

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62
CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

**“VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES
QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JEAN CARLO GARCÍA CARBAJAL.
MEDICO CIRUJANO**

**REGISTRO DE AUTORIZACION:
R-2021-1406-001**

ASESORA
Dra. María Isabel Viveros Alonso
Especialista en Medicina Familiar

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES
QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62.”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

GARCÍA CARBAJAL JEAN CARLO

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

DRA. MARÍA ISABEL VIVEROS ALONSO

ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN
ORIENTE CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

**“VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES
QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

GARCÍA CARBAJAL JEAN CARLO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

Tabla de contenido

RESUMEN	6
MARCO TEÓRICO	7
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL:	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
HIPÓTESIS:	18
METODOLOGIA	18
MATERIAL Y MÉTODOS:	18
TIPO DE ESTUDIO	18
DISEÑO: SE REALIZARÁ UN ESTUDIO	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	19
TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
DEFINICIÓN DE VARIABLES	21
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.	25
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.	26
ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD DE VIOLENCIA DE PAREJA (ISVP)	26
ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK I	27

ASPECTOS ÉTICOS	29
CÓDIGO DE NÚREMBERG	29
DECLARACIÓN DE HELSINKI.	29
INFORME DE BELMONT	32
REURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS	37
RESULTADOS	38
TABLAS Y GRÁFICAS.	39
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
DISCUSION DE LOS RESULTADOS	52
CONCLUSIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	60
ANEXO 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.	60
ANEXO 2	61
ESCALAS DE EVALUACIÓN.	61
ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD (ISVP)	61
ANEXO 3	64
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK I	64
ANEXO 4 Y 5	69
CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO.	69

RESUMEN

Título: “VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62”.

García Carbajal Jean Carlo¹, Viveros Alonso María Isabel²

¹Residente de tercer año de Unidad de Medicina Familiar Número 62, Cuautitlán.

²Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar Número 62.

Antecedentes: La Violencia de género y depresión en las mujeres adolescentes son fenómenos que afectan la salud mental. La estructura familiar influye en la adquisición de estas conductas. La comprensión de estos trastornos, disminuyen la presencia de conductas de riesgo, contribuye a mejorar la calidad de vida a nivel individual y colectiva, así como disminuir la tasa de suicidio en la adolescencia. **Objetivo:** Asociar la violencia de género y depresión en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62. **Material y Métodos:** Se realizará un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. La muestra estará compuesta por 332 adolescentes del sexo femenino, se calculará por medio de fórmula finita de una proporción, muestreo tipo no probabilístico por conveniencia. Las participantes serán pertenecientes al tipo de familia monoparental derechohabientes de la UMF 62 (IMSS) en el Municipio de Cuautitlán, Estado de México. Se aplicará cuestionario Escala de violencia e Índice de Severidad (ISVP) con una confiabilidad de 0.99 por alfa de Cronbach e inventario de depresión de Beck, IA (BDI-IA) validado para adolescentes mexicanos con alfa de Cronbach de 0.92. Se realizará en un primer momento análisis univariado con las variables cualicuantitativas, se representarán por medio de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, dispersión. En un segundo momento el análisis bivariado se realizará la prueba estadística de Chi-cuadrada $p \leq 0.05$. **Resultados:** Se encontraron en una muestra de 332 adolescentes, 301 (90.6%) con violencia de género, 31 (9.4%) adolescentes sin violencia de género, 156 (47%) con depresión, 176 sin depresión. 301 de las mujeres que cursan con violencia de género, 156 presenta depresión (51.16%) de adolescentes con violencia de género y que pertenece a familia monoparental también tiene depresión, realizamos prueba de chi cuadrada con una $p < 0.0001$ que comprueba esta asociación.

Conclusiones: Se obtuvo un porcentaje más elevado de adolescentes con presencia de violencia de género en alguna de sus modalidades, los resultados obtenidos comparados con la literatura publicada son más altos, considerando las características de nuestra población de predominio urbano y el procedimiento utilizado para el muestreo del estudio, así como el año en que fue hecho. Se corrobora que las mujeres violentadas son más susceptibles a presentar depresión similar a lo reportado en la bibliografía. La identificación y manejo oportuno de esta problemática social que permea a lo emocional es importante para el desarrollo como sociedad.

Palabras clave: adolescentes, violencia de género, depresión.

MARCO TEÓRICO

En el año 1967 La Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió a la violencia 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”. Existen diferentes tipos de violencia como la violencia física, sexual y psicológica, incluidos los golpes el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada contra la mujer incluye hostigamiento e intimidación sexual en el ambiente laboral en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.¹

La violencia de género representa en la actualidad un grave problema para la humanidad, afecta a todos los países y a millones de personas, sobre todo a mujeres y adolescentes. La Organización Mundial de Salud alertó en el año 2012 que “la violencia contra las mujeres y niñas constituye un problema de proporciones pandémicas”. La Organización para la salud (OPS) declaró que a finales de la década de 1990 la violencia de género causó más muertes e incapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años que el cáncer, la malaria, los accidentes de tráfico o incluso la guerra.²

Los datos anteriormente presentados señalan que la problemática referente a la violencia de género en la edad adolescente puede asociarse a comportamientos anormales en la adolescente tales como bajo nivel de rendimiento académico, agresividad, o secuelas a largo plazo como depresión, abuso de sustancias dañinas, comportamiento antisocial y problemas alimenticios.³

La depresión es un problema de salud contemporáneo a nivel mundial, que mantiene un

aumento constante en su incidencia y prevalencia. En México el 50% de los trastornos mentales se desarrollan antes de los 21 años y una de cada dos personas presentan los primeros síntomas alrededor de los 14 años de edad por lo que dichos trastornos se han convertido en uno de los principales problemas de salud en la adolescencia. Este trastorno es la principal causa de morbilidad y discapacidad en esta etapa.⁴

Se ha puesto énfasis en las consecuencias negativas del maltrato en menores y se han considerado serias consecuencias a nivel emocional, se asocia a depresión, ansiedad, estrés postraumático, consumo de sustancias y tendencia a delinquir.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) menciona que hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez a los 14 años pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan y tienen consecuencias graves para la

salud mental durante toda la vida. Se ha observado que durante esta etapa aumentan los trastornos depresivos en ambos sexos presentándose acentuadamente en las mujeres.⁶

La familia monoparental es entendida como “el grupo de convivencia formado por una persona adulta que ejerce de manera principal la guarda y custodia de como mínimo una persona menor de edad. Asimismo, se incluye en la definición, a aquella configuración nuclear formada por una persona menor de 18 años y mayor de 12 años, progenitora y responsable principal de la gestión de los cuidados y contención de como mínimo una persona menor de edad civil que sea su hijo/hija. Asimismo, es indiferente la existencia o no de pareja estable (siempre que sea no conviviente) del/la adulto/a responsable principal de la gestión familiar.⁷

En la actualidad hay un gran número de familias monoparentales, ya que el modelo tradicional de formación familiar ha sido superado dado los cambios sociales que se han producido en los últimos años.⁸

Hay un insuficiente estudio de la violencia intrafamiliar directa percibida por los adolescentes, constituye hoy un problema que genera vacío en la información y el conocimiento. En América Latina y el Caribe cerca de 6 millones de adolescentes sufren agresiones físicas severas y 80 000 mueren cada año. En México la encuesta aplicada para conocer sobre el maltrato a los adolescentes y sus factores asociados reportó una prevalencia entre el 16 y el 20 % respectivamente fueron el maltrato físico y el emocional los más frecuentes.⁹

Los hijos expuestos a la violencia sufrida por sus madres pueden experimentar efectos negativos, independientes de la edad, que van desde problemas físicos hasta alteraciones

emocionales, cognitivas y de la conducta.¹⁰

La violencia hacia la mujer puede manifestarse también en la vida familiar de formas muy diversas aun que la mayoría de las investigaciones de este fenómeno y la literatura científica existente se centren principalmente en el maltrato infantil, no obstante existen otras formas de maltrato, como la que se da entre hijos adultos.¹¹

La depresión a nivel mundial continúa siendo un problema de salud pública, afecta a más de 322 millones de personas del 48.16% de las Américas, ante la presencia de estos episodios depresivos a causa de estas circunstancias, es representada por alrededor de 800 mil suicidios anuales, siendo la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 29 años de edad, los síntomas depresivos se presentaron al finalizar la infancia e inicios de la adolescencia en relación a desajustes emocionales y cognitivos.¹²

La familia monoparental representa un factor de riesgo en cuanto a la depresión y ansiedad para el niño durante su desarrollo, en un estudio realizado con relación entre el estilo de crianza parental, la depresión y ansiedad en niños entre 3 a 13 años. Los niños con altas puntuaciones en ansiedad tendieron a presentar progenitores con bajo nivel de apoyo, disciplina y autonomía, junto con un bajo nivel de satisfacción con la crianza y distribución de rol en la madre.¹³

Las conductas violentas son un síntoma propio de algunos cuadros psicopatológicos o un síntoma asociado. La sospecha y detección de dichos cuadros, así como de los posibles factores de riesgo asociados a la conducta violenta en los jóvenes, debe ser uno de los objetivos a abordar en los programas de prevención.¹⁴

La Violencia de genero puede manifestarse en distintas maneras: violencia física, sexual, psicológica o económica, ejercida sobre las mujeres tanto mayores como menores de edad, que se da en el seno de la familia, realizada por parte de miembros de la misma familia y determinada por el marco de las relaciones afectivas y los vínculos del entorno.¹⁵

Un estilo parental coercitivo utilizado durante la niñez y adolescencia aumenta el riesgo de conducta antisocial para ambos sexos, así como el riesgo de depresión en las niñas.¹⁶

Las conductas mayoritarias de maltrato entre jóvenes son: insultos, humillaciones, conductas de control. Es en esta etapa donde suelen comenzar las primeras relaciones de pareja y estas experiencias de maltrato se viven de manera muy intensa, marcando una huella indeleble en las posteriores relaciones afectivas. El hecho de tener una relación afectiva de violencia hace que ésta se normalice y, por tanto, no se alcancen a comprender y defender los valores de respeto e igualdad en las relaciones que tengan a posteriori, viendo todas las relaciones desde la misma perspectiva.¹⁷

Los sucesos de vida son fuertes predictores de la depresión y son más frecuentes en poblaciones de nivel socioeconómico bajo. La relación entre sucesos de vida tanto en el ámbito familiar, social y escolar que viven los adolescentes y los síntomas depresivos se ha reportado en investigaciones previas.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) indica que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo, dicha enfermedad ocupará el primer lugar. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren este trastorno y que, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de personas que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido.¹⁹

En 2017 la Fundación semilla, en Chile dirigidos por el investigador Oscar Aguilera y colaboradores demostraron en estudiantes adolescentes como ciertos estereotipos de género están directamente relacionados con la masculinidad y estos a su vez asociados a la violencia de género. Esto nos permite observar como se ejerce presión sobre los niños y los hombres para que estos se desempeñen y se ajusten a roles específicos de masculinidad.²⁰

Numerosos estudios muestran que el ambiente familiar tiene una fuerte relación con el bienestar de los adolescentes, el cual influye en el comportamiento, en el desarrollo social, físico, emocional e intelectual.²¹

Estudios realizados en Estados Unidos indican que los adolescentes de familias monoparentales derivadas del divorcio tenían más probabilidades de presentar trastornos de conducta, en estos estudios encontraron que los jóvenes que viven con ambos padres biológicos informaron niveles más bajos de comportamiento antisocial y bajas probabilidades de presentar trastornos en la conducta.²²

Si la depresión adolescente no se detecta de manera temprana y adecuada, existe la posibilidad de que se vuelva crónica y también se convierta en un obstáculo para la propia funcionamiento cognitivo, emocional y social personal.²³

La violencia es un impedimento para la dignidad, la libertad y los derechos de la persona, y el asesinato es su forma extrema de silenciar al individuo. Es importante detectar oportunamente la violencia contra las mujeres, ya que es un camino que gradualmente puede conducir al feminicidio. La violencia contra las mujeres puede tomar muchas formas; se puede representar mediante el comportamiento o puede ser psicológico y, por lo tanto, difícil de ver o medir. Puede ser duradero y durar largos períodos, o puede ser

breve, pero intenso. La violencia contra la mujer es una de las principales preocupaciones a nivel mundial, y se requiere mucha atención, recursos y sensibilidad para poner en marcha estrategias coordinadas para intervenir para detener su escalada y su empeoramiento.²⁴

El número de familias monoparentales se ha ido incrementando gradualmente en Estados Unidos, la proporción de niños que viven con un padre soltero se ha duplicado desde 1968, pasando del 13% al 32% en 2017.²⁵

Son muchas las consecuencias negativas para la salud mental, por lo que la violencia contra la mujer también tiene efectos indirectos en la sociedad. La violencia de género altera el sentido de autoestima de las mujeres, el sentido de autonomía y su capacidad de pensar y actuar de forma independiente. También aumenta el riesgo de una amplia gama de efectos negativos en la salud mental e incrementa el riesgo de muerte prematura.²⁶

Los adolescentes enfrentan muchos desafíos y situaciones potencialmente estresantes relacionados con el compromiso educativo, el comportamiento social, el desarrollo sexual, factores familiares, los conflictos emocionales por lo cual la depresión en la adolescencia puede aumentar el riesgo de problemas de conducta comportamientos poco saludables en el estilo de vida (agresión y mala conducta) conduce a trastornos reflejados en la vida académica, problemas sociales, mala salud, dependencia a sustancias dañinas hasta el suicidio.²⁷

Debido a las múltiples consecuencias que acarrea la Violencia de Género se tomó una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2016 aprobó el primer plan de acción mundial de la OMS para fortalecer el papel del sistema de salud dentro de una respuesta multisectorial nacional para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en este plan, la OMS, en colaboración con los Estados Miembros y otros socios, se compromete a iniciativas como la Asociación Global para Terminar con la Violencia contra los Niños, Juntos por las Niñas y la Alianza para la Prevención de la Violencia, entre ellas destaca planes en mejora de la economía de padres de bajos recursos, capacitación a padres que son primerizos en educación al infante.²⁸

Los hombres que tienen un nivel de educación bajo, han sido objeto de malos tratos durante la infancia, han estado expuestos a escenas de violencia doméstica contra sus madres y al uso nocivo de alcohol, han vivido en entornos donde se aceptaba la violencia y había normas diferentes para cada sexo, y creen que tienen derechos sobre las mujeres son más proclives a cometer actos violentos.²⁹

Los padres solteros experimenten niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés general, a pesar de hacer grandes esfuerzos para cumplir con sus obligaciones lo que hace mas proclive una educación deficiente a los progenitores esto a su vez deriva en alteraciones de la conducta relacionadas a la falta de atención e instrucción por el progenitor.³⁰

En México la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 establece criterios para la prevención y atención de violencia familiar y sexual, teniendo por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general, así como en la notificación de los casos.³¹

Justificación

El presente estudio nos permitió conocer si se asociaba la violencia de género con la depresión en mujeres adolescentes que viven en familias monoparentales en el Estado de México. La realización de este estudio nos permitió comparar con estudios previos realizados en otras poblaciones y establecer si existen diferencias. La investigación planteada nos permitió conocer la asociación de la violencia de género y depresión en adolescentes pertenecientes a familia monoparental para establecer factores asociados que conlleven a estas conductas, con la intención de implementar estrategias enfocadas a adaptar medidas de detección oportuna así como asesorar a las adolescentes en el caso que ya hayan sido víctimas tanto de violencia de género como depresión de igual manera a que instancias médicas y legales dirigirse o bien que personal de la salud es adecuado para su correcta atención, con la intención de contribuir en la mejora de la salud mental y a su vez en la calidad de vida, disminuyendo el ausentismo escolar o laboral, así como un fenómeno que va en incremento año con año el feminicidio, además cabe señalar que detectar oportunamente la violencia de género implica también contribuir con el **Instituto Mexicano del Seguro Social** a disminuir la atención médica por agresión física o bien depresión.

La investigación planteada nos permitió conocer si se asociaba violencia de género y depresión con el fin de detectar oportunamente aquella familia con factores de riesgo y con ello se pretendió orientar o implementar programas, pláticas o planes que orienten a la familia en conjunto, de manera que la o las adolescentes mejoren su calidad de vida.

La violencia de género y la depresión en las adolescentes son problemas de salud pública que afectan de forma gradual el entorno social, afectivo y económico tanto del ámbito familiar como social.

De acuerdo con cifras del **Instituto Mexicano del Seguro Social** la depresión constituye una de las mayores causas de discapacidad aun por encima de otras causas crónicas como Diabetes o enfermedades cardíacas, por lo que **beneficia a la institución** con menor demanda de consulta relacionada a depresión. Menor ausentismo laboral, así como evitar estancia en el servicio de Urgencias a pacientes agredidas físicamente producto de la violencia de género.

Con base en lo anterior el asociar la violencia de género y depresión en este grupo de la población, permitió reconocer si las adolescentes son víctimas de la violencia de género, si la violencia de género está asociada a algún grado de depresión y permita desde nuestro nivel de atención para nuestra población y comunidad orientar y referir a la autoridad correspondiente según sea su caso y gravedad, así llevar un adecuado manejo, realizar estrategias que ayuden a prevenir las condiciones que influyan en estas conductas, proponer la creación en el instituto de un grupo de ayuda con personal calificado con la finalidad de evitar a largo plazo feminicidios,

El presente estudio **beneficia a la población** en disminuir la tasa de suicidio y feminicidios asociados a depresión y violencia de género, menor deserción y ausentismo escolar, ahorro económico debido a menor índice de consulta relacionadas a depresión o bien secundaria a golpes por violencia física ejercida a la adolescente y mejor calidad de vida, recibir una correcta atención y asesoría si es el caso de la adolescente que vive violencia de género y depresión asociada, en general se propone estudiar estrategias que ayuden a prevenir condiciones que influyan en repetir patrones de conducta dañinos y con ello mejorar la calidad de vida en las Familias Mexicanas.

Planteamiento del problema

Trascendencia: Tanto la violencia de género como la depresión constituyen un problema de salud pública en México debido a su alta incidencia y prevalencia; Según datos de la encuesta nacional sobre dinámica de las relaciones en los hogares del INEGI realizada en 2016 el **66.1%** de las mujeres mayores de 18 años han sufrido algún tipo de agresión física, psicológica o sexual. Por otro lado, la depresión en México afecta del 12 al 20% de personas adultas (entre 18 y 65 años) y de 5 al 10% de adolescentes, con una mayor

proporción de casos entre mujeres.

La Organización Para la Salud (OPS) declaró que a finales de la década de 1990 la violencia de género causó más muertes e incapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años que el cáncer. Por cada 100,000 mujeres mueren 3.4 a causa de homicidio en la Ciudad de México de acuerdo a cifras 2016 INEGI. El costo social asociado a la violencia es enorme en los distintos ámbitos de la actividad humana (trabajo, hogar, escuela, vida social y pública) el impacto de la violencia genera costos enormes de diversa índole; sólo en el ámbito laboral, la Organización Mundial de la Salud distingue costos directos, indirectos e intangibles, de la violencia que incluyen desde los años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte relacionada con eventos de violencia, el ausentismo laboral y escolar, los accidentes, enfermedades diversas, disminución de la creatividad y la productividad de las mujeres adolescentes y adultas que viven violencia de género y depresión.

La depresión en la adolescencia esta relacionada a múltiples factores y en algunos casos entidades de mayor complejidad entre las que se mencionan; disfunción familiar, violencia, crisis de vida. La depresión juega un papel preponderante en el intento suicida, donde más de **50%** de las muertes por suicidio se deben a este trastorno.

Al considerarse problemas de salud publica, esto nos remite como especialistas en la medicina Familiar a analizar más a fondo el problema, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la problemática de salud de las poblaciones por medio de intervenciones de alcance colectivo.

Magnitud: Según la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 dieron a conocer que de los 46.5 millones de mujeres de 15 años o más residentes en el país, 30.7 millones (es decir, 66.1%) en promedio han sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida; es decir que en México, casi 7 de cada 10 mujeres han padecido violencia. Conforme a la (ENDIREH), el 38.2% de las mujeres mayores encuestadas contestaron que vivieron al menos un incidente de violencia en su vida antes de los 15 años. Esto es, casi 4 de cada 10 mujeres mayores de 15 años en México padecieron violencia en su infancia.

La Organización Mundial de la Salud estima que el **35%** de las mujeres del mundo han sufrido en algún momento violencia física y/o sexual. Del total de las mujeres encuestadas

a nivel nacional (ENDIREH), 32.1% indicaron haber padecido algún incidente de violencia física, siendo esta la mas frecuente, El 18% de las mujeres indicaron haber vivido al menos un incidente de violencia emocional; y 9.4 % señalaron que experimentaron al menos un incidente de violencia sexual antes de cumplir los 15 años.

De acuerdo con cifras del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Publica (SESNSP) de enero a septiembre de 2019, se registraron un total de 726 feminicidios y 2,107 homicidios dolosos de mujeres. La suma de estas 2 cifras (2,833) arroja que, en México, durante los primeros 9 meses del presente año se cometieron en promedio 10.5 asesinatos de mujeres cada día.

Según cifras presentadas por la Secretaria de Seguridad Pública Ciudadana (SSPC) la violencia contra la mujer es un problema que a nivel nacional ha cobrado la vida de miles de mujeres, colocando al estado de Guerrero en primer lugar y en segundo lugar Chihuahua, por debajo está la CDMX, Baja California, Michoacán, Jalisco.

Por otra parte, respecto a la depresión según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2013 la depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son mas elevadas ya que 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y mas de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile la situación es muy similar a la de México.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4 %. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es más crónico y de mayor duración.

Vulnerabilidad: En México la Violencia de Género y la depresión están considerados dentro de los primeros lugares de discapacidad asociados a una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes, enfermedades

cardíacas y suicidio en adolescentes por lo cual es necesario erradicar de manera multidisciplinaria desde distintos sectores con medidas como la promoción de la igualdad.

La prevención primaria cuya principal estrategia es la educativa, se dirige a grupos colectivos; no se trata de una actuación individual.

La violencia de género se puede prevenir y/o resolver identificando oportunamente aquellas o aquellos adolescentes o familias con patrones de conducta que agrada tanto física como emocionalmente a las mujeres una vez identificado es posible evitar una de las probables secuelas que es la depresión, al hacer una detección oportuna de violencia de género se espera disminuir el número de adolescentes con depresión, lo que a su vez disminuye el ausentismo escolar, la consulta por lesiones físicas, e inclusive el suicidio en adolescentes. La solución se orienta fundamentalmente con las generaciones jóvenes. Niños y niñas que sean educados en equidad con la intención de que construyan pautas de comportamiento, creencias y actitudes que mejoren su empoderamiento e independencia personal y las actuales relaciones entre mujeres y hombres por lo que así se evite la violencia de género. Lo que a su vez hace posible marcar un avance en la solución de estos fenómenos sociales.

Factibilidad: En México, no hay suficiente información respecto a estrategias y programas institucionales dirigidos a prevenir la violencia de género y depresión, la incidencia de estos trastornos lejos de disminuir sigue siendo un fenómeno de salud pública en aumento. Derivado de la trascendencia y el impacto de estos trastornos, la investigación planteada nos permitirá conocer la asociación de la violencia de género y depresión, resultado de ello es el aumento en el índice de suicidios en adolescentes lo que lo convierte en un tema prioritario en los trastornos de la conducta, la violencia de género y la depresión, son conductas las cuales son posibles de modificar a través de un esfuerzo multidisciplinario gradual, sin embargo hasta este momento no se ha dado la suficiente prioridad en implementar programas o planes en los cuales se establezca una educación integral, donde se fomente la equidad y respeto a la mujer. No se da la importancia necesaria a la detección oportuna de factores desencadenantes de trastornos en la conducta de los adolescentes.

La incidencia de violencia de género y depresión cada día es más frecuente en las familias, principalmente aquellas con desintegración. Derivado de la trascendencia y el impacto de estos trastornos, la investigación permitirá conocer la asociación de violencia de género y depresión en adolescentes que pertenecen a familia monoparental con el fin

de implementar investigaciones mas avanzadas que permitan diseñar mejores planes y estrategias mas firmes y eficientes que prevengan comportamientos de riesgo en las familias de las adolescentes.

Lo anterior nos lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre violencia de género y depresión en las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Asociar la violencia de género y depresión en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62.

Objetivos Específicos:

1. Determinar la frecuencia de **violencia de género** en las adolescentes pertenecientes a familia monoparental.
2. Identificar si existe el tipo y severidad de **violencia de género psicológica** en las adolescentes que pertenecen a familia monoparental.
3. Identificar si existe el tipo y severidad de **violencia de género sexual** en las adolescentes que pertenecen a familia monoparental.
4. Identificar si existe el tipo y severidad de **violencia de género física** en las adolescentes que pertenecen a familia monoparental.
5. Determinar si existe **depresión** entre las adolescentes pertenecientes a familia monoparental en la UMF 62, Cuautitlán México.
6. Conocer el **grado de depresión** entre las adolescentes pertenecientes a familia monoparental en la UMF 62, Cuautitlán México.
7. Conocer las **variables del estudio** como (edad, escolarización, actividad laboral, estado civil, tipo de población) de las mujeres adolescentes pertenecientes a familia monoparental, en la UMF 62.

Hipótesis:

En las mujeres con presencia de violencia de género se presentará depresión leve a grave en **67.2%** de los casos, mientras que en las mujeres sin presencia de violencia de género se presentará **32.8%** sin depresión.

METODOLOGIA.**Material y Métodos:**

Características donde se realizará el estudio: Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar 62 en el Municipio de Cuautitlán, Estado de México, lugar donde se presta **atención médica de primer nivel** y que atiende a los derechohabientes de la región geográfica antes mencionada por medio de los siguientes servicios: consulta externa, planificación familiar, medicina preventiva, departamento de epidemiología y nutrición.

TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO: Se realizará un estudio

- **Observacional** por que se observó el fenómeno estudiado sin intervenir ni modificar.
- **Transversal** la medición de esta relación fue única a través de los instrumentos de investigación (Escala de violencia e índice de severidad (ISVP) y Escala de depresión de (Beck - I),
- **Prospectivo** por que es un estudio en el que toda la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación después de la planeación de ésta.
- **Analítico** por que posterior a la obtención de los datos de la muestra se establecieron las relaciones entre variables asociamos la violencia de género y la depresión. En este tipo de estudios probamos asociaciones.

Universo de trabajo: 2,406 Adolescentes del sexo femenino de 10 a 19 años (fuente ARIMAC: Censo población de adolescentes adscrita a la UMF 62 IMSS hasta junio 2020).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- ◆ Adscritas a la UMF 62 Cuautitlán Méx.,

- ◆ Mujeres que pertenecen a una familia monoparental
- ◆ Edad entre 10 - 19 años.
- ◆ Ambos turnos.
- ◆ Que sepan leer y escribir.
- ◆ Que acepten participar en el estudio y den autorización por escrito (mediante consentimiento y asentimiento informado).

Criterios de exclusión:

- ◆ Adolescentes con discapacidad mental (síndrome de Down, Parálisis cerebral)
- ◆ Adolescentes con alguna adicción (alcohol, drogas, antidepresivos).
- ◆ Adolescente con diagnóstico previo o en manejo médico por depresión.
- ◆ Adolescente con trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, paranoia)
- ◆ Participantes con discapacidades físicas (ceguera, accidentes que dificulten la escritura como no poseer extremidades)

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población de estudio son 20,050 adolescentes derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, posteriormente al análisis de la base de datos el 12%, cuentan con familias monoparentales según datos del departamento de ARIMAC de la UMF no.62 ubicada en el municipio de Cuautitlán, Estado de México, durante el 2020.

Tamaño de la muestra.

Una vez depurada la base se incluyeron 20,550 adolescentes registradas de las cuales, aquellas que cuentan con una familia monoparental fueron 2,406 y se calcula el tamaño de muestra.

Para el calculo del tamaño de la muestra en poblaciones donde el universo a estudiar es conocido se realizo la siguiente fórmula:

Donde:

N= población a ser estudiada. (2,406)

$z_{\alpha/2}$ es el valor del nivel de seguridad al 95% equivale a 1.96

p es la proporción esperada del evento estudiado, equivale a 20% esto es 0.2

q es el resultado de $1-p$ equivalente a 0.8

e = error de estimación máximo aceptado 5% expresada como 0.05

Tamaño de la muestra $n = \frac{EDFF \cdot Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} \cdot (N-1) + p \cdot (1-p))]}$

Adicionalmente para corroborar el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico EPI INFO 7.2.2 calculando a un intervalo de confianza del 95% para poblaciones finitas.

$n = 332$

Veytia M. Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. Informes Psicológicos [Internet] 2016 [consulta 22 de marzo 2020] 16(1) Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6471>

Técnica de muestreo:

Se llevará a cabo un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Violencia de género	Se entiende por violencia de género aquel o aquellos actos violentos y agresión sobre la base de su orientación o identidad sexual que causa daño y afecta la vida de la víctima. ⁽³²⁾	Se evaluará mediante la aplicación del instrumento (ISVP) La presencia o no de la violencia de género 0 a 5 puntos, no existe violencia de género 6 o más puntos existe violencia de género.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1: No existe violencia de género 2: Existe Violencia de género.
Violencia de género psicológica	Se entiende por violencia de género aquel o aquellos actos violentos y agresión sobre la base de su orientación o identidad sexual que causa daño y afecta la vida de la víctima. Este tipo de violencia afecta la integridad emocional de la persona. ⁽³²⁾	Se evaluará mediante la aplicación del instrumento (ISV) para Violencia de género. Donde la participante identifica actos o conductas de índole Para detectar violencia Psicológica Puntaje valores de 0 a 5 puntos, no caso de violencia psicológica. 6 a 18 puntos, caso de violencia psicológica. 19 a 81 puntos , caso de violencia psicológica severa.	Cualitativa	Nominal	1. No caso de Violencia Psicológica. 2. Caso de Violencia Psicológica 3. Caso de Violencia Psicológica Severa
Violencia de género sexual.	Se entiende por violencia de género aquel o aquellos actos violentos y agresión sobre la base de su orientación o	Se evaluará mediante la aplicación del instrumento (ISV) para Violencia de género. Donde la participante	Cualitativa	Nominal	1. No casos de violencia Sexual. 2. Caso de violencia Sexual. 3. Caso de violencia Sexual

	<p>identidad sexual que causa daño y afecta la vida de la víctima. manifestándose</p> <p>Con actos contra la voluntad de una persona lo que afecta su integridad sexual (32)</p>	<p>identifica actos o conductas de agresión de diversa índole.</p> <p>Para detectar violencia sexual:</p> <p>0 a 1 puntos, no caso de violencia sexual.</p> <p>6 a 18 puntos caso de violencia sexual</p> <p>19 a 81 puntos caso de violencia sexual severa</p>			severa.
Violencia de género física	<p>Se entiende por violencia de género aquel o aquellos actos violentos y agresión sobre la base de su orientación o identidad sexual que causa daño y afecta la vida de la víctima. (32)</p>	<p>Se evaluará mediante la aplicación del instrumento (ISV) para Violencia de género. Donde la participante identifica actos o conductas de agresión de índole.</p> <p>:Para detectar violencia física:</p> <p>0 a 2 puntos no caso de violencia física,</p> <p>3 a 12 puntos, caso de violencia física.</p> <p>Si responde afirmativamente a una sola pregunta de la número 15 a la número 19 (b,c,d excepto a), violencia física severa</p>	Cualitativa	Nominal	<p>1. No casos de violencia física.</p> <p>2. Caso de violencia física.</p> <p>3. Caso de violencia física Severa.</p>
VARIABLE DEPENDIENTE					
Depresión	<p>Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento del ánimo,</p>	<p>Se medirá a través del inventario de depresión escala de Beck, <u>la presencia o no del trastorno depresivo.</u> Puntaje</p> <p>1 a 10 puntos, No existe presencia de</p>	Cualitativa	Nominal Dicotómica	<p>1. No existe presencia de trastorno depresivo</p> <p>2. Existe presencia de algún grado de trastorno depresivo</p>

	pérdida de interés por todo, baja autoestima, disminución de funciones psíquicas. ⁽³⁶⁾	trastorno depresivo. 11 puntos o más, existe presencia de algún grado de depresión. Existe presencia de algún grado de trastorno depresivo.			
Grados de Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento del ánimo, pérdida de interés por todo, baja autoestima, disminución de funciones psíquicas. ⁽³⁶⁾	Se medirá a través del inventario de depresión escala de Beck: Puntaje; <u>Altibajos considerados normales:</u> 1-10 puntos. <u>Leve perturbación del estado de ánimo:</u> 11-16 puntos. <u>Estados de depresión intermitente:</u> 17 -20 puntos <u>Depresión moderada:</u> 21- 30 puntos. <u>Depresión grave:</u> 31- 40 puntos <u>Depresión extrema:</u> ≥ 41 puntos	Cualitativa	Ordinal	1. Altibajos considerados normales. 2. Leve perturbación del estado de ánimo. 3. Estados de depresión intermitente. 4. Depresión moderada. 5. Depresión grave. 6. Depresión extrema.

VARIABLES DE ESTUDIO

Edad	Tiempo que una persona u otro ser vivo ha vivido desde su nacimiento. ⁽³⁸⁾	Se medirá a través de la pregunta cual es su edad actual.	Cuantitativa	Continua	1. Años
Escolarización	Suministro de instrucción académica	Se obtendrá a través de la pregunta ¿estás estudiando actualmente? En la	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Está estudiando. 2. No se encuentra estudiando.

	bajo régimen escolar formal. ⁽³⁸⁾	ficha de identificación y se clasificara en : -Actualmente estoy estudiando -No estudio			
Actividad Laboral	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo con una retribución económica independiente mente de la rama de la actividad. ⁽³⁸⁾	Se obtendrá por medio de ficha de identificación, se clasificará en: Actualmente trabaja. Actualmente no estoy trabajando	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: TRABAJA (Tiene actividad económica) 2: NO TRABAJA (No tiene actividad económica)
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. ⁽³⁹⁾	Se obtendrá por medio de ficha de identificación y la clasificaremos en: Soltera Unión libre Casada	Cualitativa	Nominal	1.Soltera. 2.Unión libre. 3.Casada.
TIPO DE POBLACIÓN	Lugar donde se desarrollan actividades humanas de acuerdo a las características del territorio. ⁽⁴⁰⁾	Lugar de procedencia del paciente Se obtendrá por medio de ficha de identificación y la clasificaremos en : 1 Rural. 2 Urbana:	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Rural 2. Urbana

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

Posterior a la aceptación y asignación de folio por parte del **comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud** y de la autorización de la unidad médica participante Unidad de Medicina Familiar 62 se solicitó al servicio de ARIMAC el censo para estipular el número de adolescentes registradas, **se seleccionaron por muestreo no probabilístico por conveniencia, los 332 pacientes que conformaron nuestra muestra, se solicitaron los números telefónicos para poder contactar únicamente adolescentes pertenecientes a familia monoparental, mediante interrogatorio directo y realizar la invitación para poder estar dentro de nuestro estudio, donde se le explico en que consistía el estudio, los casos en que las adolescentes decidieron no aceptar participar en el estudio se buscó otra participante de forma aleatoria que cumplió con los criterios de inclusión señalados.** Se citaron en el aula de educación donde se les explicó nuevamente los motivos de la encuesta y el estudio a realizar, además se les otorgó la carta de consentimiento y asentimiento informado; al contar con las pacientes participantes, se les citó en una segunda ocasión de forma individualizada con la finalidad de aplicar la escala de **(ISVP)** y **(Beck BDI)** con (27 preguntas) y (21 preguntas) respectivamente, con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos por cada uno, previamente llenaron con letra de molde la ficha de identificación, posteriormente los datos obtenidos a través de nuestra encuesta se vaciaron en una base de datos para su análisis estadístico. Los casos de que el cuestionario que contestaron generó como resultado altos índices de violencia de género o depresión, las participantes recibieron orientación por parte del médico familiar asignado.

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Escala de violencia e Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP)

El cuestionario “**Escala de violencia e Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP)**” se encuentra validado para medir la violencia de Pareja en mujeres mexicanas, los resultados del procedimiento (confiabilidad y validez) usando todos los reactivos,

arrojaron un Alpha de Cronbach cuyos resultados indican una consistencia interna muy alta de 0.99.

Conformado por 19 reactivos que han demostrado utilidad para la medición de la violencia masculina hacia las mujeres en la relación de pareja. En sus diferentes modalidades: violencia física, emocional, sexual.

La escala se compone de cuatro subescalas que miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses (1=nunca, 2=alguna vez, 3=varias veces y 4=muchas veces). Es un test de fácil realización, en el que la mujer emplearía de 10 a 15 minutos como máximo en realizar, las pregunta son de fácil comprensión y realización.

RESULTADOS: El resultado dependerá del tipo de violencia del que se trate (Psicológica, Sexual, Física).

Para la **Violencia Psicológica** se obtuvieron los siguientes resultados “No casos de Violencia Psicológica”: valores de 0 a 5 puntos.

“Caso de Violencia Psicológica”: valores de 6 a 18 puntos.

“Caso de Violencia Psicológica Severa” : valores de 19 hasta 81 puntos.

Para la **Violencia Sexual** se obtuvieron los siguientes resultados “No casos de Violencia Sexual”: valores del 0 a 1 puntos

“Caso de Violencia Sexual”: valores de 2 a 6 puntos

“Caso de Violencia Sexual Severa”: Valores de 7 en adelante

Para la **Violencia Física** se obtuvieron los siguientes resultados “No casos de Violencia Física”: valores del 0 a 2 puntos.

“Casos de Violencia Física”: valores de 3 a 12 puntos.

“Casos de Violencia Física Severa”: valores de 13 en adelante Para Violencia Física Severa con solo uno de estos actos: “No violencia física severa” valores 0.

“Violencia física Severa” valores por arriba de 0.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK I

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**, es un cuestionario breve que evalúa la severidad de una depresión, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron **T. Beck**, es un cuestionario autoadministrado que consta de **21 preguntas** de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la **severidad de una depresión**. Muestra un Alpha de Cronbach de .92 es una

medida valida y confiable de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos de población clínica y no clínica. El sujeto que realiza el test deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo (donde 0 es que no te identificas en absoluto, pudiendo concluir que no presenta los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 es que hay una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas).

Es un test de fácil realización, en el que el sujeto no emplearía más de 10 o 15 minutos en hacerlo, dependiendo eso sí de las características del propio sujeto, ya que las pregunta son de fácil comprensión y realización. Con un puntaje mayor a 40 a través de los cuales se clasifica en:

- **1 – 10 puntos:** altibajos considerados **normales**,
- **11 – 16 puntos:** Leve **perturbación del estado de ánimo**,
- **17 – 20 puntos:** Estados de **depresión intermitentes**,
- **21 – 30 puntos;** **depresión moderada**,
- **31 – 40 puntos;** **depresión grave**,
- **+ 40 puntos:** **depresión extrema**.

Análisis estadístico:

Los datos obtenidos se vaciaron en el programa SPSS V.20 en español.

1. En el primer momento se realizó un análisis univariado, con las siguientes variables:

- ◆ Variables **cualitativas nominal** (violencia de género, violencia de género psicológica, violencia de género sexual, violencia de género física, depresión, grado de depresión, escolarización, actividad laboral, estado civil, tipo de población) representada por medio de porcentajes, frecuencias y gráficas de barras.
- ◆ Variables **cualitativas ordinales** (nivel de depresión,): Se representaron por medio de porcentajes, frecuencias, gráfica de barras.
- ◆ Variables **cuantitativas continuas** (edad): Se representó por medio de medidas de tendencia central media, mediana y moda y medidas de dispersión desviación

estándar en caso de distribución libre se representó por medio de medidas de tendencia central mediana y de dispersión valores máximos y mínimos.

2. En un segundo momento se realizó un análisis bivariado por medio de las variables violencia de género y depresión se realizó la prueba estadística de Chi-cuadrada $p = <0.05$

ASPECTOS ÉTICOS

Código de Núremberg

El código hace referencia al consentimiento informado y al menor daño que debe tener el sujeto de estudio, en mi proyecto de investigación se realizó una sesión informativa y se explicó ampliamente a las participantes en que consistía y que los datos que me proporcionaron fueron confidenciales. Este código hizo referencia a lo importante del consentimiento voluntario del sujeto humano de estudio, por lo cual antes de realizar el estudio se le entregó una carta de **consentimiento y asentimiento informado** por ser menores de edad, informando a las participantes, la utilidad del presente estudio el cual es en beneficio de la sociedad, considerando la violencia de género actualmente como un tema de interés tanto en el área médica como social, cabe destacar que los feminicidios han aumentado en los últimos años según el INEGI, la desigualdad y la discriminación son fenómenos que han venido padeciendo las mujeres por décadas. En México, 41.2 % de las mujeres de 15 años han sufrido algún tipo de violencia de género. En mi proyecto de investigación se realizará una sesión informativa, ya que es de suma importancia explicar ampliamente el motivo del estudio de este tema y en que consiste su participación, los datos que me proporcionen serán confidenciales, solo se les otorgará a los solicitantes, será realizado por personal de salud, aclarando todas sus dudas al respecto y mencionando que en cualquier momento del estudio tienen la libertad para no continuar con los cuestionarios que se aplicarán.

En mi protocolo de investigación se evita el sufrimiento físico, mental y daños innecesarios en las adolescentes de 10 a 19 años de edad.

Declaración de Helsinki.

Este proyecto será llevado a cabo por médico residente en formación, bajo la supervisión

de médico titular de la residencia médica, clínicamente calificado para la realización de protocolos de investigación. Antes de realizar el estudio, se le explico detalladamente a las participantes los objetivos y métodos del estudio, así como los beneficios y las molestias que el estudio puede acarrear, siendo informados de que son libres de no querer participar, posterior a esta explicación, se entregó un consentimiento y asentimiento informado por escrito a las adolescentes que desearon participar en él. En el cuestionario empleado en mi investigación, los datos obtenidos fueron resguardados por el personal de la institución encargado del departamento de investigación, salva guardando la integridad y la privacidad de la adolescente de estudio.

“El bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacia sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad”

En México, cada vez es más la preocupación por los derechos humanos se pronuncia en contra de la discriminación y a favor de la igualdad de género, **la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** fortalece estos derechos con fecha del día 9 de junio reforma el artículo 1ro que a la letra dice:

Artículo 1.- “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”

Artículo 4.- “El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia”

Algunos otros instrumentos jurídicos que establecen garantías y derechos para mujeres destacan:

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 2 de agosto de 2006.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 1º de febrero de 2007.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Reformada y publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 27 de noviembre de 2007.

En México la Norma Oficial Mexicana **NOM-046-SSA2-2005** establece criterios para la prevención y atención de violencia familiar y sexual, teniendo por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general así como en la notificación de los casos, en su apartado 4.3 por mencionar solo algunos, hace referencia a la atención médica de violencia familiar o sexual refiriéndose al conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.4.3.1 Atención integral, al manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.

4.6 Detección de probables casos, a las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar o sexual, entre la población en general.

4.13 Indicadores de violencia física a los signos y síntomas – hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.

4.14 Indicadores de Violencia Psicológica a los síntomas y signos indicativos de alteraciones nivel del área psicológica, autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira,

de vulnerabilidad, de tristeza, de humillación, de desesperación entre otros, o de trastornos psiquiátricos como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés post-traumático, de personalidad, abuso o dependencia a sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.

4.15 Indicadores de violencia sexual a los síntomas y signos físicos lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales, - o psicológicos baja autoestima,

ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, el estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia a sustancias, entre otras, alteraciones, en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual.

4.26. Violencia contra las mujeres, cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.

b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.

5.1. Todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud deberán otorgar atención médica a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones.

5.2. Esta atención médica incluye la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

Informe de Belmont

El informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, Se contemplan los 5 principios básicos de la bioética: 1) autonomía: mediante el consentimiento informado el paciente tendrá libre decisión de participación en el protocolo otorgado por el investigador, en el momento previo a la aplicación de la encuesta, en las fechas estipuladas en el cronograma para la recolección de la muestra, 2) no maleficencia: actualización constante e intervenciones diagnosticas mínimas y que están estandarizadas a la atención medica continua habitual en cada unidad de atención, 3) beneficencia: resultados en beneficio para la población con violencia de género y depresión, como oportunidad de detección temprana de violencia de género y depresión para iniciar un protocolo terapéutico en su unidad de medicina familiar, no causando mayor riesgo que el inherente a contestar los 2 cuestionarios, escalas de medición, 4) justicia: trato digno con equidad de circunstancias a cada paciente, sin distinción por:

edad, ocupación o lugar de procedencia. 5) confidencialidad: la información obtenida solo será accesible para el investigador y solo servirá para los fines últimos del cumplimiento de los objetivos de esta investigación, los cuestionarios se almacenarán en cajas de material biodegradable y selladas por medios físicos (material adhesivo) para asegurar su confidencialidad y evitar el mal manejo de la información.

Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Esta investigación se apegó según lo descrito en los siguientes artículos:

- **Artículo 13:** Hace referencia a el criterio de respeto a la dignidad y protección del sujeto de estudio, **en mi protocolo de investigación se llevará con respeto, al momento de solicitar participar en mi estudio y posterior a la realización de las encuestas, salvaguardando el bienestar de nuestras participantes al explicarles los beneficios y posibles riesgos que el estudio con lleve.**

- **Artículo 14:** Hace referencia a que se desarrolló con forme a los principios científicos y éticos que lo justificaron. **Mi protocolo de investigación**, después de ser aprobado por el **comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud**. Se realizó por personal médico capacitado, en este caso médico residente en medicina familiar, con asesoría por médico familiar con experiencia en investigación y docencia, bajo la responsabilidad de Institución de salud, ajustándose a los principios éticos fundamentales para investigación que involucre seres humanos, llevándose a cabo con previa platica informativa acerca de que los beneficios obtenidos en el estudio fueron mayores que los riesgos para la población a estudiar, aclarando todas las dudas, posterior a esto se entregó consentimiento y asentimiento informado por escrito, al ser aceptado por los participantes, se aplicó nuestro instrumento de trabajo, encuesta **ISVP, BDI-IA** .

- **Artículo 15:** Hace referencia a los métodos de selección aleatoria de la muestra. **En nuestro estudio se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia** para obtener nuestra muestra de estudio, tomando las medidas necesarias para evitar cualquier daño a nuestros sujetos de estudio.

- **Artículo 16:** Hace referencia a la protección de la privacidad del sujeto de investigación. **En mi protocolo de investigación**, los resultados obtenidos en el presente estudio, se protegerá la privacidad del sujeto de estudio, identificándose en los cuestionarios por número de folio, solo serán entregados al sujeto de estudio solicitante con identificación oficial, o bien, si requirieran ser publicados, se pedirá previamente la autorización por

escrito del sujeto.

- **Artículo 17:** Habla acerca del riesgo de la investigación, de la probabilidad de que el sujeto de estudio sufra algún daño como consecuencia del estudio. **De acuerdo a este artículo, mi proyecto** se cataloga en Investigación **con riesgo mínimo**, ya que es un estudio ambispectivo, se realizará un cuestionario a nuestros sujetos de estudio.

- **Artículo 20:** Hace referencia al consentimiento informado. **En mi protocolo de investigación**, este será elaborado por el investigador principal, en el cual se explica con lenguaje coloquial, de tal forma que se comprenda por cualquier persona que lo lea, los objetivos, justificación y beneficios y riesgos que obtiene el sujeto de estudio al aceptar incluirse en el estudio, se someterá a la libre elección del sujeto, sin coacción ninguna. Dejando claro que los datos obtenidos serán resguardados por el responsable del estudio y se salva guardara la privacidad de cada individuo.

- **Artículo 21:** Habla sobre el consentimiento informado, la forma correcta de elaborarlo y los puntos que debe llevar. **Se explicaron ampliamente en mi protocolo**, los objetivos de nuestra investigación, así como la justificación los beneficios y riesgos que puede tener el participante, contestando todas sus dudas, posterior se les entrego el consentimiento informado y asentimiento por escrito, dejando claro que se podía retirar del estudio en el momento que el sujeto de estudio lo considerará necesario o no pudiera continuar con el estudio, al ser aceptado por el sujeto, se le aseguró que los datos proporcionados serían confidenciales, para mantener su privacidad, estos datos fueron resguardados por el investigador y solo se otorgarían en caso de que los solicitará el departamento de enseñanza e investigación a cargo del Instituto Mexicano de Seguro Social con identificación oficial para poder entregar resultados.

- **Artículo 22:** El presente artículo refiere sobre la formulación por escrito del consentimiento y asentimiento informado. **El consentimiento y asentimiento informado de mi estudio, fue realizado por el investigador, fue revisado y aprobado por el comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud, es contó con la firma del investigador principal, de dos testigos y del sujeto de estudio, si este último no puedo firmar, se le proporcionó tinta indeleble para que imprimir su huella digital en el consentimiento informado y a su nombre, otra persona que el sujeto de estudio eligiera libremente.**

NORMA Oficial Mexicana NOM - 012 – SSA3 – 2012

- **Apartado 6:** De la presentación y autorización de los protocolos de investigación. **En mi investigación** se contó con un consentimiento y asentimiento informado, con dictamen

favorable del **comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud**.

- **Apartado 7:** Del seguimiento de la investigación y de los informes técnicos descriptivos: **Se dió un reporte parcial del proyecto de investigación**, y una vez realizadas las encuestas y recopilación de los resultados, se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos, y al término de esto, se entregó un reporte final con los resultados obtenidos.

- **Apartado 8:** Este apartado habla acerca del establecimiento donde se llevó a cabo la investigación, **en mi protocolo de investigación** se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 62, donde se proporciona atención médica en turno matutino y vespertino con un equipo multidisciplinario, consistente en médicos especialistas en medicina familiar, trabajo social, enfermeras, asistentes médicas, odontología. Para la aceptación de incluirse a un sujeto en mi estudio, no se condicionó la atención médica de acuerdo a su respuesta. El consentimiento informado tuvo los lineamientos establecidos por el **comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud** y quedó a cargo del médico residente que lo elaboró y lo aplicó, siendo requisito indispensable para la autorización de un protocolo, mi consentimiento cumple con lo que establece los artículos 20, 21, 22 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

- **Apartado 10:** Referente al investigador principal. **Este protocolo de investigación es elaborado por investigador principal**, apegándose a los principios de ética, investigación y seguridad correspondientes para el sujeto de estudio. **El consentimiento y asentimiento informado cumplió con los requisitos solicitados por el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación**, no obtuvimos consentimiento y asentimiento informado por parte de personal que labora en la UMF 62, o que se encuentren ligados al investigador.

- **Apartado 11:** Referente a la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación. **En mi proyecto, el sujeto de investigación tuvo la libertad de retirarse** del estudio en el tiempo que el consideró, asegurando que continuaría con tratamiento médico y atención médica, hasta la certeza de que el estudio no provocó ningún daño. Así como continuaría con consultas médicas dentro de su unidad de adscripción sin represarías.

- **Apartado 12:** Referente a la información implicada en investigaciones. **En mi protocolo se protegió la identidad y los datos personales** de los sujetos de estudio, el

investigador principal resguardaría durante 5 años, solo serían entregados a quien los solicite y para ello deberá presentar una identificación personal.

Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. Texto vigente, nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Julio de 2010

De los principios de protección de datos personales:

- **Artículo 7:** Referente a la recolección de datos personales. **Los datos personales de los participantes en nuestro estudio**, se obtendrán conforme a la normatividad vigente, mencionándole al paciente que sus datos serán resguardados y tendrán la confianza de que se mantendrá su privacidad en todo momento.

- **Artículo 8:** Referente al consentimiento informado, verbal y escrito. **Se les explicó a los sujetos de estudio**, en que consistía el protocolo, posterior se les explicó detalladamente el consentimiento y asentimiento informado, en caso de aceptar verbalmente ser partícipe del protocolo, se le entregó un consentimiento y asentimiento informado impreso para ser firmado por el sujeto de estudio y por dos testigos.

- **Artículo 9:** Habla sobre la aprobación con firma autógrafa del participante en el consentimiento y asentimiento informado. **En mi estudio**, el consentimiento y asentimiento informado, fue firmado por el participante, testigos y por el personal médico responsable del protocolo, no se ocuparon datos personales sensibles, que pudieron afectar la esfera más íntima de una persona y que cuyo uso pudo provocar un riesgo grave o una discriminación hacia nuestra población de estudio. En este estudio se salvaguardó la integridad y privacidad de nuestros participantes.

- **Artículo 11:** Referente a la verificación de los datos contenidos en la base de datos. En este protocolo de investigación, el investigador verificó que los datos obtenidos fueran los correctos para los fines que fueron recabados. Cuando los datos personales dejen de ser necesarios para **el cumplimiento de las necesidades del estudio**, serán eliminados de la base de datos, una vez que se cumpla un plazo de setenta y dos meses.

- **Artículo 12:** Sobre el tratamiento de los datos personales. Los datos obtenidos en mi protocolo de investigación, fueron **para las finalidades establecidas en el protocolo**.

- **Artículo 13:** Se trataron los datos personales de acuerdo a la privacidad establecida, **respetando la integridad de los participante con el menor riesgo posible de efectos indeseables**. Se asignó un número de folio consecutivo al cuestionario que cada paciente realizó.

- **Artículo 14:** Habla sobre los datos personales y el tratamiento de estos a efecto de que sea el mínimo indispensable. **En mi protocolo de investigación, se protegieron los**

datos personales obtenidos (72 meses), cumpliendo los principios de Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, siendo respetada la privacidad del sujeto de estudio tanto por el investigador, como por terceras personas.

REURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS

Para la realización de este estudio se necesitaron los siguientes **recursos humanos**:

- Asesor metodológico y clínico. **Dra. María Isabel Viveros Alonso** Médico Familiar.
- Investigador: **Dr. Jean Carlo García Carbajal** Residente de tercer año de Medicina familiar, aplicador de instrumento de recolección de datos, almacenamiento, análisis e interpretación de los mismos.

Para la realización de este estudio se necesitaron los siguientes **recursos físicos**:

- Expediente clínico electrónico
- Sistema de registro de laboratorio clínico
- Plumas de tinta
- Sistemas informáticos de captura y análisis de datos: (Access, SPSS versión 22)
- Impresora
- Bitácora de actividades
- Hojas de papel bond blancas
- 1 computadora portátil
- Formato de consentimiento informado
- Consultorio para la aplicación de instrumento de medición.

Para la realización de este estudio se utilizaron los **recursos financieros** necesarios para cubrir los objetivos del estudio; el 100% del total de los costos implicados en la realización de este estudio fueron financiados por el investigador asociado.

RESULTADOS

En cuanto a la **asociación entre violencia de género y depresión** en adolescentes de 10 a 19 años encontramos 51.16% mujeres adolescentes pertenecientes a familia monoparental asociado a depresión con una prueba de chi cuadrada con ($p < 0.0001$), (tabla 1 gráfica 1).

Respecto al número de adolescentes con presencia de **violencia de género** encontramos un 90.6% de predominio de adolescentes que presentó violencia de género contra el 9.4% quien no presentó violencia de género. (tabla 2, gráfica 2).

De acuerdo a la presencia de **violencia de género de tipo psicológica** se demostró que es el tipo de violencia más frecuente con 280 casos que representaron un **84.6%** de los casos de violencia, porcentaje más alto con un predominio en cuanto al tipo de severidad de violencia de este tipo, siendo así este el tipo de violencia más frecuente (tabla 3. gráfica 3)

En cuanto a la presencia de **violencia de género de tipo sexual** se demostró que es el tipo de violencia menos frecuente con 56 casos que representaron un **16.9%** de los casos del tipo violencia en las adolescentes, se observa un bajo perfil respecto a la severidad de violencia de este tipo al encontrar un bajo porcentaje de números en esta tabla. (tabla 4 gráfica 4)

Tomando en cuenta la presencia de **violencia de género de tipo física**, es el segundo tipo de violencia más frecuente con 229 casos que representaron un **69.1%** (Tabla 5, gráfica 5).

De acuerdo a la presencia de **depresión**, según la escala de Beck I, se detectó un número de mujeres adolescentes pertenecientes a familia monoparental con depresión que correspondió a 156 (47%) participantes de nuestra muestra total de 332 encuestadas para el estudio, de las cuales se tomaron en consideración la asociación a violencia de género el (51.16%) mencionado anteriormente (tabla 6, gráfica 6).

En cuanto al **grado de depresión** que se encontró en las adolescentes que dieron positivo a depresión según la escala de depresión de Beck I, el grado que predominó fue el tipo de depresión leve con 63 pacientes de los 156 correspondientes ya mencionados en la tabla anterior que representó un 40% respecto a los grados de depresión restantes. (tabla 7, gráfica 7).

En cuanto a los datos **sociodemográficos** de la población estudiada adolescentes que pertenecen a una familia monoparental de la UMF No. 62, Observamos que en su mayoría con el 17.1% predominó la edad de 15 años (tabla 8, gráfica 8) la muestra en su mayoría pertenecía a una edad promedio de la adolescencia, el 85.3% se encuentra en algún grado de escolarización (tabla 9, gráfica 9), 86.5% de la muestra elegida no se encuentra laborando actualmente (tabla 10, gráfica 10), hay un predominio de adolescentes que respecto a su estado civil se mantiene soltera con 93.9% (tabla 11, gráfica 11) y 98.5% dice pertenecer a una zona poblacional urbana (tabla 12, gráfica 12).

TABLAS Y GRÁFICAS.

Análisis estadístico.

“VIOLENCIA DE GÉNERO ASOCIADO A DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62, 2021”.

Tabla 1. Violencia de género asociado a depresión en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

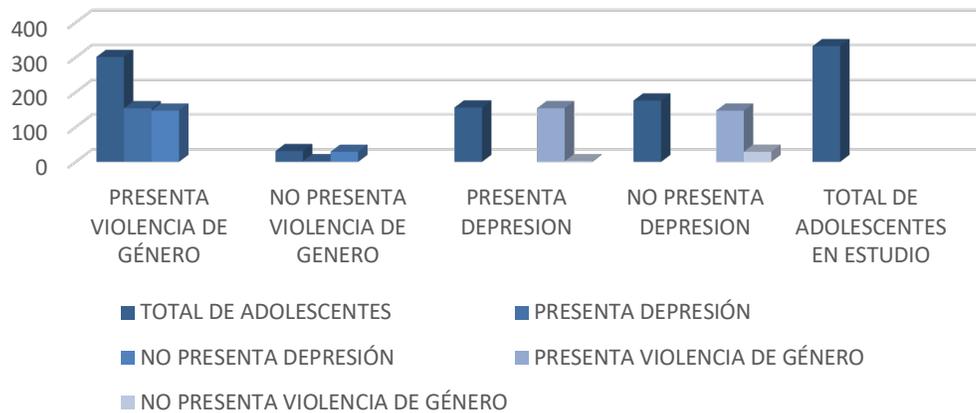
Violencia de género	SI hay presencia de Violencia de género		NO hay presencia de violencia de género		TOTAL	P
	FC	%	FC	%		
Depresión						p< 0.0001
SI existe depresión	154	51.16%	2	6.4%	156	
NO existe depresión	147	48.84%	29	93.5%	176	
TOTAL	301	90.6%	31	9.4%	332	

Fuente : Escala de medición violencia de género (ISVP). Escala de depresión BECK I

FC: frecuencia. %:Porcentaje. X^2 :Chi-cuadrada

p: nivel de significancia estadística $p < 0.05$ prueba $\chi^2 = 22.5$

Gráfica 1. Violencia de género asociado a depresión en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.



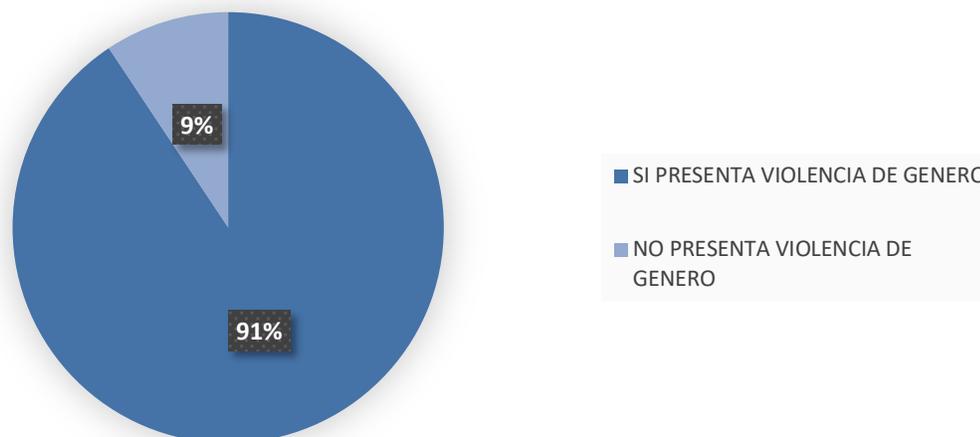
Fuente : Escala de medición violencia de género (ISVP). Escala de depresión BECK I
 FC: frecuencia. %:Porcentaje.
 p: nivel de significancia estadística $p < 0.05$ prueba chi-cuadrada

TABLA 2. EXISTENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62, 2021

VIOLENCIA DE GENERO	FC	%
SI hay violencia de genero en adolescentes que pertenecen a familia monoparental en la UMF 62, 2021	301	90.6%
NO hay violencia de género en adolescentes que pertenecen a familia monoparental en la UMF 62, 2021	31	9.4%
TOTAL	332	100%

Fuente : Escala de medición violencia de género (ISVP)
 FC: frecuencia. %:Porcentaje

GRÁFICA 2. EXISTENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62, 2021



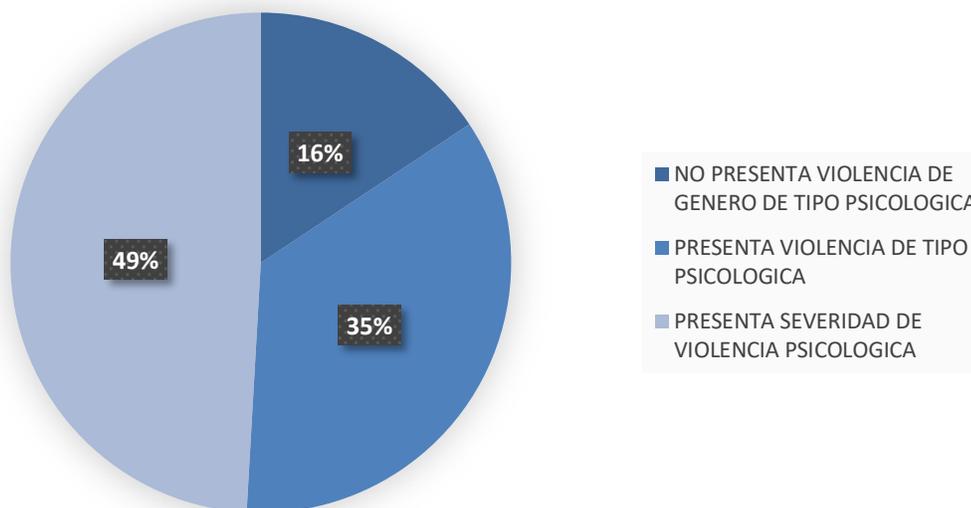
Fuente : *Escala de medición violencia de género (ISVP)*
 FC: frecuencia. %:Porcentaje

TABLA 3. Frecuencia de VIOLENCIA DE GÉNERO PSICOLOGICA en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

	NO presenta Violencia de género psicológica.		SI presenta Violencia de género psicológica		Presenta Severidad de violencia de género psicológica		Total
	FC	%	FC	%	FC	%	
<i>Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.</i>	52	15.6	117	35.2	163	49.0	332

Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje.

GRAFICA 3. EXISTENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO PSICOLOGICA EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62, 2021



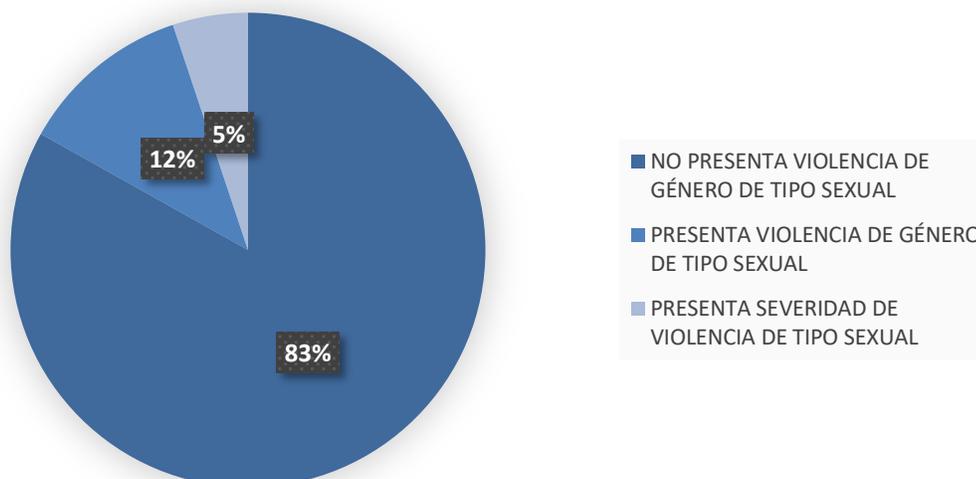
Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje.

Tabla 4. Frecuencia de VIOLENCIA DE GÉNERO SEXUAL en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

	NO hay presencia de Violencia de género sexual.		SI hay presencia de Violencia de género sexual		Severidad de violencia de género sexual		Total
	FC	%	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	276	83.1	39	11.7	17	5.1	332

Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 4. Frecuencia de VIOLENCIA DE GÉNERO SEXUAL en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.



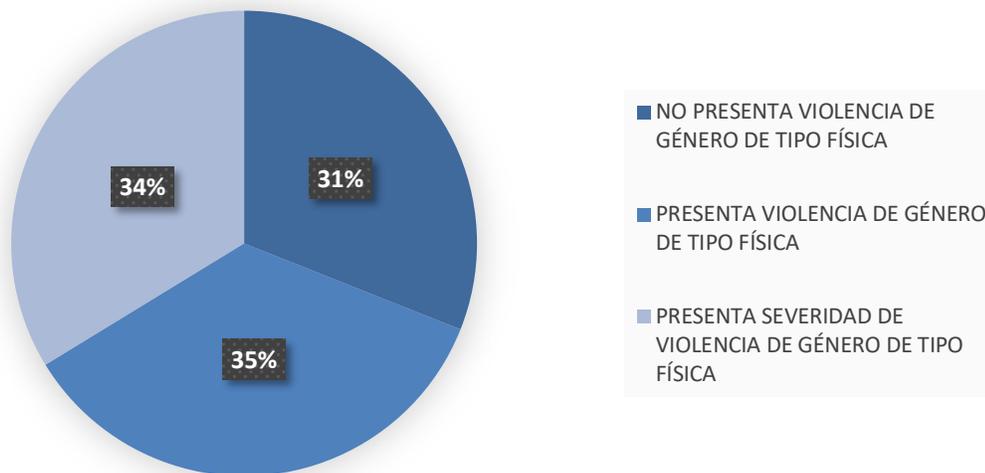
Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 5. Frecuencia de VIOLENCIA DE GÉNERO FISICA en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

	NO hay presencia de Violencia de género física.		SI hay presencia de Violencia de género física		Severidad de violencia de genero física		Total
	FC	%	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	103	31.1	117	35.2	112	33.7	332

Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 5. Frecuencia de VIOLENCIA DE GÉNERO FÍSICA en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.



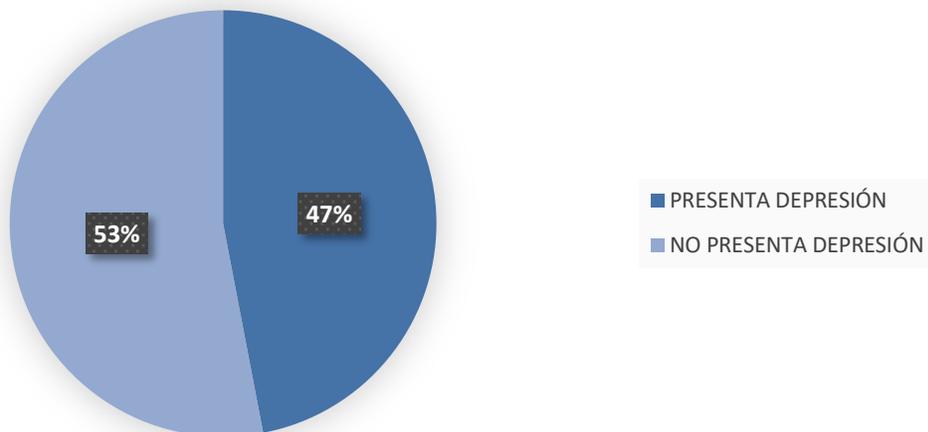
Fuente : *Escala de medición violencia de genero (ISVP)*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 6. Frecuencia de DEPRESIÓN en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

PRESENCIA DE DEPRESIÓN	NO hay presencia de Depresión.		SI hay presencia de Depresión.		Total
	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	176	53	156	47	332

Fuente : *Escala de depresión BECK I*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 6. Frecuencia de DEPRESIÓN en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021



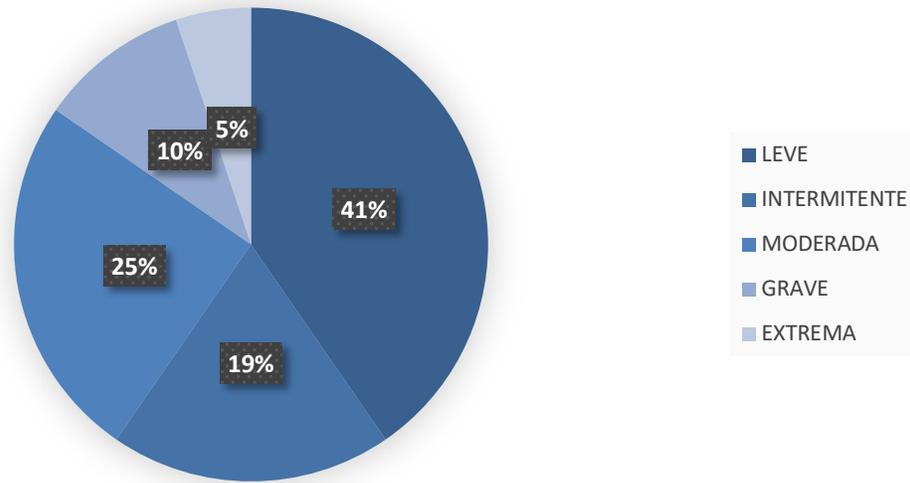
Fuente : *Escala de depresión BECK I*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 7. Frecuencia de GRADOS DE DEPRESIÓN en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF, 2021.

GRADOS DE DEPRESIÓN	Leve perturbación del estado de ánimo		Depresión intermitente		Depresión moderada		Depresión grave		Depresión extrema		Total
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	63	40	30	19.2	39	25	16	10.2	8	5.1	156

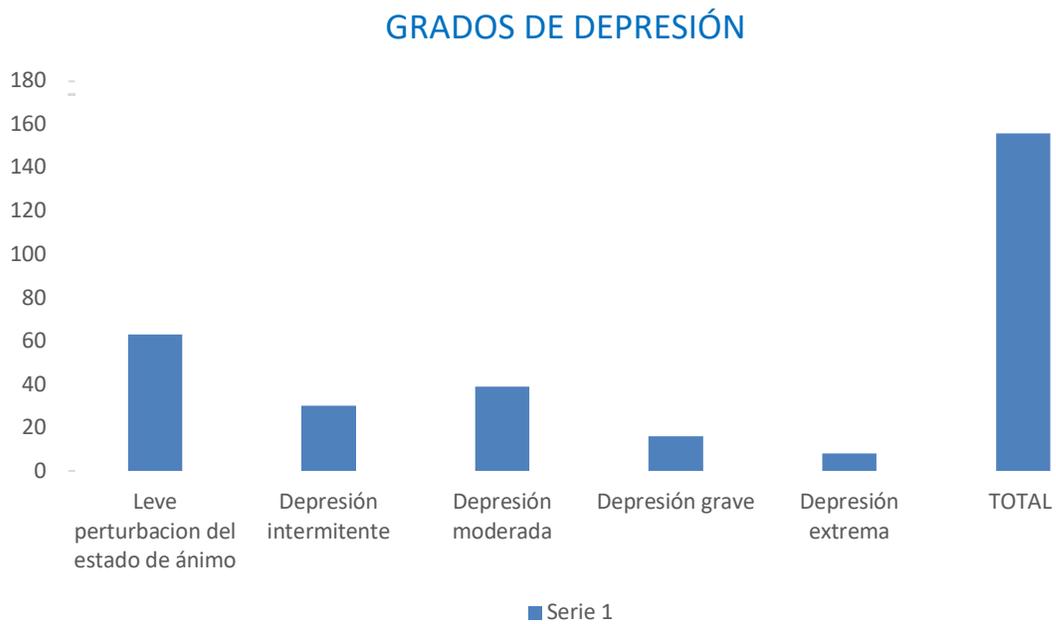
Fuente : *Escala de depresión BECK I*
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 7.Frecuencia de **GRADOS DE DEPRESIÓN** en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF, 2021.



Fuente : Escala de depresión BECK I
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 7B.Frecuencia de **GRADOS DE DEPRESIÓN** en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF, 2021.



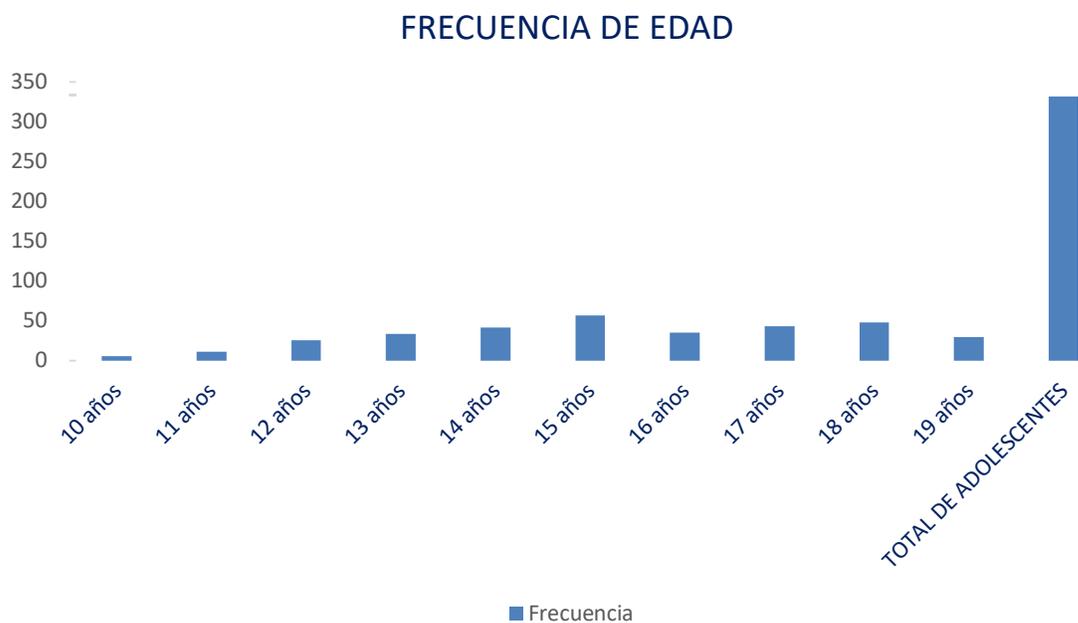
Fuente : Escala de depresión BECK I
 Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 8. Frecuencia de **edad** de las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

EDAD DE LAS ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL, EN LA UMF 62, 2021.											
	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	TOTAL
FRECUENCIA	6	11	26	34	42	57	35	43	48	30	332
PORCENTAJE	1.8	3.31	7.83	10.2	12.6	17.1	10.5	12.9	14.5	9	100

Fuente : *encuestas*

Gráfica 8. Frecuencia de **edad** de las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021



Fuente : *Encuestas.*

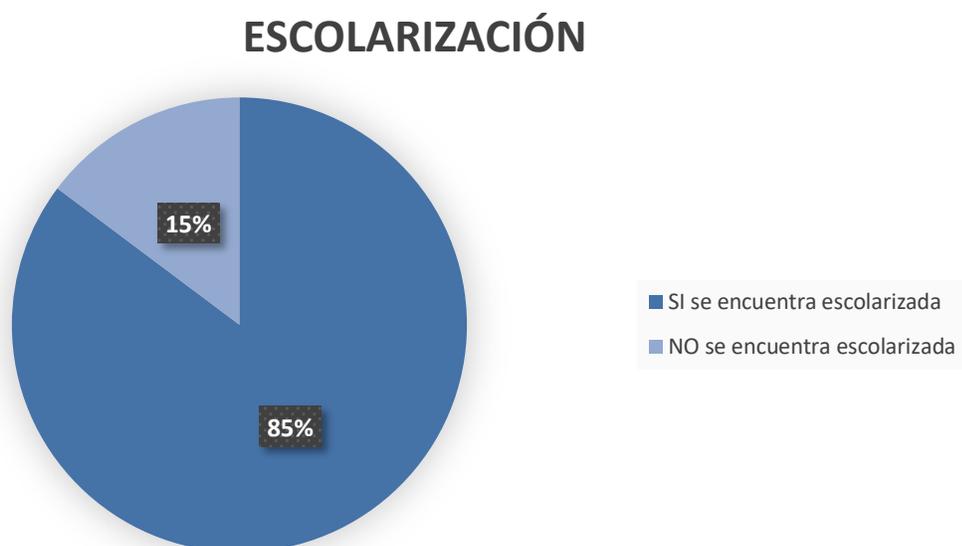
Tabla 9. Frecuencia de adolescentes en **escolarización** que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

ESCOLARIZACIÓN	SI se encuentran escolarizadas		NO se encuentran escolarizadas		Total
	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	283	85.3	49	14.7	332

Fuente : Encuestas

Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Grafica 9. Frecuencia de adolescentes en **escolarización** que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.



Fuente : Encuestas

Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Tabla 10. Frecuencia de adolescentes que desempeñan actividad económica (**laboral**) que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

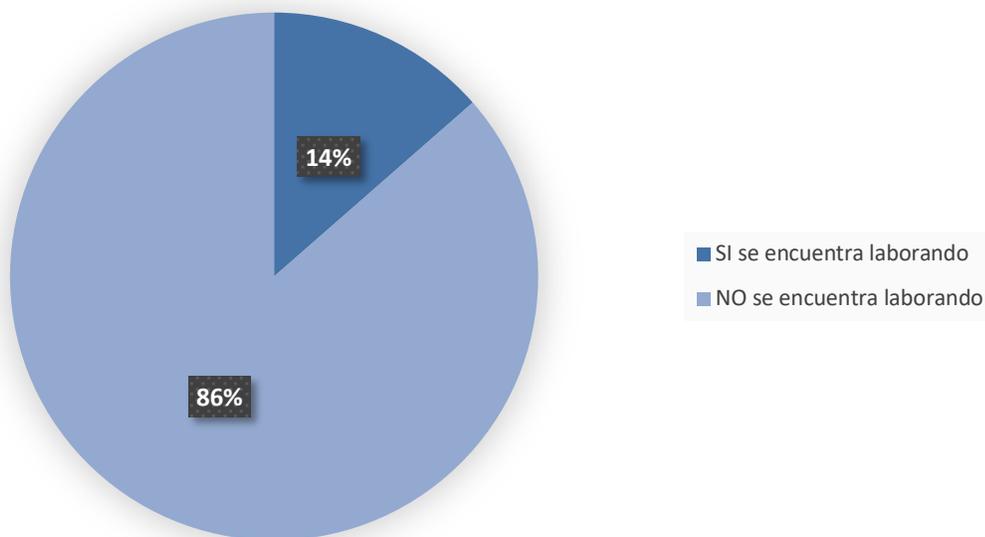
ACTIVIDAD ECONOMICA (LABORAL)	SI se encuentran laborando		NO se encuentran laborando		Total
	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	45	13.5	287	86.5	332

Fuente : Encuestas

Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje.

Gráfica 10. Frecuencia de adolescentes que desempeñan actividad económica (**labora**) que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021. simbología %:porcentaje

ACTIVIDAD LABORAL



Fuente : Encuestas

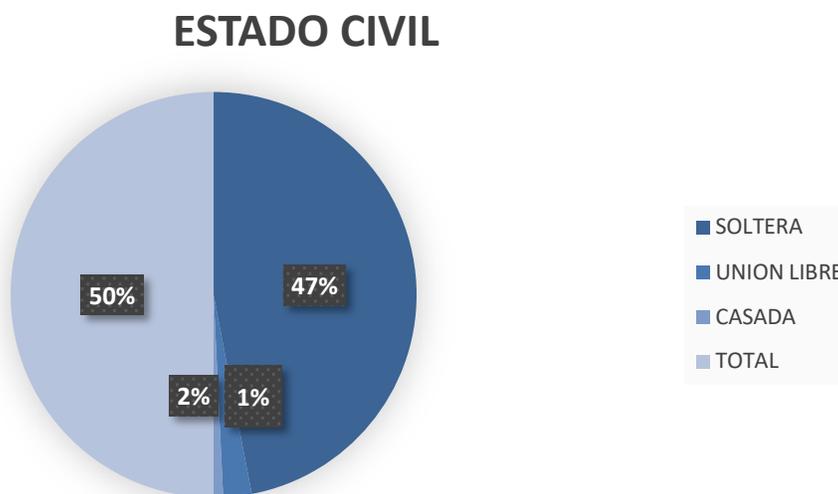
Tabla 11. Estado civil de las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.

ESTADO CIVIL	SOLTERA		UNION LIBRE		CASADA		TOTAL
	FC	%	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	312	93.9	15	4.5	5	1.5	332

Fuente : Encuestas

Simbología FC: Frecuencia %: Porcentaje

Gráfica 11. Estado civil de las adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021 Simbología %: porcentaje



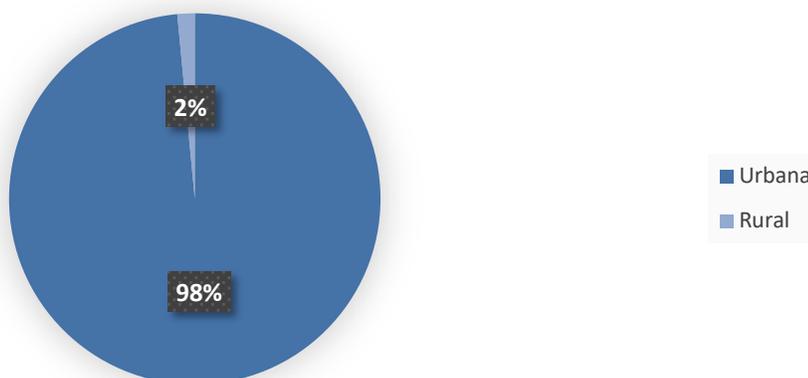
Fuente : Encuestas

Tabla 12. Tipo de población en mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021. Simbología FC: porcentaje simbología %: porcentaje

TIPO DE POBLACIÓN	Urbana		Rural		Total
	FC	%	FC	%	
Adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021.	327	98.5	5	1.5	332

Gráfica 12. Frecuencia de adolescentes que desempeñan actividad económica (**labora**) que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62, 2021. simbología %porcentaje

TIPO DE POBLACIÓN



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La organización mundial de la Salud OMS afirmó que la violencia de género es un problema de salud pública que afecta a más de un tercio de las mujeres en el mundo (OMS, 1993). La violencia de género es un problema de salud pública, dada su extensión, magnitud y consecuencias, que afecta de manera desproporcionada a las mujeres.

De acuerdo con **(Vásquez MA, y Cols. 2007)** en un estudio con 64 mujeres deprimidas realizado en un hospital de Bolivia, con el objetivo de determinar la relación entre la violencia y depresión, se asocio 67.2 % quienes refirieron haber recibido algún episodio de violencia en los últimos 12 meses. En otro estudio **(Penado MA, y Cols 2017)** llevado a cabo en España, un grupo de 266 adolescentes que mantenía una relación sentimental o de pareja heterosexual en los últimos 12 meses, víctimas de violencia de género, se observó una significativa interacción donde las chicas comprendidas entre 16 y 17 años son un grupo de mayor vulnerabilidad ellas presentarán un bajo autoconcepto emocional asociado a la violencia de género. En nuestro estudio realizado a 332 mujeres adolescentes que pertenecen a una familia monoparental, en la UMF 62 se encontró una asociación entre la violencia de género y depresión, por lo que la hipótesis propuesta se aceptó debido a que en las mujeres con presencia de violencia de género se presentará depresión en **51.6%** de los casos, mientras que en las mujeres sin presencia de violencia de género se presentará **6.4%** sin depresión, el porcentaje de violencia de género asociado a depresión es ligeramente más bajo, tomando en cuenta un grupo de población donde predomina el tipo de población de tipo urbano y un alto porcentaje de escolarización. Ha sido documentado **(Almeraz D, y Cols. 2012)** en diferentes países donde estudios indican que las mujeres violentadas tienen una probabilidad cuatro a cinco veces superior de necesitar tratamiento psiquiátrico que las no violentadas, así como una probabilidad cinco veces mayor de intentar suicidarse, en la edad adolescente puede asociarse a comportamientos anormales, pueden manifestar aspectos como bajo nivel de rendimiento académico, agresividad, depresión e incluso suicidio.

Por otro lado se determinó que la frecuencia de violencia de género en adolescentes que pertenecen a una familia monoparental en la UMF 62 fue de 90.6 %. De acuerdo con **(García MC, y Cols. 2019)** el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011) en los datos vertidos en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011, un 62.8% de las mujeres de 15 años y más, ha sufrido algún tipo de

violencia en México, con 17.6% es la violencia recibida por parte de la pareja. Entre el tipo de violencia de género de género en adolescentes que pertenecen a una familia monoparental en la UMF 62 la prevalencia del tipo de violencia psicológica fue de 84.3%, en segunda instancia tenemos del tipo de violencia física con 68.9% y por último y no menos importante la violencia de orden sexual que fue de 16.8 %. Es importante señalar en este contexto que la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida. Se ha observado que durante esta etapa adolescente aumentan los trastornos depresivos presentándose acentuadamente en las mujeres.

Entre las principales características se encontró que el 47 % de las participantes adolescentes que pertenecen a una familia monoparental en la UMF 62, a través de la escala de depresión de Beck I se encontraba en algún grado de depresión de las cuales 98.7% presenta violencia de género en cualquiera de sus versiones, lo que demuestra que las adolescentes pertenecientes a familia monoparental, son propensas a deprimirse si presentan violencia de género en cualquiera de sus versiones psicológica, sexual o física. Cabe mencionar la importancia que representa siempre el contexto familiar ya que hay estudios que demuestran que la violencia en la familia de origen puede estar vinculada a patrones de conducta depresivos y a la violencia de pareja. Los antecedentes de violencia en la familia de origen representan un incremento de la probabilidad de presentar cambios de conducta. La familia monoparental representa un factor de riesgo en cuanto a la depresión y ansiedad, diferentes autores, han señalado los siguientes efectos emocionales: sentimientos de abandono y rechazo, culpabilidad por la separación de los padres; miedo no resuelto e inseguridad; baja autoestima; ansiedad y depresión, ansiedad por separación e inadaptación personal, familiar, escolar y social. Sin embargo, estos efectos pueden ser revertidos en el tiempo, si se mantienen buenos lazos afectivos entre padres e hijos, a pesar de la ausencia del papá o la mamá. Estudios señalan que se observan niños con altas puntuaciones en ansiedad que tendieron a presentar progenitores con bajo nivel de apoyo, disciplina y autonomía.

Se identificó que el **40 %** de las participantes presentan un grado leve de depresión según la escala de Beck I, el cual es predominante entre las adolescentes en estudio pertenecientes a una familia monoparental, según los distintos grados de depresión que menciona dicha escala. Estudios previos en la ciudad de México señalan que la prevalencia de síntomas clínicos de estados depresivos en adolescentes predominó en las mujeres con 17.8% y en los hombres del 7.7%. Una detección y tratamiento oportuno evita la cronicidad. La mayor tasa de cronicidad de la depresión se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia, (**González L, y Cols. 2018**) la depresión no es el resultado solamente de procesos bioquímicos, sino de un conjunto de elementos psicosociales que interactúan para conformar riesgos que hacen probable el desarrollo de enfermedades mentales (Díaz et al., 2006).

En cuanto a los datos sociodemográficos de la población estudiada adolescentes que pertenecen a una familia monoparental de la UMF No. 62, Observamos que en su mayoría con el 17.1 % predominó la edad de 15 años, la muestra en su mayoría pertenecía a una edad promedio de la adolescencia, el 85.3% se encuentra en algún grado de escolarización, 86.5% de la muestra elegida no se encuentra laborando actualmente, de ellas 93.9% son solteras y 98.5% dice pertenecer a una zona poblacional urbana. Los trastornos del estado de ánimo son más frecuentes entre los adolescentes que no estudian ni trabajan subraya que la pertenencia a un rol ocupacional conlleva implicaciones en el estado emocional. Tomando en cuenta que en estas edades la ocupación de estudiante es la más predominante en zonas urbanas, y que la condición adicional de trabajar o solo trabajar está estrechamente relacionada con la falta de recursos económicos, en este orden de ideas, no estudiar ni trabajar pone en evidencia una problemática social que permea a lo emocional. Por ello, la responsabilidad corresponde tanto al sector salud como a los otros sectores que modulan también el desarrollo de los jóvenes y su entorno: el educativo, el de los medios masivos de comunicación, el laboral, y el legal, entre otros. Enfocar el problema desde múltiples sectores puede permitir ver el panorama completo y con ello, los esfuerzos pueden resultar más fructíferos.

CONCLUSIONES

Es importante detectar oportunamente la violencia contra las mujeres, ya que es un camino que gradualmente puede conducir al feminicidio. La violencia contra las mujeres puede tomar muchas formas; se puede representar mediante el comportamiento o puede ser psicológico y, por lo tanto, difícil de ver o medir. Puede ser duradero o puede ser breve, pero intenso. La violencia contra la mujer es una de las principales preocupaciones a nivel mundial, y se requiere mucha atención, recursos y sensibilidad para poner en marcha estrategias coordinadas para intervenir, para detener su evolución, gravedad y consecuencias.

Los adolescentes hoy en día enfrentan muchos desafíos y situaciones potencialmente estresantes relacionados con el compromiso educativo, el ritmo de vida y las exigencias cada vez más altas debido a una alta competencia tanto académica como laboral, se requieren cada vez individuos mejor preparados, el comportamiento social, el desarrollo sexual, factores familiares, los conflictos emocionales deterioran la salud mental y física tanto de hombres como mujeres, la adolescencia entendida como esa transición entre niños y adultos exige mas responsabilidad de parte de las autoridades sanitarias, por lo cual es urgente identificar aquellos motivos por simples que parezcan para fomentar y crear condiciones para tener una adolescencia que tenga oportunidades de crecimiento. Es urgente erradicar la desigualdad entre hombres y mujeres, el ritmo de vida gradualmente incrementa el número de familias con un solo progenitor lo que se refleja en una familia entendida en la medicina familiar como familia monoparental, los adolescentes de familias monoparentales, tienen mas probabilidades de presentar trastornos de conducta. Destacar que en la familia nuclear como monoparental la estructura de los lazos afectivos genera efectos que se reflejan con el tiempo, en comportamientos y hábitos saludables, si se mantienen buenos lazos afectivos entre padres e hijos, a pesar de la ausencia de uno de los miembros.

En conclusión podemos mencionar que las familias ya sea de orden nuclear o monoparental deben generar lazos afectivos, vínculos que fomenten comportamientos y hábitos saludables del individuo en formación, pertenecer a una familia monoparental no debe ser un estigma para no erradicar la violencia de género, si disminuimos con educación desde el hogar la ideas y creencias machistas, la desigualdad entre hombres y

mujeres, erradicamos las acciones de violencia a la mujer, contribuimos también entre otras situaciones a disminuir los niveles de depresión desde edades tempranas, lo que se reflejará en mayor número de adolescentes con mejor calidad de vida lo cual repercutirá en diversos ámbitos de la vida incluyendo desde luego el de la salud.

Combatir la violencia contra las mujeres es un mandato no solo local, el cual atañe a todos los individuos, ya que se trata de un problema de indole mundial en las sociedades. La erradicación de la violencia de género exige un cambio cultural. Esperamos que este estudio sea un aporte a la comprensión y tratamiento de este mal y permita avanzar hacia su eliminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caudillo L, Análisis de los determinantes sociales de la violencia de género. Ra Ximhai [en línea]2017 [Fecha de consulta 20 de Marzo de 2020]13(2) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510007.pdf>
2. Águila Y, Las consecuencias de la violencia de genero para la salud y formación de los adolescentes. Rev.Méd.Electrón.[Internet] 2016[Fecha de consulta 20 de Marzo de 2020]38(5) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005
3. Penado M. Análisis del autoconcepto en las víctimas de violencia de género entre adolescentes. Suma Psic.[Internet]2017[Fecha de consulta 26 Marzo de 2020]24(1) Dispñible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012143811730022X>
4. Bazán G, Análisis de la relación entre depresión y estilo de vida en adolescentes. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.[Internet]2018[consultado 30 de Marzo 2020]21(3) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi183s.pdf>
5. Guerra C. Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2019 [citado 30 marzo 2020] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272019000200100
6. Veytia M. Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. Informes Psicológicos[Internet]2016[consulta 22 de marzo 2020]16(1) Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6471>
7. Vercelino S, Representaciones de la monoparentalidad y la diversidad familiar en el ámbito educativo. Rev Pilquen.SecPsicopedagogía [Internet] 2018 [Consulta 29 marzo 2020]14(2) Disponible en: <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/psico/article/view/1795>

8. Fernández F. La monoparentalidad derivada de la violencia de género análisis de la cuestión. Rev sobre la Inf y la Adol. [Internet] 2019 [Consulta 28 Marzo 2020]0(16) Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/10844/11250>
9. Ruiz M. Violencia Intrafamiliar directa percibida por adolescentes. Rev. Finlay [revista en Internet] 2019 [Consulta 30. Marzo. 2020]9(2) Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/669/1751>
10. Vargas H. Violencia contra la mujer inflingida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Hered. [Internet]2017[Consulta 29 Marzo 2020]28(1) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a09v28n1.pdf>
11. Molla C. Menores que maltratan a sus progenitores: definición integral y su ciclo de violencia. An de Psic. Jur. [Internet]2018[Consulta 29 Marzo 2020]0(28) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/315628317_Menores_que_Maltratan_a_sus_Progenitores_definicion_Integral_y_su_Ciclo_de_Violencia.
12. Olvera, A. Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución educativa particular, Rev. Estomatol. Herediana. [Internet] 2018[Consulta 01 Abril 2020];29(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1019-43552019000300004&script=sci_arttext
13. Aguilar Z. Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años, Rev. Psic. Clín. N. y Adolesc.[Internet]2019[Consulta 30 Marzo 2020]6(1). Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/05_3.pdf
14. Imaz C. La conducta violenta en la adolescencia. Pediatría Integral[Internet]2017[Consulta 01 Abril 2020];21(4) Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/la-conducta-violenta-en-la-adolescencia/>
15. García M. Reflexiones de la violencia hacia la mujer. Rev. Perf. De las Cienc. Soc. [Internet] 2019[Consulta 30 de Marzo 2020]; 7(13). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/perfiles/article/view/3364/2509>
16. Pérez G. Análisis descriptivo de la problemática conductual y emocional, y estilos de crianza parental en una muestra de adolescentes de una institución pública. Análisis y modificación de conducta.[Internet] 2017[Consulta 30 de Marzo 2020]; 43 (167). Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14405/Analisis.pdf?sequence=2>.
17. Marcos S. El fantasma del control y los celos: Violencia de género durante el noviazgo. INFAD Rev. de Psic. [Internet] 2019[Consulta 02 de Abril 2020]; (2). Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/1476-4920-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/1476-4920-1-PB%20(1).pdf)
18. González L. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Univ. Psych. [Internet]2018[Consulta 02 de Marzo 2020]; 17(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/647/64755358008/64755358008.pdf>
19. Navarro L. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. Liberabit[Internet]2017[Consulta 02 de Marzo 2020]; 23(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v23n1/a05v23n1.pdf>

20. Ramos A. Estereotipos y diversidad de género: una mirada a las relaciones de género desde adolescentes de una escuela rural. LIMINALES Esc. Psic. y sociol. [Internet] 2019 [Consulta 3 de Marzo 2020]; 8(16). Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Downloads/374-Texto%20del%20art%C3%ADculo-859-1-10-20200127%20(1).pdf.
21. Fovedano A. Adolescents' Life Satisfaction: The Role of Classroom, Family, Self-Concept and Gender. Int J Environ Res Public Health [Internet] 2019 [Consulta 5 Abril 2020] 17(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6982278/>
22. Andrew R. Family factors and parental correlates to adolescent conduct disorder. Journal of Family Studies, [Internet] 2019 [Consulta 2 Abril 2020] 10(1) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332130644_Family_Factors_and_Parental_Correlates_to_Adolescent_Conduct_Disorder.
23. Eun-Ho L. Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory-II among Korean Adolescents. Psychiatry Investig. [Internet] 2017 [Consulta 4 Abril 2020] 14(1) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5240453/>
24. Georgia Z. Intimate Partner Violence and its Escalation Into Femicide. Frailty thy Name Is "Violence Against Women. Front Psychol [Internet] 2018 [Consulta 4 de Abril 2020] 9(1777) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6168672/>
25. Livingston G. About one-third of U.S. children are living with an unmarried parent. Pew research Center. [Internet] 2018 [Consulta 5 Abril 2020] 17(1) Disponible en: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2018/04/27/about-one-third-of-u-s-children-are-living-with-an-unmarried-parent/>
26. Kumar A. Violence against women and mental health. Ment Health and Prevent. [Internet] 2013 [Consulta 30 Marzo 2020] 10(10) Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256082609_Violence_against_Women_and_Mental_Health.
27. Khan A. Prevalence and correlates of depressive symptoms in secondary school children in Dhaka city, Bangladesh. Ethnicity & Health [Internet] 2017 [Consulta 9 Abril 2020] 25(1) Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13557858.2017.1398313>
28. Hillis S. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics. [Internet] 2016 [Consulta 09 Abril 2020] 137(3) Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/01/25/peds.2015-4079.full.pdf>
29. World Health Organization. Violence Against Women. [Internet] 2017 [Consulta 01 Abril 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
30. Jayne R. The impact of financial hardship on single parent: an exploration of the journey from social distress to seeking help. J Fam Issues [Internet] 2018 [Consulta 10 abril 2020] 39(2) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5932102/>
31. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Criterios para la prevención y atención. Diario Oficial de la federación México, 2009
<https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

32. Valdez R. Escala de Violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Pública Mexicana[Internet]2006[Consulta 28 Marzo 2020]48(supl.2) Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31378.pdf>
33. Ramos J. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.[Internet]1986[Consulta 20 Marzo 2020]14 Disponible en:<https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>.
34. Kent M. Diccionario Oxford de medicina y ciencias del deporte. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2003.
35. Kemp JE, Dayton DK. Planning and producing instructional media. New York: Harper and Row; 1985.
36. González R, Aldana L. La psiquiatría y sus nombres. Madrid: Panamericana S.A.; 1999.
37. Dorland B. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina (2 vols.). Madrid: McGraw-Hill; 1992.
38. Myers T. Mosby's Dictionary of Medicine, Nursing & Health Professions. U.S.A: Mosby; 2008.
39. Cervera C. Diccionario médico y abreviaturas de uso frecuente en neurología. Barcelona: Nexus Médica; 2005
- 40 Real Academia Española .Disponible en: <http://www.rae.es>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de identificación.

“VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62”.

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/UMF/Numero consecutivo)

Al iniciar la entrevista lo siguiente: Hola soy el **Dr. Jean Carlo García Carbajal**, el objetivo de este cuestionario es realizarte unas preguntas de sus datos generales y relacionados a Violencia de género y depresión ; toda la información proporcionada en este cuestionario será confidencial y se asegura que su único fin será para fines de esta investigación. Es necesario que contestes las preguntas lo más realista o cercano a la verdad posible. Le agradezco su participación.

Ficha de identificación:

Número de Seguro social

Edad

Fecha de Nacimiento

Género

Ocupación

Municipio de residencia

ANEXO 2

Escalas de Evaluación.

ESCALA DE VIOLENCIA E ÍNDICE DE SEVERIDAD (ISVP)

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/UMF/Número consecutivo):

Al iniciar la entrevista lo siguiente: Hola soy el **Dr. Jean Carlo García Carbajal**, el objetivo de este cuestionario es realizarle unas preguntas de sus datos generales y relacionados a Violencia de género y depresión; toda la información proporcionada en este cuestionario será confidencial y se asegura que su único fin será para fines de esta investigación. Es necesario que conteste las preguntas lo más realista o cercano a la verdad posible. Le agradezco su participación.

REACTIVOS

Severidad de la violencia psicológica:

1. ¿Te han dicho que eres poco atractiva o fea?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

2. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

3. ¿Te han rebajado o menospreciado?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

4. ¿Te han insultado?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

5. ¿Te han agredido con navaja cuchillo o machete?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

6. ¿Te han rebajado o menospreciado frente a otras personas?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

Severidad de la violencia sexual:

7. ¿Te han exigido tener relaciones sexuales?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

8. ¿Han usado la fuerza física para tener relaciones sexuales contigo?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

9. ¿Te han amenazado con irse con otras mujeres si no accedes a tener relaciones sexuales?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

Severidad de la violencia física:

10. ¿Te han pegado con el puño o la mano?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

11. ¿Te han sacudido, zarandeado, o jaloneado?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

12. ¿Te han torcido el brazo?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

13. ¿Te han pateado?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

14. ¿Te han empujado a propósito?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

15. ¿Te han disparado con una pistola o rifle?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

16. ¿Te ha agredido con navaja, cuchillo o machete?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

17. ¿Te ha quemado con cigarro u otra sustancia?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

18. ¿Te ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

19. Te ha tratado de ahorcar o asfixiar?

A) NUNCA. B) ALGUNAS VECES. C) VARIAS VECES. D) MUCHAS VECES

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck I

Fecha:

Folio de cuestionario (día/mes/UMF/Número consecutivo):

Al iniciar la entrevista lo siguiente: Hola soy el **Dr. Jean Carlo Garcia Carbajal**. El objetivo de este cuestionario es realizarte unas preguntas de tus datos generales y relacionados a Violencia de genero y depresión ; toda la información proporcionada en este cuestionario será confidencial y se asegura que su único fin sea para fines de esta investigación. Es necesario que contestes las preguntas lo más realista o cercano a la verdad posible. Te agradezco tu participación.

SUBRAYA con una línea con que respuesta te identificas más

PREGUNTA NÚMERO 1:

- No me siento triste.
- Me siento triste.

- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

PREGUNTA NÚMERO 2:

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas mejorarán.

PREGUNTA NÚMERO 3:

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

PREGUNTA NÚMERO 4:

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

PREGUNTA NÚMERO 5:

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

PREGUNTA NÚMERO 6:

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento culpable como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

PREGUNTA NÚMERO 7:

- No estoy decepcionado de mí mismo
- Estoy decepcionado de mi mismo
- Me da vergüenza de mi mismo
- Me detesto

PREGUNTA NÚMERO 8:

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

PREGUNTA NÚMERO 9:

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad

PREGUNTA NÚMERO 10:

- No lloro mas de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aun que quiera.

PREGUNTA NÚMERO 11:

- No estoy más irritado de lo normal en mi.
- Me molesto o irrito mas fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

PREGUNTA NÚMERO 12:

- No he perdido el interés por los demás.

- o Estoy menos interesado en los demás que antes.
- o He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- o He perdido todo el interés por los demás.

PREGUNTA NÚMERO 13:

- o Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- o Evito tomar decisiones más que antes.
- o Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- o Ya me es imposible tomar decisiones.

PREGUNTA NÚMERO 14:

- o No creo tener peor aspecto que antes.
- o Me temo que ahora parezco mas vieja o poco atractiva.
- o Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
- o Creo que tengo un aspecto horrible.

PREGUNTA NÚMERO 15:

- o Trabajo igual que antes.
- o Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- o Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- o No puedo hacer nada en absoluto.

PREGUNTA NÚMERO 16:

- o Duermo tan bien como siempre.
- o No duermo tan bien como antes.
- o Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

PREGUNTA NÚMERO 17:

- No me siento mas cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

PREGUNTA NÚMERO 18:

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito
- He perdido completamente el apetito

PREGUNTA NÚMERO 19:

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido mas de 2 kilo y medio.
- He perdido mas de 4 kilos.
- He perdido mas de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI. NO.

PREGUNTA NÚMERO 20:

- No estoy preocupado por mi salud mas de lo normal
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

PREGUNTA NÚMERO 21:

- No he observado ningún cambio recientemente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- Estoy mucho menos interesada por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL: _____

ANEXO 4 Y 5

Consentimiento y asentimiento informado.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación
(padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)**

Nombre del estudio:	"VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62".
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 62 ubicada en Av. 16 de septiembre 39 Col. Guadalupe C.P. 54800 Cuautitlán México Oriente.
Número de registro institucional:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	La violencia y tristeza en exceso deterioran tu sensación de gusto por vivir, por lo cual te sentirás diferente al resto de las chicas de tu edad, disminuyen tus ganas de estudiar, de integrarte con tus amigos o bien con tu familia y gradualmente incluso sentirte sin deseos de ir a la escuela, de cooperar en labores de casa de socializar con mas personas e incluso sin ganas de vivir. Por lo cual el objetivo de las preguntas que te haré es saber si presentas violencia por ser mujer y si esto te genera mucha tristeza, con ello se pretende implementar programas, pláticas o planes que orienten a la familia en conjunto, de manera que tu como adolescente, mejores tu sensación del gusto por vivir y puedas tomar mejores decisiones para tu vida.
Procedimientos:	Contestarás dos cuestionarios; el primero con 19 preguntas con la finalidad de saber si has experimentado violencia o agresiones por el hecho de ser mujer. El segundo cuestionario es de 21 preguntas para saber si presentas mas tristeza de lo que puede considerarse habitual y se clasifica en distintos grados. Responde cada enunciado lo más realista o cercano a la verdad posible, solo debes "colocar una X" en los enunciados que más se relacionen o sea más parecido con lo que estas sintiendo. Si alguna pregunta te hace sentir mal, puedes dejar de contestar el cuestionario en cualquier momento.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio está clasificado como Riesgo mínimo: lo que significa que no puede afectar a tu salud o producir un daño en el momento de contestar las preguntas , porque se usa una prueba que tu misma contestarás sobre lo que sientes y piensas de ti. Las molestias que puedes presentar es que, al pensar sobre tu vida, pudiera ocasionarte sentirte mal e incomoda al momento de contestar las preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si el cuestionario que vas a contestar da como resultado que la violencia te genere tristeza o te afecta, serás candidata si así lo ameritaras a tomar un tratamiento, siempre y cuando aceptes, yo como investigador me encargaré de llevarte con tu médico familiar y trabajo social, en caso que de que padezcas fuertes agresiones por ser mujer y más tristeza de lo que se considera normal o habitual. En el caso de trabajo social; para que recibas platicas para las personas de tu edad que presenten vivencias parecidas a la tuya.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado de tus cuestionarios se dará a conocer el mismo día que lo realices. Estará resguardado por el investigador como lo menciona la Ley Federal de protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, en caso de que lo solicites se te entregará de forma individual y en completa privacidad.
Participación o retiro:	La participación es libre y puedes retirarte en cualquier momento del estudio sin ninguna consecuencia en el trato posterior o en futuras consultas médicas de la UMF 62 Cuautitlán, tu participación es libre.
Privacidad y confidencialidad:	El compromiso del investigador contigo es guardar tu información de forma que nadie tenga acceso a esta con base en lo establecido en la ley. En caso de requerirla solamente se te entregará a ti, tus datos sólo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Maria Isabel Viveros Alonso coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud Mat 99152543
Unidad de Medicina Familiar 62
Tel. 5555076762 E-mail:doctora_marisa@hotmail.com

Colaboradores: Dr. Jean Carlo García Carbajal. Residente de Medicina Familiar Mat 96152320 Tel 5555010552 E-mail
drgarcia30reader@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité_eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-014

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: "VIOLENCIA DE GÉNERO Y DEPRESIÓN EN MUJERES ADOLESCENTES QUE PERTENECEN A UNA FAMILIA MONOPARENTAL EN LA UMF 62".

Número de registro institucional _____

● Objetivo del estudio y procedimientos _____

Hola, mi nombre es Dr. Jean Carlo García Carbajal y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para determinar acerca de si haz vivido agresiones por el hecho de ser mujer o pertenecer al sexo femenino, así como saber si estas agresiones te han hecho sentir mucha tristeza y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenarnos dos encuestas, las cuales contienen preguntas que nos harán saber si presentas algún tipo de agresiones por el hecho de ser mujer como anteriormente te mencioné y la otra encuesta o cuestionario que nos permitirá conocer si tienes mas tristeza de lo que puede considerarse normal.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

