



# **UNIVERSIDAD DE FLORES**

## **Facultad de Psicología y Ciencias Sociales**

### **Licenciatura en Psicología**

#### **Autoridades de la Universidad:**

Rector Emérito: Dr. Roberto Kertész.

Rector: Mgter. Néstor H. Blanco.

Vice Rectora Académica: Arq. Ruth Fische.

#### **Autoridades de la Unidad Académica y de la Carrera:**

Decana: Lic. Beatriz Labrit.

Director de carrera: Lic. Psicología Mgter. Marcelo Godoy.

Jefe de Área Clínica: Lic. Gustavo Nahmod.

Tutor de contenido: Lic. Ricardo Gregorio.

Tutores metodológicos: Dr. Edgardo Etchezahar. Lic. Joaquín Ungaretti.

Alumna: Carolina Fernanda Catana                      N° de legajo: 5849

#### **Título: “Violencia familiar y depresión en mujeres adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”**

Lugar: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fecha de elaboración y entrega T.I.F: Año Lectivo 2017

<b><u>ÍNDICE</u></b>	<b><u>PÁG</u></b>
Introducción	3
1- Marco Teórico	4
- <i>Conceptualización de la Violencia</i>	4
- <i>Violencia Familiar en el Contexto Jurídico</i>	5
- <i>Génesis de la Violencia desde la perspectiva Psicoanalítica</i>	9
- <i>Violencia Familiar endogámica</i>	10
- <i>Ser Mujer dentro de una cultura violenta</i>	11
- <i>El padecimiento depresivo</i>	12
- <i>Diferentes aportes metodológicos a la perspectiva depresiva</i>	15
2- Estudios empíricos sobre Violencia y Depresión	19
- <i>Trastorno depresivo, farmacoterapia: Mantenimiento y Cronicidad</i>	23
3- Problema de Investigación	25
4- Objetivos	27
5- Hipótesis	27
6- Método	27
- 6.1. <i>Diseño</i>	27
- 6.2. <i>Participantes</i>	28
- 6.3. <i>Técnicas de Recolección de Datos</i>	28
- 6.4. <i>Procedimiento</i>	31
7- Análisis de los resultados	31
8- Discusiones	35
9- Conclusiones	39
10- Referencias Bibliográficas	44
11- Anexo	47

## **INTRODUCCIÓN**

*“Cosas terribles, muchas hay, pero ninguna más terrible que el Hombre”.*

*ANTÍGONA, SÓFOCLES*

Dentro de la condición humana, la conducta agresiva plantea interrogantes sobre su naturaleza y posteriores consecuencias, esta última puede contar con un consenso social o bien ser rechazada por esta, siempre siendo variables dependientes al contexto socio histórico en la cual se desarrolla.

Henry Ey (1978) advierte que la agresividad es parte de la cotidianidad y que es inherente al género humano.

Las diferentes teorías trataron de dar cuenta sobre la problemática del origen de la conducta agresiva o violenta. Algunas de ellas presentan este fenómeno como reacciones innatas dentro del ser humano en respuesta a estresores externos, o bien conductas aprendidas para eliminar frustraciones, como sostenes de expectativas sociales o normas o deseos que requieren una demanda inminente, así como también a reacciones psíquicas ante factores desencadenantes diversos.

Ahora bien, es necesario tener en cuenta que en nuestra sociedad una conducta violenta no es necesariamente un trastorno mental, eso sí, estamos de acuerdo que al estar expuestos a ella, siempre conlleva consecuencias de manera bidireccional, por medio de quién la infringe así como quién la padece, pudiendo generar en la víctima y su entorno patologías o bien rasgos de ellas, que comprometan la salud física y emocional ceñidas en una cronicidad que puede estar oculta tras una fachada de salubridad falsa.

Por esto, mediante el presente estudio, se pretendió analizar si víctimas de violencia familiar, de género femenino, que comprenden una etapa evolutiva de 30 a 40 años de edad, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que concurren a grupos de ayuda terapéutica en la Zona Oeste de la Capital Federal han desarrollado posteriormente sintomatología depresiva. Para realizar el estudio mencionado hemos recurrido a sendas referencias bibliográficas.

Para dar cuerpo a la investigación, se ha utilizado el “Inventario de Depresión de Beck”, el mismo nos permite indagar la variable mencionada.

A partir de los resultados obtenidos, se pudo obtener la correlación entre violencia y el desarrollo de síntomas, rasgos o trastornos depresivos, arrojando un resultado más que significativo, siendo el 43% de la muestra, portadora de “depresión extrema”.

## **1- Marco Teórico**

En la sociedad actual, diferentes problemáticas afectan la salud y el bienestar de los individuos. Estos factores pueden ser de índole económica, psicológica, social, etc.

Sin embargo, conflictivas como la violencia tienen una fuerte influencia e impacto en el psiquismo y su desarrollo en el individuo que la padece, generando en ocasiones afecciones harto complejas, entre las que podemos destacar la depresión y la ansiedad como las más relevantes.

Los datos epidemiológicos de violencia en el mundo, más precisamente en Argentina, nos convoca a arrojar luz sobre la noción de género y la implicancia que esto conlleva, ya que las estadísticas priorizan este punto como condición necesaria en la alarmante problemática que tiene como protagonista a la mujer del siglo XXI.

Por consiguiente se procederá a dar cuerpo al concepto de violencia, a su accionar, así como sus posteriores y posibles consecuencias.

### ***Conceptualización de la violencia***

La OMS (2002) clasifica normativamente el concepto de violencia circunscribiéndola al uso del poder y/o fuerza física, impuesta a otro, contra sí mismo o bien dirigido a un grupo o comunidad determinada, lo cual se encuentra vehiculado por una amenaza o acto efectivo, causando así lesión, muerte o daño psicológico, trastornos en el desarrollo o cualquier tipo de privaciones.

Según González (2003) la violencia es definida como una conducta de grado intenso, que posee la intencionalidad de herir o dañar a un sujeto u objeto; esto mismo refiere a grados diferenciadores que no se presentan en los mismos actos violentos necesariamente, con lo cual dicha conducta guarda una variabilidad de adaptación o bien de supervivencia.

En relación a lo antes expuesto por su parte Sanmartin (2000) propone una consideración de la agresividad como un factor innato en el desarrollo biológico del individuo y plantea que la cultura a la cual pertenece este, es la que oficia como disparador de actos violentos y/o pacifistas.

Franco (2007) menciona que la violencia desde ya hace mucho tiempo ha atravesado al ser humano y esto es expuesto a través del primer núcleo que posee la sociedad: la familia, espacio marcado, en varias ocasiones, por la presencia de conductas agresivas entre los miembros que la componen.

En la actualidad existen controversias en cuanto al origen de la violencia, presentando una multicausalidad con respecto al surgimiento de lo que denominaremos conductas violentas, las mismas están relacionadas con factores biológicos, psicológicos y sociales.

Como vimos anteriormente, la violencia es siempre un ejercicio de poder, que parte desde el más fuerte hacia el sujeto más vulnerable, es por esto que es observado frecuentemente entre las mujeres, los niños, los ancianos y los discapacitados. Quien es dueño del poder, lo ejerce silenciando a su víctima, así como también puede contar con el silencio social. Ahora bien, en nuestro país se han llevado a cabo programas de Prevención y Tratamiento para abordar esta problemática dentro del ámbito judicial.

### ***Violencia Familiar en el contexto jurídico***

Desde la antigüedad la familia se ha considerado como espacio nutricional, encargado de proveer a sus miembros: afecto, seguridad, contención, límites, etc. Empero ella puede ser el entorno donde sean violados los Derechos Humanos más elementales (los que son llamados “derechos personalísimos”). Hasta no hace mucho tiempo, se ha utilizado el castigo como marco educativo de los niños, siendo que los

roles familiares descansaban en las identificaciones socioculturales preponderantes a dicho encuadre. Actualmente la sociedad ha declinado la figura de autoridad del “PaterFamiliae” a través de la inserción de la mujer en las diferentes áreas laborales, acunando de este modo, cambios en los roles que antes estaban rígidamente estructurados.

En Argentina, El Consejo Nacional del Menor y la Familia, mediante su programa de Prevención y Tratamiento de la Violencia Familiar, en estrecha relación con el Poder Judicial de la Nación, procura su actuación frente a la mencionada conflictiva mediante la Ley Nacional 24.417 del Código Penal Argentino, sancionada el 7/12/1994, faculta desde su Art. 1º al 9º, que se detallará a continuación:

Art. 1º: Toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en uniones de hecho.

Art. 2º: Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público.

Art. 3º: El juez requerirá un diagnóstico de interacción familiar efectuada por peritos de diversas disciplinas para determinar los daños físicos y psíquicos sufridos por la víctima, la situación de peligro y el medio social y ambiental en la familia. Las partes podrán solicitar otros informes técnicos.

Art. 4º: El juez podrá adoptar, al tomar conocimiento de los hechos motivo de la denuncia, las siguientes medidas cautelares:

- a) Ordenar la exclusión del autor, de la vivienda donde habita el grupo familiar.
- b) Prohibir el acceso del autor, al domicilio del damnificado como a los lugares de trabajo o estudio.

c) Ordenar el reintegro al domicilio a petición de quien ha debido salir del mismo por razones de seguridad personal, excluyendo al autor.

d) Decretar provisoriamente alimentos, tenencia y derecho de comunicación con los hijos.

El juez establecerá la duración de las medidas dispuestas de acuerdo a los antecedentes de la causa.

Art. 5º: El juez dentro de las 48 horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al ministerio público a una audiencia de mediación instando a las mismas y a su grupo familiar a asistir a programas educativos o terapéuticos, teniendo en cuenta el informe del artículo 3.

Art. 6º: La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y a su grupo familiar asistencia médica psicológica gratuita.

Art. 7º: De las denuncias que se presenten se dará participación al Consejo Nacional del Menor y la Familia a fin de atender la coordinación de los servicios públicos y privados que eviten y, en su caso, superen las causas del maltrato, abusos y todo tipo de violencia dentro de la familia.

Para el mismo efecto podrán ser convocados por el juez los organismos públicos y entidades gubernamentales dedicados a la prevención de la violencia y asistencia de las víctimas.

Art. 8º: Incorporase como segundo párrafo al artículo 310 del Código Procesal Penal de la Nación (Ley 23.984) el siguiente:

En los procesos por alguno de los delitos previstos en el libro segundo, títulos I, II, III, V y VI, y título V capítulo I del Código Penal cometidos dentro del grupo familiar conviviente, aunque estuviese constituido por uniones de hecho, y las circunstancias del caso hicieren presumir fundadamente que puede repetirse, el juez podrá disponer como medida cautelar la exclusión del hogar del procesado. Si el procesado tuviese deberes de asistencia familiar y la exclusión hiciera peligrar la subsistencia de los alimentos, se dará intervención al asesor de menores para que se promuevan las acciones que correspondan.

Art. 9º: Invítase a las provincias a dictar normas de igual naturaleza a las previstas en la presente.

La presente Ley, si bien es de carácter Nacional y se aplica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ha hecho extensa a las distintas provincias que la componen, siendo estas invitadas a adherirse a ella.

Si bien el maltrato hacia los menores no es un fenómeno reciente, a partir del siglo XIX, se reconoce la existencia del maltrato y el abandono, dando origen a la creación de organismos para la protección de los mismos; para ello contamos con las Declaraciones de los Derechos del Niño a saber:

- 1) Derecho a la igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.
- 2) Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental o social.
- 3) Derecho a un nombre y una nacionalidad.
- 4) Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuada.
- 5) Derecho a una educación y cuidados especiales para el niño física y mentalmente discapacitado.
- 6) Derecho a la comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad.
- 7) Derecho a recibir educación gratuita y a disfrutar de los juegos.
- 8) Derecho a ser el primero en recibir ayuda en caso de desastre o emergencia.
- 9) Derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo.
- 10) Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad.

Pensemos que si un niño sufre de maltrato en las primeras etapas de su vida, le quedarán secuelas irreversibles que sin duda, se manifestarán en su vida adulta. Posiblemente un niño maltratado acunará sobre sí el germen de la violencia como

conducta adaptativa hacia los posibles estresores que se le presenten, así mismo podrá educar a sus futuros hijos sobre la base de la violencia, produciéndose así un círculo vicioso, la víctima podrá convertirse en un futuro victimario, ya que la conducta vivenciada en la infancia se perpetuará como realidad “normal”.

Desde la vertiente psicológica, existen diferentes corrientes que se han ocupado de analizar el fenómeno de la violencia y de lo que esta genera en la psiquis del sujeto.

Una de las corrientes psicológicas más importantes que ha analizado esta problemática ha sido el Psicoanálisis.

El modelo psicoanalítico es una práctica terapéutica e investigativa que fue fundada por el neurólogo austríaco Sigmund Freud en 1896. Esta mirada designa un modelo teórico descriptivo y explicativo de la implicancia que poseen los mecanismos, procesos y fenómenos que tienen como protagonista la vida anímica del ser humano. Inicialmente este modelo se ha basado en la experiencia de su fundador relacionado con el tratamiento clínico de pacientes que presentaban histerias, fobias y demás padecimientos psíquicos desarrollando un amplio cuerpo teórico. Su método de investigación no se ha circunscripto solamente al ámbito clínico individual, sino que también ha hecho aportes sobre fenómenos culturales, sirviendo a disciplinas tales como la Etnología y la Antropología respectivamente.

### ***Génesis de la violencia desde la perspectiva psicoanalítica***

Tomando como referencia el texto “Tótem y Tabú”, Franco (2007) plantea según los desarrollos freudianos, tres perspectivas básicas a saber:

a) La cultura se funda en un acto parricida. En el texto antes mencionado se exponen los acontecimientos de los pueblos primitivos, donde es convocada puntualmente la escena de un asesinato primordial (los hijos se unieron y dieron muerte al padre), lo que posteriormente al acto aparece, es el devenir de la culpa y con ella, la instauración de las normas impuestas por este, dando así el origen de la cultura.

b) La Teoría de las Pulsiones, un debate entre Eros y Thanatos: Hace referencia a cómo el ser humano está representado por la vida, el amor, la fraternidad; así como también en su psiquismo coexisten: la muerte, el odio y la agresividad.

c) Estructuración Subjetiva: Existencia de una articulación entre lo vivido en lo social y la historia del sujeto.

Freud (1913) piensa que los factores individuales y colectivos se encuentran interrelacionados, que uno remite al otro; la historia de la humanidad se ve recapitulada en la historia de cada sujeto. Así, dar cuenta de lo social aportará los elementos clave para poder entender el psiquismo de los sujetos. El padre del psicoanálisis señala la violencia según esta lógica, deja entrever que ese impulso agresivo del ser humano, si no es sublimado hacia metas sociales, puede manifestarse a través de la agresión y la violencia respectivamente. Lo que se encuentra oculto y no es accesible a la conciencia, es el deseo que posee el individuo de transgredir la norma.

El origen de todo acto violento nace dentro de la institución familiar como espacio fundante del psiquismo humano, donde habitarán pulsiones de amor y odio que llevarán a desarrollar la culpa originando una estructura neurótica.

### ***Violencia familiar endogámica***

Según Rojas Marcos (2005) la institución familiar posee un mito social el cual guarda un compromiso, esto se refiere a brindar apoyo y protección a cada uno de sus miembros, en un marco pacífico y amoroso.

En contraposición nos encontramos con una realidad que afirma que los miembros de la familia sufren discusiones, diversas agresiones y peleas en interacción con otros miembros del mismo grupo familiar. Debido a esto, Gelles (1993) propone un concepto de familia como institución social gravemente violenta. Tal es así que dentro del entorno familiar y el maltrato infantil, afectan gravemente el desarrollo, así como también los vínculos sociales de los niños y posteriormente a los adultos.

Por otra parte, la violencia familiar puede darse como acto en sí o bien, por omisión del mismo. Está dirigido hacia la integridad física, psíquica, el desarrollo de la personalidad o bien, contra la vida de cualquiera de los miembros que componen el grupo familiar. Consejo de Europa (1986).

Así como la violencia habita dentro del seno familiar, esta misma también es expresada exogámicamente y es así como se pone de manifiesto en los diferentes escenarios institucionales, sociales y culturales, desplegando mayor intensidad hacia el género femenino.

### ***Ser mujer dentro de una cultura violenta***

Freud en el texto “El malestar en la cultura” (1930) expone lo antagónico existente entre los factores pulsionales y las restricciones culturales, preguntándose porqué aun estando en plena civilización, el hombre era capaz de generar destrucción, donde en vez de establecer vínculos de apoyo y de ayuda mutua se tiende a la agresión, la violencia, la muerte y la aniquilación; en respuesta a esto señala: “Es un fragmento de realidad efectiva que se pretende desmentir; el ser humano no es un ser manso, amable, a lo sumo capaz de defenderse si lo atacan, sino que es lícito atribuir a su dotación pulsional una buena cuota de agresividad. En consecuencia, el prójimo no es solamente un posible auxiliar y objeto sexual, sino una tentación para satisfacer en él la agresión, explotar su fuerza de trabajo sin resarcirlo, usarlo sexualmente sin su consentimiento, desposeerlo de su patrimonio, humillarlo, infringirle dolores, martirizarlo y asesinarlo”.

En relación a lo anterior y tomando como protagonista a la mujer, la OMS (2002) considera a la violencia de género, a toda acción que refleja la asimetría hombre-mujer y que está caracterizada por la perpetuación de la subordinación y la desvalorización de la figura femenina con respecto a la masculina. Como resultado de la violencia puede generarse un daño físico, sexual o psicológico, donde se incluyen las amenazas, la coacción o bien la privación arbitraria de la libertad, contextualizada dentro de un marco privado así como también en la vía pública.

Así es que Rico (1996) plantea que es la característica fundamental de respuesta hacia un modelo patriarcal como sistema simbólico, el mismo es el que determina un conjunto de prácticas y normas cotidianas concretas, que están dispuestas a negar los derechos de las mujeres y generan el desequilibrio y la inequidad que se ponen de manifiesto entre los sexos.

Tal concepción puede llevarse a cabo en diferentes ámbitos, como lo expresan Jaramillo y Uribe (2001) tomando como ejemplo el escenario hospitalario, desplegada

la violencia en la relación médico- paciente. Los agentes de salud no toman a la violencia familiar desde una mirada que contemple una problemática de salubridad, tal es así que a la hora de atender a una mujer portadora de la problemática convocante y en una situación de emergencia, solo se tiende a cuantificar sus síntomas y signos, dejando por fuera las causas que subyacen a las lesiones y/o situación vivida. Los factores que podrían dar cuenta de esta situación son los siguientes:

- a- Falta de capacitación de los profesionales de la salud en esta problemática.
- b- Temor de los profesionales a involucrarse debido a derivaciones judiciales.
- c- Falta de recursos para orientar los casos, de haber sido detectados.

Es necesario desarrollar mecanismos de intervención que posibiliten, según los autores mencionados, una mejor respuesta a dicha problemática, por parte de los efectores de los sistemas de salud, proponiendo cambios en las estructuras institucionales, en patrones individuales de atención, entrenamiento de profesionales de la salud, desde una mirada interdisciplinaria.

Como hemos visto, la violencia es gestada frecuentemente entre los miembros de la familia, el rol de la sociedad la vuelve habitual, cotidiana y así mismo la refuerza minimizándola. La presencia de acontecimientos violentos desde diferentes ámbitos culturales, modos de vinculación, producen un intenso impacto en el individuo; una de las consecuencias directas o indirectas del accionar violento se expresa a través de signos y conductas que llevan al padecer y a una nueva forma de victimización del ser humano, uno de sus efectos puede considerarse en el desarrollo de sintomatología depresiva.

### ***El padecimiento depresivo***

Murray y López (1996) exponen que a nivel mundial, la depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos de mayor gravedad, ya que es un cuadro invalidante en personas adultas.

Se debe de tener en cuenta, según Jackson (1996), que dicho término es relativamente nuevo. Este concepto emerge durante el siglo XVII; aunque por estos días, en lo que respecta a la biomedicina y su lenguaje, se ha visto que ha sustituido al de melancolía.

Así mismo Conti (2007), recuerda que Hipócrates fue uno de los primeros en verter una propuesta para abordar la melancolía, lo cual ha estado asociada a la bilis negra, a través de ella, se daba explicación a su patogénesis.

En el siglo V, en el período de la Edad Media, San Agustín puntualizó que las enfermedades de las personas adeptas a la religión cristiana debían ser concedidas más precisamente a los demonios. La palabra “depresión”, hace su primera aparición en el siglo XVIII, la misma deriva del latín “de y premere” (oprimir, apretar) y “deprimere” (empujar hacia abajo), Jackson (1986).

En las clasificaciones nosológicas, ya más cercano en el tiempo, Kraepelin utiliza el término “locura depresiva”, pero no se desprende totalmente del término melancolía; la palabra depresión denomina a un “estado de ánimo” y a la melancolía la caracteriza más precisamente como una forma de depresión mental, Conti (2007).

En 1920, Schneider define a la depresión como una vivencia existencial de muerte, como un “hundimiento vital”; lo que busca el depresivo es poner fin a un padecimiento que se siente en todo el cuerpo, porque el sufrimiento tiene que ver con estar vivo. La depresión ataca el deseo de vivir.

Alonso (2003) coincide con el autor antes mencionado y agrega que en la depresión conviven factores biológicos y culturales que son manifestados por el sujeto mediante el sufrimiento ante la vida.

Ya en 1940, la depresión era un síntoma que podía detectarse en la mayoría de las enfermedades mentales. Actualmente es un trastorno que ha tomado una extensión más que considerable a lo largo de todo el mundo, Ehrenberg (2000).

Ampliando los conceptos mencionados Vergote (1976) hipotetiza sobre la idea de que la depresión neurótica es una patología del Yo. El sujeto depresivo presenta un yo conservado, tiene la capacidad de entrar en contacto con los demás, siendo de esta forma un sujeto que comparte un lenguaje común, que le permite referirse a sí mismo, aunque presente una queja monótona y plantee el sin sentido de la vida.

El depresivo es capaz de mostrar su vergüenza y el vacío interno que lo aqueja; los síntomas que presenta la depresión neurótica son: Inhibición de la fuerza vital, parálisis del pensamiento, fatiga, incapacidad para tomar decisiones y disminución de

las relaciones afectivas (apatía y anhedonia). Estos síntomas son reveladores del vacío interior que propone una pérdida de la tensión pulsional, Vergote (1993).

Según lo que ha informado la Organización Mundial de la Salud, en el presente, la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial es a causa de los trastornos depresivos y para el 2020 se espera que ocupen el segundo lugar luego de las cardiopatías. Representantes de la (OMS) sostienen que 121 millones de personas padecen de depresión en el mundo, Gabriel y Lumatainem (2000).

Para la clasificación de la depresión y otros trastornos se utilizan los sistemas operativos de diagnóstico, estos son modo de pensar y de organizar los síntomas de cada una de las enfermedades. Entre ellos contamos con el DSM-IV (APA, 1995) y el CIE10 (OMS, 1992). Según el manual de diagnóstico, define al trastorno mental como “síndrome o patrón comportamental psicológico de significación clínica, que se asocia con un malestar, a una discapacidad o bien a un riesgo significativo de morir, sufrir dolor o pérdida de la libertad. El síndrome no corresponde a una conducta socialmente aceptada. Más allá de la causa, el trastorno debe de entenderse como el emergente de una manifestación individual disfuncional o del comportamiento, ya sea en las dimensiones biológicas o bien psicológicas respectivamente” (APA, 1995: XXI).

El DSM-V propone que la depresión es pasible de reconocimiento a través de una serie de síntomas, cada persona posee una variabilidad en cuanto a la presentación de los síntomas, dicha variabilidad oscila mucho en cada sujeto, las variables a tener en cuenta están relacionadas con la gravedad y la duración de estos, a lo largo del tiempo. Los síntomas a tener en cuenta son: Estado de ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida del interés o placer, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, inquietud o lentitud motora, disminución de la energía, fatiga, sentimientos de culpa, ruina o inutilidad, dificultad en la concentración, pensamientos de muerte o bien, ideas suicidas (DSM-V, 2016).

A continuación se expondrán las distintas conceptualizaciones sobre la depresión, desde miradas antagónicas en sus modelos explicativos, formas de abordajes terapéuticos, así como también sus diferentes hipótesis etiológicas.

### ***Diferentes aportes metodológicos a la perspectiva depresiva***

El modelo psicoanalítico ha conceptualizado a la depresión, importantes aportes han hecho a la temática, autores mundialmente reconocidos como lo son, Aberastury, Bleger, Bleichmar, Liberman, Maldavsky, Racker, Rascovsky y Plotkin (2003).

Se presentan dos modelos con hipótesis diferentes, ellos son: Los modelos dinámicos, que son constituidos por las hipótesis causales, y los modelos cognitivos conductuales, particularmente el modelo de Beck, al que consideraremos como un modelo basado en las contingencias, Avila (1990).

El término “depresión” no es acuñado por la mirada freudiana precisamente, desde un primer momento, sino que dicha palabra proviene del campo de la Psiquiatría. Sin embargo, la Teoría Psicoanalítica ha confeccionado modelos explicativos relacionados con los fenómenos depresivos. Freud fue uno de los primeros en ofrecer una explicación a los fenómenos melancólicos, a los que actualmente los llamaremos “depresivos”, para su posterior comprensión. El padre del psicoanálisis planteó su hipótesis sobre la melancolía haciendo hincapié en la génesis de la misma, mencionando que la misma se encontraría en la sexualidad y en el autoerotismo, Muñoz (2009).

En el texto de Duelo y Melancolía (1915) Freud plantea que el estado melancólico se caracteriza por una “desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y un rebaje del sentimiento de sí, que se manifiesta como auto reproches y auto denigraciones”.

En la Argentina dentro de los desarrollos pos freudianos, encontramos los conceptos que propone Bleichmar (2003), quien sostiene que la manifestación de la depresión estará íntimamente relacionada con el elevado ideal narcisista, la imagen desvalorizada de sí mismo, así como también la agresividad de la conciencia crítica. Cabe agregar que dicho autor menciona que estos factores causales no provienen de etapas precisas dentro del desarrollo del ser humano, sino que es un proceso estructural que se construye a lo largo de toda la existencia, en la vida del individuo. Así es como la importancia de los acontecimientos recaerían en las resignificaciones de los mismos. El autor propone características del estado depresivo en el individuo, ellas son:

a) Fijación a cierto deseo que ocupa el lugar central, en el mundo interno del individuo.

b) Bagaje representacional de sí mismo como impotente, indefenso para satisfacer el deseo.

c) Componentes afectivos y motivacionales guardan estrecha relación con lo antes expuesto (Afecto depresivo e inhibición motriz).

Para el tratamiento de la depresión hoy en día contamos con enfoques terapéuticos de vertiente empírica, que así mismo cuentan con un abordaje del trastorno por la vía medicamentosa, a través de la psicoterapia o bien con ambos. Para el tratamiento farmacológico se utilizan los antidepresivos, con los que cuentan una gran variedad entre ellos, teniendo especial atención a las características que presenta el huésped. La psicoterapia que ha demostrado ser de gran utilidad en el tratamiento de la depresión es la terapia cognitivo conductual (Beck, 2005; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Keegan, 2007; Scharamm, 1998).

La elección de los distintos tipos de tratamiento estará influenciada principalmente por el tipo de depresión, de la gravedad que presenta el cuadro, de la sintomatología y del deseo del paciente, Fabrissin y Garay (2003).

En los últimos años en lo que respecta a los tratamientos farmacológicos se han producido importantes avances, principalmente en el desarrollo de los antidepresivos, a lo que se ha llegado a contar con diferentes opciones a la hora de pensar una estrategia terapéutica, (Jufe, 2009).

Si bien actualmente se dispone de distintos tipos de antidepresivos, debe de tenerse en cuenta que no existe un esquema único de clasificación para este grupo de fármacos, Gitlin (2009). A nivel del Sistema Nervioso Central, los antidepresivos alteran la función de la serotonina, o bien, de la noradrenalina, sin embargo el mecanismo de acción de estos psicofármacos, propiciando los cambios conductuales y del estado de ánimo observado, siguen siendo un misterio. Los tratamientos farmacológicos cuentan en este momento con los siguientes antidepresivos: Inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), por ejemplo, el citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, entre otros; así como también los antidepresivos “nóveles”, como lo son el Bupropión y la Mirtazapina; se le suman los que poseen acción dual, como la Venlafaxina y Duolexetina, los antidepresivos tricíclicos y los tetracíclicos, Clomipramina, Imipramina, entre los más comercializados; además se encuentran los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), Selegrina y Trinitilciprominay, un grupo de varias sustancias denominados “Atípicos”, Trazodona, Viloxazina y Mianserina, entre otros. Lo que determina la elección de un antidepresivo sobre otro, es su perfil de

efectos secundarios y de la interacción con otros medicamentos, por supuesto que esto dependerá de cada paciente.

Al presente, el 35% de los tratamientos para la depresión en la fase aguda, se inicia con un (IRS), Heerlein (2002).

Cuando la terapia de la neurosis depresiva tiene como eje central un tratamiento que es solo con una psicoterapia de apoyo, el paciente no consigue resolver los conflictos profundos que posee. Hornstein (2006) puntualiza: “Dado sus beneficios secundarios, o modalidades transferenciales, o su carencia, de carencia fantasmática, o sus limitaciones, para simbolizar, no estarían en condiciones de beneficiarse de un análisis estándares”.

Según Fédida (2003) es necesario hacer una diferencia entre la depresión y la “depresividad o capacidad depresiva”, esta última hace su aparición con el descubrimiento del sentido y con la constitución del sí mismo. Desde la primera infancia, la vida psíquica está caracterizada por contar con una capacidad depresiva que da lugar a una apertura y a un cierre de la vida social, al contacto con los otros, posibilitando de esta manera, la regulación rítmica de las excitaciones.

Mélon y Lekenche (1989) plantean que en todos los sujetos se encuentra el factor kinestésico, que es tomado como un potencial humano, él está presente tanto en pacientes distímicos, como en depresivos, además de los sujetos sanos, más allá de la disminución que se encuentra en las personas que están afectadas, con trastornos del humor. El factor kinestésico es el potencial de recuperación del paciente depresivo, dicho potencial dependerá del registro del contacto en el que se convertirá figura de análisis a través de la transferencia.

Anteriormente hemos mencionado el enfoque Cognitivo- Conductual, este modelo teórico es de gran utilidad en los tratamientos de la depresión, principalmente durante la fase aguda. Los creadores de este enfoque y modelo de intervención son Beck y Ellis. Estos autores argumentan que el cambio proviene de la parte interna de Evaluación, Procesamiento y Argumentación que sustenta la conducta del paciente, Kriz (2002).

Cabe mencionar que el Manual de Beck para la Depresión integra herramientas conductuales dentro del tratamiento, en el cual postula la aplicación de técnicas conductuales como un medio de modificación cognitiva, Beck (1983).

Este abordaje se basa en la modificación de los pensamientos y los sistemas de creencias que se asocian a ellos, en consecuencia; a través de distintas técnicas cognitivas conductuales, sustituyendo los modos de pensar, se generaría una mejora en las personas aquejadas por este trastorno, Keegan (2007).

La terapia cognitiva de Beck esboza que toda influencia sobre la cognición debería de estar seguida por un cambio en el estado de ánimo y por consecuencia, cambios conductuales. El modelo propuesto le ofrece al paciente la posibilidad de modificar el pensamiento a través de poder desarrollar estrategias, para abordar la temática planteada, Beck (2005).

La teoría cognitivo conductual observa que el cambio puede producirse indistintamente, en cualquier área que tiene como protagonista al individuo, estas son: la emoción, el pensamiento, la conducta; variables que son coincidentes con otros tratamientos conductuales y farmacológicos para la depresión, contemporáneos a la época ilustrada. Beck hipotetiza sobre la observación de los pensamientos de los pacientes víctimas del mencionado trastorno, postulando en ellos la existencia de una “tríada cognitiva”, lo cual los lleva, concomitantemente, a razonar la “realidad” de una manera negativamente distorsionada, esto lleva a configurar una “tríada cognitiva” que posee las siguientes características: pensamiento negativo de sí mismo, del mundo y del futuro (Beck, et. al. 1983; Beck, 2000).

El autor de este modelo plantea que la “tríada cognitiva” dará como resultado, pensamientos automáticos, que son caracterizados por ser cogniciones que pueden ser auto monitoreadas y comunicadas por el paciente; esto requerirá de entrenamiento pero que, más allá de eso, produciendo modificaciones en las cogniciones conducirá a cambios en el afecto y posteriormente en la conducta. A la forma de elaboración experimental de los pacientes deprimidos, Beck los denomina “distorsiones cognitivas o errores lógicos”, los que se encuentran reiteradamente son: la inferencia arbitraria, la sobre generalización, entre otros, Sacco y Beck (1995).

Los pensamientos automáticos son analizados a través del diálogo socrático, este se realiza mediante preguntas que le realiza el terapeuta al paciente para arribar a nuevas valoraciones y opiniones más realistas, Keegan (2007).

## **2- Estudios empíricos sobre violencia y depresión**

Existen trabajos que estudian los fenómenos de la violencia y la depresión, entre ellos podemos destacar:

En el territorio de Catalunya, España, se ha realizado sobre la totalidad de los expedientes calificados como violencia en el ámbito doméstico, que constan registrados en la base de datos de DGJJ que se titulan como “violencia doméstica en el ámbito familiar”, “maltrato familiar” y “violencia psicológica sobre familiares”. La población que tiene como protagonista el siguiente estudio, quedó delimitada en 116 sujetos; chicos y chicas de edades que oscilan entre los 14 y 18 años. En relación a esto, en la fiscalía de menores se ha abierto en el ámbito territorial de Catalunya (Barcelona; Terragona; Lleida y Girona) uno o más expedientes desde el 1 de enero del año 2001 al 31 de diciembre del año 2003- según tipificaciones penales referidos a este delito- haciendo un total de 138. Las fuentes de información fueron los expedientes personales de los menores, donde se encuentran asentadas las diferentes intervenciones de los distintos profesionales que intercedieron en el procedimiento judicial. Se evidenciaron las siguientes situaciones, a saber:

En el 78,4% de los casos hubo contacto físico en la agresión, caracterizada esta por puñetazos, patadas, empujones, intentos de estrangulamiento, etc. En el 21,6% restante, la agresión fue vehiculizada a través de la palabra, constituida por insultos y vejaciones. Un dato a destacar es la utilización de un cuchillo como elemento agresor en el 13,8% del total.

De todas maneras en los casos que fueron analizados, el cuchillo se ha utilizado solamente como elemento intimidatorio, ya que no hay constancia de lesiones con este tipo de arma.

En lo referido a las denuncias de violencia intraparental, se ha encontrado que hay poca documentación registrada, un primer dato indica que 4 padres, el 13,4% del total fueron denunciados por violencia hacia sus mujeres en la jurisdicción penal de adultos.

En el mencionado estudio se ha registrado violencia intraparental que no ha sido denunciada frente a la institución correspondiente. El resultado arroja un 16,4% de madres que manifiestan ser maltratadas por sus compañeros y no consta información al respecto, el 83,6% refiere que confiesa el hecho al profesional que la atiende.

Con respecto a la información obtenida de la violencia de padres a hijos, de los jóvenes denunciados el 9,5% de hermanos y/o hermanas han sido objeto de maltratos, cifra que aumenta cuando se refiere al joven denunciado: el 13,8% han sido maltratados. Teniendo en cuenta además la violencia de los jóvenes denunciados hacia sus hermanos o hermanastros, los datos obtenidos son: el 19% de los jóvenes han manifestado violencia hacia sus hermanas, en el 9,5% hacia los hermanos; y en el 3,4% hacia hermanastros.

En conclusión se afirma que en un 87,8% de los casos estudiados, la figura materna aparece como la víctima, sola o acompañada de los otros miembros del grupo de convivencia.

Varias investigaciones dieron cuenta de que la depresión precede la frecuencia e intensidad del consumo de bebidas alcohólicas, con una alta tasa de prevalencia en mujeres por sobre los hombres. Además el trastorno depresivo es vinculado con la violencia de pareja y el consumo de alcohol se relaciona con un incremento de la violencia.

Por otra parte, en la población de Costa Rica se llevó a cabo una encuesta sobre violencia intra-familiar en 1992 para observar los diferentes niveles y determinantes de las patologías sociales, los cuales igualan a los indicadores de salud biológica, ya que dichos fenómenos patológicos se han visto en alza.

El proyecto de Mata Jiménez, a través de la encuesta, indaga desde la violencia expuesta hasta la más sutil, la psicológica.

Las encuestas sobre violencia familiar ha tomado como objeto de estudio a los niños y a las mujeres, dejando por fuera la figura del hombre como posible víctima, con lo cual, desde la propuesta de dicha encuesta expone que debe de ser incluido dentro del enfoque metodológico.

Se entrevistaron 750 mujeres y 750 hombres de 18 a 60 años; el instrumento utilizado fue un cuestionario para ambos sexos que contenían tres secciones a saber: A- Promoción de la salud. B- Estudio de violencia intrafamiliar. C- Sexualidad.

La opinión pública ha reflejado en marzo de 2005: el 91% de la población cree que la violencia posee a la mujer como protagonista, el 61% hacia la infancia y el 53% hacia las personas mayores. Estos datos (Domenech/Iñiguez 2002) la violencia puede configurarse según Clemente (1997) como un problema social de gran importancia.

Para conocer la prevalencia de la violencia durante el noviazgo y su interrelación con la depresión y posteriores conductas de riesgo, Rivera- Rivera propone durante el ciclo lectivo 1998- 1999 realizar un estudio de cohorte de 13.293 estudiantes de sexo femenino del Estado de Morelos, México; las mismas fueron elegidas de manera aleatoria, provenientes de 260 escuelas secundarias; 92 escuelas preparatorias y una universidad.

Para llevar a cabo dicha investigación fueron seleccionadas un total de 4.587 alumnas con antecedentes de noviazgo. La prevalencia total de mujeres violentadas durante la etapa de noviazgo de escuelas públicas de Morelos fue de 28%. Las variables que se vincularon con la temática convocante fueron: Depresión, consumo de tabaco, abuso de alcohol, bajo rendimiento escolar y antecedentes de relaciones sexuales.

Los datos arrojados por dicho estudio indican que las mujeres sufren violencia de pareja desde las relaciones de noviazgo, lo que lleva a los profesionales de la salud y de la educación a implementar medidas de intervención para generar políticas de prevención, tomando en cuenta la relación existente entre depresión y violencia, además de un importante conjunto de comportamientos riesgosos relacionados con la temática convocante.

Así mismo en la ciudad de Colombia, en un estudio llevado a cabo por el Estudio Nacional de Demografía y Salud del año 2005, el 66% de las mujeres aceptaron que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas y el 39% de mujeres unidas alguna vez, manifestaron haber sufrido agresiones físicas.

En distintas partes del mundo se recaudan cifras que oscilan entre 10% y 69% de mujeres que experimentan violencia física de parte de sus compañeros; en lo referido a la violencia sexual ejercida por este, las cifras varían, y sobre la violencia sexual en general, se entiende que por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida.

En este sentido a través del Observatorio de Violencia de Cali, en el 2006, el 71,2% de casos de violencia familiar fueron denunciados por mujeres, en Antioquía la violencia conyugal es la más frecuente con respecto a la violencia intrafamiliar, con cifras entre el 59 y el 97%.

El fin que tuvo esta investigación fue el de estudiar el efecto que tiene la violencia entre los miembros de la pareja y su impacto en la salud mental de las mujeres, lo cual permitirá identificar síntomas relevantes en relación a la problemática mencionada.

La violencia contra la mujer en los últimos tiempos constituye un problema sanitario de mayor relevancia. Existen variaciones en relación a países y regiones desarrolladas, las tasas son de una cada cuatro mujeres, pero en países de África o Asia se han estimado índices que superan el 50%. Empero, el sector de salud no cuenta con la preparación necesaria para la detección y atención de dichos casos.

Así mismo en México, estos fenómenos alcanzan cifras verdaderamente alarmantes.

Se ha llevado a cabo un trabajo con el objetivo de desarrollar un Modelo Predictivo de la relación entre la depresión en mujeres y la violencia en la pareja, así como el riesgo de consumo de alcohol, así como antecedentes de violencia en la familia y variables sociodemográficas.

Los datos fueron extraídos de la Tercera Encuesta Nacional de Adicciones de población urbana comprendida por sujetos de 18 a 65 años. Las mujeres seleccionadas tenían pareja al momento de la toma de la encuesta, contestaron la escala de depresión CES-D y la escala de violencia de parejas, así como también se les solicitó datos referentes al consumo de alcohol y variables sociodemográficas. También se han realizado entrevistas cara a cara bajo estricta confidencialidad.

El tamaño de la muestra correspondió a 5.788,670 mujeres. Las variables no relevantes fueron: edad, nivel económico, ni el número de años estudiados, ya que no comprendían datos significativos de riesgo o predictores de depresión. Las principales variables que fueron tomadas como predictores fueron:

- a) El propio consumo de alcohol por parte de las mujeres y además tener una pareja conflictiva en sus modos de relación.
- b) Antecedentes de violencia en la familia de origen.
- c) La violencia por parte de la pareja tanto en lo físico como en lo verbal en presencia del alcohol.

En los resultados del estudio, se ha encontrado que el 45,7% de las mujeres en pareja al momento de la toma de la muestra hizo referencia a haber pasado por al menos un episodio de violencia por parte de su pareja; el 45,3% de estas mujeres había sufrido violencia física y verbal, mientras que el 9,6% reportó amenazas de muerte y de suicidio. Además el 35,9% presentó diagnóstico de depresión mediante la escala CES-D y más de la mitad de ellas, hizo mención a antecedentes de violencia en la familia de origen. Por último, el 2% mencionó haber tenido problemas con su pareja por su propio consumo de alcohol.

## **Trastorno depresivo, farmacoterapia: Mantenimiento y cronicidad**

El trastorno depresivo es una enfermedad recurrente, es por ello que la farmacoterapia es planteada como una enfermedad potencialmente crónica.

Gran cantidad de estudios realizados recientemente demostraron que es conveniente mantener, después de la remisión completa de la sintomatología, un nivel antidepressivo continuo por un período mínimo de 12 meses, para así, poder aminorar las recaídas y su potencial riesgo, Jufre (2001).

Frank (1990) realizó un trabajo de investigación que arrojó luz sobre una tasa de recaídas del 50% en un grupo mantenido con placebo, en tanto que el grupo que ha seguido un tratamiento con antidepressivos de mantención mostró una tasa de recaída tan solo del 23%. Por lo general se recomienda mantener el antidepressivo durante la fase aguda, salvo que exista la sospecha de la existencia de un trastorno bipolar; en dichos pacientes se recomienda utilizar algún estabilizador del estado del ánimo, como ser el litio o el divalproato de sodio. Con referencia a la profilaxis medicamentosa y su mantención en el tiempo, algunos autores han insistido cuando han comprobado la existencia de por lo menos 3 episodios depresivos ciertos. Es importante tener en cuenta que, en todos los casos es recomendable mantener las mismas dosis que fueron utilizadas durante la fase aguda, Fabrissio y Garay (2003).

La prolongación de los plazos farmacológicos han sido altamente criticados, Antonuccio, Darton y De Nelsky (1995). Elkin (1989) a fines de los '80, ha realizado un estudio que arrojó los siguientes resultados: se determinó un tiempo libre de recurrencia de dos años y medio para aquellos pacientes tratados con farmacoterapia; un año y medio para aquellos pacientes que fueron tratados con psicoterapia y diez meses para los que no han recibido tratamiento alguno.

Si bien los resultados expuestos son favorables en relación a los antidepressivos, otros estudios revelan información diferente, demostrando que la Terapia Cognitivo-Conductual es más eficaz que la farmacoterapia, en lo referido al factor protector contra las recaídas (Antonuccio, 1995; Blatt, Zuroff, Bordi y Sanislov III, 2000; Fabrissio y Garay, 2003).

En una investigación cuanti-cualitativa sobre los Servicios de atención en violencia familiar contra las mujeres realizada en Buenos Aires, se ha señalado que “la falta de conocimiento y sensibilidad en el tema entre los profesionales de la salud constituye uno de los obstáculos para el logro de una adecuada atención a mujeres que padecen violencia” Ynoub (1998). Este hecho ha conducido a la doble victimización de

las mujeres víctimas de violencia, como resultado de la deriva institucional de la que son objeto.

El sistema de salud ocupa un lugar estratégico para identificar y referir a las víctimas de violencia.

Retomando la línea propuesta por Fabrissin y Garay (2003) se ha realizado un trabajo que plantea que la farmacoterapia no solo previene menos las recaídas, sino que además, en lo relacionado con la Terapia Cognitivo- Conductual, a largo plazo interfiere en su eficacia, Antonuccio (1995).

De acuerdo con lo antes expuesto, si bien se han desarrollado estudios sobre la temática convocante, estos planteamientos se encuentran envueltos en una polémica aún no resuelta.

En lo que respecta a la confiabilidad y validez del instrumento elegido, este ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en los últimos cuarenta años.

El instrumento denominado BDI (Beck Depression Inventory), Inventario para la Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), es el método instrumental de autoinforme más utilizado internacionalmente cuando se desea cuantificar síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en el universo investigativo.

En lo que respecta a la confiabilidad interna y la fiabilidad test- retest de la versión española del BDI de 1978 en una muestra de estudiantes universitarios en la ciudad de Madrid son buenas y se asemejaron a las halladas en otros ámbitos culturales. En dicha muestra no hubo diferencias de género en cuanto a la puntuación total del BDI, como así tampoco hacia las puntuaciones de cada ítem. Lo que sí han afectado las puntuaciones del BDI fueron las variables correspondientes al nivel de estudios y el tipo de profesión en lo que respecta a la población general (Vázquez y Sanz, 1997).

Si bien la población adulta presenta tasas altas de depresión, diferentes estudios han llegado a la conclusión de que la mayoría de estas están compuestas por mujeres, tanto en diferentes estudios como en diferentes estratos culturales (Vásquez y Sanz, 1995), esta diferenciación comienza a notarse luego del período marcado por la adolescencia Nolen Hoehsema (1994).

Así mismo se ha llevado a cabo en la Ciudad de México un estudio que da cuenta de su validez dentro de la población adolescente, en el período que comprende entre los meses de septiembre y diciembre del año 2011. En la misma participaron 385 adolescentes en total divididos en dos muestras (comunidad general, pacientes psiquiátricos externos con y sin trastorno depresivo). Los adolescentes en cuestión completaron el Inventario de Beck así como también una batería de instrumentos para medir constructos relacionados. Los datos arrojados por la muestra mencionada demostraron que el instrumento utilizado posee una medida válida y confiable, así como también sensibilidad y especificidad para discriminar entre sujetos deprimidos y no-deprimidos, dentro y fuera de la población clínica y no clínica en adolescentes mexicanos Zweig y Campbell (1993).

### **3- Problema de investigación**

La conceptualización de la violencia dirigida hacia el género femenino, toma el nombre de violencia de género, esta se caracteriza por la desvalorización de la misma, mediante actos violentos, amenazas, coacción, dentro del ámbito privado, así como también en el público.

*“La violencia de género es todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.* Organización de las Naciones Unidas, 1993.

“La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Convención de Belem Do Pará, OEA, 1994.

“La violencia contra la mujer es todo acto de fuerza física o verbal o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico y psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina”. Heise, 1994.

La violencia familiar y/o doméstica, son diferentes formas de circunscribir un modo de agresión, es esta última la que se nos impone como principal síntoma social en el presente. Cuando hablamos de síntoma, nos referimos a aquello que denuncia un malestar, es algo extraño para el sujeto, algo que angustia por su carácter de “desconocido”.

Desde aquí la violencia se convierte en un envoltorio que oculta un texto original, íntimamente ligado a la historia del sujeto, dando cuenta de ella, revelándose conflictiva y angustiosa la más de las veces. En su lugar, emerge la agresión, la violencia puesta en acto; por sobre la palabra, aparece el golpe (Cohen Imach, 2001).

Ya que esta problemática se ha convertido en una epidemia y así mismo en un grave problema de salubridad, se hace imprescindible saber en qué modo afecta a las mujeres y su normal desempeño dentro de las actividades que la tienen como protagonista, tomando como escenario concreto lo que concierne a su salud psíquica y mental, y si posteriormente el haber estado expuestas a vínculos y/o situaciones violentas han desarrollado en ellas sintomatología depresiva, tales como: Apatía, anhedonia, insomnio, hipersomnia, fatiga, incapacidad para la toma de decisiones, han presentado ideación suicida inclusive entre otras.

El estudio consistirá en la realización de una investigación que abordará la temática de la violencia familiar y cómo esta influye en presentar sintomatología depresiva en un grupo etario como son las mujeres de 30 a 40 años de edad en la Ciudad de Buenos Aires.

La investigación propone dar cuenta de esta problemática social, pudiendo proponer políticas de intervención y prevención de dichas conductas disruptivas en relación al desarrollo posterior de trastornos depresivos.

Dicha temática merece ser estudiada ya que los trabajos encontrados sobre la misma son insuficientes y dicho objeto de estudio necesita ser abordado imperiosamente debido al aumento de enfermedades y/o muerte de las mujeres en manos del flagelo de la violencia dentro del marco familiar.

Para lo antes expuesto se cuenta con los recursos humanos y materiales viables para llevar a cabo el estudio.

#### **4- Objetivos**

El objetivo de esta investigación fue analizar los niveles de depresión que presenta un grupo de mujeres víctima de violencia, de entre 30 y 40 años que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

#### **5- Hipótesis**

La mayoría de las mujeres víctimas de violencia presentan niveles de depresión en grado extremo.

#### **6- Método**

##### ***6- 1. Diseño***

El diseño que fue elegido para la investigación y por el cual se llevó a cabo el estudio, fue el método cuantitativo, ya que las variables a estudiar arrojarían valores numéricos, además de ser descriptas para la facilitación de la búsqueda de posibles relaciones mediante su análisis estadístico, además se pueden comprobar teorías y verificar patrones de comportamiento (Sampieri 2006). En los diseños cuantitativos, como en el presente caso, la formulación de hipótesis fue generada previamente a la recolección de datos. En lo referido a los posibles sesgos del investigador y con el fin de evitarlos, se controlaron las variables y alteraciones tanto como fue posible.

El mismo contuvo las siguientes características:

Fue transversal, ya que constó de una sola medición, se recopilaron datos en un momento único. Se describieron variables y se analizaron sus incidencias e interrelación en un momento dado (Sampieri, 2006).

No experimental, siendo necesaria la administración de cuestionarios para la obtención de los datos, así como también se observaron los fenómenos dentro de su ambiente natural que luego fueron analizados, sin la manipulación de las variables.

Descriptivo, ya que se efectuó una descripción de una variable: la depresión.

## **6- 2. Participantes**

La muestra estuvo dirigida a 30 mujeres residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sus edades fluctuaron entre los 30 y 40 años de edad que han sufrido episodios de violencia familiar. Las mismas concurren a terapia grupal a un consultorio que reside en Zona Oeste, donde trabajan la temática convocante.

## **6-3. Técnicas de recolección de datos**

Los datos fueron obtenidos mediante una entrevista individual con cada participante. La técnica elegida para la recolección de datos fue a través del inventario de depresión de Beck “Beck Depression Inventory- Second Edition” (BDI-II); los autores del mismo son Beck, Steer y Brown (1971).

El test pretende evaluar Escalas Clínicas.

El BDI-II brinda en una medida, presencia y gravedad que podemos encontrar en adultos así como también en adolescentes a partir de los 13 años de edad. Es un auto informe compuesto por 21 ítems, que indican síntomas de tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos y deseos de suicidio, pesimismo, etc.

Estos síntomas se corresponden con los criterios que se encuentran en los Manuales de Diagnóstico DSM-IV y CIE10 para los criterios de diagnóstico de los trastornos de depresión, ya sea en lo referido a un episodio Depresivo Mayor o bien a los que se corresponden con la Distimia.

Con respecto a la administración de la escala de evaluación, la misma puede aplicarse de forma individual, así como también grupal, el tiempo estimado que lleva realizarlo es de cinco a diez minutos; aunque hay que tener en cuenta que, los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos, posiblemente requerirán de un tiempo mayor.

Las personas deben de elegir las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las dos últimas semanas, incluido el día que se efectúa la toma del BDI-II, para así poder ser consistente con los criterios que menciona el DSM-V para el criterio establecido para la depresión Mayor.

Por último mencionaremos que es necesario papel y lápiz y que el mismo es de administración oral.

El inventario para la Depresión de Aarón Beck es una herramienta importantísima porque permite evaluar de manera rápida a las personas de forma orientativa. Si bien, por sí solo no permite realizar un diagnóstico de depresión, le permite al profesional interviniente arribar a conclusiones en lo referido al contexto histórico de la persona a evaluar.

Se le hace entrega el cuestionario a la paciente, el mismo consta de preguntas que a su vez poseen agrupaciones de cuatro respuestas posibles. De estas últimas se debe de escoger la que describa con mayor exactitud cómo se ha sentido la persona ese día y durante la última semana.

El Test evalúa 21 puntos a saber:

- 1- Tristeza
- 2- Pesimismo
- 3- Sensación de fracaso
- 4- Insatisfacción
- 5- Culpa
- 6- Expectativas de castigo
- 7- Auto desprecio
- 8- Autoacusación
- 9- Ideas suicidas
- 10- Episodios de llanto
- 11- Irritabilidad
- 12- Retirada social
- 13- Indecisión
- 14- Cambios en la imagen corporal
- 15- Enlentecimiento

16- Insomnio

17- Fatigabilidad

18- Pérdida de apetito

19- Pérdida de peso

20- Preocupaciones somáticas

21- Bajo nivel de energía

La mujer en este caso evaluada, puntúa en un rango de 0 a 3 con qué intensidad siente sus emociones. Por ejemplo, tomando el primer grupo de respuestas (4) según su intensidad con respecto a la pregunta número (1) son:

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.

En lo que respecta a la puntuación total del Inventario de Depresión, se toma como referencia lo siguiente:

Entre 1 y 10 puntos: Se considera que el sujeto ha tenido leves altibajos y está por completo fuera de peligro.

Entre 11 y 16 puntos: Se considera una leve perturbación del estado del ánimo.

Entre 17 y 20 puntos: Se considera que ha habido estados de depresión intermitentes.

Entre 21 y 30 puntos: Se considera una depresión moderada.

Entre 31 y 40 puntos: Se considera una depresión grave.

Entre 41 y 73 puntos: Se considera una depresión extrema.

#### ***6- 4. Procedimiento***

Las participantes elegidas concurren a un grupo terapéutico donde trabajan la temática convocante a cargo de una licenciada que se especializa en el abordaje de víctimas de violencia, dichos encuentros se realizan en el barrio de Liniers, Zona Oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como primera medida se solicitó una entrevista con la Licenciada responsable del grupo tratante, a quien se le explicó el objetivo del presente estudio así como también las condiciones de confiabilidad y posterior anonimato de sus resultados. Una vez obtenido el permiso necesario se procedió al contacto con las participantes.

Se seleccionó la muestra de manera intencional, ya que junto con la Licenciada a cargo se procedió a la elección de las personas intervinientes en la investigación.

Se realizó una reunión de carácter informativa, donde fueron expuestos los motivos de la investigación, se les brindó información acerca de esta, del proceso de recolección de datos, así como también el carácter confidencial y anónimo del mismo.

Luego de haber conformado el grupo participante, las personas fueron convocadas individualmente para la administración del test.

Se administró a dichas pacientes dentro del rango etario preestablecido el cuestionario de la “Escala de depresión de Beck”.

Se adjuntó al BDI-II una copia de consentimiento informado, donde se brinda información a las participantes sobre la presente investigación, donde deja expuesta la libre elección y participación en ella.

El tiempo de realización del cuestionario fue de 30 minutos aproximadamente.

Debido al diseño elegido para el presente estudio, se tuvieron presentes las condiciones que garantizaran la integridad del sujeto, así como también lo referido a los aspectos bioéticos, estos fueron avalados por la profesional interviniente, quien aprobó dicha investigación.

#### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

La muestra realizada estuvo compuesta por 30 personas mayores de edad correspondientes al sexo femenino víctimas de violencia familiar que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico podemos apreciarlas por su nombre y edad.



En lo que respecta al rango etario, los datos a saber son los siguientes:

Mujeres de 30, 32, 33, 40 años, 1 participante por cada edad, representando el 13% del total de la población.

Mujeres de 31, 37 y 38 años, 5 participantes por cada edad, siendo el 50% del total de las mujeres encuestadas.

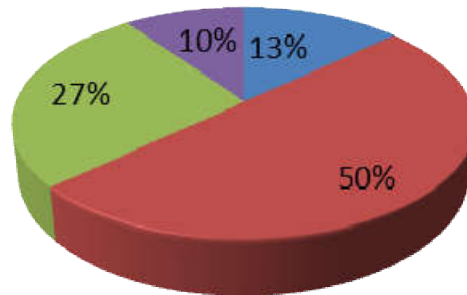
Mujeres de 34 y 39 años, 4 participantes por cada edad, arrojando el 27% de la misma.

Mujeres de 35 años, 3 participantes, teniendo el 10% restante respectivamente.

Dichos datos se encuentran representados en el siguiente gráfico a saber:

## Población Femenina Rango Etario

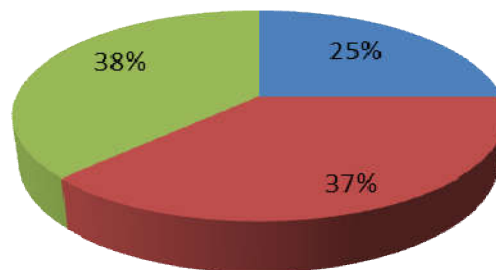
■ 30-32-33-40 ■ 31-37-38 ■ 34-39 ■ 35



Ahora bien, en el próximo gráfico queda expresado que el rango etario que comprende entre los 30 y 33 años, la sintomatología depresiva se expresa de la siguiente manera:

## Población Femenina Depresiva Rango Etario 30 a 33 años

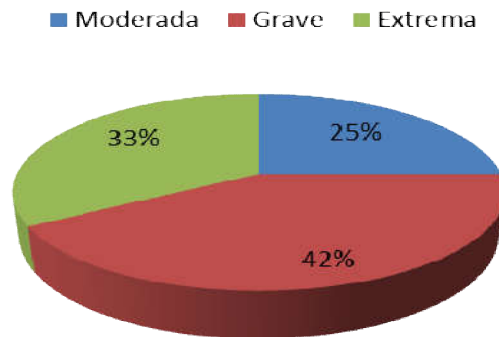
■ Moderada ■ Grave ■ Extrema



El mayor porcentaje se ha encontrado dentro de los 31 años respectivamente, siendo este el indicador del 38% dando como resultado el indicador de “Depresión Extrema”.

En lo que refiere a la población femenina correspondiente a las edades que van desde los 34 a los 37 años de edad los datos han sido los siguientes:

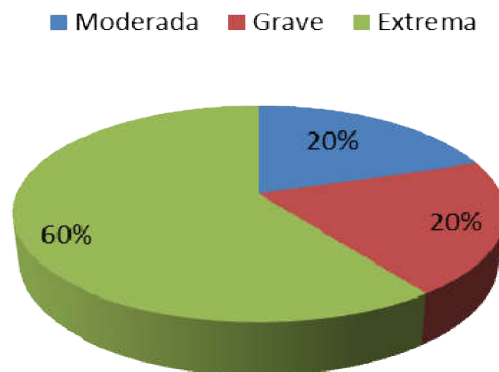
### **Población Femenina Depresiva Rango Etario 34 a 37 años**



Como podemos apreciar en este caso, la población ha expresado un nivel mayoritario en lo que respecta al indicador de “Depresión Grave” según el instrumento utilizado.

Con respecto al último grupo etario, entre 38 y 40 años, las mismas han arrojado un total del 60% con sintomatología de “Depresión Extrema”.

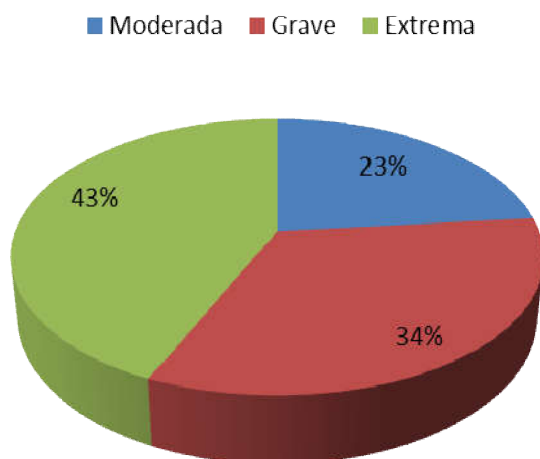
### **Población Femenina Depresiva Rango Etario 38 a 40 años**



Según los datos evaluados, no han sido registradas participantes que se encontraran “fuera de peligro, leve perturbación del estado del ánimo y estados de depresión intermitente”, computando según el instrumento utilizado, entre el 1 y los 20 puntos, según lo indica este último.

Por consiguiente, el análisis poblacional total de la muestra ha presentado el siguiente porcentaje según los grados de Depresión que se han encontrado.

## Población Femenina con Depresión



En el presente gráfico se puede observar que por sobre un total de la muestra de 30 participantes, el 23% presenta sintomatología depresiva que corresponde a un nivel moderado de la misma, así como un 34% de esta es grave y el 43% restante arroja una sintomatología depresógena extrema.

### **DISCUSIONES**

Ante todo, en la presente investigación se intentó analizar por sobre una muestra de 30 participantes del sexo femenino que residen en la Ciudad de Buenos Aires que han sido víctimas de violencia familiar, si las mismas han desarrollado posteriormente depresión.

Para poder determinar la existencia de dicho diagnóstico se utilizó el Inventario de Depresión de Beck.

Así mismo procedimos a tomar una porción de la población, tomando la muestra en la edad femenina comprendida entre los 30 y 40 años, luego de la administración de la herramienta de medición elegida se intentó determinar qué rango etario eran las más comprometidas, ya que los mismos arrojaron resultados reveladores, siendo la población total de la muestra, portadora de diferentes grados de afectación depresiva, que van desde niveles de depresión moderado- grave- extremo, no se han computado participantes fuera de peligro o bien con estados de ánimo intermitentes.

Considerando lo antedicho, podemos determinar que el 23% acusa ser portadora de una depresión con un nivel moderado de la misma, el 34% presenta una depresión grave y el 43% de las mujeres que han sido violentadas presentan un índice de depresión extrema.

Por lo expuesto hasta aquí, estamos de acuerdo con el estudio y posterior resultado llevado a cabo en el estado de Morelos por Rivera en el 2006, donde su investigación ha indicado que las mujeres que han sufrido diferentes tipos de violencia, así como también conductas riesgosas asociadas a ella en un 44% han demostrado poseer una depresión en grado alto, planteando entonces que la depresión puede ser tomada como el rasgo psicológico que se relaciona frecuentemente con la violencia del tipo interpersonal, lo que corrobora un vínculo directo entre el diagnóstico y el haber padecido relaciones violentas.

Así mismo distintas investigaciones, tomando poblaciones de mujeres adultas, han visualizado una relación entre la depresión y la violencia infligida por una pareja del sexo masculino, esto último se ha dado en sendas investigaciones a lo largo de distintos países. Si bien han sido identificadas ambas variables correlacionales, no es posible puntualizar cuál fue la causa y/o el resultado, es decir, qué tipo de relación existente hay entre ambos elementos. Más allá de esta limitación, es probable implementar medidas de prevención que estén dirigidas al tratamiento de la depresión que a su vez provocará un impacto a su vez preventivo o bien atenuante en relación con la violencia.

Con el objetivo de arrojar luz sobre el tema, en la ciudad de México también han realizado estudios para aproximarse a la prevalencia de la violencia en la pareja y su vinculación con la depresión, asociado con el consumo de alcohol. Aquí también los resultados indicaron que la violencia de pareja es una problemática importantísima, 45,7%. Debido a esto México se ubica como una región intermedia con referencia a la violencia en relación con otros países latinoamericanos (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, 2002). Si bien, ni la edad (entre 18 y 65 años), ni el nivel socioeconómico o el nivel de escolarización alcanzado fueron variables relacionadas directamente con la depresión, sí el tener problemas con la pareja aumentó significativamente la posibilidad de cumplir con los criterios de depresión en un 4,9 veces comparativamente a mujeres mediadas por el consumo de alcohol. Contrariamente a lo esperado por los objetivos del estudio, la expresión más grave de violencia emocional, ya sea amenazas de muerte o suicidio, se presentaron como el mayor riesgo a tener en cuenta, precisamente cuando no mediaba el alcohol.

Las consecuencias en la salud emocional en la población femenina, atravesados por la sintomatología depresiva alcanzó un 35,9%, coincidentemente con la prevalencia obtenida en la ENDIREH 2006 (37.5 %). Los datos arrojados por el estudio realizado presentan que más allá de estar presente el alcohol, los antecedentes de violencia en el ámbito familiar aumentan el riesgo de depresión en 4.872 y 0.697 veces, respectivamente (Ehrensaft et. al., 2003; Jouriles, McDonald, Norwood y Ezell, 2001; Lipsky, Caetano, Field y Larkin, 2005). Una intervención que se oriente hacia las mujeres, para tratar el consumo de alcohol debe de tener en cuenta la posible relación existente entre la violencia familiar y la depresión, además los programas de intervención deben de estar focalizados también en averiguar si la sintomatología depresiva puede incrementar el abuso de alcohol.

Por otra parte, en una muestra realizada a las mujeres habitantes de Cali, en su mayoría provenientes de un nivel económico pobre, donde más de la mitad no poseían título de educación media o bachillerato, lo que las sumergía en una independencia monetaria con relación a su pareja a saber el 55% de la muestra, lo que contribuye a explicar el por qué de la convivencia con el cónyuge. Los resultados de la investigación evidenciaron que un alto porcentaje de las mujeres que efectuaron denuncias por maltrato en las comisarías en el lugar citado presentan estrés psicológico, más de la mitad mostraron estrés postraumático; también dichos resultados se asemejan a los

realizados en San Francisco, EE. UU. y a los efectuados en Medellín, Colombia, en los que se han obtenido parámetros similares, señalando la afectación severa que poseen las mujeres en contextos tanto semejantes como así también parecidos. Con frecuencia se hallaron sintomatología severa correspondiente al espectro depresivo, otros síntomas pertenecientes a la dimensión Somática y a la Ideación Paranoide respectivamente.

Lo hasta aquí presentado se encuentra en concordancia con otro estudio que fue realizado en Colombia con mujeres maltratadas de la ciudad de Bucaramanga, por Fajardo y otros, donde aplicaron la prueba de personalidad con la intención de obtener medidas de factores psicológicos varios, estos autores hallaron que la población femenina se deprime con facilidad y que por ello son más proclives a somatizar sus conflictos, los que concomitantemente las lleva a tener baja autoestima comparándolas con mujeres que no presentan la problemática violenta.

Dicho esto, estudios realizados en diferentes países revelan la necesidad de tratamiento psiquiátrico en una tasa altísima en mujeres que poseen una conflictiva violenta familiar en relación a las que no sufren este flagelo.

## **CONCLUSIONES**

*“Vítima es quien sufre daño o resulta perjudicado en cualquier acción o suceso por culpa ajena. Es la persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio.*

*Victimario, -a es la persona que con sus actos y conductas hace sufrir o convierte en víctima suya a alguien. Sirviente de los antiguos sacerdotes gentiles, que encendía el fuego, ataba las víctimas al ara y las sujetaba en el acto del sacrificio. Matador, asesino. Proviene de vict-, principio derivado del latín vincere, vencer.”* Diccionario Básico Espasa (1983) y Moliner (1994)

En primera instancia es imperioso aclarar que el presente trabajo ha surgido a través del interés personal hacia el tema y que debido al tamaño de la muestra (30 participantes) sus resultados, más allá que los mismos son demoledores a la hora de exhibir una vinculación directa entre violencia familiar y la depresión, podrían no ser excluyentes por ser una aproximación pequeña a la temática planteada.

Debemos mencionar que el universo poblacional femenino seleccionado fueron mujeres marcadas en su historia por situaciones violentas en diferentes grados, a las que principalmente quiero agradecer por haberse hecho eco de esta investigación, a través de la administración del Inventario de Depresión de Beck (instrumento que posee validez y confiabilidad científica), donde prestaron su cuerpo, psiquis, tiempo y subjetividad; y por supuesto a la Institución que fue mediadora para que este estudio se llevara a cabo. Si bien este fue un trabajo dirigido hacia el universo femenino, las estadísticas poblacionales indican un grave déficit en lo que respecta a investigaciones que poseen temáticas referidas a la depresión en hombres como posibles víctimas de violencia.

De acuerdo con los objetivos que motivaron el planteo de este trabajo y con la hipótesis desplegada en el mismo, estos han sido corroborados, siendo que las mujeres que fueron expuestas a situaciones violentas, posteriormente han desarrollado sintomatología depresiva. Cabe destacar que la investigación fue tomada en una institución que se dedica al tratamiento del tema en cuestión, lo cual hace imperiosa la necesidad de poder llegar a estratos sociales que carecen de los recursos necesarios para el abordaje de la temática planteada.

En cuanto al total de la muestra empleada para dicho estudio, por sobre la población total femenina, la misma ha arrojado el 43% de depresión “extrema”, lo que nos permite confirmar su importancia vital en cuanto al abordaje de esta temática, en relación no solamente con la salud física y mental, sino también al impacto sociodemográfico, institucional y cultural que el tema abordado nos presenta, como anteriormente fue señalado por los diferentes autores mencionados.

De acuerdo con lo antes expuesto, las mujeres de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que fueron de algún modo violentadas pueden estar afectadas a su vez física y por sobretodo psicológicamente, debido a las marcas que dejan los actos y/o vínculos traumáticos a merced de un Otro por ellas conocido. Por esto, es necesario poner la mirada sobre los trastornos del estado del ánimo que pueden acarrear este tipo de población, de lo contrario sería difícil mejorar su calidad de vida, inclusive salvarlas de una muerte anunciada.

Sería recomendable tratar la conflictiva abordada de manera multidisciplinaria, creando dispositivos aceptados por la comunidad científica, así como también por quienes sufren la violencia, para ello debemos contar con profesionales de la salud que cuenten con un sólido conocimiento en el tema, un equipo interdisciplinario que esté integrado por psicólogos, psiquiatras, médicos (de diferentes especialidades), abogados, asistentes sociales, que a su vez tengan a su disposición políticas de Salud Pública, en lo concerniente a espacios hospitalarios o bien espacios abiertos a la comunidad que fomenten la prevención, brindando información, según la etapa evolutiva que atraviesa la persona y a su vez, contención y apoyo a quien lo padeciera, en forma gratuita.

Desde los diferentes ámbitos poder abordar al núcleo familiar disruptivo desde sus diferentes vertientes, poner la mirada no solamente sobre la víctima, en este caso precisamente las mujeres, sino también poder abordar al sujeto violento no desde un punto atomista dirigido a la denuncia del mismo solamente, sino que a su vez se puedan crear espacios de rehabilitación para un victimario padeciente.

En lo referido puntualmente a los encargados de alojar a una víctima de violencia o bien a una persona que porta un síntoma, la recomendación que me atrevo a formular es la del trabajo con la propia persona, su subjetividad y compromiso con la tarea, el desarrollo de la empatía y por sobretodo tener siempre presente que es

responsable de ese discurso que se articula frente a él y que demanda respuesta, donde se juega la vida de manera literal y actuar en consecuencia.

Desde una perspectiva centrada en la investigación, en lo referido a futuros trabajos, sugiero estimular a alumnos de las diferentes carreras universitarias, docentes, profesionales, en fin, a la comunidad toda a participar en trabajos de investigación, y en todos los casos poder ampliar el número de participantes, así como también de variables intervinientes, desde los diferentes medios de comunicación, para un mayor alcance de la propuesta investigativa.

Ahora bien, retomando el modelo psicoanalítico a modo de dar cuenta sobre la temática convocante el hecho violento y/o escena “disruptiva”, tomando dicho concepto por sobre el de “traumático” abordado por Moty Benyakar (2006) a saber:

“Disruptivo”: Son aquellas situaciones que surgen en el mundo externo. Se refiere a todo hecho, situación y/o evento que posee la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y así provocar algún tipo de reacción que altere su capacidad integradora y de elaboración.

“Traumático”: Se refiere a un fenómeno específico que posee características propias y distinguibles de otros fenómenos similares. Posee una mirada sobre el hecho a priori, como devastador, que compromete el hecho psíquico interno del sujeto, dejando por fuera su singularidad.

Podemos acordar así, que la vivencia de cada mujer frente al conflicto violento será subjetivo, así como será su reflexión, su accionar, para consigo misma, su historia, su presente, su futuro y su agresor.

Ahora bien ¿cómo se aborda dicha cotidianeidad cuando ese Otro se vuelve una figura ominosa? ¿Qué entendemos por ominoso? Es aquello que pertenece al orden de lo terrorífico, de lo que provoca angustia y horror. Freud (1919) lo pronuncia como perteneciente al mundo del animismo, es ese “algo que destinado a permanecer en lo oculto, se nos ha sido revelado”. Persona a la que le atribuimos malos propósitos.

Según Sanz (2002) la vivencia siniestra u ominosa se da cuando existe una articulación particular entre efecto y representación, así como en el interjuego que se produce entre lo propio/ no- propio y lo familiar /no- familiar (interacción patogeneizante). Un

fenómeno será vivenciado como ominoso cuando sea percibido como no- propio y familiar o como no- familiar y propio. Si bien el interjuego entre propio/ no- propio y familiar/ no- familiar contiene el potencial para producir patología, también posibilita el desarrollo de defensas cuando existe una mediatización (medio ambiente) apropiada.

Entonces me pregunto ¿por qué causa, hecho o situación una persona, miembro de una familia, en este caso, la pareja masculina se vuelve desconocida para sí misma y para ese ante quien se revela? ¿Qué impacto provocaría esta primera revelación en la víctima? ¿Qué mecanismos identificatorios se pondrían en juego en la prehistoria de ambos sujetos? ¿Qué clisé se actualizaría en ambos?

Teniendo en cuenta esto último, cada vez que en un vínculo predomina la ley del más fuerte, estamos frente a lo que Fernando Ulloa ha denominado “encerrona trágica” (protoescena manicomial), esta plantea que toda situación en la que alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, incluso tener una muerte asistida, depende de algo o de alguien que lo maltrata o destrata sin tomar en cuenta su situación de invalidez; dando como resultado, como efecto “lo siniestro”, esto provoca una forma de dolor psíquico, presentándose como una situación sin salida, en tanto no haya un tercero que represente a “lo justo” y rompa el cerco de los dos lugares. El síntoma emergente será la resignación (des adueñamiento del cuerpo- desgano). Desde esta perspectiva ¿qué sucede cuando los sujetos estamos atravesados por una ley y por jueces que desoyen los pedidos de las víctimas? ¿Cómo resignificamos lo legal cuando la justicia en la mayoría de los casos llega tarde? ¿Cómo abordamos a las víctimas si ellas mismas se perciben como futuras fallecidas en la espera de la acción del poder judicial?

Por otro lado y como hemos visto, la violencia genera diferentes desórdenes, síntomas, trastornos, el principal aquí abordado ha sido la depresión; según Horstein (2006) muchos hombres deprimidos no son diagnosticados porque su actitud no consiste en recluirse en el silencio del abatimiento sino en el ruido de la violencia.

¿Qué sucede con estas mujeres que frente a su problemática no pueden acceder a la obtención de herramientas terapéuticas, legales y socioeconómicas? ¿Qué sucede con esos niños que quedan huérfanos de madre y a merced de una figura paterna violenta?

¿Qué sucede con las mujeres que ni siquiera se dan cuenta que portan un síndrome y que son víctimas de violencia pero que esto es tan cotidiano que es tomado de carácter “normal”?

Sin dudas interrogatorios que quedan abiertos, con la posibilidad de ser abordados en trabajos de investigación venideros.

Para finalizar ante lo aquí expuesto sabemos que:

“Lo traumático genera depresión y vacío psíquico, rompe tramas- psíquicas, simbólicas, familiares y sociales. El sujeto se coloca frente a la repetición y a la creación. Sin anticipación del futuro no hay proyecto. La ilusión se dobllega ante la nostalgia” Horstein (2006).

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguirre Baztán, A. (2008). Antropología de la depresión. *Revista mal-estar e subjetividades*, VIII (3), 563-601

Alonso Varea, J. M. y Castellanos Delgado, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 253-274

Ángel Franco, M. B. (2007). Primer avance de investigación. La violencia en la familia: Reflexiones a la luz del psicoanálisis. *Revista virtual*, 21, 1-15

Bogaert García, H. (2012). La depresión y el factor kinestésico. *Ciencia y sociedad*, XXXVII (1), 77- 94

Canaval, G. E., González, M. C., Humphreys J., De León, N. y González, S. (2009). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las Comisarías de Familia. *Invest Educ Enferm*, 27 (2), 209-217

Colombo, G., Ynoub, R., Veneanda, L., Iglesias, M. G. y Viglizzo, M. Violencia familiar contra la mujer en las etapas del embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia. Universidad de Buenos Aires

Freyre, Miguel-Ángel; Hernández-Guzmán, Laura y Beltrán, María del Carmen. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 5-13

Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del psicólogo*, 31, 108-121

Natera Rey, G., Juárez García, F., Medina-Mora Icaza M. E. y Tiburcio Sainz, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, 24 (2), 165-173

Rivera- Rivera, L., Allen, B., Rodríguez Ortega, G., Chávez Ayala, R. y Lazcano, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo, en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública de México*, 48(2), 228-296

Romero Blasco, F., Melero Merino, A., Cánovas Anenos, C., Martínez, M. (2007). Violencia familiar, la percepción del conflicto entre padres e hijos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 153- 163

Sanz, Jesús; Vázquez, Carmelo. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 303-318

Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª ed.) . México: Mc Grow Hill Interamericana

Korman, P., Sarudiansky, M. (2001). Modelos teóricos clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15 (1)

Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos

Benyakar, M. (2006). *Lo traumático, clínica y paradoja. Tomo 2 Abordaje clínico*. Buenos Aires: Biblos

Freud, S. (1975). *Lo ominoso*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1975). *Tótem y Tabú*. Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1975). *El Malestar en la Cultura*. Buenos Aires: Amorrortu

Horstein, L. (2011). *Las depresiones, afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós

**ANEXO**

*Consentimiento Informado para participantes de la investigación*

El propósito de la presente es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como también su rol en ella.

La investigación es llevada a cabo por Carolina Fernanda Catana alumna de la Universidad de Flores. El objetivo de este trabajo será analizar la influencia que tiene la violencia familiar en el posible desarrollo de trastornos depresivos en mujeres que residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dicha investigación será presentada en la Universidad de Flores a fin de cumplimentar la Tesina requerida para la Licenciatura en Psicología.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder el cuestionario adjunto. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los antes mencionados. Si usted desea recibir los resultados obtenidos podrá solicitarlo al siguiente correo electrónico: carolinacatana566@hotmail.com

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar las preguntas que desee en cualquier momento durante su participación en él, así como también puede retirarse sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si alguna de las preguntas que le serán efectuadas le parecen incómodas, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o bien no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado/a de la meta que persigue el presente estudio.

Nombre: .....

Edad:.....

Lugar de Residencia: .....

Fecha: ...../...../.....

.....  
Firma del participante

***Instrumento de Medición de Datos***

Inventario de Depresión de Beck

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

- 1)  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.
- 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 no mejoran.
- 3)  No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, solo veo fracaso tras fracaso.

- Me siento una persona totalmente fracasada.
- 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.
- 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.
- 6)  No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.
- 7)  No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.
- 8)  No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)  No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)  No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)  No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme.
- 12)  No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.
- 13)  Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14)  No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

- 15)  Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.
- 16)  Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- 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.
- 17)  No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18)  Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.
- 19)  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar      SÍ / NO
- 20)  No estoy preocupado por mi salud más 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 algo más.
  - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21)
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
  - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
  - He perdido totalmente mi interés por el sexo.