gritos y garabatos, negación del cariño, humillaciones y descalificaciones, que disminuyen la autoestima y valoración de quien la sufre.
- **Violencia física:** cachetadas, apaleos, cortaduras, quemaduras, golpes de pies y puños o con elementos contundentes como palos, mangueras, o cordones, hasta heridas con armas que pueden generar graves lesiones y la muerte.
- **Violencia sexual:** burlarse del cuerpo y sexualidad de la mujer, prostituir, obligar a ver pornografía o a tener juegos sexuales, el acoso sexual, abuso sexual y violación.
- **Violencia económica:** Negar o controlar el dinero, chantajear económicamente, privar de los elementos básicos de subsistencia, negación de un trabajo por edad o características físicas o étnicas.

Dentro de la violencia económica nos encontramos con la **Violencia patrimonial**, la cual hace referencia a la destrucción o sustracción de los bienes de la mujer o la familia. Romper o destruir las cosas de la casa, o la casa misma sin “dañar a nadie”.

Estas cuatro formas de violencia van entrelazadas y no necesariamente se dan en forma aislada, muchas veces la violencia física siempre involucra violencia psicológica y la violencia sexual implica siempre violencia física, y tiene un gran componente de violencia psicológica (SERNAM, 2012b).

La violencia doméstica es una experiencia común para muchas mujeres, según el informe de la Organización Mundial de la salud, sobre violencia y la salud, en 48 encuestas realizadas en diversos países se encontró que entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas en algún momento de sus vidas (OMS, 2003). Asimismo un estudio publicado por la misma entidad, entre cuyos objetivos estaba calcular la prevalencia de la violencia contra la mujer por parte de su pareja, se encontró que entre 15% y 71% de las mujeres que habían tenido pareja habían sufrido alguna vez violencia física o sexual, o ambas, aunque los índices más comunes oscilaban entre 24% y 53%. (cit. Bermúdez et al 2009).

En Chile, las cifras entregadas por SERNAM, en su informe denominado “Violencia Intrafamiliar en Cifras”, señalan que en nuestro país el 35,7% de las mujeres ha sufrido violencia alguna vez en sus vidas y la mayor prevalencia entre todos los tipos de violencia es la psicológica con un 37,2 % seguida de un 24,6% para la violencia física menos grave. Asimismo esta misma fuente señala que el 32,6% ha sido víctima de manera simultánea de tres tipos de violencia (psicológica, física y sexual). Cabe señalar que durante el primer semestre de

este año se perpetraron 18 femicidios, frente a 13 casos registrados en igual fecha el año anterior (SERNAM, 2012a).

2.2 Sintomatología Depresiva.

Es importante reconocer que la violencia es una causa de lesiones, que tiene múltiples consecuencias para la salud, por lo que la mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es “como un factor de riesgo para una mala salud, ya que sus consecuencias se traducen en una amplia gama de efectos en la salud de la mujer” (Ruiz, 2005, p 12.). Entre estos efectos se encuentran los trastornos mentales, los cuales son “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, 1997; cit. Gutiérrez, 2005).

Ser víctima de violencia domestica constituye una situación estresante de larga duración, donde la persona se expone a sucesivos y repetitivos episodios agudos de violencia, generalmente imprescindibles e incontrolables (Sánchez, 2009). Dicha exposición puede tener consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión (Wenzel, Monson & Johnson, 2004; Medina, Borges & Lara, 2005; cit. Castillo & Arankowsky, 2008).

Estos mismos autores plantean que aunque los diseños transversales o retrospectivos de trabajos no permiten determinar con exactitud la relación de causalidad entre la violencia doméstica y los trastornos psiquiátricos antes

mencionados, también existe evidencia de que ésta es un factor de riesgo para su desarrollo.

En este mismo contexto, Sánchez (2009) señala que los estudios existentes, independientemente del tipo de violencia evaluada, ponen de manifiesto una elevada incidencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia frente a las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia.

Uno de los trastornos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar es la depresión, la Organización Mundial de la Salud, señala que “la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y baja de la energía. Otros síntomas son una pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación” (OMS, 2001, p 29).

La relación entre la depresión y la violencia doméstica queda de manifiesto en el meta-análisis realizado por Golding (1999), estudio que analizó la violencia doméstica como factor de riesgo para diferentes trastornos mentales, el cual concluye una prevalencia de 47,6 % en 18 estudios analizados, con un rango que osciló entre 15% y 83%. En conclusión, este valor es claramente superior al encontrado en la población general de mujeres, que se sitúa entre el 10,2% y el 21,3% (Amor et al., 2010).

En Chile, el estudio evaluativo de la efectividad del Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión que el Ministerio de Salud llevó a cabo en la red pública de salud, identificó como uno de los factores de riesgo de mayor frecuencia para la depresión, a la violencia intrafamiliar; más de la mitad

de las mujeres de la muestra (51.4%) han sufrido episodios de violencia física, sexual o psicológica en los dos meses previos a la entrevista (MINSAL, 2004). Asimismo en la ciudad de Temuco, Chile, otro estudio concluye que existe una correlación altamente significativa entre la violencia y la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Vizcarra, Cortez, Bustos, Alarcón & Muñoz, 2001).

Otro estudio desarrollado también en Chile, por Ceballos, Ramírez, Castillo, Caballero & Lozoff (2004) en el que participaron 215 mujeres, ratifica lo anteriormente expuesto, en el sentido que éste concluye que la violencia doméstica está asociada con el estado de salud mental de las mujeres, la cual se relaciona positivamente con la depresión y trastorno de estrés postraumático.

Asimismo, Riggs, Caulfield y Street (2000) señalan que, efectivamente, la depresión es un problema frecuente en mujeres maltratadas, existiendo informes con más de un 50% víctimas que cumplen con criterios para el diagnóstico de depresión mayor, pudiendo alcanzar incluso niveles de hasta un 80% (cit. en Alonso, 2007).

En España, Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta (1997) desarrollaron una investigación en la que participaron 164 mujeres víctimas de violencia doméstica y encontraron que el nivel de síntomas depresivos en las participantes es muy alto, un 64% se situaba por encima del punto de corte establecido por el Inventario de Depresión de Beck para el diagnóstico de este cuadro clínico. Concluyeron que la depresión está presente en más del 65% de dicha muestra. Dicha información concuerda con el estudio de Cascardi y O'Leary (1992) desarrollado en Nueva York, Estados Unidos, en el que se entrevistaron a 33 mujeres maltratadas, el cual también concluye que el 52%

de dichas mujeres puntuaba por encima de 20 en el Inventario de Depresión de Beck.

En este mismo sentido, el estudio realizado por Ratner (1993) en Edmonton, Canadá, para determinar la incidencia y el tipo de maltrato en relación con el estado de salud mental, concluye que las mujeres víctimas de agresiones físicas y psicológicas manifestaban mayores niveles de sintomatología depresiva que las mujeres no maltratadas. Lo que concuerda con lo señalado por Gleason (1993) quien refiere que en una muestra de 62 mujeres maltratadas (30 de ellas en casas de acogidas) y un grupo de 1.095 mujeres que habían participado en un estudio epidemiológico de trastornos, se encontró que el 63% de las mujeres de casa de acogida y el 81% de las que vivían en su domicilio cumplían criterios DSM III para el diagnóstico de depresión mayor, frente al 7% de las mujeres del estudio epidemiológico (cit. Alonso, 2007).

Asimismo, los resultados de un estudio llevado a cabo a 176 mujeres maltratadas en el Salvador muestran que también las mujeres salvadoreñas maltratadas por su pareja tienen peor salud mental que las que no han sufrido tales abusos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al estrés postraumático, también se observó que las mujeres maltratadas tenían mayor sintomatología somática, depresiva y de ansiedad e insomnio que las mujeres no maltratadas (Bermúdez et al., 2009).

Al igual que las investigaciones mencionadas anteriormente, el estudio desarrollado en España por Mátud (2004) sobre el impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada, concluyó que las mujeres maltratadas, frente al grupo control, presentaban más síntomas de depresión grave, Asimismo las mujeres en proceso de separación del agresor y las que

habían sido maltratadas recientemente tenían más síntomas de depresión que las mujeres que aunque tenían historia de maltrato, se habían separado del agresor y habían logrado rehacer su vida.

Cabe señalar que la mayor severidad, frecuencia o duración de la violencia tiene una correlación positiva con la mayor probabilidad de depresión o mayor gravedad de la sintomatología en este trastorno que presentan las víctimas (Cascardi & O’Leary, 1992; Orava, McLeod & Sharpe, 1996; Campbell & Lewandowski, 1997).

2.3. Autoestima.

Muchas de las conductas del ser humano requieren de la capacidad de autoreferir los hechos, el dar significado o sentido a una experiencia, decidir y planificar el futuro, los esfuerzos por mejorar y superarse, etc. Pero también implica la posibilidad de reflexionar acerca de los fracasos, errores y limitaciones propias, preocuparse o angustiarse por el futuro, atemorizarse por dejar de existir (Brinkmann et al., 1989), de aquí la importancia de la autoestima como factor central de la personalidad y del establecimiento de relaciones interpersonales.

Para Rosenberg (1965) la autoestima es el sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (cit. Rojas, Zegers & Förster, 2009).

Brinkmann (1989) señala que existe una distinción entre concepto de sí mismo y autoestima. El concepto de sí mismo (self- concept) “se refiere a las cogniciones que el individuo tiene, concientemente, acerca de sí mismo, incluye

todos los atributos, rasgos y características de personalidad que se estructuran y se incluyen en lo que el individuo concibe como su yo”. La autoestima (self-esteem), por otra parte, “es la valoración positiva o negativa que el sujeto que el sujeto hace de estas características, incluyendo las emociones que asocia a ellas y las actitudes que tiene respecto de sí mismo” (p. 64).

Así el concepto de sí mismo “remite a la dimensión cognitiva y descriptiva del yo: quien soy, como me describo y me defino, a quienes me parezco y a que grupo pertenezco. Para complementarse debe considerarse la dimensión valorativa: que siento respecto a cómo soy, en qué medida valoro mis características, hasta que punto estoy orgulloso de mis capacidades y logros, y me siento avergonzado de mis limitaciones y fracaso” A este conjunto de sentimientos y valoraciones con respecto a sí mismo es a lo que se llama autoestima. Ésta se acompaña, algunas veces, de un signo positivo y otras de un signo negativo; “cuando la distancia entre los datos de la realidad y nuestras aspiraciones y deseos es corta, el signo es positivo; por lo contrario, cuando percibimos que lo que hemos conseguido o lo que somos capaces de hacer está alejado de nuestras metas e ilusiones, el signo toma un valor negativo” (López, Etxebarria, Fuentes 2001, p.240).

De aquí la importancia de la violencia como factor que incide en la autoestima de la mujer maltratada. Alonso (2007) señala que existen varios estudios que concluyen que el maltrato físico, sexual y psicológico disminuye la autoestima de las víctimas, al provocar un deterioro significativo de la percepción de sí mismas, aumentando las creencias de autoevaluación negativa e incompetencia y disminuir la capacidad para poder afrontar adecuadamente la situación de maltrato.

Así por ejemplo el estudio de Aguilar y Nightingale, (1994) respecto a la autoestima en una muestra de 48 mujeres maltratadas y un grupo control de 48 mujeres que no han experimentado dicho maltrato, se encontró que el grupo de mujeres maltratadas tenía menos nivel de autoestima que el grupo de las no maltratadas. Dicho estudio concuerda con las conclusiones de la investigación llevada a cabo por Orava et al. (1996), que demuestra que las mujeres víctimas de violencia presentan niveles de autoestima más bajos que aquellas mujeres no maltratadas.

En relación a las mismas conclusiones, en el estudio español de Echeburúa et al. (1997), se encontró que las mujeres maltratadas, independientemente del tipo de maltrato experimentado, presentaban grados de autoestima escasos, por debajo de la población normal.

Cascardi y O'Leary (1992) también examinaron la relación entre autoestima, frecuencia y gravedad de las lesiones y encontraron que una baja autoestima correlacionaba de manera significativa con la gravedad y severidad del maltrato.

La investigación española de Mátud (2004) también concluye que las mujeres maltratadas frente al grupo de mujeres no maltratadas presentaban menores niveles de autoestima; de ellas las mujeres que habían vivido recientemente maltrato exhibían significativamente más baja autoestima. Las mujeres con maltrato anterior (ya separadas y con un periodo de al menos un año sin vivir maltrato) también tenían más autoestima que las que se encontraban en proceso de separación del agresor.

2.4. Apoyo Social Percibido.

Diversos estudios han reportado el impacto que tiene el apoyo social en la salud de las mujeres tanto físico como emocional (Cohen y Wills, 1985, cit en Mátud et al. 2003; Juárez, et al, 2005; Echeberrúa et al. 1997; Mátud 2004).

Una de las perspectivas desarrolladas en torno a esta temática, señala que cuando se percibe que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento adverso se aprecie reducida. Así dentro de este contexto, el apoyo social, hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo (Pérez & Martin 1997).

En cuanto a sus funciones, se han distinguido tres tipos principales:

- Emocional: Se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación.
- Instrumental: Se refiere a la prestación de ayuda o asistencia material.
- Informativa: implica consejo, guía o información relevante a la situación.

Aunque algunos autores consideran el apoyo emocional como el principal componente, también se ha encontrado que los otros tipos se asocian a bienestar, pues la forma más efectiva de apoyo va a depender de la situación en que sea necesario (Cohen y Wills, 1985, cit en Mátud et al. 2003).

En definitiva, el apoyo social se refiere a la ayuda real o percibida por una persona por parte de sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos,

etc., tanto en el plano emocional como en el instrumental (Plazaola, Ruiz, Montero & Grupo de Estudio para la Violencia de Género 2008).

En lo que dice relación con la violencia doméstica, la mujer maltratada muchas veces experimenta carencia de apoyo social, debido al aislamiento social en que la somete el agresor, por la necesidad de éste de mantener a su pareja en un estado de dependencia y control (Mátud et al., 2003).

Juárez et al. (2005) refiere que varios estudios han señalado que en la medida que el abuso incrementa, la participación en la vida social disminuye, existiendo además pérdida de miembros importantes de la red de amistades y familiares. Así por ejemplo el estudio de Echeberúa et al. (1997) llevado a cabo en España, concluye que el aislamiento social está presente en casi el 60% de las víctimas.

Dicha situación no sólo no permite que la víctima pueda beneficiarse de los efectos saludables en la salud del apoyo social, sino que el enfrentamiento con la situación de maltrato le será aún más estresante, ya que carece del efecto amortiguador del estrés que proporciona el apoyo social (Mitchel & Hodson, 1986 cit. en Mátud et al. 2003). En este mismo sentido, Villavicencio y Sebastián (1999) señalan que el apoyo social es un factor que se relaciona positivamente con un mayor grado de bienestar y un aumento en los niveles de autoestima en mujeres maltratadas.

En Chile, el estudio de Vizcarra et al. (2001) llevado cabo en la ciudad de Temuco, señala también, que entre los factores asociados a la violencia en contra de la mujer se identificó que la falta de redes de apoyo vecinal, se correlacionan significativamente con la presencia de violencia conyugal.

Asimismo, en España en una investigación realizada a 212 mujeres maltratadas, se halló que el 48,1% de las mujeres refería carecer de apoyo social, encontrándose además evidencia del efecto protector del apoyo social en las mujeres, las cuales presentaban menor nivel de gravedad psicopatológicas, mayor autoestima y menor inadaptación frente a las que carecían de apoyo social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002).

Dentro de este mismo contexto, un estudio realizado por Mátud et al. (2003) en Islas Canarias, a tres grupos de mujeres víctimas de violencia doméstica: uno formado por mujeres que estaban conviviendo con el agresor, otro que aunque habían sido víctimas ya no convivían con él y un grupo de mujeres que vivían en casas de acogidas. Se encontró que las mujeres que estaban conviviendo con el agresor presentan menos apoyo social estructural y percibido frente a aquellas mujeres que ya no vivían con él y un grupo control de mujeres que no maltratadas.

Además en el mismo estudio se destaca que el apoyo social se correlacionaba negativamente con disfunción social y positivamente con autoestima. En el grupo de mujeres no maltratadas y en el que ya no convivía con el agresor, el apoyo social percibido correlacionaba negativamente con sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio.

Dichos resultados concuerdan los hallazgos de otra investigación desarrollada por Mátud (2004), en una muestra de 270 mujeres que eran o habían sido maltratadas por su pareja y un grupo de comparación de 269 mujeres que no habían sufrido tales abusos, que también concluye que las mujeres maltratadas, frente al grupo control, se mostraban menos insegura y percibían menos apoyo social.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño y Tipo de Estudio.

Dado que el objetivo central de este estudio es investigar si existen diferencias significativas entre el grupo experimental y un grupo control en las variables autoestima, sintomatología depresiva y apoyo social percibido y cuyo resultado es representable de forma numérica, el método más adecuado para acercarse a dicha realidad, es a través de la metodología cuantitativa. Kerlinger (1975) la define como *“un tipo de investigación sistemática, controlada, empírica y crítica de proporciones hipotéticas sobre las presumidas relaciones entre los fenómenos naturales”* (cit. Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Dicha metodología responde a las necesidades de esta Tesis de Magíster, la cual pretende examinar los datos de manera científica, es decir de una manera sistemática, controlada, empírica y objetiva, analizando y exhibiendo dichos datos a través de herramientas estadísticas, con la finalidad que los resultados sean válidos y confiables.

Así, considerando la naturaleza del tema, los objetivos planteados y la profundidad del estudio, éste es de tipo descriptivo, siendo el diseño transversal descriptivo comparativo. Esto significa que es de corte transversal puesto que los datos fueron recolectados en un momento y tiempo determinado. El carácter descriptivo es debido que sólo pretendió describir cómo se presentan cada una de las variables de interés, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, no buscando examinar cómo se relacionan dichas variables. Finalmente el carácter comparativo es dado debido a que se investigaron las diferencias significativas que se presentaron en las variables estudiadas entre la muestra objetivo y el grupo control.

3.2. Unidad de Análisis.

La unidad de análisis de este estudio fueron mujeres víctimas de violencia doméstica, atendidas en el Policlínico de Salud Mental del Hospital de Purén, entre los meses de enero y julio del año 2012. El grupo control estuvo dado por mujeres no víctimas de violencia doméstica de la comuna de Purén, también consultantes de dicho centro hospitalario.

3.3. Unidad de Información.

La unidad de información de este estudio, fueron mujeres víctimas de violencia doméstica, atendidas en el Policlínico de Salud Mental del Hospital de Purén, durante el primer semestre del año 2012, a las cuales se les aplicó un set de pruebas, y el grupo control, conformado por mujeres no víctimas de violencia doméstica de la comuna de Purén, a quienes también se les administró el set de pruebas antes mencionado.

3.4. Universo.

Todas las mujeres víctimas de violencia doméstica atendidas en el Policlínico de Salud Mental del Hospital Purén, entre los meses de enero y julio del año 2012. Conformando un total de 64 mujeres.

3.5. Muestra.

El muestreo fue de tipo temporal e intencionado, atendiendo al criterio de accesibilidad a la muestra. Las muestras son independientes, correspondiendo al primer semestre del año 2012 y equivale a todas las mujeres víctimas de violencia doméstica que fueron atendidas en el Policlínico de Salud Mental del Hospital Purén entre los meses de enero y julio del año 2012.

Derivado de lo anterior la muestra estuvo constituida por 64 mujeres víctimas de violencia doméstica. De estas, se pudo encuestar a 62 siendo entonces este el n válido.

Cabe señalar que se considero este periodo debido a que fue durante el comienzo del segundo semestre del año 2012 donde se comenzó a recolectar los datos para efectos de esta investigación, igualmente fue considerado dicho periodo atendiendo el nivel de participación de las sujetas de estudio.

El grupo control estuvo constituido por un número equivalente (62 participantes) de mujeres no víctimas de violencia doméstica pertenecientes a la comuna de Purén, IX Región de la Araucanía, Chile.

Asimismo se consideraron los siguientes **Aspectos Éticos**:

- Autorización Institucional, se solicitó de manera personal la autorización para el desarrollo de la investigación a la encargada del Policlínico de Salud Mental del Hospital Purén.

- Consentimiento informado de los entrevistados donde se informó el propósito, profesional a cargo y procedimientos de la investigación.
- Confidencialidad, en el sentido de que la información entregada, se utilizó sólo con fines de investigación.
- Derivación de atención profesional, en el caso de pesquisar alguna necesidad de atención psicosocial en aquellas participantes que no reciban dicha atención. Es preciso señalar que no fue necesario realizar dicha derivación, ninguna de las sujetas de estudio manifestó la necesidad de atención profesional.

3.6. Instrumentos de Recolección de Datos.

En este estudio las variables consideradas fueron apoyo social percibido, sintomatología depresiva y autoestima.

Para medir *Autoestima*, se utilizó la escala de Autoestima de Rosenberg (1965) según la validación hecha en Chile por Rojas, et al. (2009), en una muestra de adultos jóvenes, adultos y adultos mayores. Reportando una confiabilidad de 0,754 para el total de la muestra. Dicho instrumento consta de 10 afirmaciones, 5 de ellas direccionados positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) por lo que la puntuación total varía entre 10 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo, donde los puntajes mayores indican mayor nivel de autoestima, no existiendo categorías definidas como alta, media o baja.

Para medir *Apoyo Social Percibido*, se utilizó la escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet et al. (1988). Adaptada por Arechabala & Miranda (2002), validada en Chile en una muestra de adultos mayores, cuya confiabilidad por consistencia interna mediante el coeficiente α de Cronbach es de 0.86. Dicha escala está compuesta por 12 ítems que miden el apoyo social percibido; agrupados en 3 sub-escalas: familia, otros significativos, y amigos, posee 4 alternativas de respuesta en formato liker, (1= Casi nunca; 2= A veces; 3= Con frecuencia y 4= Siempre o casi siempre. Así la puntuación total varía entre los 12 y 48 puntos. Un mayor puntaje, en cada una de las escalas antes señaladas, indica la presencia de mayor apoyo social.

Finalmente para medir *Síntomas Depresivos* se utilizó la sub-escala de síntomas depresivos, de la Escala de Salud Mental de Alvarado et al. (1991). Esta sub-escala tiene una confiabilidad de 0.93 y una validez de criterio que oscila entre 0.70 y 0.95. Éste instrumento consta de 13 ítems, cuya graduación de respuestas tiene 2 puntos (0 = nunca, 1 = a veces y 2= siempre) por lo que la puntuación total varía entre 0 puntos como mínimo y 26 puntos como máximo. Cabe señalar que este instrumento es pertinente en la comparación de grupos en relación a la variable estudiada, no siendo apto para el diagnóstico de depresión, por lo que no entrega categorías específicas, sin embargo para los objetivos esta investigación la utilización de dicho instrumento es considerada adecuada. Un mayor puntaje indica mayor presencia de sintomatología depresiva.

3.7. Análisis de Datos.

En el análisis de datos se informa los descriptivos para cada una de las variables en estudio y al ser estas variables continuas, se llevó a cabo una comparación de medias, entre los grupos, con la prueba T-Student, la cual indica si estos dos grupos difieran de manera significativa respecto de sus medias (Hernández, et al., 2010).

Se consideraron como significativas todas aquellas diferencias con un valor $p < 0.05$; lo que da un 95% de confianza.

Cabe señalar que para realizar dicho análisis se ha utilizando el programa estadístico informático SPSS versión 19.

3.8 Procedimiento.

Para llevar a cabo la presente Tesis de Magíster, fue necesario coordinar con la encargada del Policlínico de Salud Mental del Hospital Purén el acceso a las sujetas de estudio y así recoger la información requerida. Asimismo se coordinó con un grupo de mujeres que participan con la Nutricionista y Kinesióloga de dicho Hospital, las cuales formaron parte del grupo control y quienes proporcionaron los contactos necesarios para completar el número de entrevistadas requerido para dicho grupo. Cabe hacer presente que todas las mujeres que participaron lo hicieron de forma voluntaria.

Tras el primer contacto y la obtención del consentimiento informado, se les aplicó el set de instrumentos de manera grupal. Para generar un clima de confianza que permitiese obtener datos fidedignos se les reiteró, a las

participantes, la confidencialidad de la información, en el sentido que se omitió el nombre de la entrevistada y cualquier otro dato que pudiese identificarla. Es preciso señalar que esta investigadora contó con la colaboración de dos alumnas en práctica de Trabajo Social para la recolección de esta información, las cuales facilitaron dicho proceso.

Asimismo, cabe reiterar que no se realizó ninguna derivación a atención psicosocial. Esto a pesar de que se les explicitó a las participantes que existía un protocolo de derivación para aquellas personas que manifestaran alguna necesidad de dicha atención.

V. RESULTADOS

4.1. Estadísticos Descriptivos.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de las variables que se consideraron en la presente investigación. Para ello se exhiben los descriptivos promedios, moda y valores mínimo y máximo encontrados, para cada una de las variables, en ambos grupos:

1.-Mujeres víctimas de violencia doméstica: Grupo Experimental (Tabla 1)

2.-Mujeres no víctimas de violencia doméstica: Grupo Control (Tabla 2)

En el caso de las variables categóricas Estado Civil (Tabla 3), Estado de Pareja (Tabla 4) y Trabajo Remunerado (Tabla 5) se indican las frecuencias encontradas para cada una de las variables.

TABLA 1: DESCRIPTIVOS PARA TODAS LAS VARIABLES Y SUBESCALAS EN EL GRUPO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Edad	36,05	42	19	59
N° de Hijos	1,98	2	0	7
Autoestima	28,15	33	18	40
Sintomatología Depresiva	12,16	9	2	22
Apoyo Social General	31,06	37	12	48
Apoyo Social Amigos	8,60	4	4	16
Apoyo Social Familia	11,02	14	4	16
Apoyo Social Otros	11,45	16	4	16

De acuerdo a lo observado en la tabla 1, el grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica presenta una edad promedio de 36,05 años, siendo 42 años la mayor frecuencia. En cuanto al número de hijos, el promedio que este grupo presenta es de 1,98 hijos, con un rango que va desde 0 a 7 hijos.

En relación a la variable autoestima, el grupo experimental muestra una puntuación promedio de 28,15, donde el puntaje más frecuente es 33; asimismo el puntaje promedio de sintomatología depresiva para este grupo es de 12,16 con un rango que varía entre 2 y 22 puntos. Para la variable apoyo social percibido, las mujeres pertenecientes al grupo de víctimas de violencia doméstica, presentan un promedio de 31,06 puntos, alcanzando un mayor puntaje la sub-escala de apoyo social percibido de otros significativos y una menor puntuación en el apoyo social percibido de amigos.

TABLA 2: DESCRIPTIVOS PARA TODAS LAS VARIABLES Y SUBESCALAS EN EL GRUPO DE MUJERES NO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo</i>
Edad	38,92	24	18	70
Nº de Hijos	2,08	2	0	10
Autoestima	32,95	38	21	40
Sintomatología Depresiva	7,18	4	1	18
Apoyo Social General	39,75	48	22	48
Apoyo Social Amigos	12,71	16	7	16
Apoyo Social Familia	13,34	16	5	16
Apoyo Social Otros	13,71	16	4	16

Como es posible apreciar en la tabla 2, el grupo control exhibe una edad promedio de 38,92 años, con un rango que varía entre 18 y 70 años. En este grupo la variable número de hijos se presenta con un promedio de 2.08 hijos, donde el valor más frecuente son 2 hijos.

En el cuanto a la variable autoestima, ésta se presentan con un promedio de 32,95, con un rango que varía entre 21 y 40 puntos; asimismo este grupo de mujeres no víctimas de violencia doméstica exhibe una media de 7,18 en la variable sintomatología depresiva, siendo la puntuación más recurrente 4 puntos y el apoyo social percibido muestra una puntuación promedio de 39,75 en donde, al igual que el grupo experimental, es la sub-escala de apoyo social de otros significativos la que presenta mayor puntaje (13,71).

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESTADO CIVIL Y POR GRUPO.

Estado Civil	Grupo Experimental	Grupo Control
Soltera	25	25
Casada	31	33
Viuda	2	2
Divorciada	4	1

En relación a la variable categórica Estado Civil (tabla 4), ésta se manifiesta tanto en el grupo experimental como en el grupo control con una mayor frecuencia en el estado civil casada, con 31 y 33 casos respectivamente. En el grupo experimental la menor frecuencia se presenta en el estado civil

viuda, mientras que en el grupo control la frecuencia más baja está en el estado civil divorciada.

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESTADO DE PAREJA Y POR GRUPO.

<i>Estado de Pareja</i>	<i>Grupo Experimental</i>	<i>Grupo Control</i>
Soltera	6	7
Pololea	6	7
Convive	23	14
Casada y Separada de Hecho	7	5
Casada y Vive con su Marido.	19	27
Viuda	0	1
Divorciada	1	1

De acuerdo a los resultados presentados en la tabla 5, la variable Estado de Pareja se presenta, en el grupo experimental, con una mayor frecuencia en el estado convive, con 23 casos, a diferencia del grupo control que muestra su mayor frecuencia (27) en el estado casada y vive con su marido. En ambos grupos es posible observar las menores frecuencias se dan en el estado divorciada y viuda.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TRABAJO REMUNERADO Y POR GRUPO.

<i>Trabajo Remunerado</i>	<i>Grupo Experimental</i>	<i>Grupo Control</i>
SI	33	23
NO	29	39

En cuanto a la variable Trabajo Remunerado (tabla 6) el grupo experimental tiene una mayor frecuencia en la categoría si trabaja remuneradamente con 33 casos, a diferencia del grupo control donde la frecuencia más elevada (39 casos) se exhibe en la categoría no trabaja remuneradamente.

4.2. Estadística Bivariada.

A continuación se informan los resultados obtenidos de la comparación entre los dos grupos objetos de estudio, en torno a las variables señaladas como relevantes según los objetivos e hipótesis planteadas. Para estos efectos dicha comparación se llevó a cabo mediante la prueba T- Student para muestras independientes.

TABLA 7: RESULTADOS MEDIA (M) Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR (DS) SEGÚN GRUPO DE ESTUDIO Y PRUEBA T-STUDENT.

<i>Variable</i>	<i>Grupo</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>Confiabilidad</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Autoestima	Experimental	28,15*	5,63	.88	5,02	.00
	Control	32,95*	5,02			
Sintomatología Depresiva	Experimental	12,16*	4,55	.82	-6,63	.00
	Control	7,18*	3,80			
Apoyo Social General	Experimental	31,06*	9,69	.93	5,42	.00
	Control	39,75*	8,08			
Apoyo Social Amigos	Experimental	8,60*	3,59	.95	6,17	.00
	Control	12,71*	3,83			
Apoyo Social Familia	Experimental	11,02*	4,22	.92	3,35	.00
	Control	13,34*	3,47			
Apoyo Social Otros Significativos	Experimental	11,45*	3,84	.88	3,87	.00
	Control	13,71*	2,54			

* Los promedios comparados son diferentes estadísticamente con alfa .01

De los resultados exhibidos en la tabla 7 es posible indicar que, en la comparación de la variable autoestima, entre el grupo experimental y el grupo

control, se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Asimismo se observa que el grupo experimental presenta significativamente mayor nivel de sintomatología depresiva, apoyando de esta forma las hipótesis 1 y 2 de esta investigación.

Es pertinente señalar que en torno a la variable apoyo social percibido, es necesario atender no sólo al apoyo social percibido general, sino que a cada una de las sub-escalas que lo componen, las cuales son: apoyo social familiar, apoyo social amigos y apoyo social otros significativos. Así se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de apoyo social general entre el grupo experimental y el grupo control.

En relación a las sub-escalas, la comparación de los grupos arroja que las mujeres víctimas de violencia doméstica perciben significativamente un menor nivel de apoyo social de otros significativos en comparación con las mujeres que pertenecen al grupo control. También se observó que las mujeres maltratadas perciben significativamente un menor nivel de apoyo social por parte de su familia y de sus amigos respecto a lo que perciben las mujeres no víctimas de violencia doméstica. Estos resultados recién descritos apoyan la hipótesis 3 de este estudio.

V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En relación a los objetivos de la presente investigación, los principales resultados obtenidos son:

5.1. Autoestima.

La comparación entre el grupo experimental y grupo control arroja diferencias estadísticamente significativas ($p=0.00$) en los niveles promedio de autoestima ($M= 28.15$ y 32.95 respectivamente). Por lo que se comprueba la hipótesis 1 de esta tesis de magíster.

Dicho resultado coincide con los hallazgos de los estudios de Aguilar y Nightingale, (1994); Orava et al. (1996); Echeburúa et al. (1997) y Mátud (2004), quienes observaron que las mujeres maltratadas presentaban grados de autoestima escasos, por debajo de la población normal de mujeres.

Estos resultados se explican debido a que la autoestima en contexto de violencia doméstica se ve disminuida debido a que el maltrato hacia la mujer, tanto físico, psicológico y sexual provoca un deterioro significativo de la percepción de sí misma, aumentando las creencias de autoevaluación negativa y de incompetencia, como lo señala Alonso (2007). Esto es reafirmado por la OPS (1993) señalando que este fenómeno causa un menoscabo de la capacidad, de quienes la viven, de obrar por sí mismas y generando sentimientos de incompetencia.

5.2. Sintomatología Depresiva.

En relación a la sintomatología depresiva, se aprecia también la existencia de diferencias significativas ($p=0.00$) entre los niveles que exhiben el grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica ($M=12.16$) y el grupo de mujeres no víctimas ($M= 7.18$), corroborando de esta manera la hipótesis 2.

Lo anterior ratifica lo señalado en el marco teórico, en el sentido que la violencia es un factor de riesgo para la mala salud de quienes la viven. Autores como Castillo & Arankowsky, (2008), señalan que la violencia doméstica constituye un elemento de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, entre ellos la depresión. En este mismo sentido el estudio chileno de Ceballos et al. en 2004 también avala lo anteriormente señalado, ya que en sus resultados concluyeron la correlación positiva entre la violencia doméstica y la depresión.

Estas diferencias significativas, encontradas en esta investigación concuerdan los resultados del meta- análisis realizado Golding (1999) quien observó que los niveles de depresión en víctimas de violencia doméstica son claramente superiores a los de la población general de mujeres. Dicha situación también es confirmada por los estudios de Ratner, (1993); Gleason, (1993); Bermúdez et al. (2009) y Matúd (2004) quienes refieren que las mujeres que han experimentado abusos por parte de sus parejas íntimas masculinas manifiestan más altos niveles de sintomatología depresiva que las mujeres no maltratadas.

5.3. Apoyo Social Percibido.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas ($p=0.00$) en la variable apoyo social percibido general entre las mujeres víctimas de violencia doméstica ($M= 31.06$) versus el grupo control ($M= 39.75$), validando formalmente la hipótesis 3.

Estas diferencias significativas también están se presentan en las 3 sub-escalas: apoyo social de amigos ($p= 0.00$) apoyo social familiar ($p= 0.00$) y apoyo social de otros significativos ($p= 0.00$). Lo que indica que las mujeres pertenecientes al grupo experimental perciben un menor nivel de apoyo social de otros significativos ($M = 11,45$) en comparación con las mujeres del grupo control ($M = 13,71$). También se evidencia un menor nivel de apoyo social por parte de su familia ($M = 11,02$) y de sus amigos ($M = 8,6$), que el apoyo familiar ($M = 13,34$) y de amigos ($M = 12,71$) que perciben las mujeres no víctimas de violencia doméstica.

Estos hallazgos coinciden con lo indicado por Mátud et al., (2003) en el sentido que la mujer maltratada muchas veces presenta carencia de apoyo social, por el aislamiento social en que la somete su agresor. Esto también es apoyado por Juárez et al. (2005) quien refiere que efectivamente debido la existencia de violencia doméstica la participación en la vida social de la mujer agredida disminuye, constándose además pérdida de miembros de la red de amistades y familiares.

La baja percepción de apoyo social por parte de las mujeres que han vivido violencia doméstica, encontradas en este estudio, concuerda con las investigaciones españolas de Amor et al. (2002), Matúd et al. (2003) y Matúd

(2004) quienes encontraron que el grupo de mujeres maltratadas referían carecer menos apoyo social, frente a las mujeres no maltratadas.

En base a lo anteriormente expuesto, queda de manifiesto la carencia de apoyo social percibido en este tipo de población, situación que impediría que la víctima pueda acceder a los beneficios en la salud del apoyo social y también beneficiarse del efecto amortiguador del estrés que proporciona dicha variable.

A la luz de esta discusión la autora de la presente investigación considera que es pertinente que los programas de intervención que abordan la problemática de violencia doméstica generen un modelo de atención de víctimas que considere estas variables estudiadas. Por lo que, a juicio de esta investigadora, los tratamientos terapéuticos y de rehabilitación deben enfocarse a reducir el impacto negativo en la salud mental de las víctimas, así como potenciar los niveles de autoestima y fortalecer el apoyo social de las mismas, orientándose así a revertir la situación de aislamiento social en que están insertas.

Lo anterior permitiría que los tratamientos implementados por estos programas de atención a víctimas de violencia recogieran las reales carencias que tiene esta población, las cuales fueron constatadas según los hallazgos de este estudio.

VI. CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos de la presente investigación, se enumerarán brevemente las principales conclusiones:

1.- Existen diferencias significativas en el nivel de autoestima entre las mujeres víctimas de violencia doméstica y las mujeres que no han experimentado tales abusos ($p=0.00$), siendo más baja la puntuación de autoestima en las mujeres maltratadas. Esto concuerda con los estudios revisados en el marco teórico, quienes dan cuenta de la disminución de esta variable en este grupo de mujeres (Aguilar y Nightingale, [1994]; Orava et al. [1996]; Echeburúa et al. [1997] y Mátud [2004]).

2.- Existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre el grupo experimental y el grupo control ($p=0.00$). Presentando mayores niveles las mujeres pertenecientes al grupo de víctimas de violencia doméstica. Estos hallazgos dan cuenta de la importancia de considerar la violencia doméstica como una causa de patologías de salud mental, constatándose, con estos resultados, los efectos negativos en la salud de quienes la viven.

3.- Existen diferencias significativas en el apoyo social percibido general entre las mujeres víctimas de violencia doméstica y el grupo control ($p=0.00$). En donde el grupo experimental percibe menos apoyo social que las mujeres del grupo control. Estas mismas diferencias se encontraron en cada una de las sub-escalas: apoyo social familiar ($p=0.00$), apoyo social amigos ($p=0.00$) y apoyo social otros significativos ($p=0.00$) a favor del grupo control. Estos resultados concuerdan con la literatura revisada, quienes exponen la situación

de aislamiento que presentan las víctimas (Matúd et al. [2003] y Juárez et al. [2005]).

4.- El hallazgo de estas diferencias estadísticamente significativas indican que las variables abordadas en esta Tesis de Magíster: Autoestima, Sintomatología Depresiva y Apoyo Social Percibido son relevantes de considerar en los programas de tratamiento de mujeres maltratadas por sus parejas íntimas masculinas, ya que forman parte del perfil de la víctima.

5.- A partir de estos resultados, se constata la necesidad que los programas que abordan a este grupo de mujeres, desarrollen estrategias que consideren a la violencia como un factor que incide en la salud y la autoestima de las mujeres maltratadas. Dicho factor reduce la capacidad de las mismas de afrontar adecuadamente la situación de maltrato y posiblemente impide el establecimiento de relaciones interpersonales saludables. Asimismo queda de manifiesto la necesidad de un trabajo interdisciplinario (no sólo desde lo clínico) que promueva el apoyo social en las víctimas, como una forma de potenciar el efecto amortiguador que tiene el apoyo social en situaciones estresantes, como lo es una situación de maltrato.

VII. SUGERENCIAS

A partir de lo investigado, se visualiza relevante replicar este tipo de estudio en otras regiones del país, a fin examinar cómo se presentan estas variables en otra población con características diferentes. A juicio de esta investigadora esto correspondería a una de las limitaciones que presenta este estudio, ya que sólo fue posible acceder a una muestra muy particular. Se considera que hubiese sido más enriquecedor acceder y comparar los resultados con otras muestras más heterogéneas, en el sentido que tal vez no tenga el componente indígena y rural, además de pertenecer a otra localidad.

También resulta interesante abrir diversas líneas de investigación orientadas a la profundización de la información obtenida, quizás ver las posibles correlaciones entre estas variables u otras a considerar de acuerdo a los nuevos campos de estudio. Dicho conocimiento podría resultar altamente beneficioso para la implementación de programas de tratamiento y rehabilitación que acojan las reales necesidades de las víctimas.

Cabe señalar que en este estudio no fueron atendidas algunas variables que pudieran incidir en los resultados, las cuales conviene mencionar en miras a futuros estudios, entre ellas se encuentra la frecuencia e intensidad de la agresión, además del tiempo de permanencia en la situación de maltrato.

Con estos hallazgos queda de manifiesto la necesidad de un trabajo interdisciplinario que aborde no sólo las consecuencias en la salud de las víctimas, sino además que potencie el apoyo social a nivel familiar y de las

instituciones y/o agentes presentes en la comunidad donde se insertan las víctimas, a fin de prevenir y erradicar los actos violentos y aumentar los niveles de bienestar de las mismas, ya que como bien lo señala Villavicencio y Sebastián (1999) el apoyo social es un factor que se relaciona positivamente con un mayor grado de bienestar en las personas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, R. & Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence* 9, 35-45.

Alonso, E. (2007). Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento. Memoria para optar al grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid. Extraído 29.06.2012 de: <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t29877.pdf>

Alvarado, R. , Vera, A., Toledo, M. , Serrano, F., Gatica, C., Núñez, C., Godoy, S., Soto, O., Alfaro, J. y Asun, D. (1991). Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes. Cuadernos de Trabajo N°2, Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Diego Portales.

Amor J., Echeburúa E., Corral P., Zubizarreta I. y Sarasua B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato, *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.

Amor J., Corral, P., Bohorquez, I.A., Oria, J.C., Rodríguez, M., López, F. y Calderón, D. (2010). Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día, Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Extraído 30.06.2012 de: http://www.asecedi.org/httpdocs/violencia_de_genero_y_drogas.pdf

- Araya, C. (2003). Escala para medir creencias que perpetúan la violencia intrafamiliar: Estudios preliminares. *Revista Psykhe*, 7(12) 83-96.
- Arechavala, C. Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana, *Revista Ciencia y Enfermería*, 8(1) 49-55.
- Bermúdez M., Mátud P. y Buela G., (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador. *Revista Mexicana de Psicología* 26(1), 51-59.
- Brinkmann, H., Segure M. y Solar M, (1989). Adaptación y estandarización del Inventario de Autoestima de Coopersmith, *Revista Chilena de Psicología*, 10(1), 63-64.
- Campbell, J.C. & Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353-374.
- Cascardi, M. & O'Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Castillo, R. y Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Revista Biomédica*, 19, 128-136.
- Ceballos R., Ramírez C., Castillo M. & Lozoff B. (2004) Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychol Women Quarterly* 11:298-308

Corsi J., (comp.), (1994) “Violencia Familiar”, Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires, Paidós.

Corsi, J. (Comp.). (2006). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires, Paidós.

Corsi J. (1999). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo, Fundación Mujeres. México. Extraído 05.07.2012 de: http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf

Echeburúa E., Corral P., Amor J., Sarasua B. y Zubizarreta I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2(1),7-19.

Golding JM. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis, *Journal of Family Violence*, 14, 99 –132

González, L. (2003). Diferencias de Género en el Impacto de la Cesantía en el Estrés Subjetivo. Tesis para optar al grado de Magister en Investigación Social y Desarrollo. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Gutierrez C. (2005). Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad. Tesis para optar al grado de licenciada/o en obstetrician y puericultura, Universidad Austral de Chile. Extraído 12.06.2012 de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2005/fmg984e/doc/fmg984e.pdf>

Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence against Women. Population Reports. Series L, No. 11. Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, Baltimore, MD.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación (5ª. Ed.). México, McGraw-Hill.

Juárez C., Valdez R. y Hernández D. (2005) La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal, *Revista Salud Mental, Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, Distrito Federal, Mexico*, 24(4) 66-73.

López F., Etxebarria I. y Fuentes MJ., (coord.), (2001) Desarrollo afectivo y social Madrid, Pirámide.

Mátud M., Aguilera L., Marrero R., Moraza O. y Carballeira M., 2003; El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud* 3(3), 439-459.

Mátud, M., 2004 Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Revista Psicothema*, 16(3), pp. 397-401.

Ministerio del Interior- Chile (2008); Acciones para prevenir y erradicar los femicidios en Chile. Extraído 20.06.2012 de: http://www.interior.gob.cl/filesapp/ppt_femicidio_13.11.08_ok.pdf

Ministerio de Salud- Chile MINSAL (2004). Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión, extrído 17.07.2012 de

http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/programanacdiagyttratadepre.html

Ministerio de Salud –Chile, MINSAL (2009) guía clínica para el tratamiento de personas con depresión. Extraído 26.07.2012 de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>

Organización No Gubernamental, ONG Activa y Universidad Pedro de Valdivia (2012) Estudio Comportamiento del Femicidio en Chile, Desafíos y Brecha. Extraído 10.09.2012 de: http://ecd.elciudadano.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/07/Estudio_Femicidio_Chile.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (1996). Resolución 49.25 de la 49a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Extraído 18.06.2012 de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2001) Informe sobre la salud en el mundo. Extraído 03.07.2012 de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud, cap. 4, Violencia en la pareja. Extraído 07.07.2012 de: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf

Organización de Naciones Unidas, Asamblea General (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Extraído 20.06.2012 de: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/mujer_violencia.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (1993) “La violencia contra las mujeres y las niñas: análisis y propuestas desde la perspectiva de la salud pública” Subcomité especial sobre la mujer, la salud y el desarrollo, Washington D.C. Extraído 30.06.2012 de: http://hist.library.paho.org/English/SMSD/SMSD13_6_SPA.pdf

Orava, T., McLeod, P. & Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationship. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.

Pérez, J. y Martín, F (1997). El apoyo social. Nota Técnica de Prevención, No. 439, España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo del Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales de España. Extraído 13.07.2012 de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

Plazaola, J., Ruiz, I., Montero, M. y Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit* ; 22 (6), 527- 533.

Ratner, P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian. Journal of Public Health*, 84, 246-249.

Red Chilena Contra la Violencia (2009). Violencia hacia las mujeres, Región de la Araucanía, serie diagnóstico. Extraído 03.06.2012 de: http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/files/diagnostico_region_de_la_aucaania.pdf

- Rojas, C., Zegers, B. y Förster, C. (2009). La Escala de Autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores, revista Medica Chile 2009; 137: 791-800.
- Ruiz I., Blanco P., Vives C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* ; 18 (Supl 2), 4 -12.
- Ruiz, I (2005). Violencia contra la Mujer y salud; Escuela Andaluza de salud pública, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Extraído 09.07.2012 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
- Sánchez, S. (2009). Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia. España.
- Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM (2009). Manual de Programa de Capacitación a Distancia para Funcionarios/as del sector público en Materias de Género y políticas públicas. Extraído el 26.06.2012 de: <http://www.sernam.cl/pmg/documentos.php>
- Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM (2011). Violencia Intrafamiliar en Cifras. Extraído el 04.07.2012 de: <http://www.sernam.cl/denunciaalmaricon/pdf/estudio2.pdf>
- Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM (2012a), Sistematización Unidad de Prevención de VIF, Programa Chile Acoge. Extraído el 12.09.2012 de: <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=24>

Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM (2012b), Orientaciones técnicas para la intervención psicosocial con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por parte de su pareja, Programa Chile Acoge. Extraído 26.06.2012 de: http://www.sernam.cl/descargas/res_51_10_reg/doc/Orientaciones_Casa_de_Acogida_2012.pdf

Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zachmzister, 2007. "Métodos de investigación en psicología. México: McGraw-Hill, Págs. 58-95.

Villavicencio, P., Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*. 7(3), 431-458.

Vizcarra. M., Cortés, J., Bustos, L., Alarcón, M., Muñoz S., (2001) Violencia conyugal en la ciudad de Temuco. Un estudio de prevalencia y factores asociados, *Revista Médica de Chile*, 129(12) 1405-1412.

IX. ANEXOS

1.- Anexo: Consentimiento Informado



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
MAGÍSTER EN FAMILIA, MENCIÓN MEDIACIÓN FAMILIAR**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente responder a los siguientes test.

Tengo conocimiento que estos instrumentos van a servir para recopilar información para una investigación científica, que tiene por objeto aportar mayores conocimientos sobre la realidad de la violencia doméstica.

La persona responsable de este estudio es la Asistente Social, Karina Oyanedel Viveros y la puedo contactar al correo electrónico ka.oyanedel@gmail.com o al fono 76088713 por cualquier duda o inquietud que se me presente.

Se me ha asegurado confidencialidad de lo respondido en los test.

Firma:.....

Nombre:.....

Rut:.....

2.- Anexo: Instrumento de Recolección de Datos



Universidad del Bío -Bío
Facultad de Educación y Humanidades
Magíster en Familia, Mención Mediación Familiar

“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, AUTOESTIMA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO” Una comparación entre mujeres víctimas y no víctimas de violencia doméstica

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Gracias por participar de esta investigación, recuerde que esta encuesta es anónima y que todas sus respuestas serán resguardadas confidencialmente, por lo cual puede contestar con toda sinceridad. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

1.- Indique su edad _____

2.- Indique su estado civil ()SOLTERA, ()CASADA, ()VIUDA, () DIRVORCIADA

3.- Indique su estado de pareja: ()soltera, ()pololea, ()convive, ()casada y separada de hecho,
()casada y vive con su marido. ()viuda. ()divorciada.

3.- Señale el número de hijos que tiene _____

4. ¿Usted trabaja remuneradamente? Si _____ No _____

5. Ahora lea las siguientes preguntas sobre cómo se ha sentido últimamente y responda con una X considerando las últimas dos semanas.

	Últimas dos semanas		
	nunca	a veces	siempre
1. ¿Siente usted que le falta la energía o se agota?			
2. ¿Se ha sentido usted más irritable que de costumbre?			
3. ¿Se ha sentido usted cansada por las mañanas?			
4. ¿Tiene usted dificultades para quedarse dormida?			
5. ¿Se ha estado despertando más temprano que de costumbre, sin razón alguna?			
6. ¿Se ha sentido triste o desanimada?			
7. ¿Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso en este último tiempo?			
8. ¿Se ha sentido pesimista o negativa en relación a su futuro?			
9. ¿Ha notado una disminución en su interés sexual?			
10. ¿Ha notado usted una pérdida de interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención?			
11. ¿Ha tenido sentimientos de culpa?			
12. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse o tomar decisiones?			
13. ¿Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas?			

6. A continuación, le presentamos una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Por favor, marque con una “X”, aquella alternativa que más le identifica.

Afirmaciones	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo.
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
7. En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
8. Debería valorarme más a mí misma.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy buena para nada.				

7. Nuevamente le presentamos una lista de afirmaciones. Por favor, marque con una “X”, aquella alternativa que corresponda

Afirmaciones	Casi nunca	A veces	Con Frecuencia	Siempre o Casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme.				
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.				
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme.				
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.				
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.				
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.				
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.				
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.				

MUCHAS GRACIAS