



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA LAMPA, PUNO – 2024

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTADO POR:

MERCEDES APAZA ROJAS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PUNO – PERU

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL TR
ASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO
EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD
ME

AUTOR

MERCEDES APAZA ROJAS

RECUENTO DE PALABRAS

17148 Words

RECUENTO DE CARACTERES

99839 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

69 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

7.6MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 19, 2024 11:41 AM CST

FECHA DEL INFORME

Sep 19, 2024 11:42 AM CST

● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Eduardo Sotomayor Abarca
Dr. Eduardo Sotomayor Abarca
DIRECTOR
PSE RESIDENTADO MEDICO

Resumen



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

.....
TÍTULO DEL PROYECTO: VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO
MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
COMUNITARIA LAMPA, PUNO – 2024

RESIDENTE: MERCEDES APAZA ROJAS
ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Los siguientes contenidos del proyecto se encuentran adecuadamente planteados

| CONTENIDOS | ADECUADAMENTE PLANTEADOS | |
|---|--------------------------|----|
| | SI | NO |
| Caratula | ✓ | |
| Índice | ✓ | |
| 1. Título de la investigación | ✓ | |
| 2. Resumen | ✓ | |
| 3. Introducción | ✓ | |
| 3.1. Planteamiento del problema | ✓ | |
| 3.2. Formulación del problema | ✓ | |
| 3.3. Justificación del estudio | ✓ | |
| 3.4. Objetivos de investigación (general y específicos) | ✓ | |
| 3.5. Marco teórico | ✓ | |
| 3.6. Hipótesis | ✓ | |
| 3.7. Variables y Operacionalización de variables | ✓ | |
| 4. Marco Metodológico | ✓ | |
| 4.1. Tipo de estudio | ✓ | |
| 4.2. Diseño de Contrastación de Hipótesis | ✓ | |
| 4.3. Criterios de selección | ✓ | |
| 4.4. Población y Muestra | ✓ | |
| 4.5. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos. | ✓ | |
| 5. Análisis Estadístico de los Datos | ✓ | |
| 6. Referencias bibliográficas | ✓ | |
| 7. Cronograma | ✓ | |
| 8. Presupuesto | ✓ | |
| 9. Anexos | ✓ | |



Observaciones:

NINGUNA

En merito a la evaluación del proyecto investigación, se declara al proyecto:

a) APROBADO (X)

Por tanto, debe pasar al expediente del residente para sus trámites de titulación.

Puno, a los 02 días del mes de Julio...de 2024

c.c. Archivo



Dr. ALFREDO TUMI FIGUEROA
DIRECTOR
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



Dr. Carlos A. Loayza Coila
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
P.S.E. RESIDENTADO MÉDICO



ÍNDICE

| | |
|---|------|
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| CAPÍTULO I | 9 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| A. Introducción | 9 |
| B. Enunciado del problema..... | 12 |
| C. Delimitación de la Investigación..... | 12 |
| D. Justificación de la investigación..... | 13 |
| CAPÍTULO II | 17 |
| REVISIÓN DE LITERATURA | 17 |
| A. Antecedentes | 17 |
| B. Marco teórico | 24 |
| CAPÍTULO III | 40 |
| HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 40 |
| A. Hipótesis..... | 40 |
| 1. General..... | 40 |
| 2. Específicas | 40 |
| 3. Estadísticas o de trabajo..... | 40 |
| B. Objetivos | 40 |
| 1. General..... | 40 |
| 2. Específicos | 41 |
| C. Variables y Operacionalización de variables..... | 41 |
| CAPÍTULO IV | 43 |
| MARCO METODOLÓGICO | 43 |
| A. Tipo de investigación | 43 |
| B. Diseño de investigación..... | 43 |
| C. Población y Muestra | 43 |
| 1. Población:..... | 43 |
| 2. Tamaño de muestra: | 44 |
| 3. Selección de la muestra:..... | 44 |
| D. Criterios de selección. | 44 |
| 1. Criterios de inclusión | 44 |
| 2. Criterios de exclusión..... | 45 |
| E. Material y Métodos:..... | 45 |



| | |
|---|-----------|
| F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos..... | 46 |
| 1. Instrumentos:..... | 46 |
| 2. Procedimiento de recolección de datos: | 46 |
| G. Análisis estadístico de datos..... | 47 |
| CAPÍTULO V..... | 48 |
| CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO. | 48 |
| A. Cronograma:..... | 48 |
| B. Presupuesto..... | 48 |
| CAPÍTULO VI..... | 50 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| CAPÍTULO VII..... | 60 |
| ANEXOS | 60 |



RESUMEN

Objetivo: Determinar cómo la violencia familiar se relaciona con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024. **Metodología:** El tipo de investigación tendrá un enfoque prospectivo, analítico y transversal, de diseño no experimental. La población estará conformada por La población está compuesta por 120 pacientes que padecen de violencia familiar en el centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno. La muestra será de 92 participantes que serán ingresados al estudio mediante muestreo probabilístico con la técnica aleatorio simple a partir del mes de enero hasta el mes de marzo del 2024. El método científico que se utilizará será el hipotético deductivo. Se utilizarán dos fichas de recolección de información que será validada por juicio de expertos, la primera ficha recogerá información sobre el tipo de violencia experimentada por los participantes en su entorno familiar, otra ficha para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas de trastorno mixto ansioso depresivo. El análisis estadístico se realizará con un nivel de confianza de 95%. el uso de este software permitiría realizar análisis estadísticos descriptivos, generar tablas y gráficos pertinentes para comprender mejor la información recolectada, asimismo, se analizará la estadística inferencial mediante el coeficiente estadístico Rho Spearman para conocer el grado de correlación de las variables en evidencia sólida. En cuanto a las consideraciones éticas. Por ello se contempla la aplicación de consentimiento informado de los pacientes antes de recopilar cualquier tipo de información y se seguirá todas las normativas y regulaciones éticas establecidas por las instituciones pertinentes, para garantizar que la investigación se lleve a cabo de manera responsable.

Palabras clave: violencia familiar, trastorno, ansiedad, depresión.



ABSTRACT

Objective: To determine how family violence is related to mixed anxious depressive disorder in patients of the Lampa community mental health center, Puno - period 2024.

Methodology: The type of research will have a prospective, analytical and cross-sectional approach, with a non-experimental design. The population is made up of 120 patients who suffer from family violence at the Lampa community mental health center, Puno. The sample will consist of 92 participants who will be entered into the study through probability sampling with the simple random technique from January to March 2024. The scientific method that will be used will be the hypothetical deductive method. Two forms will be used to collect information that will be validated by expert judgment, the first file will collect information on the type of violence experienced by the participants in their family environment, another file to evaluate the presence and severity of the symptoms of mixed anxious depressive disorder. Statistical analysis will be performed with a 95% confidence level. The use of this software would allow descriptive statistical analyses to be carried out, generate relevant tables and graphs to better understand the information collected, likewise, inferential statistics will be analyzed using the Rho Spearman statistical coefficient to know the degree of correlation of the variables in solid evidence. For this reason, the application of informed consent of patients is contemplated before collecting any type of information and all ethical rules and regulations established by the relevant institutions will be followed, to ensure that the research is carried out responsibly.

Keywords: family violence, disorder, anxiety, depression.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. Introducción

La intersección entre la violencia familiar y el trastorno mixto ansioso depresivo (TMAD) constituye una problemática global de suma relevancia y urgencia. Esta compleja conexión genera un círculo vicioso que agrava tanto la violencia intrafamiliar como los trastornos mentales, impactando negativamente la calidad de vida de un amplio espectro de individuos en todo el mundo. La necesidad de abordar esta intersección radica en su potencial para desencadenar una cascada de consecuencias perjudiciales, desde la perpetuación de ciclos de violencia hasta que la salud mental de las personas afectadas se vea comprometida

Hoy en día, la violencia intrafamiliar está en aumento en diversas comunidades alrededor del mundo, exacerbada por tensiones socioeconómicas, culturales y políticas. Cabe resaltar que las personas más vulnerables a la violencia familiar son los niños y adolescentes, quienes, debido a su dependencia de los adultos, están expuestos a abusos físicos, emocionales y sexuales en el hogar. Las mujeres también son especialmente afectadas, enfrentando abusos por parte de sus parejas íntimas o familiares. De acuerdo con el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 30% de las mujeres en todo el mundo han experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja íntima en algún momento de sus vidas (1).

Simultáneamente, el TMAD emerge como una condición psicológica compleja que puede tener sus raíces en experiencias traumáticas como la violencia doméstica. Por otro lado, estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han encontrado una estrecha correlación entre la violencia familiar y los Trastornos Mentales y del Comportamiento (TMAD) en la región. Se calcula que hasta el 60% de las personas víctimas de violencia doméstica en América Latina han sufrido de algún trastorno mental, como depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático (2).

Además, de acuerdo con datos de UNICEF, alrededor del mundo aproximadamente el 50% de los casos de violencia doméstica no se encuentran reportados ni tratados adecuadamente, lo que refleja las barreras significativas que enfrentan las víctimas para buscar ayuda y justicia" (3). Por lo que, la falta de denuncia y tratamiento adecuado de estos casos plantea desafíos importantes para los sistemas de atención a la salud y la



justicia, así como para las políticas de prevención y sensibilización. Así mismo, la alta prevalencia de trastornos mentales entre las víctimas de violencia familiar destaca el impacto devastador que esta última tiene en la salud mental de las personas. La depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático son solo algunas de las condiciones que pueden surgir como resultado del abuso emocional, físico o sexual dentro del hogar.

Los episodios de violencia doméstica pueden desencadenar el desarrollo de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en los pacientes (4), lo cual agrava su carga de ansiedad y depresión y dificulta su habilidad para desenvolverse en la vida cotidiana. Estos trastornos no solamente impactan la calidad de vida de las personas, sino que también pueden obstaculizar su habilidad para integrarse en la sociedad, establecer relaciones saludables y alcanzar su máximo potencial. En este contexto, representa un punto de referencia crítico para abordar esta problemática, pues refleja los desafíos a los que se enfrenta la salud mental a nivel internacional. Es fundamental implementar intervenciones integrales y sensibles que aborden estas realidades interrelacionadas para promover el bienestar y la sanación en estas comunidades.

Actualmente, en el contexto nacional de Perú, nos encontramos frente a una realidad problemática alarmante que involucra la violencia familiar y su relación con el trastorno mixto ansioso depresivo (TMAD). En la sociedad peruana contemporánea, se observa un aumento preocupante de los casos de violencia intrafamiliar, exacerbados por diversos factores como el estrés económico, la desigualdad social y la falta de acceso a servicios de salud mental. Por ejemplo, de acuerdo con los datos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) de Perú, durante el 2022 se documentaron más de 50,000 casos de violencia familiar en el país, pero se estima que esta cifra representa solo una fracción de los casos reales debido al subregistro mencionado anteriormente (5).

Hoy en día, muchas familias en Perú enfrentan situaciones de abuso físico, emocional y psicológico dentro de sus hogares, lo que repercute directamente en la salud mental de sus miembros. La carencia del cuidado apropiado a estos problemas conlleva a un incremento en la prevalencia del TMAD entre la población peruana, especialmente entre aquellos que han sido víctimas de violencia familiar. Por lo tanto, la violencia familiar tiene la capacidad de socavar la autoestima de las personas afectadas, lo cual puede agravar los síntomas de ansiedad y depresión, además de obstaculizar su proceso de recuperación (6).



Esta compleja interacción entre la violencia y los trastornos mentales crea un ciclo pernicioso que afecta el bienestar de individuos y comunidades enteras en el país. Por lo que, la coexistencia de violencia familiar y trastorno mixto ansioso-depresivo puede incrementar la probabilidad de que los pacientes recurran a comportamientos autolesivos o suicidas, sobre todo cuando perciben que no tienen salida de su situación (7). Es evidente la necesidad de políticas y programas integrales que aborden tanto la violencia familiar como los trastornos mentales asociados, así como de recursos suficientes para prevenir, intervenir y atender estas problemáticas en el contexto peruano.

En los últimos años, en el ámbito local del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, ubicado en la región de Puno, Perú, nos enfrentamos a una realidad problemática que combina la violencia familiar y el TMAD entre los pacientes que acuden a este centro. En esta comunidad específica, se evidencia un patrón preocupante de casos de violencia doméstica que afecta la salud mental de quienes la experimentan. La violencia intrafamiliar, en sus diversas manifestaciones, se ha arraigado en muchos hogares de la zona, generando un ambiente de estrés crónico y trauma psicológico para aquellos que la padecen. Por consiguiente, los pacientes pueden verse compelidos a distanciarse de amigos y familiares debido a sentimientos de vergüenza o temor vinculados con la violencia doméstica, lo que intensifica su sensación de soledad y agrava los síntomas de ansiedad y depresión, a esto se le llama aislamiento social (8).

Por otro lado, los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, en su mayoría provenientes de entornos afectados por la violencia familiar, presentan una alta incidencia de TMAD. Este trastorno, caracterizado por síntomas de ansiedad y depresión, se encuentra intrínsecamente ligado a las experiencias traumáticas vividas en el ámbito familiar. Cabe resaltar que la ausencia de un tratamiento adecuado para el trastorno mixto ansioso-depresivo en el entorno de la violencia familiar puede conducir a que los pacientes busquen alivio en la automedicación o el abuso de sustancias como una forma de lidiar con sus síntomas y el estrés asociado a la situación (9). Por lo que, la escasez de recursos adecuados y de un enfoque integral para abordar esta problemática en el centro de salud agrava la situación, dejando a los pacientes sin el apoyo necesario para superar el ciclo de violencia y recuperar su salud mental. Es evidente la necesidad de implementar medidas urgentes en el Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa para brindar un enfoque holístico que aborde tanto la violencia familiar como el TMAD en sus pacientes.



Esto implica la provisión de terapias especializadas, apoyo psicosocial y programas de prevención que ayuden a romper el ciclo de violencia y promuevan la salud mental y bienestar en la comunidad de Puno, Perú.

Dadas las razones mencionadas anteriormente, se hace evidente la necesidad de realizar el presente estudio con el propósito de examinar de manera más precisa la conexión entre la violencia familiar y la manifestación del trastorno mixto ansioso depresivo en los individuos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa de Puno. Este estudio no solo busca determinar la existencia de dicha relación, sino también comprender en profundidad cómo la violencia familiar impacta en la sintomatología del trastorno, así como identificar posibles factores de protección o vulnerabilidad dentro de este contexto específico. Además, se anticipa que los resultados obtenidos ayuden a proporcionar información sobre estrategias de intervención más efectivas y centradas en las necesidades de los pacientes afectados, promoviendo así un abordaje integral y sensible ante esta problemática en el ámbito comunitario de salud mental.

B. Enunciado del problema

General

¿Cómo la violencia familiar se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024?

Específicos

1. ¿Cómo la violencia familiar física se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024?
2. ¿Cómo la violencia familiar psicológica se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024?
3. ¿Cómo la violencia familiar sexual se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024?

C. Delimitación de la Investigación

El proyecto se desarrollará en el periodo de enero a marzo del 2024 en el Centro de Salud Mental Comunitaria en Lampa. El distrito de Lampa es uno de los diez que integran la provincia de Lampa, situada en el departamento de Puno, al sur del Perú. El centro de salud tiene una clasificación de categoría I-3, donde se encuentran médicos, enfermeras,



un biólogo y otros profesionales de la salud. Su población asignada es de 4,020 habitantes. La razón principal para llevar a cabo este estudio radica en la prevalencia de casos de violencia familiar dentro de la población, así como en la presencia significativa de pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso depresivo que acuden al Centro de Salud Mental Comunitaria en Lampa, Puno.

D. Justificación de la investigación

Hoy en día, la violencia familiar es un fenómeno social y de salud pública que impacta a millones de personas en todo el mundo, con repercusiones destructoras para la salud mental y el bienestar de aquellos que la sufren. En paralelo, los trastornos mentales, como el trastorno mixto ansioso depresivo (TMAD), representan un reto significativo para los sistemas de salud y la calidad de vida de los individuos. Respecto al entorno específico del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, ubicado en la región de Puno y durante el período 2024, se plantea la imperiosa necesidad de investigar la interrelación entre la violencia familiar y el TMAD en los pacientes atendidos en este centro.

Esta investigación busca comprender cómo la violencia intrafamiliar puede actuar como un factor desencadenante o exacerbante del TMAD, así como identificar posibles factores de protección o vulnerabilidad en esta población específica. A través de un análisis riguroso y exhaustivo, se pretende arrojar luz sobre esta problemática, con el objetivo de informar y mejorar las prácticas clínicas, además de ayudar en la formulación de políticas y programas de salud mental más efectivos y centrados en las necesidades de la comunidad de Lampa, Puno. Esta investigación no solo tiene como objetivo comprender mejor cómo la violencia familiar puede influir en la manifestación y gravedad del TMAD, sino también identificar posibles intervenciones y políticas de salud mental que puedan mitigar estos efectos y promover el bienestar de la comunidad de Lampa. En este sentido, la presente investigación pretende aportar al conocimiento científico y a la mejora de las prácticas clínicas en el abordaje integral de la violencia familiar y los trastornos mentales en contextos comunitarios.

La investigación se fundamenta teóricamente en la necesidad apremiante de explorar en profundidad la compleja interrelación entre la violencia familiar y el trastorno mixto ansioso depresivo (TMAD) en el contexto del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, Puno, durante el período 2024. Esta elección temática se sustenta en la crucial importancia de comprender cómo la violencia intrafamiliar puede actuar como un factor



desencadenante o exacerbante del TMAD, lo cual resulta fundamental para diseñar intervenciones terapéuticas y preventivas eficaces en el ámbito de la salud mental comunitaria.

El respaldo desde un enfoque científico es fundamental para profundizar en la comprensión de los mecanismos subyacentes que vinculan la violencia familiar con el trastorno mixto ansioso depresivo (TMAD). Hasta la fecha, aunque se reconoce la influencia perjudicial de la violencia familiar en la salud mental, sigue existiendo una brecha en el conocimiento sobre cómo este factor específico contribuye al desarrollo y la manifestación del TMAD en contextos comunitarios como el Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, Puno. Al llevar a cabo un estudio riguroso en esta área, se pueden identificar patrones, correlaciones y factores de riesgo específicos que antes no se habían comprendido completamente. Esto no solo enriquecerá el cuerpo de conocimientos científicos en psicología y salud mental, sino que también se tendrá una base firme para el desarrollo de intervenciones más eficaces y adaptadas a las necesidades de los pacientes.

En términos de su aplicación práctica, para los profesionales de la salud mental y los encargados de formular políticas públicas en la región es altamente significativo. La comprensión detallada de cómo la violencia intrafamiliar influye en la manifestación y evolución del TMAD permitirá diseñar intervenciones clínicas más efectivas y adaptadas a las necesidades de los pacientes, resultando en una mejora significativa de la calidad de la atención proporcionada en el centro. Además, estos hallazgos proporcionarán una base firme para el desarrollo de políticas de salud mental más informadas y programas de prevención que aborden de manera eficaz las raíces del problema, promoviendo el bienestar psicológico en la comunidad de Puno y previniendo futuros casos de TMAD.

Por lo tanto, la investigación no solo impulsará el progreso del conocimiento científico en el ámbito de la salud mental, sino que también influirá directamente en la práctica clínica y en las políticas de salud mental en la región. Al proporcionar información relevante y práctica sobre la relación entre la violencia familiar y el TMAD, se promueve una atención más efectiva y una respuesta más informada a esta problemática en la comunidad de Puno, lo que potencialmente fortalece la calidad de vida y disminuye la incidencia en los pacientes de este trastorno en la región a largo plazo.



La investigación propuesta, reviste una importancia social de gran envergadura al abordar un tema que no solo impacta a los individuos directamente involucrados, sino también a la sociedad en su conjunto. La violencia familiar es suceso que afecta enormemente al tejido social y el bienestar de las comunidades, y su asociación con el TMAD añade una capa adicional de complejidad y efectos adversos para la salud mental y el desarrollo humano en general.

Así mismo, comprender cómo la violencia familiar influye en la manifestación y evolución del TMAD no solo proporcionará valiosos conocimientos para los profesionales de la salud mental y los encargados de formular políticas en el ámbito de la atención comunitaria en Puno, sino que también tendrá un impacto significativo en la sociedad en su conjunto. Esta comprensión más profunda permitirá desarrollar intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades de los pacientes afectados, lo que a su vez promoverá el bienestar psicológico y la resiliencia de las familias y comunidades en Lampa y sus alrededores. Además, al generar conciencia sobre la importancia de abordar la violencia familiar como un factor de riesgo para el TMAD, esta investigación puede contribuir a la creación de programas de prevención y sensibilización que promuevan relaciones familiares saludables y libres de violencia. Esto, a su vez, podría generar un impacto positivo en la disminución de la incidencia de la violencia familiar y sus efectos negativos en la salud mental de las personas, lo que en última instancia contribuiría a construir una sociedad más equitativa, justa y saludable en la región de Puno.

Desde una perspectiva económica, la investigación sobre la relación entre la violencia familiar y el TMAD tiene importantes implicaciones en términos de costos sociales y económicos. Los trastornos mentales, incluido el TMAD, representan un peso considerable para los sistemas de salud, las empresas y la sociedad en su conjunto debido a los costos tanto directos como indirectos relacionados con la atención médica, la pérdida de productividad y otros impactos sociales. Al comprender mejor cómo la violencia familiar actúa como un factor de riesgo en el desarrollo del TMAD, se pueden implementar estrategias preventivas y de intervención temprana que reduzcan estos costos económicos. Además, mejorar la salud mental de la población puede tener efectos positivos en la productividad laboral, la participación en la fuerza laboral y otros aspectos



económicos clave, lo que en última instancia puede aportar al crecimiento económico y al desarrollo sostenible a nivel local y regional.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

A. Antecedentes

Internacionales.

Lara et al. (10), en su artículo, planteó la evaluación de si las mujeres que han sido víctimas de violencia tienen un riesgo más elevado de manifestar síntomas de depresión y ansiedad en comparación de las mujeres quienes no han experimentado violencia por parte de sus parejas. El enfoque con el que trabajó fue el cuantitativo de tipo aplicado, con un diseño no experimental y de nivel correlacional. La muestra estuvo compuesta por dos conjuntos de mujeres dominicanas mayores de 18 años, el primero consistió en mujeres que afirmaron ser víctimas de Violencia de Pareja Íntima (VPI), con un total de $n=170$; mientras que el segundo conjunto estuvo conformado por mujeres que declararon no haber experimentado VPI, con igualmente $n=170$. El análisis de Chi-cuadrado reveló una relación estadísticamente significativa entre haber sufrido VPI y los niveles de gravedad de la depresión. La mayoría de las mujeres diagnosticadas con depresión grave, moderada y leve fueron víctimas de VPI, mientras que una proporción significativamente menor pertenecía al grupo de las no víctimas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor de $p < .001$, subrayando la fuerte asociación entre la experiencia de violencia y la gravedad de la depresión. Es decir, se concluye que las mujeres que reportaron ser víctimas de VPI tienen una probabilidad significativamente mayor de experimentar niveles elevados de depresión y ansiedad en comparación con aquellas que no reportaron ser víctimas de VPI.

Dostanic et al. (11) tiene como objetivo de la investigación fue examinar la prevalencia y los factores relacionados con la depresión, la ansiedad y la violencia de pareja entre las mujeres cuyos esposos están en tratamiento por dependencia al alcohol. El enfoque de la investigación fue cuantitativo y de tipo aplicado, utilizando un diseño no experimental y de corte transversal. La población consistió en esposas de hombres que recibieron tratamiento por dependencia al alcohol en el Hospital Especializado en Adicciones en Belgrado, Serbia, según la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) de trastornos mentales y del comportamiento. La muestra final incluyó a 104 mujeres. Se llevaron a cabo análisis de regresión logística multinomial para examinar los factores asociados con la depresión y la ansiedad. Se determinó la prevalencia de



depresión moderada/grave y ansiedad moderada/grave entre las mujeres fue del 34.6% y 25.2%, respectivamente, mientras que casi la mitad (48.1%) experimentó violencia durante los últimos 12 meses. Después de ajustar por edad, la exposición a la violencia aumentó significativamente las posibilidades de experimentar depresión moderada/grave en 37.5 veces (IC del 95% 7.91–177.76), y 8.15 veces para la ansiedad moderada/grave (IC del 95% 2.45–27.14). En conclusión, la salud mental de las mujeres cuyas parejas tienen dependencia al alcohol está significativamente amenazada y debe considerarse, especialmente cuando está asociada con la exposición a la violencia conyugal.

Con esta investigación de Cornejo (12), se buscó examinar la relación entre la violencia sufrida por las damas de las congregaciones adventistas de habla hispana del perteneciente al encuentro en Illinois por parte de sus parejas y la manifestación de depresión. En este estudio se optó por cuantitativo centrándose en correlacional - transversal. Para evaluar el grado de depresión, se recurrió al test depresivo de Zung. Se encontró que el promedio abatimiento depresivo fue de 29.3 (DE = 3.58), representando de magnitud un 15.5%. Se evaluó la asociación las variables de estudio se obtuvo ($r = .151$, $p = .094$), indicando que no se observa una relación estadísticamente significativa entre la violencia padecida por damas a manos de sus parejas y el grado de depresión que puedan experimentar. Se concluye que, para esta muestra, la violencia que enfrentan las damas por parte de su cónyuge no guarda relación con su nivel de depresión, aunque la depresión está efectivamente asociada con la violencia manipulada económica tanto como el de género.

Nacionales.

En lo que respecta a estudios llevados a cabo en el Perú sobre las variables de estudio, se tiene el trabajo de Aguirre y Napuri (13) que tuvo como objetivo detectar la conexión entre el maltrato en violencia doméstica y el trastorno de ansiedad-depresión en individuos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitaria Uyarina Wasi, entre octubre y diciembre de 2020. Asimismo, en la indagación se optó por cuantitativa de corte transversal adoptando un nivel correlativo-descriptivo básicamente no experimental. Por otro lado, en cuanto la población que se consideró fue de 145 individuos que sufrieron violencia familiar y acudieron al centro de salud dentro del periodo estudiado, la muestra que se obtuvo a partir de ahí se calculó con una fórmula que arrojó la cantidad de 105 pacientes. Sobre los resultados, el sexo predominante de la muestra fue el género



femenino (90.5%) la edad en la que se observó una mayor incidencia de violencia fue entre 21-25 años (22%). Durante la validación de la hipótesis, se corroboró la conexión entre la violencia doméstica y el trastorno de ansiedad y depresión, con un valor chi cuadrado igual a 6.767 y un valor p asociado de 0.034 ($p < .05$, es significativa), rechazando así la hipótesis nula. Se concluye que el tipo de violencia que más incide en la relación de las variables es la violencia sexual, siendo la que presentó mayores valores significativos en comparación con los otros tipos de violencia.

Asimismo, Salazar (14), en su estudio, planteó la finalidad de establecer la magnitud de correlación entre el apogeo afectiva, depresión y aprensión en damas impactadas por hechos de violencia inscritas en el Instituto de Medicina Legal de Nuevo Chimbote durante el año 2019. Seguidamente este análisis se presentó en cuantitativo, correlacional tan como descriptiva, caracterizado por un diseño no experimental y de naturaleza básica. Puesto que la población consistió 1500 damas que sufrieron algún tipo de violencia y que se registraron en la institución, considerando a las mujeres de mayor edad hasta los 55 años. La muestra del estudio se conformó por 350 mujeres que pertenecían a este conjunto. Los resultados que se obtuvieron respecto a la correlación entre las 3 variables afirmaron la relación positiva y significativa que se presenta. La relación entre la variable dependencia emocional y depresión fue significativamente positiva, con un coeficiente de 0.58 y valor $p = 0 < .05$; la variable dependencia emocional y ansiedad presentó una correlación positiva muy fuerte con un coeficiente de 0.86 y un valor $p = 0 < .05$; por último, la relación positiva entre depresión y ansiedad tuvo un coeficiente de 0.51 y un valor $p = 0 < .05$. Se concluye que existe una relación considerable en el caso de las 3 variables de estudio respecto a las damas que fueron padecieron agresiones, por lo que se sugiere validar programas de intervención psicológica.

En su tesis, Cordova y Silva (15) tuvieron como fin de reconocer la correlación entre ansiedad y depresión en jóvenes afectados por violencia doméstica la intrafamiliar en una escuela nacional en Jaén. Para ello, trabajaron con el enfoque cuantitativo y con un nivel correlacional-descriptivo, además este estudio se orientó a básico. Por otro lado, la población total estuvo compuesta por 280 adolescentes, de esa población se extrajo una muestra de 64 adolescentes. Los hallazgos muestran que hay una correlación altamente significativa y directa entre la ansiedad y la depresión en los estudiantes que sufrieron violencia intrafamiliar, con un coeficiente de correlación de 0.791 y un valor $p = 0 < .05$.



Esto indica que conforme crece la ansiedad, también se incrementa la depresión. Por otro lado, la predominancia mayoritaria de la depresión es leve. (65.6%), al igual que el de ansiedad (60.9%). Como conclusión, se tiene que, aunque la ansiedad predominante fue leve, así como la sintomatología depresiva en general, se encontraron conexiones significativas entre la ansiedad y las distintas dimensiones de la depresión, incluyendo la cognitiva, afectivo-emocional, y físico-conductual, señalando la importancia de abordar ambas condiciones en conjunto en este grupo vulnerable.

Por su parte, Alvarez (16) tomó como objetivo determinar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Monsefú. Para desarrollar su investigación, se apoyó en un enfoque cuantitativo con un nivel correlacional-descriptivo y un diseño no experimental. Su población se compuso por 114 mujeres víctimas de violencia que fueron a denunciar a la comisaría del Distrito de Monsefú entre enero y mayo de 2021, la muestra abarcó la totalidad de la población. Los hallazgos revelaron una relación directa altamente significativa entre ansiedad y depresión, respaldada por un coeficiente de correlación de 0.709 y un nivel de significancia bilateral de 0. Esto sugiere una interacción constante y significativa entre estas variables, indicando que se mueven en una misma dirección. Por concluyente, se observó que el nivel predominante de ansiedad fue grave en el 92.11% de las mujeres, mientras que el nivel de depresión grave se presentó en el 69.30% de ellas. Por otro lado, se encontraron correlaciones directas y altamente significativas entre las dimensiones de ansiedad y depresión y entre las dimensiones de depresión y ansiedad.

Calle y Espinoza (17) establecieron como fin evaluar cuál es la conexión de violencia intrafamiliar y la depresión en mujeres universitarias de Lima Metropolitana en el año 2022. La investigación se trabajó con un método cuantitativo y de enfoque básico, además de tener una perspectiva no experimental y transversal. La población del estudio contó con 384 mujeres que cursan estudios universitarios y tienen un rango de edades entre los 18 y 29 años, asimismo, las estudiantes eran residentes de la región metropolitana de Lima. La muestra incluyó a 324 mujeres que exhibieron señales y síntomas de violencia intrafamiliar. Se ejecuto el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre ambas variables. Los resultados indican una significancia estadística de 0.00, por debajo del umbral de 0.05, lo que señala una distribución no simétrica. Se observó una conexión positiva y significativa entre la depresión y la



violencia intrafamiliar ($\rho=0.261$; $p<.05$), caracterizada como de nivel medio, lo que indica una conexión ponderosa entre la violencia intrafamiliar y la depresión. Se concluye que a medida que incrementa la manifestación de violencia intrafamiliar, aumenta la probabilidad de experimentar depresión en féminas estudiantes de Lima.

El trabajo de Carhuallanqui y Malpica (18) se centró en examinar la conexión entre la violencia familiar y la depresión en alumnos de nivel secundario pertenecientes a un centro escolar en el distrito de Ate, durante el año 2023. Este análisis utilizó un enfoque básico, de nivel correlacional, además de ser de naturaleza no experimental y de diseño transversal. La muestra recabada fue de un conjunto de 331 alumnos, de ambos sexos, con un rango de edades entre los 11 y 17 años, pertenecientes al nivel secundario, del mismo centro escolar en Ate. Para recopilar datos, se aplicaron el Cuestionario de Violencia Familiar (CVIFA) y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR-2). La recopilación de datos estadísticos reveló que el 99,7% de los estudiantes experimentaron niveles elevados de violencia familiar, mientras que el 96,4% presentaba un nivel significativo de depresión. Estos resultados indican que la mayoría de los alumnos que se enfrentan a situaciones de agresiones familiares, sufren de depresión en un nivel severo. Además, el análisis indica que los estudiantes en la muestra que han experimentado violencia tanto física como psicológica presentan ciertos signos de depresión.

Finalmente, en el estudio ejecutado por Bautista y Wollmann (19), el objetivo principal fue establecer la conexión entre la violencia familiar y la depresión en alumnos de un centro estudiantil en Chimbote. Es una investigación de grado básico, utilizando un enfoque cuantitativo y de carácter no experimental, asimismo de diseño transversal, con un alcance de correlación. La muestra incluyó a 600 alumnos de nivel secundario de un centro escolar público en Chimbote, con un rango de edades entre 14 y 17 años. A estos estudiantes se les administraron la Escala de Violencia Familiar (EVF), con un coeficiente alfa de Cronbach de .569, y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), con un coeficiente alfa de Cronbach de .898. Los hallazgos mostraron un vínculo ponderoso entre la violencia familiar y la depresión en los adolescentes. Se concluyó que la exposición a la agresión familiar y la existencia de signos depresivos aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes a experimentar trastornos afectivos, con posibles repercusiones en su bienestar emocional en la etapa adulta.



Regionales.

Sobre los estudios en la región, se tiene el trabajo de Choque y Quiroz (20) que tuvo como propósito analizar la conexión entre violencia y depresión en mujeres del Programa Social Vaso de Leche en el distrito de Puno, 2022. La metodología adoptada fue de enfoque cuantitativo y de naturaleza básica, con un diseño no experimental de nivel correlacional y corte transversal. La población estaba compuesta por 3,750 beneficiarias del programa; la muestra, de 283 integrantes, fue seleccionada de manera no probabilística por conveniencia. Los resultados revelaron una correlación directa y significativa entre la violencia y la depresión en las mujeres ($Rho = 0.836$; $p = 0.000$). Asimismo, se encontró una asociación directa considerable entre la violencia simbólica y la depresión en estas mujeres ($Rho = 0.807$; $p = 0.000$). Por otro lado, se identificó una relación equilibrada entre la violencia psicológica y la depresión en el mismo grupo ($Rho = 0.723$; $p = 0.000$). Además, se observó una relación moderada entre la violencia sexual y la depresión en estas mujeres ($Rho = 0.643$; $p = 0.000$). En conclusión, las mujeres participantes del Programa Social Vaso de Leche en Puno muestran altos niveles de violencia y depresión, según lo evidenciado por la presencia de una correlación sustancial, reflejada en síntomas persistentes de tristeza y preocupación.

Cuenta y Barrio (21) en su estudio establecieron como propósito determinar la conexión que existe entre la violencia intrafamiliar y la ansiedad en madres atendidas en consultorios externos, Centro de Salud de Caracoto, Puno – 2022. Para ello, el trabajo se realizó con un método cuantitativo básico, acompañado de un diseño no experimental y de nivel descriptivo-correlacional. En cuanto a la población, se consideró que sería muestral, la cual era conformada por un total de 60 madres de familia. Esta población específica fue seleccionada entre las madres de familia que acuden a los consultorios externos del Centro de Salud Caracoto. Los resultados mostraron que el 83.3% de las mujeres evaluadas mostraron un nivel moderado de violencia intrafamiliar, mientras que el 13.3% no presentaron violencia intrafamiliar. Respecto a la ansiedad, se encontró que el 75% de las participantes mostraron niveles de ansiedad, mientras que el 25% no presentaron ansiedad. También, se determinó que hay una relación significativa entre la violencia intrafamiliar y la ansiedad, con un coeficiente de correlación de Spearman de $r = 0.512$ y un valor p de 0.000. En conclusión, estos hallazgos sugieren que la violencia intrafamiliar está asociada de manera significativa con la ansiedad, los síntomas



somáticos y los síntomas afectivos en las madres atendidas en los consultorios externos del Centro de Salud de Caracoto.

El estudio realizado por Arcaya (22) fue investigar la conexión entre el estrés y la violencia doméstica experimentada por las madres. Se formuló la hipótesis de que existe una conexión significativa entre el nivel de estrés y la presencia de violencia familiar en las madres. Se empleó un enfoque cuantitativo, utilizando el método hipotético-deductivo y realizando una investigación de tipo básica o teórica con un diseño correlacional no experimental y transversal. Se usó el método estadístico Rho de Spearman para el análisis de datos. La muestra consistió en 500 madres, seleccionadas de manera probabilística entre las beneficiarias del Programa Vaso de Leche, totalizando 218 participantes. Se aplicaron dos cuestionarios basados en escalas de Likert mediante la técnica de encuesta. Los datos fueron procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 25 para examinar la relación entre las variables. Los hallazgos revelan una asociación significativa entre el estrés y la violencia familiar en las madres que participaron en el Programa Vaso de Leche. Se observó que el 59.6% de las madres experimentaron un alto nivel de estrés, correlacionado positivamente con un nivel moderado de violencia familiar ($Rho=0.720$). Además, se identificó que el factor económico ejerce una influencia considerable en el estrés, afectando al 55.5% de las madres, quienes también reportaron niveles moderados de violencia familiar. El estrés crónico fue prevalente en el 40.4% de los casos, correlacionándose con niveles moderados de violencia familiar. Se destacó que el agotamiento era la manifestación predominante del estrés, presente en el 65.1% de las madres, quienes también exhibieron niveles moderados de violencia familiar. Todos estos hallazgos mostraron una significancia estadística ($p = 0.000$) por debajo del nivel establecido de 0.05.

Ancco y Cari (23) tuvieron como propósito fue examinar la conexión entre los signos de depresión y la violencia contra la mujer en la Urb. Santa Mónica en Juliaca – Puno durante el año 2021. Para ello, se adoptó un enfoque cuantitativo de tipo básica, con un alcance correlacional y transaccional, y se utilizó un diseño no experimental. La población en estudio consistió en todas las mujeres residentes en el distrito de Juliaca, Provincia San Román, departamento de Puno durante el año 2021, con un total de 120 individuos. Esta población coincidió con la muestra seleccionada de forma no probabilística por conveniencia, compuesta por el mismo número de mujeres. Los



hallazgos indican una relación significativa y positiva entre las variables analizadas, evidenciada por un coeficiente de correlación de Spearman de 0.821, mientras que el valor de significancia ($p=0.000$) fue inferior a 0.05, lo que confirma la relevancia de la correlación observada. En conclusión, se sugiere la posible existencia de una relación entre la depresión y la violencia contra la mujer en la Urb. Santa Mónica de Juliaca – Puno durante el periodo 2021.

La investigación llevada a cabo por Neira (24) fue de naturaleza básica, caracterizada por su enfoque correlacional y no experimental. Dirigido hacia un grupo específico de 92 pacientes, todas mujeres y con edades comprendidas entre los 17 y 43 años, su objetivo principal fue esclarecer la relación existente entre las variables de violencia de pareja y depresión en este conjunto de pacientes. En aras de recabar datos pertinentes, se emplearon dos herramientas de evaluación: el Woman Abuse Screening Tool (WAST) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Los resultados obtenidos revelaron un coeficiente de correlación de $\rho = 0,333$, acompañado de un nivel de significancia de $p=0,001$. Además, se observó un tamaño de efecto de $r^2=0,110$, según los criterios establecidos por Cohen en 1988, lo que sugiere un efecto mediano. Como consecuencia de estos hallazgos, se concluyó que existe una relación significativa entre las variables presentadas en la investigación respecto al grupo de pacientes estudiadas.

B. Marco teórico

1. Violencia familiar

Es una dinámica de intimidación y control ejercida por un agresor sobre su víctima. Un total de 155 países han adoptado leyes específicas sobre la violencia en el ámbito doméstico en todo el mundo. A pesar de estas acciones legislativas, no se ha logrado asegurar una reducción significativa ni la erradicación completa de esta problemática. Este patrón de poder y dominio impacta significativamente en el bienestar físico y mental de los afectados. Por consiguiente, se transforma en una grave preocupación para la salud de la comunidad, afectando el bienestar integral de las familias y generando dependencia emocional (25).

La violencia familiar se caracteriza por ser una relación abusiva arraigada en los vínculos intrafamiliares, donde cualquier miembro puede ser tanto víctima como perpetrador, con especial vulnerabilidad para mujeres, niños y ancianos. Este fenómeno está asociado a la generación de trastornos mentales, especialmente depresivos (26).



Desde la perspectiva legal del Estado de Nuevo León, la violencia familiar abarca una amplia gama de actos abusivos que pueden ser únicos o repetitivos, cometidos por un miembro de la familia contra otros, e incluye formas como el abandono, el maltrato físico, psicológico, sexual, y económico. Este fenómeno implica un ejercicio de poder destinado a dominar, controlar, o agredir a nivel psicológico, físico, sexual, patrimonial o económico, tanto dentro como fuera del hogar (27).

La violencia intrafamiliar se manifiesta a través de agresiones verbales o físicas perpetradas por un miembro de la familia que percibe tener un mayor poder. Las consecuencias de esta violencia son profundas, especialmente en niños que pueden desarrollar comportamientos negativos que afectan su capacidad de adquirir conocimiento y su bienestar emocional (28).

Asimismo, la violencia familiar, independientemente de su forma de manifestación, ocurre en todos los estratos socioeconómicos y niveles educativos. Este fenómeno, impacta negativamente en el rendimiento académico y la iniciativa de los adolescentes, afectando su desarrollo educativo y relaciones sociales. Además, la vivencia de situaciones violentas puede desencadenar comportamientos reactivos que perturban la dinámica educativa y el bienestar psicológico de los afectados (29).

2. Ciclo de la violencia

En 1979, Leonore Walker presentó su teoría del ciclo de la violencia, basada en la indefensión aprendida y la hipótesis de la tensión-reducción. Este ciclo consta de tres fases distintas. Durante el inicio del proceso, se produce la acumulación de tensión, evidenciada por discusiones y conflictos leves, mientras que la víctima tiende a ser aislada de su red de apoyo. La segunda fase, la explosión de la violencia, se manifiesta en agresiones físicas, psicológicas y sexuales, dejando a la víctima desprovista de ayuda. La tercera fase, conocida como la "Luna de Miel", se caracteriza por el aparente arrepentimiento y comportamiento cariñoso del agresor, lo que suele llevar a una reconciliación superficial en la relación. Sin embargo, este ciclo tiende a repetirse, perpetuando así la violencia en un patrón cíclico.

Contrastando con la información presentada por Walker, es importante señalar que el ciclo de la violencia puede variar en duración y gravedad en diferentes contextos y relaciones. Mientras que la teoría de Walker destaca la secuencia típica de acumulación de tensión, explosión y arrepentimiento, se reconoce que no todos los casos de violencia

siguen esta secuencia de manera lineal o experimentan todas las fases. Además, la salida del ciclo de violencia puede ser extremadamente difícil para la víctima debido a factores como la manipulación emocional y la dependencia económica o emocional del agresor (30).

3. Violencia psicológica

Se caracteriza por las acciones realizadas por cualquier miembro de la familia o personas cercanas que afectan al individuo más vulnerable en aspectos cognitivos, afectivos y sociales. En Perú, un colectivo de mujeres ha informado que la violencia psicológica se posiciona como una de las formas de violencia más prevalentes que han experimentado, con un índice del 58,9% (31).

Los efectos de esta forma de violencia pueden ser profundos y duraderos, pudiendo desencadenar condiciones mentales serias como el estrés postraumático, la depresión severa y aumentar la posibilidad de adoptar un rol agresivo más adelante en la vida. Desde un enfoque más amplio, se comprende que la violencia familiar no se limita a las formas más visibles, como el abuso físico; ya que la violencia psicológica, aunque menos tangible, puede ser igualmente destructiva y dejar cicatrices emocionales profundas.

Tabla 1. Consecuencias de la violencia psicológica

| Consecuencias Psicopatológicas |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Trastorno por estrés postraumático (TEPT)• Depresión• Trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia)• Trastornos de la alimentación• Alteraciones del sueño• Abuso y dependencia de sustancias• Problemas psicosomáticos• Baja autoestima• Problemas crónicos de salud• Inadaptación• Aislamiento• Problemas de relación social/familiar/laboral• Suicidio |

* Adaptado de Taba (32)



4. Prevención de la violencia

Las estrategias de acción para evitar la violencia se centran en reducir el riesgo de desarrollar esquemas mentales inadecuados, alteraciones cognitivas y dificultades socioemocionales que puedan aumentar la propensión al maltrato y la violencia contra menores. Estas intervenciones se dividen en tres categorías principales: focalizadas, preventivas y universales. Donde, las intervenciones focalizadas se dirigen a una fracción de la población que ha perpetrado violencia en el pasado o se encuentra en mayor riesgo de hacerlo en el futuro. Por otro lado, las intervenciones preventivas se enfocan en una parte más amplia de la población, brindando apoyo a los cuidadores en general para fomentar prácticas parentales positivas y prevenir el maltrato futuro. Por último, las intervenciones universales tienen como objetivo impactar a toda la población, incluso a aquellos con bajo riesgo, con el fin de modificar las normas y actitudes sociales (33).

5. Clima familiar

El clima familiar abarca un conjunto de factores ambientales que determinan el nivel de bienestar emocional en una situación dada. Se define por las contribuciones individuales de cada miembro, reflejadas en comportamientos de apoyo, afecto y racionalidad, que promueven la autonomía personal frente a desafíos. Este clima ejerce una influencia significativa tanto en el estado de ánimo colectivo como en el individual. Un clima familiar positivo se caracteriza por fomentar la cohesión entre sus miembros, establecer un ambiente de confianza y facilitar una comunicación abierta para expresar emociones y pensamientos sobre eventos cotidianos, desempeñando así un papel crucial en el proceso de tomar decisiones y la resolución efectiva de conflictos que puedan surgir dentro del entorno familiar (34). Asimismo, el clima familiar puede cambiar dependiendo de una variedad de factores, como los cambios en la dinámica familiar, los eventos externos y las tensiones individuales.

6. Dependencia emocional

Se define como la expresión extrema de la necesidad de conexión emocional, caracterizada por un patrón relativamente constante de pensamientos, sentimientos y comportamientos que se manifiestan al interactuar con la pareja. Este vínculo emocional tiende a ser excesivo, está asociado con una autoestima baja y resulta en la ausencia de afectos significativos, lo que conlleva a una percepción sesgada de la realidad, una aversión a la soledad y una sensación de vacío interior. Aunado a ello, se le reconoce



como un modelo de conducta que abarca facetas cognitivas, motivacionales, emocionales y conductuales que proporcionan a la persona una sensación de satisfacción y seguridad personal. Este patrón deriva a percepciones erróneas acerca del amor, las relaciones de pareja y el autoconcepto. Los individuos dependientes tienden a tener dificultades para visualizarse como seres capaces de desenvolverse sin la presencia del objeto de su dependencia, lo que conlleva a un constante sacrificio de la identidad propia en favor de la permanencia del vínculo, generando satisfacción en el individuo dependiente (35).

7. Resiliencia familiar

Puede entenderse como el resultado de diversos factores protectores que actúan de manera adaptativa y cambiante ante diferentes situaciones, ya sean de riesgo, transformación o construcción. Estos factores contribuyen a fortalecer la capacidad de la familia para afrontar desafíos y salir fortalecida de ella.

Adicionalmente, se refiere a la capacidad de la unidad familiar para hacer frente y sobrellevar eficazmente situaciones adversas, reorganizándose de manera efectiva para superar tales dificultades. Investigaciones a nivel internacional sobre la resiliencia familiar indican que cuando las familias enfrentan angustia psicológica, ajustan sus patrones de funcionamiento estableciendo rutinas diarias, fomentando eventos regulares que reducen o alivian el estrés, fortaleciendo los lazos tanto dentro como fuera de la familia, y buscando recursos de apoyo y redes sociales tanto dentro como fuera del ámbito familiar (36).

8. Violencia de género

Conforma al reporte publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres, quienes representan el 35%, son víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, o sufren agresiones sexuales perpetradas por individuos distintos a sus parejas. Por lo tanto, la violencia de género es cualquier forma de agresión física o psicológica, como violencias sexuales, amenazas o la privación de libertad de forma arbitraria. Estas conductas, son perpetradas por hombres contra mujeres, ya sea dentro de una relación de pareja o después de su finalización (37).

Resulta evidente que, en los actos de violencia dirigidos a las mujeres, al igual que otras formas de violencia familiar, la presentación de una denuncia desencadena una crisis que altera el orden de la sociedad y la conducta dentro de la familia, interrumpiendo la dinámica previa del sistema familiar. A partir de este momento, los miembros de la



familia enfrentan una incertidumbre considerable, dado que la violencia no ocurre de manera independiente, sino que afecta el desarrollo de los hijos que puedan estar expuestos a estas situaciones. Además, que puede tener un impacto duradero en la comunidad en general, perpetuando ciclos de violencia y socavando la confianza en las instituciones sociales.

9. Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

La evaluación de este trastorno se reserva para casos en los que coexisten signos de ansiedad y depresión, sin que ninguno de ellos predomine de manera significativa. Esto implica que, si bien ambos conjuntos de síntomas están presentes, ninguno alcanza la severidad necesaria para una clasificación independiente. Además, es esencial reconocer la presencia de algunos síntomas vegetativos, aunque aparezcan de forma intermitente (38).

Caracterizado por la amalgama de signos típicos de la ansiedad y la depresión, este trastorno evidencia una compleja interacción entre ambos conjuntos de síntomas. Dicha situación se manifiesta con la pérdida de motivación, la inhabilidad de experimentar placer y un estado de ánimo bajo, así como con sentimientos de preocupación excesiva, irritabilidad y nerviosismo (39).

Asimismo, se caracteriza por la equitativa presencia de manifestaciones ansiosas y depresivas, tanto en respuesta a estímulos internos como externos. Genera un dolor emocional profundo, un bajo estado de ánimo, falta de interés y capacidad para enfrentar situaciones adversas, junto con una pérdida de racionalidad y autoestima (40).

En situaciones donde se presentan simultáneamente los signos de ansiedad y depresión sin predominio claro de ninguno de ellos, se utiliza la categoría de trastorno mixto ansioso depresivo. Esto implica que, si los síntomas son lo suficientemente graves para justificar diagnósticos independientes, se deben identificar por separado. Por lo tanto, esta categoría no se utiliza cuando ambos trastornos son lo suficientemente prominentes como para justificar diagnósticos separados (41).

Por tanto, el trastorno mixto de depresión y ansiedad se distingue por la manifestación conjunta de indicadores de ambas afecciones, sin una distinción clara entre ellas. Este aspecto subraya la complejidad y la interacción entre los aspectos emocionales y sociales involucrados, lo que se refleja en las dificultades interpersonales e intrapersonales comunes en personas que experimentan este trastorno (42).



10. Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se identifican ante la aparición de temores y preocupaciones desproporcionadas en situaciones que no presentan una amenaza real para el individuo. Según la OMS, la depresión y la ansiedad se han identificado como los trastornos mentales más prevalentes que requieren atención médica hospitalaria. Se observa un aumento significativo, aproximadamente del 50%, en las estadísticas asociadas con estos diagnósticos (43). La etiología de estos trastornos es compleja, y se acepta que tanto los factores genéticos como los estresantes asociados con eventos de la vida tienen un impacto significativo.

11. Tipos de ansiedad

- a. **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).**- Se distingue por la aparición persistente e incontrolable de preocupaciones, con una evolución que tiende a intensificarse durante períodos de estrés. Se ha notado que los pacientes que más sufren de TAG también pueden experimentar uno o más trastornos mentales adicionales, así como preocupaciones relacionadas con la salud en general o dolores corporales específicos.
- b. **Trastorno de pánico.** - Se caracterizan por la manifestación repentina de episodios de miedo extremo, acompañados de indicios físicos como incremento del ritmo cardíaco, sudoración, problemas para respirar y sentirse a punto de morir. Alrededor del 30% de la población global experimenta trastornos en los que el miedo desempeña un papel central. Se estima que aproximadamente 1 de cada 10 personas experimentará al menos una crisis de pánico en su vida, sin que esta vuelva a repetirse en el futuro. El rasgo distintivo de una crisis de pánico radica en la manifestación única y pasajera de un intenso malestar o miedo, sin que exista un peligro real presente, y se acompaña de una amplia variedad de síntomas físicos o cognitivos.
- c. **Trastorno de ansiedad social (TAS).** - Se manifiesta como una reacción intensa a nivel cognitivo, emocional y físico, desencadenada por el temor intenso de ser objeto de discriminación o humillación en contextos



sociales. Asimismo, se evidencia ante una baja autoestima y el temor constante a ser juzgado por los demás, lo cual conduce a una evitación continua de situaciones sociales incómodas, reforzando así la ansiedad y la tendencia a evitar su exposición a dichas situaciones (44).

- d. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).** - Se identifica por la existencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son ideas, incitaciones o imágenes mentales repetitivas e intrusivas, no deseadas, que causan una gran ansiedad y carecen de conexión con la realidad, lo que conduce a niveles significativos de estrés. Así mismo, implica pensamientos recurrentes e invasivos (obsesiones) que causan ansiedad, acompañados de acciones repetitivas (compulsiones) que la persona siente necesidad de realizar para aliviar esa ansiedad. Estos pensamientos y acciones pueden afectar en gran medida la vida diaria.
- e. Trastorno de ansiedad por estrés postraumático (TEPT).** - Puede surgir tras vivir un evento impactante, desde un accidente cotidiano hasta abusos. Individuos con TEPT pueden sufrir flashbacks, pesadillas, evasión de ciertos lugares o situaciones, y cambios en el estado de ánimo. Se ha observado que la depresión es el trastorno más comúnmente asociado con los síntomas del trauma en las víctimas, lo que implica la coexistencia de trastornos del ánimo y señales características del TEPT.

12. Causas de la ansiedad

Los orígenes de la ansiedad son multifacéticos, abarcando influencias cognitivo-emocionales, donde los pensamientos, percepciones y emociones interactúan para generar y perpetuar estados de ansiedad, así como el estrés, que desencadena respuestas ansiosas y puede alimentar un ciclo difícil de romper. Además, la interacción biológica entre factores físicos, cognitivo-emocionales y de estrés subraya la complejidad de este trastorno, evidenciando cómo múltiples sistemas en el cuerpo y la mente colaboran en su desarrollo y mantenimiento, tanto en su forma común como en sus manifestaciones patológicas (45).

13. Síntomas de la ansiedad

Los síntomas abarcan una variedad de cambios físicos, como sudoración, problemas digestivos, temblores, palpitaciones y dificultad respiratoria. Además,



incluyen sensaciones subjetivas como miedo intenso, sensación de terror, nerviosismo, ansiedad y dificultad para relajarse, entre otros aspectos de índole psicológica. Estos síntomas psicológicos son desencadenados por la liberación de sustancias como la noradrenalina y el cortisol, que ocasionan un incremento en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, lo que puede llevar a la hiperventilación y a una disminución en los niveles de dióxido de carbono en la sangre. Estos cambios envían señales inexactas al cerebro (46). Por lo que, cuando se mencionan los trastornos de ansiedad, se alude a una categoría amplia de trastornos mentales que comparten, de manera general, características generales como un miedo excesivo, la tendencia a evitar situaciones percibidas como amenazantes, la experimentación de angustia y la posibilidad de experimentar ataques de pánico.

14. Complicaciones de la ansiedad

La ansiedad no tratada o mal gestionada puede resultar en una serie de complicaciones que pueden impactar tanto la salud física como la emocional de un individuo. En primer lugar, la ansiedad crónica puede causar un efecto notable en la salud física, aumentando el riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares, hipertensión, trastornos gastrointestinales y trastornos del sueño. Además, puede debilitar el sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad del cuerpo a enfermedades y trastornos. En el ámbito emocional, la ansiedad no tratada puede elevar la probabilidad de desarrollar otros trastornos mentales, como depresión, trastornos relacionados con el abuso de sustancias y desórdenes alimenticios. Esto puede crear un ciclo de problemas de salud mental que se agravan mutuamente, dificultando aún más la recuperación y el bienestar general. La interferencia en la vida cotidiana es otra complicación común asociada con la ansiedad no tratada. Puede afectar negativamente el rendimiento en el trabajo, las relaciones interpersonales, el rendimiento académico y la participación en actividades sociales. La ansiedad puede dificultar la concentración, la capacidad para tomar decisiones y la habilidad para realizar tareas cotidianas (47).

15. Prevención de la ansiedad

Implica abordar tanto los factores de riesgo como las estrategias de autocuidado. Para ello, es importante aprender y practicar estrategias para controlar el estrés, tales como la meditación, la respiración profunda y la atención plena, que pueden contribuir a disminuir la ansiedad y mejorar la capacidad para hacer frente a situaciones estresantes.



Además, llevar una vida saludable, puede promover el bienestar físico y emocional, reduciendo así el riesgo de desarrollar ansiedad.

Asimismo, cultivar relaciones sólidas y de apoyo con amigos, familiares y seres queridos también es fundamental, ya que proporciona un sistema de apoyo invaluable durante momentos difíciles y ayuda a reducir la sensación de aislamiento. En casos de síntomas persistentes o un historial familiar de trastornos de ansiedad, buscar ayuda profesional temprana es crucial. Un terapeuta o consejero puede proporcionar estrategias de afrontamiento efectivas y apoyo emocional, promoviendo así una vida emocionalmente saludable (48).

16. Diagnóstico de la ansiedad

El proceso de diagnóstico de la ansiedad implica un análisis exhaustivo de los síntomas y la historia clínica del paciente. Inicialmente, se realiza una entrevista clínica, durante la cual se recolectan datos acerca de los signos experimentados por el paciente, incluyendo su duración, frecuencia y posibles desencadenantes. Esta entrevista también puede abordar el efecto de la ansiedad en la vida diaria del paciente y cualquier otro problema de salud mental o física relevante.

También es posible emplear cuestionarios y escalas de evaluación estandarizadas para cuantificar la intensidad de los síntomas de ansiedad y ayudar en el proceso de diagnóstico. Estas herramientas proporcionan una evaluación objetiva de la ansiedad y pueden ayudar al profesional de la salud a entender mejor la naturaleza y la gravedad del trastorno. Es crucial también descalificar otras condiciones médicas que podrían estar contribuyendo a los síntomas de ansiedad. Por lo tanto, es posible llevar a cabo pruebas médicas para descartar problemas físicos subyacentes, como problemas cardíacos, trastornos de la tiroides o trastornos del sueño, que podrían estar exacerbando la ansiedad (49).

17. Tratamiento de la ansiedad

El tratamiento para la ansiedad implica una combinación de terapia psicológica, medicación, hábitos de vida saludables, redes de apoyo social y técnicas para gestionar el estrés. La terapia cognitivo-conductual es altamente efectiva para abordar los pensamientos y comportamientos asociados con la ansiedad, mientras que la medicación puede ser recetada en casos más severos. Adoptar un estilo de vida saludable, buscar



respaldo social y aprender técnicas de manejo del estrés también son componentes importantes del tratamiento. Es crucial trabajar con un médico profesional para determinar la estrategia más apropiada y contar con el respaldo adecuado durante todo el proceso terapéutico (50).

18. Depresión

Es una condición mental y emocional que puede ser precipitada por un vasto abanico de componentes, tanto internos como externos. Se calcula que más de 450 millones de individuos en todo el globo se encuentran perjudicados por la depresión, y se prevé que una de cada cuatro personas experimentará cierta forma de desorden depresivo durante su vida, sin importar su edad o posición social. Se distingue por presentarse como una reacción extendida del cuerpo frente a cualquier estímulo que supere, o amenace con superar, su capacidad compensatoria para mantener la homeostasis. Así, la interconexión entre la salud psicológica y el estado de salud corporal es notable, dado que aproximadamente el 13% de las enfermedades registradas están relacionadas con trastornos de salud mental (51).

19. Tipos de depresión

- a. **Trastorno depresivo menor.** - Constituye una categoría de trastornos mal adaptativos que abarca una variedad amplia de trastornos afectivos, los cuales suelen estar vinculados con los efectos adversos del estrés psicosocial. En función de su duración, se pueden distinguir dos subtipos de trastorno depresivo menor: el trastorno depresivo menor de corta duración que está asociado con el impacto repentino de un trauma mental significativo experimentado por el individuo. Por otro lado, el trastorno depresivo menor prolongado tiende a desarrollarse en relación con una situación estresante continua.
- b. **Trastorno depresivo mayor.** - Es una condición de naturaleza grave, con un potencial letal significativo, y ostenta la distinción de ser la enfermedad psiquiátrica más prevalente a nivel global. Esta patología se encuentra asociada con un incremento en las tasas de mortalidad, con una pérdida media de aproximadamente 10 años de vida. Adicionalmente, implica elevadas tasas de morbilidad en su curso crónico y es un factor predominante respecto a los años vividos con incapacidad a escala



- mundial. Este trastorno conlleva un deterioro funcional que puede exceder el observado en otras condiciones médicas crónicas, ejerciendo un impacto negativo en los ámbitos físico, social y emocional del individuo afectado.
- c. **Trastorno bipolar.** - Se trata de un trastorno psiquiátrico crónico, grave y altamente discapacitante, que afecta aproximadamente al 2.4% de la población mundial, presentando una significativa morbimortalidad. Se caracteriza por la alternancia rápida entre estados de ánimo eutímicos, depresivos, maníacos/hipomaníacos o mixtos. Este trastorno exhibe una presentación clínica que, en ocasiones, presenta similitudes con el Trastorno Depresivo Mayor, lo que conlleva a menudo a tasas elevadas de diagnósticos erróneos (52).
 - d. **Depresión prenatal.** - Consiste en un problema significativo dentro de los trastornos mentales perinatales, ya que las gestantes que lo experimentan enfrentan una mayor amenaza de parto pretérmino, peso insuficiente neonatal, anomalías placentarias y complicaciones infecciosas. Asimismo, los niños nacidos de madres que experimentaron depresión prenatal enfrentan un riesgo elevado de desarrollar ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperexcitabilidad, así como también autismo.
 - e. **Depresión postparto.** - Es una alteración del estado de ánimo que puede incidir en aproximadamente el 25% de las mujeres después de dar a luz. Su manifestación ocurre dentro de los primeros 12 meses posteriores al parto, aunque algunos estudios sugieren una posible extensión de hasta catorce meses, dependiendo de la severidad de los síntomas. Este trastorno se considera una respuesta durante el período puerperal, inducida por cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales asociados con el proceso de gestación y el nacimiento del bebé.
 - f. **Trastorno afectivo estacional.** - Se define como una entidad compleja que consiste en episodios depresivos recurrentes durante los meses de otoño o invierno, con una remisión notable en primavera o verano, persistiendo durante al menos dos años consecutivos y sin explicación satisfactoria mediante factores psicosociales. En términos de sintomatología, dicho trastorno comparte los síntomas nucleares de la



depresión, como el estado de ánimo deprimido, fatiga, agotamiento físico y falta de motivación o placer.

- g. Depresión suicida.** - Representa una forma específica de depresión caracterizada por ser menos receptiva a las intervenciones con antidepresivos, y se vincula con un elevado riesgo de suicidio. La mayoría de los estudios sobre suicidio indican que alrededor del 90% de las personas que lo consuman presentaban algún trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el diagnóstico predominante en aproximadamente la mitad a dos tercios de los casos. Sus síntomas comparten similitudes con el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, a diferencia de este último, los individuos con depresión suicida suelen experimentar tentativa de suicidio o pensamientos autodestructivos.

20. Causas de la depresión

En primer lugar, las circunstancias personales ejercen un rol significativo en el desarrollo de episodios depresivos. Este factor incluye determinados rasgos de personalidad, la presencia de otros trastornos psiquiátricos y el consumo de alcohol. Además, la depresión asociada a factores personales tiende a ser más resistente a los tratamientos convencionales, haciendo necesario abordar tanto los síntomas depresivos como las condiciones subyacentes para un manejo efectivo de la enfermedad.

Por otra parte, la depresión puede atribuirse a enfermedades que afectan a los individuos y los medicamentos que toman, así como enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, la hipertensión y las enfermedades cerebrovasculares, las cuales se asocian con un deterioro cognitivo y funcional. Además, se ha señalado que la situación económica de los adultos, influenciada por eventos como las crisis matrimoniales, el bajo poder adquisitivo, la disminución de la capacidad laboral y la necesidad de servicios médicos, así como factores políticos relacionados a la falta de campañas de atención social y sanitaria, pueden contribuir a la manifestación y exacerbación de indicios depresivos (53).

21. Síntomas de la depresión

La depresión se manifiesta mediante una diversidad de síntomas que abarcan distintas dimensiones, incluyendo lo emocional, cognitivo, conductual y somático. Por tanto, puede tener un impacto negativo para realizar actividades cotidianas de manera

funcional, lo cual se refleja en un decremento del desempeño en el ámbito laboral, educativo o familiar. Este cuadro clínico, si no se aborda adecuadamente, puede evolucionar hacia una condición de salud más grave, particularmente cuando los síntomas persisten en niveles moderados a severos, afectando significativamente la calidad de vida del individuo (54).

Tabla 2. Síntomas de la depresión

| Síntomas | Manifestaciones |
|-----------------------|--|
| Síntomas Afectivos | Desánimo patológico o humor depresivo Anhedonia Ansiedad comórbida con depresión Hostilidad Malestar emocional Desapego |
| Síntomas Cognitivos | Anomalías del pensamiento Anomalías cognoscitivas |
| Síntomas Somáticos | Disfunciones autonómicas Disfunciones de los ciclos vitales |
| Síntomas Conductuales | Anomalías de la motricidad psíquica |

* Adaptado de Doe (55)

Por otro lado, es importante distinguir entre los cambios de humor normales y las reacciones emocionales breves frente a situaciones cotidianas, y la presentación clínica de la depresión. Esta última se caracteriza por una duración prolongada de los síntomas y una intensidad que puede generar angustia significativa, interfiriendo con el desenvolvimiento diario. Reconocer los síntomas depresivos más allá de las fluctuaciones emocionales habituales es fundamental, ya que un abordaje precoz puede prevenir complicaciones y facilitar una recuperación efectiva.

22. Complicaciones de la depresión

Según datos proporcionados por la OMS, la depresión incide aproximadamente en el 4% de la población global. Por tanto, la comparación de la discapacidad generada



por la depresión con otros padecimientos crónicos como la diabetes, el infarto o el cáncer resalta la gravedad de esta condición y subraya la necesidad de abordarla de manera prioritaria en las normativas de sanidad pública (56). Asimismo, la presencia de comorbilidades, como trastornos psicóticos o condiciones médicas preexistentes, agrava las complicaciones asociadas con la depresión. Estas condiciones adicionales pueden requerir hospitalización, aumentando la carga del individuo afectado y del sistema de atención médica en general. Por otra parte, la existencia de trastornos de ansiedad relevantes desde el punto de vista clínico en conjunción con la depresión intensifica el sufrimiento personal y los costos sociales.

23. Prevención de la depresión

La recomendación del cribado de la depresión en atención primaria propone una estrategia proactiva para la identificación anticipada y la regulación de los síntomas depresivos en la población general. Este enfoque se basa en la accesibilidad y la integralidad de la atención primaria, que proporciona un contexto propicio para identificar y tratar las enfermedades mentales comunes, incluida la depresión (57). Así, se brinda la oportunidad de establecer intervenciones preventivas a nivel poblacional, aprovechando la accesibilidad de la atención sanitaria y la afinidad continua entre médicos y pacientes. Además, la coordinación con los recursos comunitarios y la promoción del uso de estos recursos mediante la prescripción social amplían el alcance de la prevención y fortalecen la red de apoyo para aquellos en riesgo de padecer depresión (57).

24. Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico de la depresión se basa en la aparición de al menos cinco manifestaciones clínicas características, que incluyen la anhedonia, alteraciones en el apetito y el sueño, pérdida de energía, dificultades cognitivas, cambios en la psicomotricidad, sentimientos de culpa, baja autoestima e ideación suicida. Estos criterios reflejan la variedad de manifestaciones que pueden estar presentes en la depresión y proporcionan un marco objetivo para la evaluación clínica de esta condición. La identificación de al menos cinco de estos síntomas, junto con su persistencia durante un período de al menos dos semanas, permite establecer un diagnóstico adecuado y preciso de la depresión, lo que es fundamental para iniciar el tratamiento apropiado y mejorar el bienestar del paciente. (58).



25. Tratamiento de la depresión

El tratamiento médico para la depresión precisa la intervención de profesionales especializados en psiquiatría y psicología clínica, quienes emplean diversos enfoques terapéuticos respaldados por evidencia científica. En contraste, el programa de acción mh-GAP de la OMS promueve estrategias de atención accesibles, como la terapia interpersonal, cognitivo-conductual y de resolución de conflictos, para abordar la depresión en instalaciones de atención general. Estas técnicas pueden ser implementadas por personal capacitado, incluso en ausencia de especialistas en salud mental, lo que amplía el acceso al tratamiento en diversas comunidades (59). Asimismo, el tratamiento de la depresión puede implicar una mezcla de fármacos, terapia cognitivo-conductual y ajustes en el modo de vida. Los medicamentos que se centran en la captación de serotonina, tanto de manera selectiva como combinada con noradrenalina, son conocidos como terapias principales para tratar el trastorno depresivo mayor. Además, las reformas en el estilo de vida, como el ejercicio regular y una higiene del sueño adecuada, pueden complementar el tratamiento farmacológico y terapéutico en la mejora de los síntomas depresivos.



CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, OBJETIVOS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

A. Hipótesis

1. General

Existe asociación entre la violencia familiar y el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.

2. Específicas

- La violencia familiar física está asociada al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.
- La violencia familiar psicológica está asociada al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.
- La violencia familiar sexual está asociada al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno – periodo 2024.

3. Estadísticas o de trabajo

- Ho1: La violencia familiar no se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ha1: La violencia familiar se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ho2: La violencia familiar física no se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ha2: La violencia familiar física se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ho3: La violencia familiar psicológica no se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ha3: La violencia familiar psicológica se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ho4: La violencia familiar sexual no se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.
- Ha4: La violencia familiar sexual se asocia con el trastorno mixto ansioso depresivo.

B. Objetivos

1. General

Determinar la asociación de la violencia familiar con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.

2. Específicos

- Determinar la asociación de la violencia familiar física con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.
- Determinar la asociación de la violencia familiar psicológica con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.
- Determinar la asociación de la violencia familiar sexual con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes del centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno - periodo 2024.

C. Variables y Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE:

| Variable | Indicador | Unidad/Categoría | Escala | Tipo de Variable |
|--------------------|---|------------------|---------|------------------|
| Violencia familiar | Hematomas Laceraciones Fracturas Golpes | Si No | Nominal | Cualitativa |
| | Humillaciones Amenazas Intimidación | Si No | Nominal | Cualitativa |
| | Tocamientos indebidos Acoso sexual Agresión sexual | Si No | Nominal | Cualitativa |

VARIABLE DEPENDIENTE:

| Variable | Indicador | Unidad/Categoría | Escala | Tipo de Variable |
|--|---|------------------|---------|------------------|
| Trastorno Mixto Ansioso Depresivo (TMAD) | Problemas de concentración Nerviosismo Pensamiento suicida Agotamiento emocional | Si No | Nominal | Cualitativa |
| | Dolor de cabeza Pérdida de apetito Insomnio Tensión muscular Problemas digestivos Fatiga emocional | Si No | Nominal | Cualitativa |

VARIABLES INTERVINIENTES:

| Variable | Indicador | Unidad/Categoría | Escala | Tipo de Variable |
|----------|------------------|---|-----------|------------------|
| Edad | Años | 18 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 61 a 70 >70 | Intervalo | Cuantitativa |
| Sexo | Historia clínica | Masculino Femenino | Nominal | Cualitativa |

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

A. Tipo de investigación

Dentro del proceso de investigación se propone la implementación de un diseño metodológico que integre aspectos prospectivos, analíticos y transversales. La característica prospectiva, es un enfoque que se utiliza para explorar y prever posibles escenarios futuros (60). De esta manera, facultaría a los especialistas en salud mental para prever los desafíos y posibles riesgos, al tiempo que detectarían posibilidades de aplicar intervenciones preventivas y terapias efectivas durante el año 2024.

Además, al ser analítico - correlacional tiene como objetivo identificar posibles relaciones o asociaciones entre las variables de estudio (61). Por lo tanto, resulta útil con el propósito de establecer la posible correlación entre la existencia de violencia familiar y la manifestación del trastorno mixto ansioso-depresivo en los pacientes analizados.

Asimismo, tiene un corte transversal que implica la recolección de información de una muestra representativa extraída de una población en particular en un punto específico en el tiempo, con el propósito de examinar la prevalencia de ciertas características en ese momento, proporcionando una visión instantánea de la situación en ese momento particular en el centro de salud mental.

B. Diseño de investigación

El diseño propuesto es de naturaleza no experimental, lo que implica la observación y recopilación de datos en su entorno natural sin intervención deliberada por parte del investigador en la manipulación de variables. En este contexto, el investigador observa y registra los fenómenos tal como se manifiestan en su contexto real, sin introducir cambios controlados (62).

La elección de este diseño se fundamenta en su adecuación para explorar fenómenos tal como se manifiestan en su entorno natural. Este enfoque posibilita el análisis de variables sin alterar su configuración, lo que facilita la captura de la complejidad y las interacciones reales presentes en el objeto de estudio.

C. Población y Muestra.

1. Población:

La población de estudio se define como el conjunto de individuos que exhiben las características que se pretenden investigar. Esta población representa el grupo completo

de elementos que cumplen con los criterios de inclusión establecidos para el estudio en cuestión por el investigador (63).

La población está compuesta por 120 pacientes que acudieron por violencia familiar al centro de salud mental comunitaria Lampa, Puno durante el periodo de enero a marzo del 2024.

2. Tamaño de muestra:

La muestra de estudio hace referencia al conjunto de individuos o elementos seleccionados de una población para participar en una investigación, con el fin de obtener conclusiones válidas y representativas sobre la población en su conjunto (64).

Para obtener la muestra se emplea la fórmula de población finita:

Siendo que:

$$\eta = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Z: Nivel de confianza (95%)

p: Probabilidad del éxito (50%=0.5)

q: Probabilidad de fracaso (50%=0.5)

N: Tamaño de la población (120)

e: Error máximo permitido (5%=0.05)

Después de insertar estos datos en la fórmula, se obtuvo 92 pacientes que acudieron al centro de salud en mención.

3. Selección de la muestra:

Para la selección de muestra se utilizará el muestreo probabilístico y la técnica aleatoria simple donde todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados como parte de la muestra (64).

D. Criterios de selección.

1. Criterios de inclusión

- Pacientes con registros clínicos legibles y completos
- Pacientes que hayan sufrido de violencia familiar
- Pacientes de ambos sexos y mayores de 18 años



- Pacientes tratados en el centro de salud mental comunitaria Lampa durante el periodo de investigación.
- Pacientes que residan en el distrito de Lampa - Puno
- Pacientes que estén física y mentalmente aptos para participar en el estudio.
- Pacientes que no tengan una pérdida familiar reciente.

2. Criterios de exclusión

- Pacientes cuyos registros médicos no estén legibles o carezcan de información completa.
- Pacientes que no hayan experimentado situaciones de violencia dentro del ámbito familiar.
- Pacientes menores de edad
- Personas que no estén recibiendo atención médica en el centro de salud mental comunitaria Lampa durante el periodo de investigación.
- Pacientes que no presenten condiciones médicas y mentales que interfieran significativamente con su capacidad de comprensión

E. Material y Métodos:

El estudio se basa en el empleo de encuestas clínicas meticulosamente diseñadas y estructuradas con detalle. Estas encuestas tienen como propósito primordial detectar con precisión el nivel de exposición a situaciones violentas, evaluar minuciosamente su influencia en la salud mental y emocional de los individuos afectados, así como identificar potenciales factores de riesgo y de protección asociados.

Para evaluar la violencia familiar, el proceso comienza con la admisión del paciente, seguido de una acogida por parte de la enfermera, donde se evalúa la situación y se determina la necesidad de abrir un Paquete de Atención Individualizada (PAI). Los casos moderados a graves son atendidos por un equipo multidisciplinario, que puede incluir profesionales de la salud mental, trabajadores sociales y abogados especializados en violencia familiar. Este enfoque integral garantiza una evaluación exhaustiva y un plan de intervención adecuado para cada paciente afectado por la violencia familiar.

El enfoque metodológico utilizado se fundamenta en el método hipotético-deductivo, el cual se caracteriza por la formulación de hipótesis y la deducción de consecuencias observables a partir de estas hipótesis. En este método, se plantea una hipótesis inicial que se somete a pruebas empíricas para confirmar o refutar su validez.



Luego, se pueden formular nuevas hipótesis a partir de los resultados obtenidos, creando así un proceso iterativo de construcción y refutación de teorías científicas (65).

Relacionando esta definición con el presente estudio, la hipótesis de que existe una relación entre la violencia familiar y el trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes del centro de salud mental comunitaria en Lampa, Puno. Luego, diseñar un estudio para recopilar datos que respalden o refuten esta hipótesis. Los resultados obtenidos permitirían al investigador validar o rechazar la hipótesis inicial, contribuyendo así al conocimiento sobre el tema y potencialmente sugiriendo nuevas direcciones de investigación.

F. Instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

1. Instrumentos:

Se elaboraron dos instrumentos, una ficha destinada a recabar datos sobre la frecuencia y el tipo de violencia experimentada por los participantes en su entorno familiar, otra ficha para valorar tanto la presencia como la intensidad de los síntomas de trastorno mixto ansioso depresivo.

Además, las fichas elaboradas para recopilar datos destinados al análisis de las variables del estudio serán validada a través de la evaluación por juicio de expertos. Este proceso asegurará la rigurosidad y eficacia de la ficha en la adquisición de datos relevantes para los propósitos de la investigación. La revisión por parte de expertos se encargará de asegurar la calidad y pertinencia de la ficha en términos de su contenido y estructura.

2. Procedimiento de recolección de datos:

Antes de iniciar el proceso de recopilación de datos, se procederá a obtener las autorizaciones necesarias de las instancias pertinentes del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, Puno, así como de cualquier otra entidad relevante que pueda estar involucrada en el estudio.

Se comunicará a los participantes acerca de los propósitos y la relevancia del estudio, así como del procedimiento que se seguirá durante la recopilación de datos. Se asegurará la confidencialidad de la información recopilada y se explicará que la participación es voluntaria.

Se emplearán dos formularios de recopilación de datos creados exclusivamente para esta investigación. Una ficha recopilará información relacionada con la violencia



familiar, mientras que la otra ficha se centrará en los síntomas y manifestaciones del trastorno mixto ansioso-depresivo.

Los datos serán recopilados por profesionales de la salud mental capacitados durante consultas programadas. Las entrevistas se realizarán en un entorno privado y confidencial para garantizar la comodidad y privacidad de los participantes.

Se respetarán los principios éticos fundamentales, incluido el consentimiento informado, la confidencialidad y privacidad de la información, el respeto a la autonomía de los participantes y la minimización de cualquier malestar o riesgo asociado con la participación en el estudio.

Se proporcionará a cada participante un formulario de consentimiento informado, donde se detallarán los objetivos de la investigación, los métodos de recopilación de información, así como los posibles beneficios y riesgos asociados, así como la voluntariedad de participación. Los participantes firmarán el formulario si están de acuerdo en participar en el estudio después de haber entendido completamente la información proporcionada. Además, se deben seguir todas las normativas y regulaciones éticas establecidas por las instituciones pertinentes, para garantizar que la investigación se lleve a cabo de manera responsable.

G. Análisis estadístico de datos.

Con el fin de analizar la información recabada durante el estudio, se establecieron primero las herramientas específicas necesarias para medir las variables de violencia familiar y trastorno mixto ansioso-depresivo. Una vez desarrolladas estas herramientas, se administrarán a los sujetos participantes en la investigación para la recopilación de datos pertinentes. Luego, se procedería a realizar observaciones, registros y mediciones siguiendo los parámetros establecidos previamente, con el fin de preparar y organizar los datos para su análisis subsiguiente. En este sentido, se empleará el programa Excel para procesar los datos, se utilizará un programa estadístico como el SPSS versión 29.0. así como técnicas analíticas adecuadas al tipo de información obtenida, el uso de este software permitiría realizar análisis estadísticos descriptivos, generar tablas y gráficos pertinentes para comprender mejor la información recolectada y, en última instancia se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la correlación entre las variables en evidencia sólida.



CAPÍTULO V CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

A. Cronograma:

| ACTIVIDADES | 2023 | | 2024 | |
|---|------|-----|------|-----|
| | DIC | ENE | FEB | MAR |
| 1. Formulación del problema y la revisión de la literatura científica | X | | | |
| 2. Proceso de desarrollo del proyecto | X | X | | |
| 3. Exposición del proyecto | | X | X | |
| 4. Recopilación de datos | | | X | |
| 5. Tratamiento de información | | | X | |
| 6. Creación del informe final | | | X | X |
| 7. Presentación del Informe final | | | | X |

B. Presupuesto

| GASTO | UNIDAD DE MEDIDA | CANTIDAD | COSTO UNITARIO (S/) | COSTO TOTAL (S/) |
|-------------------------|------------------|----------|---------------------|------------------|
| Hojas bond | millar | 1 | 50.00 | 50.00 |
| Lapiceros | caja | 2 | 10.00 | 20.00 |
| Internet | meses | 4 | 60.00 | 240.00 |
| Luz | meses | 4 | 50.00 | 200.00 |
| USB | unidad | 1 | 25.00 | 25.00 |
| Movilidad local | unidad | 1 | 50.00 | 50.00 |
| Tinta | unidad | 2 | 30.00 | 60.00 |
| Mantenimiento Impresora | unidad | 1 | 180.00 | 180.00 |
| Mantenimiento Laptop | unidad | 1 | 150.00 | 150.00 |
| Total | | | | 975.00 |



Financiamiento

El investigador cubrirá íntegramente los gastos vinculados al estudio mediante el uso de sus propios recursos financieros.



CAPÍTULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wagner, G., Glick, P., Khammash, U., Shaheen, M., Brown, R., Goutam, P., Karam, R., Linnemayr, S. y Massad, S. (2020). Exposure to violence and its relationship to mental health among young people in Palestine. *East Mediterr Health J.*; 26(2): 189–197. <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.189>.
2. Arboleda, M. (2020). La violencia contra niñas, niños y adolescentes tiene severas consecuencias a nivel físico, psicológico y social. Unicef Ecuador. <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-violencia-contra-ni%C3%B1as-y-adolescentes-tiene-severas-consecuencias-nivel>
3. Ministerio de Salud Argentina. (2023). Vínculos libres de violencias. Herramientas para el abordaje con adolescencias y juventudes. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Dirección de Adolescencias y Juventudes. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/vinculos-libres-de-violencias-herramientas-para-el-abordaje-con-adolescencias-y-juventudes>
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2023). MIMP atiende y previene casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/741499-mimp-atiende-y-previene-casos-de-violencia-contra-las-mujeres-e-integrantes-del-grupo-familiar>
5. Puruncaja, G. C., Garcés, C. G., & Sarango, G. P. (2022). Análisis de la violencia familiar y las relaciones interpersonales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 5810-5822. <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3844>
6. Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista cubana de salud pública*, 46, e2488. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488>
7. Herrera Merchán, E. J., & Cañas Betancur, D. C. (2020). El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 311-323. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982020000200008&script=sci_arttext



8. Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2304-01062021000200029&script=sci_arttext
9. Barrientos Guevara, S. A., & Lopez Paredes, O. E. (2021). Relación Entre Trastornos De Personalidad Y Abuso De Drogas En Pacientes Del Hospital “Santa Rosita”. *Revista Científica Ciencia Médica*, 24(1), 13-19. https://scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332021000100013&script=sci_arttext
10. Lara E., Aranda C., Zapata R., Bretones C., Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Rev Argent Cienc Comport* [Internet]. 2019; 11(1): 1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
11. Dostanic N., Djikanovic B., Jovanovic M., Stamenkovic, Z., Đeric, A. The association between family violence, depression and anxiety among women whose partners have been treated for alcohol dependence. *J Fam Violence* [Internet]. 2022; 37(2): 313–324. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-020-00238-1>
12. Cornejo A. Violencia contra la mujer por su pareja y nivel de depresión en las mujeres casadas de las iglesias adventistas hispanas de la conferencia de Illinois, E.U.A [Tesis de Doctorado]. México: Universidad de Montemorelos; 2023. Disponible en: <https://dspace.um.edu.mx/bitstream/handle/20.500.11972/3471/Tesis%20de%20Aliacia%20Cornejo%202023.pdf?sequence=1>
13. Aguirre F., Napuri L. Violencia familiar y su asociación con el trastorno de ansiedad – depresión en pacientes del centro de salud mental comunitario Uyarina Wasi, periodo octubre – diciembre 2020 [Tesis de Maestría]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12952/6840>
14. Salazar V. Dependencia emocional y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en un instituto de medicina legal, Nuevo Chimbote –



- 2019 [Tesis doctoral]. Chicbote: Universidad César Vallejo; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45877>
15. Cordova R., Silva M. Ansiedad y depresión en adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar de una institución educativa pública, Jaén 2022 [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/106247>
 16. Alvarez L. Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú – 2021 [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/74690>
 17. Calle S., Espinoza C. Violencia intrafamiliar y depresión en mujeres universitarias de Lima Metropolitana, 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/95221>
 18. Carhuallanqui Y, Malpica E. Violencia familiar y depresión en estudiantes de nivel secundaria de una institución educativa del distrito de Ate, 2023 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/129834>
 19. Bautista, C. y Wollmann, P. Violencia familiar y depresión en adolescentes en una institución educativa pública de Chicbote [Tesis de pregrado]. Chicbote: Universidad César Vallejo; 2024. Repositorio Universidad César Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/136648>
 20. Choque L, Quiroz N. Violencia y depresión en mujeres del programa social vaso de leche en el distrito de Puno, 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/92367>
 21. Cuenta E, Barrio S. Violencia intrafamiliar en relación a la ansiedad en madres atendidas en consultorios externos del Centro de Salud Caracoto, Puno – 2022 [Tesis de pregrado]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2023. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2437>



22. Arcaya F. Estrés y Violencia Familiar en las Madres del Programa de Vaso de Leche de la Municipalidad Provincial del Collao-Ilave, 2023 [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2024. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/21599/Arcaya_Alano_ca_F%C3%A1tima.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Ancco C, Cari Y. Indicadores de depresión y violencia contra la mujer en la Urb. Santa Mónica en Juliaca-Puno, periodo 2021 [Tesis de pregrado]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2437>
24. Neira E. Violencia de pareja y depresión en pacientes del servicio de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - Puno, 2021 [Tesis de pregrado]. Azángaro: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/87160>
25. Beraún H, Poma E. La dependencia emocional como factor de riesgo en la violencia familiar, un problema de salud pública. Rev Peruana Cienc Salud [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 2(4): 240–9. Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.4.226>
26. Benavides AM, Rivera DH, Chávez M. Violencia familiar y trastorno depresivo en mujeres e integrantes del grupo familiar en la jurisdicción de la Comisaría de Familia de Lima: Una revisión sistemática de artículos científicos disponibles en acceso abierto en español indexados en Scielo. RD [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2024]; 7(1): 61–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.47712/rd.2022.v7i1.163>
27. Saldaña H, Gorjón G. Causas y consecuencias de la violencia familiar: caso Nuevo León. Justicia [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 25(38): 189–214. <https://doi.org/10.17081/just.25.38.4002>
28. Caizapanta Puruncaja G, Guamán Garcés C, Pardo Sarango G. Análisis de la violencia familiar y las relaciones interpersonales. Ciencia Latina [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2024]; 6(6): 5810–22. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3844



29. Tapullima C, Pizzán S, Pizzán N. Violencia familiar en el comportamiento académico reactivo adolescente: una revisión sistemática. *Propós. Represent.* [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]; 11(2): 1–13. <https://doi.org/10.20511/pyr2023.v11n2.1766>
30. Soledispa L, Rodríguez L. Percepción de las mujeres sobre la violencia intrafamiliar. *RCS* [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 4(8): 288–99. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0047>
31. Leon P, Ruiz W, Fiestas M, Basilio M, Morales J. Violencia física, psicológica y sexual en mujeres residentes de un distrito de Lima: Physical, psychological, and sexual violence in women residing in a district of Lima. *Health care & global health* [Internet]. 2021 [citado 2 de abril de 2024]; 5(2): 44–50. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/158>
32. Taba-Moreno N. Tratamiento psicológico y la reparación integral del daño en caso de violencia familiar: justicia restaurativa. *Rev. Invest. Univ. Quindío* [Internet]. 31 de julio de 2021 [citado 2 de abril de 2024]; 33(S2): 91–8. Disponible en: <https://ojs.uniquindio.edu.co/ojs/index.php/riuq/article/view/617>
33. Andrade AE. Prevención de la violencia familiar en adolescentes. *PsicoSophia* [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]; 5(1): 9–13. Disponible en: <https://doi.org/10.37354/rpsiso.2023.5.1.032>
34. Aguirre M, Toledo H. Clima familiar y la relación con la percepción de los niños sobre violencia de género. *Psico Unemi* [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 5(8): 19–32. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/351324389>
35. Lescano G, Salazar V. Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *DEL* [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 3(3): 1–13. Disponible en: <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>
36. Ruiz B, Zerbetto S, Frari S, Barcellos B, De Souza A, Protti S. Family resilience: perception of family members of psychoactive substance dependents. *Rev Latino-*



- Am Enfermagem [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 29(1): 1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3816.3449>
37. Ramírez JC, Alarcón RA, Ortega SA. Violencia de género en Latinoamérica, estrategias para su prevención y erradicación. Rev Cienc Soc-Venez [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 26(4): 260–75. Disponible en: <https://doi.org/10.31876/rcs.v26i4.34662>
38. Dorantes K, Barajas A, Díaz C, Zamudio A, Martínez I, Tirado R, Ortiz D. Caso clínico: riesgo de suicidio en adolescencia. Rev Sanit Investig [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]; 4(8). Disponible en: [10.34896/RSI.2023.26.74.001](https://doi.org/10.34896/RSI.2023.26.74.001)
39. Fernández G. Asociación entre ansiedad y depresión como desencadenante de deterioro funcional en AM institucionalizados durante la pandemia por SARS-COV2. Neurama [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 8(2): 5–12. Disponible en: <https://www.neurama.es/articulos/16/articulo1.pdf>
40. Velasco T. Niveles de ansiedad de los servidores policiales del nivel directivo y técnico-operativo que laboran en la Unidad de Contingencia Penitenciaria Zona 8. Innovación & Saber [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2024]; 5(1): 109–16. Disponible en: <https://innovacionysaber.isupol.edu.ec/index.php/innovacion/article/view/138>
41. Romano S, Moreira A, López G, Novoa G, Álvarez M. Proceso asistencial integrado ansiedad depresión (pai-ad). Rev Psiquiatr Urug [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 84(1): 49–67. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2020/09/06_ASM_02.pdf
42. Moleiro R, Batista M. O caminho para florescer: Integrando FAP e ACT para intervenção de um caso misto de ansiedade e depressão. RET [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]; 10(20): 302–41. Disponible en: <https://doi.org/10.21166/rext.v10i20.4024>



43. Altamirano CE, Rodríguez ML. Procrastinación académica y su relación con la ansiedad. REE [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 15(3): 16–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37135/ee.04.12.03>
44. Ponce JA, Arredondo K, Mera MJ. Ansiedad social: Intervención desde la terapia de aceptación y compromiso a propósito de un caso. RCS [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 4(8 Ed. esp.): 104–29. Disponible en: <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0035>
45. Brantley JC. Calmar la ansiedad: Descubre cómo el mindfulness puede liberarte del miedo y la angustia. 1a ed. Barcelona: Zenith (Editorial Planeta); 2021. https://proassets.planetadelibros.com/usuaris/libros_contenido/arxius/48/47999_Calmar_la_ansiedad.pdf
46. Coelho MdMF, Cavalcante VMV, Araújo MAM, Martins MC, Barbosa RGB, Barreto AS, et al. Anxiety symptoms and associated factors among health professionals during the COVID-19 pandemic. Cogitare Enferm [Internet]. 2022 [citado 1 de abril de 2024]; 27: e79739. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79739>
47. Álvarez Pelegino A, Miguel Vázquez Y, Aguirre Raya DA, Garzón Patterson M. Intervención de enfermería para disminuir la ansiedad en el perioperatorio en cirugía cardiovascular. Rev Cuba Angiol Cir Vasc [Internet]. 2022 [citado el 1 de abril de 2024]; 23(2): 1–15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372022000200005&script=sci_arttext&tlng=en
48. Rodríguez Gonzales VS, Pérez Martinto PC. Niveles de ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa de Tembladera en Perú. RCE [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 4(1): 1–9. Disponible en: <https://doi.org/10.26495/re.v4i1.1312>
49. Vilcacuri Huamani E, Rodriguez Solis LL. Diagnóstico de la ansiedad utilizando Sistemas Expertos con el test psicológico “Inventario de Ansiedad de Beck”. Nereis [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 12: 195–210. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12466/1192>



50. Franco Chóez XE, Sánchez Cabezas PP, Torres Vargas RJ. Claves para el tratamiento de la ansiedad, en tiempos de Covid-19. *Universidad y Sociedad* [Internet]. 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 13(3): 271–9. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2097>
51. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 89(Supl.1): 46–52. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
52. Wang H, Li P, Zhang Y, Zhang C, Li K, Song C. Cytokine changes in different types of depression: Specific or general? *Neurol Psychiatry Brain Res* [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril de 2024]; 36(1): 39–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.02.009>
53. Tuarez G, Mero G, Saldarriaga M, Castro J. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. *Higía* [Internet]. 2022 [citado el 1 de abril de 2024]; 7(2): 1–22. Disponible en: <https://doi.org/10.37117/higia.v7i2.752>
54. Quintero López C, Gil Vera VD. Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación. *Cuad Hispanoam Psicol* [Internet]. 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 21(1): 1–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18270/chps..v21i1.3712>
55. Doe J. Eficacia de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual a Distancia en la Depresión: Un Enfoque Breve. *SMA* [Internet]. 2022 [citado 2 de abril de 2024]; 2(2): 1–16. Disponible en: <https://doi.org/10.59801/sma.v2i2.207>
56. Luque F. Modelos de atención en trastorno de ansiedad y trastorno depresivo durante la pandemia Covid-19 en el sur de Bolivia. *Ciencia Latina* [Internet]. 2023 [citado 1 de abril de 2024]; 7(3): 2253–68. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6346
57. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria:



- dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 34(1): 20–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
58. Aragonès E. Determinación de serotonina plasmática y otros neurotransmisores en el diagnóstico de la depresión: Evidencia y falsedades. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2024]; 27(3): 131–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.07.009>
59. Olave M, Rincón AC, Gil LF, Pacheco R, Alzate RA. Implementación de la terapia de solución de problemas en un grupo de pacientes con depresión. Rev. Inv. UNW [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2024]; 10(1): 63–76. Disponible en: <https://doi.org/10.37768/unw.rinv.10.01.006>
60. Corona L., Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. Medisur [Internet]. 2021 [citado el 1 de abril de 2024]; 19(2), 338-341. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639021/html/>
61. Ramos-Galarza CA. Alcances de una investigación. CienciAmérica [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril de 2024];9(3):1–6. Disponible en: <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/336>
62. García J, Sánchez P. Diseño teórico de la investigación: instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica. CIT Inform Tecnol [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril de 2024];31(6):159–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-07642020000600159>
63. Mucha L, Chamorro R, Oseda M, Alania R. Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. Desafios [Internet]. 8 de enero de 2021 [citado 1 de abril de 2024];12(1):50-7. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/udh/article/view/253e>



64. Fernández H, King K, Enríquez C. Revisiones Sistemáticas Exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. *Enferm Univ* [Internet]. 2020 [citado el 1 de abril de 2024] ;17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>

65. Hernández O. Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2021 Sep [citado 2024 Abr 01] ; 37(3): e1442. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252021000300002&script=sci_arttext



CAPÍTULO VII

ANEXOS

Anexo 01. Ficha de recolección de datos:

VIOLENCIA FAMILIAR

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Lea al paciente

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente se encuentran en esta situación, por favor, conteste a estas preguntas:

Violencia Física:

| Pregunta | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Alguna vez has tenido hematomas en tu cuerpo como resultado de la acción de un miembro de tu familia? | | |
| 2. ¿Has experimentado cortes o heridas recientemente debido a la violencia de algún miembro de tu familia? | | |
| 3. ¿Tienes conocimiento de alguna fractura en tu cuerpo causada por un miembro de tu familia? | | |
| 4. ¿Has sido golpeado físicamente por algún miembro de tu familia? | | |
| 5. ¿Ha sido estrangulado o asfixiado por algún miembro de tu familia? | | |

Violencia Psicológica:

| Pregunta | Sí | No |
|---|----|----|
| 6. ¿Ha experimentado humillaciones verbales o emocionales de algún miembro de tu familia? | | |
| 7. ¿Ha recibido amenazas verbales o emocionales de algún miembro de tu familia? | | |
| 8. ¿Ha sido intimidado por parte de algún miembro de tu familia? | | |
| 9. ¿Ha sido manipulado por parte de algún miembro de tu familia? | | |



Violencia Sexual:

| Pregunta | Sí | No |
|---|----|----|
| 10. ¿Ha experimentado algún tocamiento indebido no consentido por parte de algún miembro de tu familia? | | |
| 11. ¿Has sido expuesto a material pornográfico o contenido sexual por parte de algún miembro de tu familia sin tu consentimiento? | | |
| 12. ¿Algún miembro de tu familia te ha obligado a participar en actividades sexuales en contra de tu voluntad? | | |
| 13. ¿Alguien de tu familia ha invadido tu privacidad sexual o te ha acosado sexualmente? | | |
| 14. ¿Has sido objeto de comentarios sexuales inapropiados por parte de algún miembro de tu familia? | | |

Fecha: _____

Derivado por _____

Firma: _____

Nombre del profesional que atendió el caso: _____

Fuente: Adaptado de la R.M N°455-2001/SA/SM, Normas Y Procedimientos Para La Prevención Y Atención De La Violencia Familiar Y El Maltrato Infantil.



TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento: Edad:: Sexo: M F

Motivo de consulta:
.....

Dimensión 1: Componente afectivo-cognitivo del trastorno de ansiedad y depresión

| Pregunta | SI | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Se asusta con facilidad? | | |
| 2. ¿Se siente nervioso o tenso? | | |
| 3. ¿Es incapaz de pensar con claridad? | | |
| 4. ¿Se siente triste? | | |
| 5. ¿Tiene dificultad en disfrutar... | | |
| 6. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | | |
| 7. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil... | | |
| 8. ¿Ha perdido interés en las cosas? | | |
| 9. ¿Se siente aburrido? | | |
| 10. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | | |
| 11. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | | |

Dimensión 2: Componente fisiológico del trastorno de ansiedad y depresión

| Pregunta | SI | NO |
|-----------------------------------|----|----|
| 12. Dolores frecuentes de cabeza? | | |
| 13. Mal apetito? | | |
| 14. Duerme mal? | | |
| 15. Temblor en las manos? | | |
| 16. Mala digestión? | | |
| 17. Llora con frecuencia? | | |
| 18. Dificultad en el trabajo? | | |

Fuente: Tomado de R.M N° 070-2017/MINSA, Guía Técnica para la Atención de Salud Mental a Mujeres En Situación De Violencia Ocasionada Por La Pareja O Expareja

Las 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros; nueve o más respuestas positivas en este grupo



determinan que la persona tiene una alta probabilidad de sufrir trastorno mental, y por lo tanto se le considera un “caso” atendido.



ANEXO 2

Ficha de validación por juicio de expertos:

Estimado/a: Dr/a

Medico/a especialista del del centro de salud mental comunitaria Lampa.

Es un placer dirigirme a usted en relación con el proceso de evaluación de juicio de expertos en el contexto de la investigación titulada VIOLENCIA FAMILIAR Y EL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA LAMPA, PUNO - PERIODO 2023. En calidad de residente en medicina familiar y comunitaria, estoy encabezando este proceso en colaboración con un equipo de investigación.

El propósito de esta carta es invitarlo/a participar como experto/a en la evaluación de la ficha de recolección de datos que tiene como objetivo principal recopilar conocimientos especializados acerca de los marcadores clínicos y laboratoriales asociados a patologías por niveles elevados de arsénico en orina. Su participación en este proceso es muy importante para mejorar y validar los resultados de nuestra investigación. La evaluación se llevará a cabo mediante la revisión y puntuación de una ficha diseñada específicamente para este propósito. Esta ficha se adjunta a la presente. Su participación y aportes serán tratados con confidencialidad y se usarán solo para fines de investigación.

Agradezco de antemano su apoyo y su valioso tiempo en colaborar en este importante estudio cuya finalidad es mejorar la calidad de atención médica en el Centro de Salud Mental comunitaria Lampa respecto a la exposición crónica de arsénico. Espero contar con su participación en este proceso de evaluación de juicio de expertos.

Atentamente,

.....

Mercedes Apaza Rojas



Validación de la ficha de recolección de violencia familiar

| Número de ítem | Validación de contenido El ítem está dentro del contexto de la variable | | Validación de constructo El ítem mide el indicador planteado | | Validación de criterio El ítem clasifica a los sujetos en las categorías | | Observaciones |
|----------------|--|----|---|----|---|----|---------------|
| | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |



Validación de la ficha de recolección de Trastorno Mixto Ansioso Depresivo

| Número de ítem | Validación de contenido | | Validación de constructo | | Validación de criterio | | Observaciones |
|----------------|---|----|-------------------------------------|----|---|----|---------------|
| | El ítem está dentro del contexto de la variable | | El ítem mide el indicador planteado | | El ítem clasifica a los sujetos en las categorías | | |
| | Si | No | Si | No | Si | No | |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |

Lugar y fecha:

Nombre del experto:

Firma:

No. De Registro en el Colegio Médico:



ANEXO 3

Consentimiento informado:

Título del Estudio: Violencia Familiar y el Trastorno Mixto Ansioso Depresivo en Pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, Puno – Periodo 2024.

Investigador responsable: Mercedes Apaza Rojas.

Este estudio tiene como objetivo investigar la relación entre la violencia familiar y la manifestación del trastorno mixto ansioso-depresivo en los pacientes del Centro de Salud Mental Comunitaria Lampa, Puno, durante el período 2024.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. No se le obligará de ninguna manera a participar y puede retirarse en cualquier momento sin penalización alguna.

Todos los datos recolectados se mantendrán confidenciales y se utilizarán únicamente con fines de investigación. No se revelará su identidad en ningún informe o publicación resultante del estudio.

No se anticipan riesgos significativos al participar en este estudio. Sin embargo, su participación podría contribuir a una mayor comprensión de la relación entre la violencia familiar y los trastornos mentales, lo que podría ayudar a mejorar la atención y el tratamiento en el futuro.

Al firmar este documento, usted confirma que ha leído la información proporcionada anteriormente, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que comprende los riesgos y beneficios de participar en este estudio. Al firmar, usted da su consentimiento para participar voluntariamente en este estudio de investigación.

Firma del Participante: _____

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MERCEDES APAZA ROJAS,
identificado con DNI 23991237 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA,
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO MIXTO
ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL COMUNITARIA LAMPA, PUNO - 2024 "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 02 de Julio del 2024


FIRMA (obligatoria)





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo MERCEDES APAZA ROJAS,
identificado con DNI 23991237 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADA AL TRASTORNO MIXTO
ANSIOSO DEPRESIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL COMUNITARIA LANPA, PUNO - 2024 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 02 de JULIO del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella