



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TGM2024-35

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. YANIRETH MONTERO Prof. LOISI DE LIMA y Prof. NORMA CONQUISTA, Reunidos en: El Auditorium del Centro Clínico Universitario de Oriente, a la hora: 9:30 am.

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD BOLIVAR- ESTADO BOLIVAR PERIODO JUNIO- JULIO- AGOSTO 2023

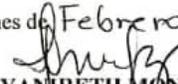
Del Bachiller **ROMERO CASTRO IVANNIA JOSÉ C.I.:** 19159588, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

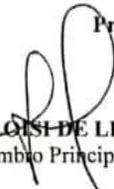
VEREDICTO

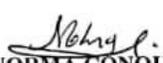
REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

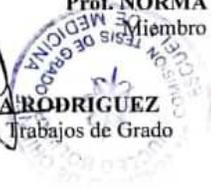
En Ciudad Bolívar, a los 14 días del mes de Febrero de 2024.


Prof. YANIRETH MONTERO
 Miembro Tutor


Prof. LOISI DE LIMA
 Miembro Principal


Prof. NORMA CONQUISTA
 Miembro Principal


Prof. IVÁN AMAYA RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE
GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD
BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2023**

Tutor académico:
Lcda. Yanireth Montero

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: Romero Castro, Ivannia José
C.I: 19.159.588

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, enero de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	15
OBJETIVOS.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos Específicos.....	16
METODOLOGÍA.....	18
Diseño de la investigación.....	18
Población y Muestra.....	18
Criterios de inclusión.....	19
Criterios de Exclusión.....	19
Procedimiento.....	19
Métodos e instrumentos.....	20
Análisis de resultados y tabulación.....	21
RESULTADOS.....	23
Tabla 1.....	26
Tabla 2.....	27
Tabla 3.....	28
Tabla 4.....	29
Tabla 5.....	30
Tabla 6.1.....	31
Tabla 6.2.....	32
Tabla 7.....	33

DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
APÉNDICES	51
Apéndice A	52
Apéndice B	53
Apéndice C	54
ANEXOS	55
Anexo 1	56
Anexo 2	58
Anexo 3	63
Anexo 4	64

AGRADECIMIENTOS

A Dios que todo lo puede por sus bendiciones y a mi Virgen Del Valle que me ha guiado y dado la fortaleza para salir adelante a lo largo de mi carrera.

A la Universidad de Oriente y en especial a la Escuela de Ciencias de la Salud “Francisco Batisttini Casalta”, al Hospital Universitario “Ruiz y Páez” por las enseñanzas brindadas en mi formación como profesional.

Al Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”, en especial al Lcdo. Juan Carlos por su receptividad y sus atenciones brindadas en todo momento. A la Dra. Ingrid Cabeza por su paciencia y conocimientos impartidos.

A todas las mujeres encuestadas por ayudarme a recopilar la información sin importar el momento por el que pasaban con su mayor interés.

A la profesora Yanireth Montero por su acompañamiento, conocimientos y asesoría como tutora ejemplar en la realización del trabajo de tesis.

A todos ¡Gracias!

Ivannia J. Romero C.

DEDICATORIA

A mis padres, Cristina Castro e Iván Romero por haberme dado la vida e inculcado buenos valores a lo largo de mi crecimiento.

A mi padre Jose Gámez por ser mi pilar y creer en mi académicamente. Gracias padre querido por su apoyo sin usted este logro no hubiese sido posible.

A mis hermanas, Oriana, Claudia y Eliana. A mis sobrinos Guadalupe, Eduardo Alejandro y Sophia Valentina. A mis tíos, Edith, Mireya, Yonardy, Carmen María, Carmen Rosa y Luis Acosta. A mis primas la Dra. Saidy Gómez, Lcda Wendy Gómez, Dra. Diana Carmona, Eglis Villaroel de Acosta y en especial a la Lcda. Grecia Grúber de Gil por estar conmigo en las decisiones más importante de mi vida y su apoyo incondicional.

A mi amigo Miguel Rondón que a lo largo de mi carrera me enseñó el verdadero significado de la amistad. A mi amiga Isneyris Hernández por nunca dudar de mi vocación de Médico.

A Nahilys Valor por su ayuda con mi oratoria, imagen y manejo de mi seguridad; gracias por estar en las buenas y no tan malas. Somos lo que queremos ser.

Ivannia J. Romero C.

**DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE
GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD
BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2023.**

**Departamento de Salud Mental
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”
Romero Castro, Ivannia José**

RESUMEN

La violencia de género representa un problema social, en Venezuela los casos de violencia contra la mujer aumentaron drásticamente durante los primeros cuatro meses de 2022, trayendo el doble de probabilidades de experimentar depresión y consecuencias adversas en su salud mental. **Objetivo general:** Determinar los niveles de depresión en mujeres denunciadas en el Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa” que sufren violencia de género, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Periodo agosto- octubre 2023. **Metodología:** estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes, denunciadas ante Fiscalía del Ministerio Público. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Graffar Modificada por Méndez Castellano **Resultados:** La edad predominante fue de 46 – 52 con 25,0% (n=5); 60,0% (n=12) contaba con estudios universitarios, 45,0% (n=9) eran empleadas a nivel profesional, sólo 20,0% (n=4) presentó hábitos psicobiológicos nocivos, siendo 75,0% (n=3) tabáquicos; 50,0% (n=10) pertenecía al estrato socioeconómico II. El tipo de violencia habitual fue psicológica 95,0% (n=19), principalmente humillaciones 78,9% (n=15); y física 60,0% (n=12) con empujones en 66,7% (n=8); 60,0% (n=12) tuvo algún nivel de depresión, siendo 30,0% (n=6) moderado; 20,0% (n=4) leve y 10,0% (n=2) severo. **Conclusión:** La mayoría de la muestra presentó síntomas depresivos. Se encontró asociación inversa con la edad. No hubo correlación entre Depresión con escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación ni tipo de violencia. Los niveles de depresión, no influyeron en la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos. Predominó la violencia psicológica, seguida de violencia física.

Palabras claves: Depresión, violencia, género, maltrato, mujer.

INTRODUCCION

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en el año 1993, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, demuestra el reconocimiento y la comprensión internacional de que la violencia de género es una transgresión de los derechos humanos y una forma de discriminación contra la mujer, caracterizándola como toda violencia física, sexual y psicológica. (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

En la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing para el año 1995 quedó claramente expresada que la violencia contra la mujer impide que se logren los objetivos de igualdad de desarrollo y paz, con lo cual se menoscaba el cumplimiento de los deberes y el disfrute de los derechos fundamentales de las personas, razón por la cual se instó a que los Estados adoptaran medidas que prevengan y eliminen esta forma de violencia. En esta Conferencia se definió violencia como: "La intención de utilizar la fuerza física o verbal para alcanzar un objetivo durante un conflicto". (Naciones Unidas, 1995).

El estudio de la violencia de género hacia la mujer es complejo y multifactorial, dado que su desenvolvimiento en una sociedad compleja, requiere entender que estas no constituyen un universo homogéneo y que están determinadas por la representación de su situación histórica, que varía en atención al lugar que tiene dentro del órgano social, las oportunidades para acceder a la educación formal y sus valores. Por tanto, el eje cultural es un aspecto muy importante cuando se analiza la violencia por la marcada influencia patriarcal en Venezuela, así como también en otras latitudes de América Latina y el resto del mundo (Rico, 1996).

La violencia es considerada una forma de ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre. En todas sus manifestaciones, deviene un problema de salud pública que involucra a todos los países y, aunque no constituye propiamente una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, donde el elemento etiológico biológico desempeña como regla un papel fundamental; en sentido social resulta un problema de salud e importancia psicosocial, por la magnitud del daño, la invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en los planos social, psicológico y biológico. (Mayor et al., 2021).

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2021).

El confinamiento por la pandemia de CoVid-19, como medida preventiva conllevó nuevas problemáticas, se agudizó las desigualdades sociales al impactar severamente sobre los grupos más vulnerables que cuentan con escasas redes de contención, como es el caso de las mujeres víctimas de violencia de género quienes, en una generalidad de casos, quedaron atrapadas en sus hogares junto a sus victimarios. (Montenegro, 2020).

La violencia de pareja incluye conductas violentas entre sus miembros, de forma incidental o con un patrón de comportamiento de agresión física, coacciones, amenazas y/o control, independientemente del sexo. Uno de los factores implicados en manifestaciones de situaciones violentas es la autoestima. Ante la exposición continuada de violencia en su relación de pareja, se tornan más vulnerables de

presentar manifestaciones psicopatológicas como un trastorno depresivo y ansioso. Es en esas últimas variables expuestas en las que esta investigación pretende basarse. Se realiza una investigación bibliográfica acerca de las publicaciones científicas que refieren implicaciones psicológicas de ansiedad y depresión desencadenada en mujeres víctimas de violencia. (Maita et al., 2022).

La violencia de género es un factor de riesgo en la aparición de otros tipos de violencias, en particular, la violencia vicaria. La exposición a esta violencia genera consecuencias dañinas tanto en niñas, niños y adolescentes como en sus madres, por lo cual es relevante comprender el fenómeno en profundidad. La exposición a violencia vicaria de tipo externalizante, internalizante, somático y sexual, describen diferente sintomatología en niños, niñas y adolescentes. (Porter y López, 2022).

La violencia de género se ha caracterizado como un problema social en el marco de un sistema de relaciones de dominación del hombre sobre la mujer, que genera como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, a través de acciones que causan sufrimiento. El objetivo del presente estudio fue analizar desde la perspectiva teórica la violencia de género en Latinoamérica, considerando las modalidades de ejecución, las estrategias empleadas para su prevención y erradicación a fin de generar fundamentaciones basadas en publicaciones recientes. La metodología base fue la revisión bibliográfica, crítica, y documental. Se recurrió al método descriptivo-argumentativo. Para la recolección de la información se utilizaron las bases de datos: Latindex, Redalyc, Scielo, Scopus, y Dialnet. La violencia de género históricamente se ha relacionado con la mujer afectándola en distintos ámbitos, económicos, políticos, sociales, culturales. (Ramírez y Ortega, 2023).

La violencia de género es considerada un problema de salud pública, causando una fuerte violación de los derechos humanos por su frecuencia, gravedad e impacto que tiene en la víctima, la familia y la sociedad. En los últimos años ha pasado de

pertenecer al ámbito privado a ser un fenómeno en ámbito público, dejando de ser visto como un problema individual y pasando a ser considerado un problema social, en el que toda la sociedad y sus instituciones deben poner solución. Este cambio es el que ha podido hacer que la violencia doméstica hoy en día sea más visible y, por tanto, objeto de estudio de diferentes ámbitos tanto sociales como sanitarios comprometiéndolos a tomar medidas para su abordaje. (Atance. 2017).

La resiliencia en las mujeres que son víctimas de violencia de género incluye un proceso de ajuste positivo después de que sus parejas experimentan la violencia hacia ellas. Una de las principales características de las mujeres resilientes es la capacidad de enfrentar una situación de violencia mediante el empoderamiento. (Rivera, 2022).

La violencia de género es un problema social basado en la inequidad de género que toma diversas formas como el abuso físico, sexual, económico, e incluye actos como el acoso sexual, amenazas, coerción, entre otros. Las estadísticas mencionan que las mujeres se encuentran con opciones limitadas de afrontamiento, lo cual termina perpetuando la violencia y las consecuencias negativas en distintas áreas de sus vidas. (Santivañez y Motta. 2023).

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres define la violencia contra la mujer como: cualquier acto de violencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. El movimiento por los derechos de la mujer ha necesitado décadas de lucha para convencer a la comunidad internacional de que la violencia de género contra las mujeres es un problema de derechos humanos, y no sólo un asunto privado en el que el Estado no debe interferir. (ACNUDH, 2020).

Bajo el lema “Esto tiene que parar, esto tiene que cambiar”, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), estrenó una serie de piezas comunicacionales en televisión y redes sociales, que tienen como objetivo visibilizar la problemática de la violencia basada en género y poner de relieve la importancia de apoyar a las personas afectadas por este tipo de violencia, especialmente a las mujeres, haciéndoles saber que no es su culpa, que no están solas y que pueden pedir ayuda. (UNFP, 2020).

Las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres se manifiestan sobre todo a nivel de la esfera psicológica donde se representan diversos trastornos, los cuales son producidos por defectos del maltrato; entre estos se encuentran: ansiedad, depresión, y conducta suicida. Como se considera la violencia un problema que va en aumento en la ciudad de Llallagua (SLIM, informe estadístico; 2006) y la depresión es común en personas que acuden al Hospital General Madre Obrera, se decide realizar la siguiente investigación, con el objetivo de determinar la relación entre la violencia y la depresión en mujeres que acuden a la consulta externa de medicina general de este centro, partiendo del supuesto que: Las mujeres deprimidas son violentadas con más frecuencia que las no deprimidas. (Vázquez, 2007).

La violencia ejercida contra la mujer por su pareja íntima conlleva a que esta acción ha sido asociada a múltiples problemas de salud mental. Este estudio comparó indicadores de síntomas depresivos y ansiosos en una muestra de mujeres argentinas de 170 víctimas y 170 no víctimas que sufrieron violencia por sus parejas. El objetivo de esta investigación fue detectar si las mujeres víctimas de violencia tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Fueron evaluadas con el inventario de depresión de Beck y el inventario de evaluación de la personalidad y los hallazgos mostraron diferencias significativas en la depresión y la ansiedad entre ambos grupos. Se caracterizó el tipo de violencia con un formulario estructurado y autoadministrado quedando como resultado con una edad media del grupo de las

víctimas fue 38.55 (DE = 9.72) y de las no víctimas 37.25 (DE = 11.43). Los resultados evidencian que la depresión y la ansiedad están fuertemente asociadas a la violencia. (Lara et al., 2019).

Se realizó una investigación bibliográfica acerca de las publicaciones científicas que refieren a las implicaciones psicológicas de ansiedad y depresión desencadenada en mujeres víctimas de violencia. Para conseguir el resultado se han buscado a través del motor de búsqueda de artículos y repositorios académicos Google Académico, escogiendo por relevancia y de data más reciente de aportes investigativos que contribuyen al tema en estudio a través del análisis de la información, la semántica y el resumen se expone de manera general de la información encontrada como importante a considerar.

Los resultados demuestran que cuando se cuantifica o se traduce los indicadores numéricos mediante la recolección de datos estadísticos o encuestas sobre la percepción y la experiencia de la violencia en el año, comentan que la simetría se sostiene porque en las respuestas dadas a las encuestas que constata que la violencia frente a sus parejas en índices iguales o superiores a la ejercida por varones, quienes a su vez se consideran víctimas y se encuentran índices en una proporción similar a las mujeres. Archer (2000) y Desmarais (2012). La depresión se encuentra asociada a la dependencia emocional y estrategias de afrontamiento.

Se pudo determinar en el estudio que las mujeres víctimas de violencia de pareja presentan nivel moderado de depresión, y los puntajes de la depresión varían significativamente según la dependencia económica, siendo mayor la depresión cuando depende económicamente de su pareja y han presentado mayor número de denuncias. Castillo H. (2017) Kumar et al., (2013). Amparados en los hallazgos de Golding (1999) y Beydoun, Williams et al., (2017) se puede puntualizar que la violencia de pareja es un factor de riesgo para los trastornos mentales cuyas

consecuencias se identifican con: depresión y ansiedad. Fadardi y Ziaee (2009). Paul A, et al., (2022).

Se estableció una relación entre violencia contra la mujer y los síntomas de depresión y estrés postraumático. La muestra se conformó por 110 mujeres de Santa Rosa (Tungurahua Ecuador), seleccionada a través del muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión. Para este estudio, se empleó una metodología de diseño no experimental, de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo y correlacional, de corte transversal. La evaluación se realizó mediante la Escala de Tácticas de Resolución de Conflictos (CTS-2) para evaluar Violencia, el Inventario de Depresión de Beck-II para evaluar los Síntomas de Depresión, y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Egs-R) para evaluar Estrés Postraumático.

Entre los resultados se encontró que las participantes del estudio presentan un nivel elevado de violencia en la dimensión agresión por desvalorización; así como un nivel moderado de sintomatología depresiva; en la variable estrés postraumático. Todos los valores se encuentran por debajo del punto de corte del instrumento. Se han encontrado correlaciones bajas positivas y estadísticamente significativas. Los niveles de depresión moderados exhibidos por las participantes del estudio coinciden con el comportamiento habitual de dicha variable en el contexto vivencial de las mujeres violentadas. Los resultados más importantes encontrados en la investigación realizada son la existencia de una correlación positiva entre violencia con la dimensión agresión por conductas de desvalorización y síntomas de depresión y estrés postraumático en la dimensión evitación. Galarza L. y Mayorga M. (2022).

La violencia de género tiene graves consecuencias para la salud de las mujeres y sus efectos se agravan cuando el maltrato se ha producido a lo largo del ciclo vital. Además, puede desarrollar en las víctimas sentimientos de culpa que influyen

negativamente en su salud mental. El objetivo del presente trabajo consiste en analizar la influencia de la poli victimización (infantil, intrafamiliar y de pareja) en el desarrollo de sentimientos de culpa y las implicaciones que dicha culpa tiene en el malestar psicológico en una muestra de víctimas nicaragüenses. (Psicología desde el Caribe Print versión ISSN 2021).

Todas las mujeres participantes en un estudio sobre violencia, emprendido en La Habana, declararon haber sido víctimas de maltrato psicológico por sus parejas y más del 86 por ciento dijo haber experimentado algún tipo de abuso físico. Esas cifras dan cuenta de que este es un fenómeno que requiere acciones integrales, sostienen especialistas. Las jóvenes psicólogas indagaron, entre 2021 y 2022, sobre la violencia que se ejerce contra las mujeres en la capital de la nación caribeña. Para ello encuestaron a 80 de ellas y realizaron estudios de caso a 30 y seguimiento a 10 mujeres de dicha muestra. Estas últimas se atienden en un centro de estudio de bienestar psicológico y salud mental ubicado en el Vedado habanero. (Cancio et al., 2023).

Según un estudio realizado por Unicef en conjunto con la Pontificia Universidad Católica de Chile, sobre violencia contra la niñez y adolescencia, un tercio de los chilenos y chilenas cree que el maltrato psicológico es una práctica efectiva. Esto sin duda nos aleja cada vez más de nuestro compromiso social de proporcionar a la niñez, espacios seguros y de protección. (Berrios C. 2023).

Se ha estudiado la relación entre depresión y violencia doméstica en un estudio en madres de familia de una Institución Educativa de Eten. Para ello, donde se bajó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y nivel correlacional y cuya muestra no probabilística estuvo conformada por 270 madres de familia que oscilan entre las edades de 25 a 47 años de edad.

Por otra parte, utilizando el inventario de depresión de Beck II (BDI-II) y la Escala de medición de la violencia intrafamiliar (VIFJ4) Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico Excel y SPSS v27 dejando como resultado un p-valor $<,01$; lo que significa que, existe una correlación estadísticamente significativa directa con un tamaño de efecto grande ($Rho=,554$; $p<,01$), entre las variables de depresión y violencia doméstica; así mismo, se halló un p-valor $<,01$, lo que significa que, existe una relación estadísticamente significativa directa con tamaño de efecto grande entre la dimensión afectiva y violencia física ($Rho=,647$; $p<,01$); se halló un p-valor $<,01$, lo que significa que, existe una relación estadísticamente significativa directa con tamaño de efecto grande entre la dimensión motivacional y violencia sexual ($Rho=,640$; $p<,01$); (Muñoz y Prieto. 2022).

La importancia de la colaboración entre la sociedad civil organizada y las instituciones públicas para hacer realidad este tipo de iniciativas ‘Una realidad invisible’ sobre la violencia psicológica de género. Sobre el estudio, se ha señalado su necesidad porque “apenas tenemos datos de mujeres ‘muertas en vida’ que sufren una situación que es desconocida para la mayoría. Realmente, se produce un asesinato en la psique. Es muy sutil y por eso no hay apenas condenas”. En este sentido, ha señalado la intención de “denunciar para hacer visible lo invisible porque esto se ha convertido en una auténtica pandemia”. (Alba, 2023).

La violencia psicológica entre compañeros es un problema serio ya que influye en el día a día, consigue hacer que los adolescentes, adultos o personas que padecen de este problema se sientan solos, infelices y atemorizados o a tal punto de que sientan que hay algo malo en ellos, y que en ciertos casos algunos chicos no quieran asistir a clases, que tengan bajo rendimiento académico, depresión, ansiedad y pérdida del interés de actividades que solían disfrutar. Dentro de la Universidad Regional Autónomas de los Andes sede Puyo se puede detener este acoso interviniendo de inmediato acudiendo al departamento de bienestar social y dando el

ejemplo de actuar de forma respetuosa siempre entre compañeros, docentes y personal administrativo que labora en dicha institución. (UNESCO. 2022).

La violencia se expresa de diversas formas, desde matrimonios infantiles forzados, donde una de cada cinco niñas mantiene una unión temprana antes de cumplir la mayoría de edad, y que se configura como una grave violación de derechos humanos que “causa daños irreversibles en la vida, en la salud y salud sexual y reproductiva, y la educación de las niñas y adolescentes” (Fondo de Población de las Naciones Unidas, s.f., p. 4); pasando por violencia sexual, donde la región es la segunda mundialmente en casos en los cuales esta violencia es perpetrada por hombres que no están en una relación con la víctima (Jaramillo, 2020).

La salud mental de las mujeres se ve afectada por la exposición a situaciones de continuas agresiones a cualquier nivel (verbal, psicológico, físico, sexual u otros), prolongada o no en el tiempo, que llevan hacia su adaptación, indefensión, anulación y sumisión, como medios de supervivencia, influyendo también el miedo continuo a las represalias por parte del agresor y a la explosión de la violencia. (Universidade Da Coruña 2022).

Diutama. 2022, en estudio de investigación acción realizado en la ciudad de realizando acompañamiento a un grupo de participantes con características sociodemográficas (mujeres y población LGBTIQ+) en estado de vulnerabilidad, con ideación suicida a través de la atención de grupos de apoyo dirigidos por la Oficina de Atención Psicológica de la Corporación. Ser dirigido. Minuto de Dios universitario, en respuesta a la metodología propuesta por Jara para la sistematización de experiencias, concluyó la importancia de tener lineamientos claros para la atención a dicha población; proponiendo la creación de un protocolo de intervención en promoción de la salud mental y prevención de factores de riesgo suicida.

Inostroza et al., 2022, realizaron estudio en dos muestras de mujeres chilenas, una de 425 estudiantes universitarias y otra de 118 consultantes de salud mental (total 543, con edades entre 18 a 66 años), para lo cual efectuó un análisis transversal secundario de violencia de pareja o intrafamiliar en el último año, síntomas depresivos, desesperanza, ideación e intento suicida. En análisis multivariados la violencia, síntomas depresivos y desesperanza explican un 58% de variación de ideación suicida. La vivencia de violencia aumenta 3 veces el riesgo de intento de suicidio, mientras que los síntomas depresivos y desesperanza tienen menor influencia. La violencia es un factor de riesgo relevante de comportamiento suicida en mujeres, por lo que su intervención debe ser incluida en las estrategias de prevención. Finaliza concluyendo que quienes experimentaron violencia mostraron mayores síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida.

González (2019) Realizó trabajo de investigación para determinar la relación entre Actitudes hacia la violencia de género e ideación suicida en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa del distrito Ventanilla, 2019. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo correlacional, de corte transversal, diseño, no experimental. El trabajo se realizó con una población de 270 alumnos de ambos sexos del nivel secundario, con un muestreo probabilístico estratificado. Se hizo uso de los instrumentos Actitudes hacia la violencia de género creada por Andrea Chacón e Ideación suicida creada por Beck 1971, adaptado por Eugenio y Zelada en el 2011. Los resultados obtenidos son que existe correlación débil entre ambas variables.

Díaz y Canaza (2023) establece que el objetivo del estudio fue conocer la relación entre la Violencia de pareja y la Ideación suicida según género en jóvenes de Lima Metropolitana, 2022. Con una metodología de tipo básica y de diseño descriptivo-correlacional. Los instrumentos usados fueron la escala de violencia en la relación de pareja en jóvenes (E.V.R.P. - J.) y el inventario de ideación positiva y negativa (PANSI). Participaron 401 jóvenes de ambos géneros entre las edades de 18

a 30 años. En base a los resultados, se encontró una relación significativa entre la violencia de pareja y la ideación suicida según el género masculino ($\rho = .72$) y femenino ($\rho = .72$). A su vez se observa que los jóvenes presentan un nivel alto en VDP (82.3%) e IS (51.4%). Se concluye que, a mayor violencia de pareja, mayor es la ideación suicida tanto para el género masculino como el femenino en jóvenes de Lima Metropolitana.

Guatarama y Guzmán (2017), analizaron la prevalencia de ideación suicida en mujeres que sufren violencia de género, en el Municipio Heres, Ciudad Bolívar-Estado Bolívar en el periodo Marzo-mayo. Se empleó una encuesta de datos biográficos, elaborada por los autores, el Cuestionario de Orientación Suicida (ISO 30) y la escala de Graffar modificada por Méndez Castellano. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres denunciantes de maltrato de género, en cualquiera de sus variantes, que acudieron al Centro de Coordinación Policial de la Policía (CCP), en la parroquia Vista Hermosa. Los resultados sugieren que 23% presentó nivel de ideación suicida alta, el grupo etario de mayor riesgo fue las que tenían 25 años o menos, según el nivel socioeconómico, el mayor número de mujeres que padecían maltrato de género se ubicaron en el estrato IV, sin embargo, los niveles altos de ideación suicida se encontraron en el estrato V.

En cuanto al grado de instrucción las no escolarizadas presentaron nivel de ideación suicida alto, los bachilleres reportaron la mayor cantidad de víctimas, con nivel de ideación suicida medio. La mayoría las mujeres encuestadas se desempeñaban como ama de casa y presentaron nivel de ideación suicida alta. A mayor nivel de situación laboral menor fue el número de víctimas. El nivel profesional reportó nivel de ideación suicida medio. El tipo de violencia que predominó fue la psicológica, pero la física predijo mejor la ideación suicida. Se reportó uso de alcohol y drogas no relacionado con el tiempo durante el cual padecía la violencia.

Como se observa, la República Bolivariana de Venezuela por supuesto no es un Estado aislado de la epidemia de violencia a nivel mundial y regional. De acuerdo con cifras del Observatorio Venezolano de Violencia, en 2021 al menos 11.081 venezolanos fallecieron por causas violentas, lo que da como resultado una tasa de 40,9 muertes por cada cien mil habitantes, lo que nos coloca entre los países más violentos del continente. (Ávila, 2022).

Para el año 2021, el comportamiento de la incidencia en casos de la violencia contra la mujer se sostiene respecto al escenario previo a la pandemia. En el estado Bolívar, se evidenció el mismo comportamiento que a nivel mundial “2 de cada 10 mujeres sufrieron algún tipo de violencia durante el año 2021”. Uno de los aspectos más relevantes en el estudio para el año 2021, es el alza en los casos de Violencia Psicológica con un repunte de 36% respecto al año 2020, si bien siempre se ha mantenido en el segundo lugar en los tipos de violencia con mayor incidencia después de la violencia física en el estado Bolívar, es la primera vez que se coloca como el primer tipo de violencia. (Prensa El Luchador. 2022).

En un período de ocho meses en septiembre 2021 abril 2022, CODEHCIU contabilizó 260 manifestaciones de violencia basada en género en siete de los once municipios del estado Bolívar: Caroní (132), Angostura del Orinoco (103), Gran Sabana (10), Roscio (5), El Callao (3), Sifontes (4) y Piar (3) en 221 mujeres; viene a bien mencionar que estas manifestaciones de violencia pueden darse simultáneamente y más de una de ellas en una misma mujer, por lo tanto las manifestaciones serán siempre mayor al número de víctimas y/o sobrevivientes.

Los casos de violencia contra la mujer aumentaron drásticamente durante los primeros cuatro meses de 2022, período en el que se reportaron 162 casos de violencia basada en género, una cifra 174% superior a los 59 casos reportados entre septiembre y diciembre de 2021. La organización también contabilizó 81 casos de

violencia psicológica y 40 casos de violencia sexual y cuatro actos lascivos. De estas 40 víctimas, 10 son niñas y adolescentes entre uno y 14 años de edad. La violencia psicológica fue reportada como una de las más frecuentes, tanto a través de medios de comunicación como en los casos llevados en las oficinas de la organización. Junto a la psicológica, la violencia física y sexual fueron las más visibilizadas en el ámbito comunicacional. (CODEHCIU informe 2021-2022).

Por las razones antes descritas surge la necesidad de realizar la presente investigación en una muestra de mujeres que han asistido como denunciantes ante la Institución Autónoma Regional de la Mujer “Mama Rosa”, por estar siendo víctimas de alguna forma de maltrato, lo cual genera una posibilidad para estudiar las características de este fenómeno y su relación con la depresión, contextualizado en el Estado Bolívar.

JUSTIFICACION

Los nuevos datos hechos públicos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus asociados demuestran que la violencia contra la mujer continúa siendo un problema generalizado y devastador y que se empieza a sufrir a edades alarmantemente tempranas. Cerca de 736 millones de mujeres (es decir, una de cada tres) sufren violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo o agresiones sexuales perpetradas por otras personas, unas cifras que se han mantenido estables a lo largo del decenio más reciente. Esta violencia empieza temprano: una de cada cuatro mujeres de entre 15 y 24 años que han mantenido alguna relación íntima habrán sido objeto de las conductas violentas de un compañero íntimo cuando cumplan 25 años. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Las mujeres que sufren violencia de género tienen el doble de probabilidades de experimentar depresión y consecuencias adversas para la salud mental, sexual y reproductiva según ha advertido la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La finalidad de esta investigación es demostrar que el maltrato se presenta con mayor frecuencia en este grupo de edades y que pueden apoyar la hipótesis de la relación entre las dos variables. El reconocimiento temprano y efectivo de la violencia de género es el paso elemental para detener y prevenir la depresión. Por esta causa al realizar esta investigación se aportó datos relevantes sobre la incidencia de depresión que sufrieron violencia de género en mujeres denunciantes en el Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar en el periodo agosto- octubre 2023 con la intención de profundizar sobre variables estructurales y funcionales asociadas en la dinámica familiar que pudieran ser susceptibles de ser modificadas o intervenidas que redundarían en la prevención.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los niveles de depresión en mujeres denunciadas en el Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa” que sufren violencia de género, en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar en el periodo agosto- octubre del año 2023.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas (edad, escolaridad, ocupación y hábitos psicobiológicos) en mujeres que sufren violencia de género en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar.
2. Valorar los niveles de depresión de acuerdo el grupo etario en mujeres que sufren violencia de género en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar.
3. Indicar los niveles de depresión de acuerdo al nivel socioeconómico en mujeres que sufren violencia de género en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar.
4. Describir los niveles de depresión de acuerdo al grado de instrucción en mujeres que sufren violencia de género en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar.
5. Detallar los niveles de depresión de acuerdo a la ocupación de mujeres que sufren violencia de género en Ciudad Bolívar- Estado Bolívar.

6. Relacionar el tipo de violencia en mujeres encuestadas víctimas de violencia de género con la depresión.
7. Correlacionar los hábitos psicobiológicos en mujeres que sufren violencia de género y la depresión.

METODOLOGÍA

Diseño de la investigación

El presente estudio a realizar es de tipo exploratorio, descriptivo, de corte transversal, no experimental. El estudio fue de tipo exploratorio, porque se presenta un avance en el conocimiento del fenómeno, poco estudiado hasta ahora. Se consideraron distintos aspectos partiendo de un contexto y situación general.

Descriptivo, porque se midió, evaluó y se recolectó datos sobre diversas variables, dimensiones y componentes del fenómeno que se estudió para la descripción de la investigación. Prospectivo porque se evaluaron los acontecimientos del pasado, los datos se recolectaron a medida que iban sucediendo.

Transversal por que se describieron las características de la violencia de género y se examinó la relación entre diferentes variables en una población definida, en un momento determinado de tiempo. Finalmente, fue un estudio con diseño no experimental, porque se limitó a observar los acontecimientos sin intervenir en el desarrollo de los mismos, ni manipular los resultados (Abramson, 1990).

Población y Muestra

De acuerdo con Bernal (2000), la población es el conjunto de unidades o individuos de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones, esta puede ser definida como un conjunto finito o infinito de elementos y que generalmente suele ser inaccesible. La población estuvo constituida por todas aquellas mujeres que acudieron al Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa” Ubicado entre la Av. Maracay con callejón paseo Heres, Municipio Angostura

Del Orinoco, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar en periodo agosto- octubre del año 2023. Este Instituto, es un órgano de referencia de la Fiscalía Tercera del Ministerio Público, especializada en atención de delitos contra la mujer.

La muestra es la representación de un subconjunto característico y finito que se extrae de la población accesible, permitiendo hacer inferencias o generalizar los resultados del resto de la población (Arias, 2012). La muestra estuvo constituida por 20 mujeres denunciantes de violencia de género, ante la Fiscalía Tercera del Ministerio Público, que acudieron al Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”, en la parroquia Vista Hermosa, Municipio Angostura del Orinoco, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar en periodo agosto- octubre 2023, que cumplieron los criterios de inclusión descritos a continuación.

Criterios de inclusión

1. Mujeres víctimas de violencia de género que acudan al Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”.
2. Mujeres mayores de 18 años.
3. Mujeres que aprueben ser parte del estudio.

Criterios de Exclusión

1. Mujeres con alguna discapacidad (física o mental) que le impida colaborar o participar en el estudio.

Procedimiento

Se solicitó ante la directora ejecutiva del Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa” el permiso correspondiente para la realización de este trabajo de

grado (Apéndice A), igualmente la aceptación de tutoría a la Lcda. Yanireth Montero, psicóloga adscrita al departamento de salud pública de la Universidad de Oriente núcleo Bolívar, Estado Bolívar. (Apéndice B) y se les entregó una carta a las mujeres encuestadas sobre el consentimiento informado. (Apéndice C).

Métodos e instrumentos

Se plantea utilizar como fuente directa de información un formato de recolección de datos elaborado por los autores debidamente validado y establecido en la confiabilidad, con asesoría del tutor. La encuesta de datos bibliográficos estuvo constituida por renglones los cuales se describieron de la siguiente manera. (Anexo 1)

- 1-Determinar la instrucción académica, oficio u ocupación de la mujer encuestada.
- 2- ¿Qué tipo de violencia padece? Física, sexual, psicológica o económica.
- 3- ¿Cuánto tiempo toleró el maltrato y si adquirió o retomo hábitos viciosos?

Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión (BHS, por sus siglas en inglés), es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems, los cuales evalúan un amplio cúmulo de síntomas depresivos (uno por cada ítem), con una edad mínima de trece años. Cada ítem contiene cuatro opciones, las cuales varían en intensidad del síntoma, desde 0 (ausencia o síntoma leve) hasta 3 (presencia disfuncional del mismo); esta escala presenta los siguientes puntos de corte: 0 – 9 significa ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; 10 – 16 depresión leve, 17 – 29 depresión moderada, más de 30 puntos indican síntomas depresivos de intensidad severa (Anexo 2).

La escala de Graffar modificada por Méndez Castellano, este método es desarrollado en Francia, consistió en la estratificación de la población a partir de las siguientes 5 variables: Profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de los

padres, fuente de ingresos, alojamiento y aspectos del mismo. La versión modificada por el Dr. Hernán Méndez Castellano para clasificar la población en estratos sociales, considero 4 variables: Profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, principales fuentes de ingreso de la familia y condición de alojamiento. El puntaje en cada variable se sumó y se obtuvo un total que fue desde 2 hasta 20, de acuerdo a la siguiente escala, Estrato 1: Alto (4-6 puntos), estrato 2: Medio alto (7-9 puntos), estrato 3: Medio medio (10-12 puntos), estrato 4: Pobreza relativa (13-16 puntos) y estrato 5: Pobreza crítica (17-20 puntos). (Anexo 3).

Los hábitos psicobiológicos consisten en preguntar sobre las costumbres o prácticas adquiridas diarias en las encuestadas ya que este instrumento nos puede orientar hacia un diagnóstico y son responsables de ciertas manifestaciones clínicas. (Anexo 4).

Análisis de resultados y tabulación

Para este estudio se aplicó estadística descriptiva, mediante una hoja de análisis de datos de Microsoft Office Excel 2013 y SPSS versión 25.0, siendo los resultados presentados en tablas de una y doble entrada, con valores absolutos y porcentuales.

Para el análisis de asociación entre variables se empleó el test exacto de Fisher con una significancia de $p: < 0,05$, el cual permite en contraste de hipótesis:

H0: existe una relación o dependencia entre las variables estudiadas.

H1: no existe ninguna relación o dependencia entre las variables estudiadas.

Siendo aceptada H0 al resultar $p: < 0,05$; aplicando en caso de ser ambas variables ordinales (variables no numéricas, en las que existe un orden) se empleó la

D de Somers, representando una medida de fuerza y dirección de la asociación entre una variable dependiente ordinal y una variable independiente ordinal, con valores de -1 a 1.

-1: indica que todos los pares de variables no están de acuerdo, o son inversamente proporcional.

1: indica que todos los pares de variables coinciden, o son directamente proporcional.

RESULTADOS

La distribución de 20 pacientes según sus características sociodemográficas, mostró mayor frecuencia de mujeres de 46 – 52 con 25,0% (n=5), seguido de edades de 25 – 31 y 39 – 45 representando cada grupo 20,0% (n=4), pacientes con 18 – 24 y 32 – 38 años ocuparon 15,0% (n=3) cada caso, mientras 5,0% (n=1) tuvo de 53 – 59 años. La mayor proporción de participantes contaba con estudios universitarios 60,0% (n=12) y bachillerato 40,0% (n=8). Hubo mayor frecuencia de empleadas a nivel profesional representando 45,0% (n=9), seguidas de empleadas a nivel técnico 20,0% (n=4), amas de casa 15,0% (n=3) y el 10,0% (n=2) fue obrera y estudiante respectivamente. Respecto a los hábitos psicobiológicos nocivos sólo el 20,0% (n=4) los presentó, siendo en el 75,0% (n=3) tabáquicos y en 50,0% (n=2) alcohólicos. (Tabla 1).

La escala para depresión de Beck (BHS), reveló que 40,0% (n=8) tuvo ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos, por tanto niveles representativos de depresión se registraron en el 60,0% (n=12) restante, siendo 30,0% (n=6) moderados; 20,0% (n=4) leves y 10,0% (n=2) severo. Estando los niveles de depresión relacionados estadísticamente a la edad ($p < 0,050$) siendo esta asociación inversamente proporcional ($D: - 0,656$) por tanto a mayor edad menor era el nivel de depresión y viceversa. (Tabla 2).

La estratificación socioeconómica identificó al 50,0% (n=10) como perteneciente al estrato II (medio alto), seguido del 25,0% (n=5) en estrato IV (pobreza relativa); 20,0% (n=4) estrato III (medio) y 5,0% (n=1) estrato V (pobreza crítica). Al respecto, en pacientes con estrato II predominó la depresión leve con 20,0% (n=4) seguido del mínimo 15,0% (n=3); en pacientes con estrato III hubo mayor frecuencia de depresión mínima con 15,0% (n=3); mientras la mayor parte de

pacientes con estrato IV contaba con niveles moderados de depresión 15,0% (n=3), contando a única paciente de estrato V con niveles mínimos depresión 5,0% (n=1); a pesar de esto, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,050$), por tanto el nivel socioeconómico no influyó en los niveles de depresión de mujeres denunciadas de violencia de género. (Tabla 3).

Al asociar los niveles de depresión con la escolaridad de las participantes, se evidenció que del 60,0% (n=12) con estudios universitarios 35,0% (n=7) contó con depresión mínima, seguido del 15,0% (n=3) y 10,0% (n=2) con niveles leves y moderados respectivamente; mientras, del 40,0% (n=8) de bachilleres 20,0% (n=4) reflejó depresión moderada, seguido del 10,0% (n=2) con depresión severa; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,050$). (Tabla 4).

Los niveles de depresión según la ocupación identificaron que del 45,0% (n=9) que se desempeñaba como empleada a nivel profesional 25,0% (n=5) tuvo depresión mínima, seguido del 15,0% (n=3) con depresión leve; del 20,0% (n=4) de empleadas a nivel técnico 10,0% (n=2) mostró depresión mínima y 10,0% (n=2) depresión moderada. Del 15,0% (n=3) dedicada al hogar 10,0% (n=2) registró niveles moderados de depresión y 5,0% (n=1) niveles severos; del 10,0% (n=2) dedicadas al estudio 5,0% (n=1) contaba con depresión leve y severa respectivamente; y en el 10,0% (n=2) obreras 5,0% (n=1) contaba con depresión mínima y moderada respectivamente. No obstante, no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0,050$). (Tabla 5).

El tipo de violencia mayormente percibida fue psicológica 95,0% (n=19) y física 60,0% (n=12), y en menor medida económica y sexual con 50,0% (n=10) y 20,0% (n=4) respectivamente. Al detallar la violencia psicológica, esta se constituyó principalmente por humillaciones, insultos y desprecios en 78,9% (n=15), 73,7%

(n=14) y 63,2% (n=12) respectivamente; al respecto, la violencia física estuvo mayormente representada por empujones 66,7% (n=8) y cachetadas 50,0% (n=6). El 80,0% (n=8) de la violencia económica estuvo representada por no tomar en cuenta a la paciente para la economía familiar y 50,0% (n=5) fue amenazada con no darle dinero para la casa. La violencia sexual habitual fue efectuar las relaciones sexuales sin consentimiento 75,0% (n=3) y relaciones sexuales forzadas en 50,0% (n=2).

Según la duración, el 35,0% (n=7) de las participantes indicaron haber tolerado maltrato por un tiempo menor de 1 año, mientras 30,0% (n=6) contaba con semanas de haber recibido maltratos, solo 20,0% (n=4) fue maltratada por más de 5 años y 15,0% (n=3) duró de 1 – 5 años. (Tabla 6.1).

El tipo de violencia no guardo relación estadísticamente significativa con los niveles de depresión identificado en las pacientes ($p > 0,050$). (Tabla 6.2).

Los niveles de depresión no influenciaron la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos como el cigarrillo y alcohol, no presentando diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p > 0,050$). (Tabla 7).

Tabla 1

Características sociodemográficas de mujeres denunciantes de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Edad (años)	N	%
18 – 24	3	15,0
25 – 31	4	20,0
32 – 38	3	15,0
39 – 45	4	20,0
46 – 52	5	25,0
53 – 59	1	5,0
Total	20	100
Escolaridad		
No escolarizada	0	-
Primaria	0	-
Bachillerato	8	40,0
Universitario	12	60,0
Total	20	100
Ocupación		
Ama de casa	3	15,0
Obrera	2	10,0
Estudiante	2	10,0
Empleada a nivel técnico	4	20,0
Empleada a nivel profesional	9	45,0
Total	20	100
Hábitos psicobiológicos nocivos*		
Si	4	20,0
No	16	80,0
Total	20	100

*(Alcohol: 50,0%; cigarrillo: 75,0%)

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos

Tabla 2

Niveles de depresión de acuerdo a la edad de mujeres denunciante de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Edad (años)	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa		n	%
	N	%	N	%	n	%	n	%		
18 - 24	0	-	1	5,0	2	10,0	0	-	3	15,0
25 - 31	0	-	0	-	2	10,0	2	10,0	4	20,0
32 - 38	0	-	1	5,0	2	10,0	0	-	3	15,0
39 - 45	3	15,0	1	5,0	0	-	0	-	4	20,0
46 - 52	4	20,0	1	5,0	0	-	0	-	5	25,0
53 - 59	1	5,0	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100

Test de Fisher: p: 0,015; D de Somers: -0,656

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y BHS.

Tabla 3

Niveles de depresión de acuerdo al estrato socioeconómico de mujeres denunciantes de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Graffar	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa		n	%
	N	%	N	%	n	%	n	%		
Estrato I	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Estrato II	3	15,0	4	20,0	2	10,0	1	5,0	10	50,0
Estrato III	3	15,0	0	-	1	5,0	0	-	4	20,0
Estrato IV	1	5,0	0	-	3	15,0	1	5,0	5	25,0
Estrato V	1	5,0	0	-	0	-	0	-	1	5,0
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100

Test de Fisher: p: 0,383 (NS)

Fuente: Escala de Graffar y BHS.

Tabla 4

Niveles de depresión de acuerdo a la escolaridad de mujeres denunciantes de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Escolaridad	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa		n	%
	n	%	N	%	n	%	n	%		
No escolarizada	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Primaria	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Bachillerato	1	5,0	1	5,0	4	20,0	2	10,0	8	40,0
Universitario	7	35,0	3	15,0	2	10,0	0	-	12	60,0
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100

Test de Fisher: p: 0,065 (NS)

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y BHS.

Tabla 5

Niveles de depresión de acuerdo a la ocupación de mujeres denunciantes de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Ocupación	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa		n	%
	n	%	n	%	N	%	n	%		
Ama de casa	0	-	0	-	2	10,0	1	5,0	3	15,0
Obrera	1	5,0	0	-	1	5,0	0	-	2	10,0
Estudiante	0	-	1	5,0	0	-	1	5,0	2	10,0
Empleada a nivel técnico	2	10,0	0	-	2	10,0	0	-	4	20,0
Empleada a nivel profesional	5	25,0	3	15,0	1	5,0	0	-	9	45,0
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100

Test de Fisher: p: 0,115 (NS)

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y BHS.

Tabla 6.1

Tipo y tiempo de violencia percibida por mujeres denunciantes de violencia de género. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Tipo de violencia	n (20)	%
Psicológica	19	95,0
Física	12	60,0
Económica	10	50,0
Sexual	4	20,0
Violencia psicológica	n (19)	%
Humillaciones	15	78,9
Insulto	14	73,7
Desprecio	12	63,2
Le exige permiso para salir	7	36,8
Le prohíbe que trabaje o estudie	7	36,8
Violencia física	n (12)	%
Cachetada	6	50,0
Golpes	5	41,7
Tirar el pelo	5	41,7
Empujar	8	66,7
Tomar por el cuello	5	41,7
Patadas	3	25,0
Violencia económica	n (10)	%
La amenaza con no darle dinero para la casa	5	50,0
No la toma en cuenta para la economía familiar	8	80,0
Violencia sexual	n (4)	%
Relaciones sexuales sin consentimiento	3	75,0
Relaciones sexuales forzadas.	2	50,0
Tiempo que toleró maltrato	n (20)	%
Semanas	6	30,0
Menos de 1 año	7	35,0
1 – 5 años	3	15,0
Más de 5 años	4	20,0

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos

Tabla 6.2

Niveles de depresión de mujeres denunciadoras de violencia de género de acuerdo al tipo de violencia. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Violencia psicológica	Depresión								Total		Fisher
	Mínima		Leve		Moderada		Severa		n	%	
	n	%	N	%	n	%	N	%			
Sí	8	40,0	3	15,0	6	30,0	2	10,0	19	95,0	0,301
No	0	-	1	5,0	0	-	0	-	1	5,0	(NS)
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	
Violencia física											
Sí	5	25,0	2	10,0	4	20,0	1	5,0	12	60,0	1,000
No	3	15,0	2	10,0	2	10,0	1	5,0	8	40,0	(NS)
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	
Violencia económica											
Sí	4	20,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	10	50,0	1,000
No	4	20,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	10	50,0	(NS)
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	
Violencia sexual											
Sí	2	10,0	1	5,0	0	-	1	5,0	4	20,0	0,359
No	6	30,0	3	15,0	6	30,0	1	5,0	16	80,0	(NS)
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y BHS.

Tabla 7

Niveles de depresión de mujeres denunciantes de violencia de género de acuerdo a sus hábitos psicobiológicos nocivos. Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”. Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Agosto - Octubre 2023.

Hábitos psicobiológicos nocivos	Depresión								Total	Fisher	
	Mínima		Leve		Moderada		Severa				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sí	1	5,0	0	-	3	15,0	0	-	4	20,0	0,2019 (NS)
No	7	35,0	4	20,0	3	15,0	2	10,0	16	80,0	
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	
Alcohol											
Sí	0	-	0	-	2	10,0	0	-	2	10,0	0,222 (NS)
No	8	40,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	18	90,0	
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	
Cigarro											
Sí	1	5,0	0	-	2	10,0	0	-	3	15,0	0,685 (NS)
No	7	35,0	4	20,0	4	20,0	2	10,0	17	85,0	
Total	8	40,0	4	20,0	6	30,0	2	10,0	20	100	

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos y BHS

DISCUSIÓN

En Venezuela, las mujeres se enfrentan a la violencia de género diariamente; según la información proporcionada por 792 mujeres en programas de gestión de estos casos, entre enero de 2020 y octubre de 2022 se descubrió que en su mayoría percibía violencia, casi siempre perpetrada por la pareja actual o anterior de la sobreviviente conformando un problema que afecta la salud física y emocional de las víctimas (IRC, 2023).

Al procesar los datos de 20 mujeres denunciante de violencia de género, en cualquiera de sus variantes, que acudieron al Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa”, en la parroquia Vista Hermosa, Municipio Angostura del Orinoco se evidenció como edad de mayor frecuencia de 46 – 52 años (25,0%), al respecto, a pesar de la violencia afectar a las mujeres de todas las edades se presenta habitualmente en mujeres que se encuentran en la edad media de la vida, algunos estudios han encontrado resultados similares como una macroencuesta realizada por Blanco et al., (2004) vía telefónica en España, el cual mostró que las cifras de violencia más elevadas se dan en mujeres de 44 a 64 años. Igualmente, Lara et al., (2019) en Argentina al comparar indicadores de síntomas depresivos y ansiosos en 170 mujeres víctimas de violencia por sus parejas, documentaron a edad media de 38.55; así mismo, otra investigación realizada por Labrador et al., (2010) indicó que la media de edad de mujeres españolas maltratadas ha oscilado entre los 30 y 40 años. Según Jung (2008) en la edad adulta intermedia se produce una evaluación y redefinición de la vida, la cual, desde el punto de vista emocional puede ser la principal razón que justifique una mayor necesidad de resolver la situación de maltrato por la que se atraviesa.

Las víctimas con estudios universitarios fueron más representativas (60,0%) correspondiéndose esto con la proporción de empleadas a nivel profesional (45,0%), a pesar de estar relacionado según la OMS (2021), el bajo nivel de instrucción (tanto para autores de violencia y víctimas de violencia) con mayor frecuencia de estos hechos; sin embargo, esta situación puede estar influenciada por la ausencia de denuncias por parte de las víctimas, según el Comité Internacional de Rescate (IRC, por sus siglas en inglés) (2023), independientemente del tipo de violencia experimentada, 4 de cada 5 mujeres venezolanas expresan no querer denunciar el caso a las autoridades, a pesar de las altas recurrencias; pudiendo condicionar un sesgo al respecto, pues mujeres con preparación personal y profesional adquieren herramientas emocionales para enfrentar este tipo de situaciones por los medios correspondientes, además de estar menos propensas a la manipulación emocional por parte del agresor. En este sentido, Romero y González (2017) determinaron en Caracas la frecuencia de violencia doméstica en las pacientes que acuden al Servicio de Ginecología de la “Maternidad Concepción Palacios”, durante el lapso enero 2013 y agosto 2013, demostrando que mujeres afectadas por violencia sexual eran mayores (40 ± 15 años) y tenían un grado de instrucción medio (48,3 %).

En este estudio, los niveles de depresión en mujeres afectadas por la violencia de género, no influyeron en la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos como el cigarrillo y alcohol, sin embargo, existen múltiples estudios que han reportado relación entre esta y los hábitos nocivos, aun cuando existe controversia sobre su direccionalidad. El modelo de intoxicación-violencia propuesto por Øverup et al., (2015) considera el consumo de alcohol y tabaco como una estrategia para enfrentar situaciones personales o emocionales; a pesar de esto, solo el 20,0% presentó hábitos psicobiológicos nocivos, siendo en el 75,0% tabáquicos y en 50,0% alcohólicos, contrario al estudio de Veloso y Monteiro (2019) en Brasil, quienes analizaron el consumo de alcohol y tabaco por 369 mujeres y la ocurrencia de

violencia por compañero íntimo contra estas, donde el 50,1% y el 17,9% de las mujeres refirieron el consumo de alcohol y tabaco, respectivamente.

La escala para depresión de Beck (BHS), reveló en el 60,0% hubo algún nivel de depresión, siendo 30,0% moderada; 20,0% leve y 10,0% severa; estos hallazgos difieren con el estudio de Lara et al., (2019) en Argentina donde se demostró algún nivel de depresión solo en el 37,9% de las mujeres encuestadas, constituido principalmente por niveles moderados y graves con 37,2% cada caso; otra investigación discordante fue publicada por Mena (2020) en Nicaragua quien al describir los niveles de indefensión aprendida y depresión en 50 mujeres víctimas de violencia conyugal identificaron algún nivel de depresión en 88,0% de los casos siendo mayor que los reportados en nuestra investigación, de estas pacientes el 46,0% reflejó niveles moderados, 26,0% leve y 16,0% grave.

Según Vásquez (2007), las mujeres a medida que avanzan en edad están expuestas a mayores niveles de estrés psicosocial derivado de una mayor carga de responsabilidades sociales, conflictos en la relación con los hijos que se enfrentan a la adolescencia o a los cambios de la adultez temprana, así como los síntomas perimenopáusicos con su efecto psicológico o fisiológico sobre la sexualidad lo que puede propiciar o verse agravado por la exposición a actos violentos, a pesar de esto los niveles de depresión se encontraron relacionados estadística e inversamente con la edad ($p < 0,050$) por tanto a mayor edad menor era el nivel de depresión; cabe reafirmar que la edad siempre influirá en el proceso pero no es una ley la dirección, pues las mujeres con el pasar del tiempo también desarrollan diversas estrategias activas en esta dinámica, que le facilitan el empoderamiento y la sobreposición a esta situación. Resultado similar en Aguilar et al., (2022) quienes encontraron que la depresión se manifiesta en mayor intensidad en mujeres víctimas de violencia de 18 a 29 años (más jóvenes).

Por otro lado, el nivel socioeconómico, la escolaridad, ni la ocupación influenciaron los niveles de depresión de las participantes, situación similar a la reportada por Llosa y Canetti (2019) en Uruguay, al cuantificar la frecuencia de depresión e ideación suicida (IS) en 30 mujeres víctimas de violencia de pareja y estimar la asociación con variables sociodemográficas, donde las frecuencias de depresión según las distintas variables sociodemográficas estudiadas (educación, ocupación, nivel socioeconómico), no halló una asociación significativa con estas.

En general, el tipo de violencia sobre el que se recoge más información estadística es la violencia física; sin embargo, la más frecuente es la violencia psicológica, expresada en muchas variantes como la privación de libertad, la violencia ejercida sobre la economía de la mujer, las acusaciones, los insultos, el menosprecio, humillaciones, etc. Según estadísticas, donde hay más incidencia es en las lesiones físicas, que es en el tipo de violencia que es más fácil de registrar; no obstante, a consulta, llegan muchas mujeres con síntomas de ansiedad, depresión y problemas de autoestima como consecuencia de maltrato psicológico, en nuestro medio la violencia de género es muy difícil de detectar, puesto que la sociedad la tiene muy normalizada y pasa desapercibida; los casos que no se detectan son aquellos en los que la violencia puede ser sutil, tanto que incluso hagan dudar de si es violencia o no (Gómez, 2022).

Al respecto, se demostró que el tipo de violencia mayormente percibida fue psicológica 95,0% y física 60,0%; al detallar la violencia psicológica, esta se constituyó principalmente por humillaciones, insultos y desprecios en 78,9%, 73,7% y 63,2%, respectivamente; mientras, la violencia física estuvo mayormente representada por empujones 66,7% y cachetadas 50,0%; en menor se apreció violencia económica y sexual con 50,0% y 20,0%. Resultados semejantes fueron publicados por la IRC (2023) para las mujeres venezolanas, demostrando que la violencia psicológica fue el tipo más común, reportada por el 64%, seguida de la

violencia física (20%) y la violencia sexual (12%); otra investigación con hallazgos similares fue realizada por Veloso y Monteiro (2019) en Brasil siendo que el 61,5% de la muestra fue víctima de agresión psicológica, el 33,6% de abuso físico y el 17,1% de la coerción sexual. Del mismo modo, Mena (2020) en Nicaragua observó que en el 54,0% de las mujeres en su estudio prevaleció la violencia psicológica, en un 40,0% la violencia física, en 4,0% económica o patrimonial y solo 2,0% sexual.

Al abordar la duración, el 35,0% de las participantes indicaron haber tolerado maltrato por un tiempo menor de 1 año y 30,0% contaba solo con semanas de haber sufrido agresión, hecho contradictorio con cifras reportadas por el Gobierno de España (2019) donde se demostró que el tiempo medio empleado para verbalizar la situación de violencia y/o denunciar por las mujeres participantes de este estudio ha sido de 8 años y 8 meses, siendo resultados alentadores para nuestra sociedad; esto puede asociarse al hecho de contar con mayor conciencia de esta situación en los últimos años, ya que según Gómez (2022), al existir menos sentimientos de vergüenza y culpabilidad ante el padecimiento de este tipo de violencia ha generado mayor cantidad de denuncias y en un tiempo más oportuno.

El tipo de violencia no guardó relación estadísticamente significativa con los niveles de depresión identificado en las pacientes ($p > 0,050$); concordando con el estudio de Mena (2020), en cuya investigación no hubo correlación entre los tipos de violencia con los niveles de depresión en las mujeres brasileras encuestadas. De forma contraria, Chicaiza y Lascano (2022) establecieron la relación entre violencia contra la mujer y los síntomas de depresión y estrés postraumático, en una muestra conformada por 110 mujeres de Santa Rosa (Tungurahua, Ecuador), señalando que existió correlación baja positiva y estadísticamente significativa entre dos de las dimensiones de violencia (agresión por conductas y coerción física sexual) y los síntomas de depresión.

En la presente investigación los niveles de depresión no influenciaron la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos como el cigarrillo y alcohol ($p > 0,050$); sin embargo, en los estudios de Labrador et al., (2004) y Beydoun, et al., (2017) se encontró que la depresión y el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias, se encontraban relacionados.

Finalmente, los elementos socioculturales alrededor de la violencia de género, pueden estar condicionando los mecanismos de acción legal para controlar tal fenómeno, en tal sentido, la muestra en estudio, pudo estar influenciada por las implicaciones legales sobre los agresores, en su mayoría parejas en conflictos. Es importante destacar la distorsión que crea el nivel de deseabilidad social, que incrementa el riesgo a sesgar la información al momento de suministrarla.

El hecho que en su mayoría la población objeto de la investigación, haya resultado ser universitaria y que además hayan procedido legalmente en contra de sus agresores, no es casual. Esa característica limita el tamaño de la muestra, pero a la vez evidencia el valor de educar sobre la toma de conciencia de flagelos sociales como la violencia de género. Se sugiere para próximas investigaciones ampliar el período de recolección de datos.

CONCLUSIONES

La mayoría de las mujeres atendidas por violencia de género, de la muestra en estudio, presentaron síntomas depresivos.

La mayoría de las mujeres evaluadas, fueron universitarias, con edad comprendida entre el rango de 46 a 52 años, siendo estas empleadas a nivel profesional, con baja frecuencia de hábitos psicobiológicos nocivos, predominantemente tabáquicos.

Se encontró asociación estadística inversa entre los niveles de depresión y la edad.

La estratificación socioeconómica predominante fue de nivel medio alto, pero no se encontró relación estadística con los niveles de depresión.

La escolaridad de las encuestadas no influyó en sus niveles de depresión.

Respecto a la ocupación, no se asoció con los niveles de depresión de las participantes.

La violencia psicológica y física fueron reportadas con mayor frecuencia, a predominio de humillaciones y empujones respectivamente, percibida en su mayoría por un tiempo menor de un año.

Los niveles de depresión no influenciaron la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos como el cigarrillo y alcohol.

RECOMENDACIONES

Realizar campañas que permitan a la población identificar los diferentes tipos de violencia e incentiven su denuncia, permitiendo limitar las repercusiones psicológicas de esta situación en quien la padece.

Estudiar la relación entre la situación de maltrato en la relación de pareja con otras variables como el tipo de personalidad, ansiedad y estrés post-traumático.

Continuar esta línea de investigación en diferentes zonas del estado y el país, logrando con ello un acercamiento a la realidad que se vive en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ACNUDH 2020. Violencia de género contra mujeres y niñas. DOI: <https://www.ohchr.org/es/women/gender-based-violence-against-women> [Mayo, 2023].
- Alba, T. 2023. ‘Una realidad invisible’ sobre la violencia psicológica de género. DOI: <https://www.upo.es/diario/docenciaformacion/2023/02/presentado-en-la-upo-el-estudio-una-realidad-invisible-sobre-la-violencia-psicologica-de-genero/> [Mayo, 2023].
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer. Washington DC, DOI: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm. [Mayo, 2023].
- Atance, D. Análisis de las experiencias de mujeres víctimas de violencia de género en la consulta de enfermería en atención primaria. Estudio cualitativo. DOI: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=226555>. [Mayo, 2023].
- Ávila J, Capriles, V. 2022. Violencia de género en Venezuela y su relación con el machismo y patriarcado: El debate imprescindible. DOI: <https://www.unimet.edu.ve/wp-content/uploads/2022/08/Violencia-de-g%C3%A9nero-en-Venezuela-2022.pdf> [Mayo, 2023].

- Beck A, Weissman A. 1974 The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*; 42 (6): 861-5. DOI: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272019000200167&script=sci_arttext#B10 [Mayo, 2023].
- Berrios, C. 2023. El mostrador. DOI: <https://www.elmostrador.cl/noticias> [Mayo, 2023].
- Beydoun, H., Williams, M., Beydoun, M., Eid, S., Zonderman, A. 2017. Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. *Journal of Womens Health*. 26(2): 141-151. DOI: doi: 10.1089/jwh.2016.5840 [Enero, 2024]
- Blanco, P., Ruiz, C., García, L., Martín, M. 2004. La Violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac. Sanit*. 18(1): 182-88. [Enero, 2024]
- Cancio, C. Miyares, E. Sánchez, C. Valdés, G. Servicio de noticias de la mujer de Latinoamérica y el Caribe (SEMLAC). DOI: <https://www.redsemlac-cuba.net/redsemlac/violencia/violencia-psicologica-deja-fuerte-impacto-en-las-mujeres-destaca-estudio/> [Mayo, 2023].
- Chicaiza, L., Lascano, M. 2022. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático en Santa Rosa. *Wímb lu*. 17(2): 123-133. [Enero, 2024]
- CODEHCIU informe 2021-2022. Venezuela Estado Bolívar. DOI: 7 <https://correodelcaroni.com/region/sucesos/exigen-cumplir->

orden-de-traslado-a-la-carcel-de-vistahermosa-del-imputado-por-femicidio-de-yris-lee/ [Mayo, 2023].

Díaz D, Canaza, K. 2023. Violencia de pareja e ideación suicida según género en los jóvenes de Lima Metropolitana. Universidad César Vallejo. DOI: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2022&q=ideaci%C3%B3n+suicida+por++violencia+de+g%C3%A9nero+en+Venezuela+&btnG=#d=gs_qabs&t=1684512157519&u=%23p%3DPZxMCi0_lxIJ [Mayo, 2023].

Diutama, A. 2022. Protocolo en promoción de la salud mental y prevención de factores de riesgo suicida, basado en el pilotaje de atención psicosocial a mujeres en estado de vulnerabilidad por violencia de género con ideación suicida. DOI: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/14400> [Mayo, 2023].

EUROPA PRESS. 2018. España Madrid. Las mujeres que sufren violencia de género tienen el doble de riesgo de depresión, según OMS. DOI: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-mujeres-sufren-violencia-genero-tienen-doble-riesgo-depresion-oms-20181126150721.html> [Mayo, 2023].

Galarza L. Mayorga M. 2022. Violencia contra la mujer y síntomas DOI: <file:///C:/Users/ivann/Downloads/DialnetViolenciaContraLaMujerYSintomasDeDepresionYEstresP-8690574.pdf> [Mayo, 2023].

Gobierno de España. 2019. Estudio Sobre El Tiempo Que Tardan Las Mujeres Víctimas De Violencia De Género En Verbalizar Su Situación.

En línea. Disponible en:
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf
 [Enero, 2024]

Gómez, R. 2022. ¿Qué tipo de violencia de género es más común y cómo puede ayudar el entorno familiar?. Top Doctors. En línea. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/que-tipo-de-violencia-de-genero-es-mas-comun-y-como-puede-ayudar-el-entorno-familiar> [Enero, 2024]

González, S. 2019. Actitudes hacia la violencia de género e ideación suicida en estudiantes de secundaria de una institución educativa pública del distrito
 DOI:<https://scholar.google.es/scholar?start=20&q=ideaci%C3%B3n+suicida+por++violencia+de+g%C3%A9nero> [Mayo, 2023].

Inostroza, C. Cova, F. Ballesteros, M. 2022. Conducta suicida y violencia DOI:
https://scholar.google.es/scholar?as_ylo=2022&q=ideaci%C3%B3n+suicida+por+violencia+de+g%C3%A9nero+&hl=es&as_sdt=0,5#d=gs_qabs&t=1684508679049&u=%23p%3DPzTupwLQXOAJ [Mayo, 2023].

IRC. 2023. Para mujeres venezolanas, la violencia de género es un riesgo generalizado dentro y fuera del país, advierte IRC. En línea. Disponible en: <https://www.rescue.org/press-release/para-mujeres-venezolanas-la-violencia-de-genero-es-un-riesgo-generalizado-dentro->

- Mena, K. 2020. Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres Ixchen del departamento de Managua. *Revista Gestión I+ D*. 5(3): 334-356. [Enero, 2024]
- Montenegro, E. M, Montenegro. 2020. Campo de intervención del trabajo social junto a víctimas de violencia de género durante la pandemia covid-19. DIO: <http://ediciones.ucse.edu.ar/ojsucseu/> [Mayo, 2023].
- Muñoz, L. Prieto, L. 2022. Depresión y violencia doméstica en madres de familia de una institución educativa de Eten, 2021 DIO: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10100> [Mayo, 2023].
- OPS, OMG, 2021. Oficina Regional para las Américas de la OMS. DIO: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujeres> [Mayo, 2023].
- OMS. 2021. Violencia contra la mujer. WHO.int. En línea. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> [Enero, 2024]
- Organización Mundial de la Salud. 2021. Comunicado de prensa. La violencia contra la mujer. DIO: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence> [Mayo, 2023].
- Øverup, C., DiBello, A., Brunson, J., Acitelli, L., Neighbors, C. 2015. Drowning the pain: Intimate partner violence and drinking to cope prospecti-

vely predict problem drinking. *Addictive Behav.* 41:152-61. [Enero, 2024]

Paúl A, Vinicio M, Medina R, Torres M 2022. Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. DIO: file:///C:/Users/ivann/Downloads/849- [Mayo, 2023].

Poter, B. López, A. 2022. Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género. DIO: *CienciAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, ISSN-e 1390-9592, Vol. 11, Nº. 1, 2022 (Ejemplar dedicado a: *CienciAmérica* (enero-junio 2022)), págs. 11-42 [Mayo, 2023].

Prensa el luchador. 2022. Venezuela, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. DIO: <https://elluchador.info/2022/01/18/36-aumento-la-violencia-psicologica-contras-las-mujeres-superando-a-la-violencia-fisica-en-el-estado-bolivar-para-el-ano-2021/> [Mayo, 2023].

Ramírez, J. Vélez, R. Ortega, S. 2023. Violencia de género en Latinoamérica DIO: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7687039> [Mayo, 2023].

Rico, N. 1996. Violencia de género: un problema de derechos humanos. DIO: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5855/S9600674_es.pdf [Mayo, 2023].

Rivera, L. Anchaludia K. 2022. Rasgos resilientes en mujeres víctimas de violencia de género. *Revista Social Fronteriza*, 2(2), 1–21. DIO: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6195528> [Mayo, 2023].

- Romero, D., González, M. 2017. Violencia Doméstica según la percepción de la mujer. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 77(1), 30-40. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100005&lng=es&tlng=es. [Enero, 2024]
- Santivañez, Motta. 2023. Violencia de género y estrategias de afrontamiento DIO: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/> [Mayo, 2023].
- Unesco. 2022. Violencia psicológica en los estudiantes universitarios. DIO: <https://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/975/1633> [Mayo, 2023].
- UNFPA, 2020. DIO: <https://venezuela.unfpa.org/es/news/unfpa-tiene-como-objetivo-sensibilizar-100000-nuevas-voces-para-poner-fin-la-violencia> [Mayo, 2023].
- Universidade Coruña Facultad de Ciencias Da Saúde. 2022. Estudio cualitativo sobre el impacto de la violencia de género en la salud mental. DIO: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/31777/CagiaoDiaz_Yara_TFM_2022.pdf?sequence=2 [Mayo, 2023].
- Vásquez, A. 2007. Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 70 (1-4): 89-96. DIO: <file:///C:/Users/ivann/Downloads/1612Texto%20del%20art%C3%ADculo-2692-1-10-20140811.pdf> [Mayo, 2023].

Veloso, C., Monteiro, C. 2019. Consumo De Alcohol Y Tabaco Por Mujeres Y La Ocurrencia De Violencia Por Compañero Íntimo. Texto & Contexto-Enfermagem, 28. [Enero, 2024]

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, junio 2023.

Sirva la presente para saludarle y desearle éxito en su gestión frente a tan alta responsabilidad. Es propicia la ocasión, para solicitar permiso y apoyo institucional para la elaboración de un trabajo de investigación titulado: **DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2023**. El mismo será realizado por la Br. IVANNIA JOSE ROMERO CASTRO C.I. 19.159.588, como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano de la Universidad de Oriente- Núcleo Bolívar, bajo la tutoría académica de la Prof. Yanireth Montero, psicóloga, adscrita al departamento de Salud Mental de la referida universidad.

Sin otro particular, agradeciendo su gran receptividad, esperamos recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de este estudio.

Lcda. Lizzer Zamora

Br. Romero, Ivannia

Lcda. Yanireth Montero.

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, junio 2023.

CARTA DE ACEPTACION DE TUTOR

Yo Prof. Yanireth Montero, psicóloga, adscrita al departamento de Salud Mental, autorizo mediante la presente la inscripción del trabajo de grado de investigación titulado: **DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2023**, el cual ha de iniciar en junio del presente año bajo mi tutoría, en conformidad con la realización del trabajo de grado estipulado dentro del pensum como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano de la Universidad de Oriente- Núcleo Bolívar a la Br. IVANNIA JOSE ROMERO CASTRO C.I. 19.159.588.

Leda. Yanireth Montero.

Br. Romero, Ivannia

Apéndice C



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 “Dr. Francisco Battistini
 Casalta”
 DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.

Ciudad Bolívar, agosto 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ C.I: _____ deseo participar en el trabajo de grado que tiene como nombre **DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO- OCTUBRE 2023**, realizado por la Br. IVANNIA JOSE ROMERO CASTRO C.I. 19.159.588, como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano de la Universidad de Oriente- Núcleo Bolívar, bajo la tutoría académica de la Prof. Yanireth Montero, psicóloga, adscrita al departamento de Salud Mental de la referida universidad. Se me ha explicado que participare en una medición con un instrumento para evaluar depresión, violencia de género y situación socioeconómica, cuyos datos se mantendrán bajo confidencialidad y de requerir ayuda psicológica y/o psiquiátrica se me referirá a especialista.

Hago constar que participo de manera voluntaria y conservando el derecho de decidir no participar en un momento determinado.

Nombre y apellido

C.I:

Nombre y apellido del testigo

C.I:

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta socio- activa en mujeres denunciante por violencia de género:

ESCOLARIDAD		OFICIO	
	Respuesta SI ó NO		Respuesta SI ó NO
ESCOLARIZADA		AMA DE CASA	
PRIMARIA		OBRERO	
SECUNDARIA		ESTUDIANTE	
BACHILLERATO		EMPLEADO A NIVEL TECNICO	
UNIVERSITARIA		EMPLEADO A NIVEL PROFESIONAL	

¿QUE TIPO DE VIOLENCIA DE GENERO PADECE?			
Encerrar en un círculo su respuesta.			
FISICA	SEXUAL	PSICOLOGICA	ECONOMICA
CACHETADA	Relaciones sexuales sin consentimiento.	Desprecio	La amenaza con no darle dinero para la casa.
		Insulto	
GOLPES	Relaciones sexuales forzadas.	Le exige permiso para salir	No la toma cuenta para la economía familiar.
TIRAR EL PELO	La obligan a realizar una practica sexual en contra de su voluntar. ¿Cuál? Respuesta:	Humillaciones	
EMPUJAR		Le prohíbe que trabaje o estudie.	
TOMAR POR EL CUELLO			

PATADAS			
---------	--	--	--

¿POR CUANTO TIEMPO TOLERO MALTRATO?	¿ABQUIRIO O RETOMO HABITOS VICIOSOS? (ALCOHOL, DROGA, CIGARROS).
Semana:	Si:
Menos de 1 año:	No:
1- 5 años:	Cual:
Mas:	

Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2):

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:.....

Anexo 3

ESCALA GRAFFAR - MÉNDEZ CASTELLANO

VARIABLE	PUNTAJE	ITEMS
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Estratos	Total de Puntaje Obtenido
Estrato I	4, 5, 6
Estrato II	7, 8, 9
Estrato III	10, 11, 12
Estrato IV	13, 14, 15, 16
Estrato V	17, 18, 19, 20

Anexo 4

HABITOS PSICOBIOLOGICO

c.- Alcoholismo:
Antecedentes de alcoholismo:
Tipo de alcohol que ingiere:
Frecuencia:
Cantidad:
Período de alcoholismo:
Duración:
Manifestación clínica del alcohol:
d.- Café y como consumo de otras infusiones (eh, yerbas, plantas):
Antecedentes:
Tipo:
Cantidad:
Duración:
Manifestaciones clínicas:
e.- Tabáquico:
Antecedentes:
Tipo:
Fecha de comienzo:
Cantidad diaria:
Manifestaciones clínicas:
f.- Drogas:
Antecedentes:
Tipo:
Tiempo de uso:
Precisar razón son de consumo:
Efectos de las drogas:
g.- Consumo de medicamentos:
Cuál medicamento:
Tiempo de consumo:
Si indicado por facultativo o se automedica:
Cuál es la finalidad de su consumo:

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	DEPRESION EN MUJERES QUE SUFRIERON VIOLENCIA DE GENERO EN EL MUNICIPIO ANGOSTURA DEL ORINOCO, CIUDAD BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR PERIODO AGOSTO-OCTUBRE 2023
---------------	---

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Romero Castro, Ivannia José	CVLAC: 19.159.588 E MAIL: la.perla.blanca.r@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Depresión
Violencia
Género
Maltrato
Mujer

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto de Medicina	Psicología
	Salud Mental

RESUMEN (ABSTRACT):

La violencia de género representa un problema social, en Venezuela los casos de violencia contra la mujer aumentaron drásticamente durante los primeros cuatro meses de 2022, trayendo el doble de probabilidades de experimentar depresión y consecuencias adversas en su salud mental. **Objetivo general:** Determinar los niveles de depresión en mujeres denunciantes en el Instituto Autónomo Regional de la Mujer “Mama Rosa” que sufren violencia de género, Ciudad Bolívar- Estado Bolívar. Periodo agosto- octubre 2023. **Metodología:** estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal, no experimental. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes, denunciantes ante Fiscalía del Ministerio Público. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Graffar Modificada por Méndez Castellano **Resultados:** La edad predominante fue de 46 – 52 con 25,0% (n=5); 60,0% (n=12) contaba con estudios universitarios, 45,0% (n=9) eran empleadas a nivel profesional, sólo 20,0% (n=4) presentó hábitos psicobiológicos nocivos, siendo 75,0% (n=3) tabáquicos; 50,0% (n=10) pertenecía al estrato socioeconómico II. El tipo de violencia habitual fue psicológica 95,0% (n=19), principalmente humillaciones 78,9% (n=15); y física 60,0% (n=12) con empujones en 66,7% (n=8); 60,0% (n=12) tuvo algún nivel de depresión, siendo 30,0% (n=6) moderado; 20,0% (n=4) leve y 10,0% (n=2) severo. **Conclusión:** La mayoría de la muestra presentó síntomas depresivos. Se encontró asociación inversa con la edad. No hubo correlación entre Depresión con escolaridad, nivel socioeconómico, ocupación ni tipo de violencia. Los niveles de depresión, no influyeron en la adquisición o retoma de hábitos psicobiológicos nocivos. Predominó la violencia psicológica, seguida de violencia física

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Lcda. Yanireth Montero	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	9.861.903			
	E_MAIL	ymdh.psic@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Loisi de Lima	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	12.188.313			
	E_MAIL	loisidehmanaval@gmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Norma Conquista	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	8.365.727			
	E_MAIL	nconquistadra694@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024	02	14
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis Depresión en mujeres que sufrieron violencia de género en el Municipio Angostura Del Orinoco Ciudad Bolívar Estado Bolívar Periodo Agosto Octubre 2023	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Municipio Angostura Del Orinoco, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO**

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE	
SISTEMA DE BIBLIOTECA	
RECIBIDO POR	<i>[Signature]</i>
FECHA	5/8/09
HORA	5:20

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

AUTOR(ES)

Br.ROMERO CASTRO IVANNIA JOSÉ
C.I.19159588
AUTOR

Br.
C.I.
AUTOR

JURADOS

TUTOR: Prof. YANIRETH MONTERO
C.I.N. 9861903

EMAIL: yndh-psic@gmail.com

JURADO Prof. LOISI DE LIMA
C.I.N. 12188315

EMAIL: lasidelimanove@gmail.com

JURADO Prof. NORMA CONQUISTA
C.I.N. 8365727

EMAIL: NMarquestin694@gmail.com

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976