



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

CADENA PIZARRO ALEJANDRO ALBERTO
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

CADENA PIZARRO ALEJANDRO ALBERTO
MÉDICO

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES VICTIMAS DE
VIOLENCIA DE GENERO

CADENA PIZARRO ALEJANDRO ALBERTO
MÉDICO

CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 20 DE OCTUBRE DE 2023

MACHALA
20 de octubre de 2023

IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

por Alejandro Alberto Cadena Pizarro

Fecha de entrega: 12-oct-2023 01:33p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2193163856

Nombre del archivo: ORNOS_DEPRESIVOS_EN_MUJERES_VICTIMAS_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO.docx
(35.32K)

Total de palabras: 3337

Total de caracteres: 18258

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, CADENA PIZARRO ALEJANDRO ALBERTO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado IDENTIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 20 de octubre de 2023



Alejandro Cadena P.

CADENA PIZARRO ALEJANDRO ALBERTO
0706540051

RESUMEN

Introducción: En Ecuador, un alto porcentaje de mujeres y niñas ha sufrido violencia sexual, especialmente por parte de sus parejas íntimas; la violencia de género está fuertemente asociada con trastornos depresivos, siendo uno de los problemas de salud mental más usuales con indicadores comunes para su detección oportuna en la atención primaria de Salud. **Objetivo:** identificar los trastornos depresivos en mujeres víctimas de violencia de género mediante revisión bibliográfica para la identificación y resolución oportuna de estas enfermedades mentales. **Metodología:** Se realizó revisión de artículos científicos en revistas médicas de gran relevancia en bases de datos como: Scielo, Redalyc y Pubmed relacionado con identificación de casos de trastornos depresivos en mujeres con antecedentes de episodios de violencia de género. **Conclusión:** La sintomatología depresiva es más severa en mujeres que experimentan maltrato psicológico, sexual y físico, y los indicadores son: visitas frecuentes a centros de salud, abuso de sustancias, lesiones físicas ginecológicas, insomnio, baja autoestima, intentos autolíticos, trastornos alimenticios y ansiedad.

Palabras claves: Violencia de Género, Trastorno Depresivo, Atención Primaria de Salud, Diagnóstico, Mujeres.

ABSTRACT

Introduction: In Ecuador, a high percentage of women and girls have suffered sexual violence, especially by their partners; gender violence is strongly associated with depressive disorders, being one of the most common mental health problems with common indicators for its timely detection in primary health care. **Objective:** To identify depressive disorders in women victims of gender violence through a bibliographic review for the timely identification and resolution of these mental illnesses. **Methodology:** A review of scientific articles in highly relevant medical journals was carried out in databases such as: Scielo, Redalyc and Pubmed related to the identification of cases of depressive disorders in women with a history of episodes of gender violence. **Conclusion:** Depressive symptoms are more severe in women who experience psychological, sexual and physical abuse, and the indicators are: frequent visits to health centers, substance abuse, gynecological physical injuries, insomnia, low self-esteem, suicide attempts, eating disorders and anxiety.

Keywords: Gender-Based Violence, Depressive Disorder, Primary Health Care, Diagnosis, Women.

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
DESARROLLO	8
<i>Aspectos generales de violencia de género</i>	<i>8</i>
<i>Trastornos depresivos en mujeres con antecedentes de violencia</i>	<i>9</i>
<i>Complicaciones del trastorno depresivo mayor</i>	<i>12</i>
<i>Papel del médico en la detección del trastorno depresivo en la mujer durante la consulta de atención primaria en salud</i>	<i>12</i>
CONCLUSIÓN	16
BIBLIOGRAFÍA	17

INTRODUCCIÓN

La definición de “género” se remonta a la década de los 60’s, sobre todo para la diferenciación de lo que hoy se conoce como “sexo”: término utilizado para expresar un concepto biológico que divide a las personas en masculino y femenino tomando el punto de órganos sexuales, cromosomas, hormonas, entre otros, mientras tanto, el concepto de “género” denota un concepto social, cultural, un conjunto de estereotipos que están ligados a la apariencia sexual, el cual es ocupado para designar a mujeres y hombres, tomando en cuenta las características mencionadas al principio. (1)

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define a la violencia de género como todo tipo de acto o acción en contra la mujer que desencadenan un daño directo que puede ser psicológico, físico y sexual, además de situaciones de privación de libertad, coacción o todo tipo de amenaza de estos actos. (2)

La violencia de género es un problema multisectorial que afecta a mujeres de distinta clase social, edad, raza, religión, entre otros, una de las consecuencias más relevantes a resolver, por parte del sector salud, es la repercusión mental y emocional de las agredidas que, de no ser arreglado, podría generar un problema social de vulneración de derechos humanos, sexuales y reproductivos al ocasionar un impacto descentralizado que afecta desde la víctima hasta la comunidad en la que reside.

A nivel mundial, 1 de cada 3 mujeres ha experimentado, en algún punto de su vida, violencia sexual, esto se traduce a 736 millones de mujeres, de esta gran cantidad, casi un 90% fueron víctimas de su pareja actual o ex conviviente. (3)

Las regiones con mayor índice de violencia de género son Asia, África y Mediterraneo Occidental con un porcentaje mayor al 40%, América con un 29%, Europa 25% y Pacifico Occidental con 24%, esto sugiere que la violencia de género no tiene relación directa con la economía de un continente, sino más bien, está ligado al ámbito social y cultural. (4)

En Latinoamérica, la historia no es diferente, llegando hasta el 47% de mujeres y niñas que han sido víctimas de violencia sexual, sobre todo de su pareja íntima. Cerca del 27% refiere haber sido víctima por una persona la cual no era su pareja. (5)

Ecuador es uno de los países de Latinoamérica que presenta una grave situación en referencia a violencia de género, según INEC en 2012, 6 de cada 10 mujeres mencionaron haber sufrido maltrato por parte de su conviviente en algún momento de su relación. (6)

Uno de los problemas de salud mental que surgen a partir del padecimiento de violencia de género en el contexto de la relación de pareja es el trastorno depresivo posicionándose entre los dos más frecuentes bajo reportes de estudios internacionales. (7)

La depresión es un trastorno constituido por varios síntomas donde el dominante son los de tipo afectivo, como por ejemplo la apatía, irritabilidad, tristeza, anhedonia, entre otros y pueden estar presente también síntomas de tipo cognitivo. Muy distinto a las variaciones del estado de ánimo que son pasajeras, que depende mucho de situaciones de la vida cotidiana, la depresión se vuelve un trastorno cuando la persona convive con estos síntomas como mínimo dos semanas, llegando a interferir en sus actividades cotidianas. (8)

El aumento de los casos depresivos asociados a la violencia de género, me ha motivado a este tipo de investigaciones con el fin de orientar mis horizontes para la correcta identificación y resolución de esta patología. Por ende, el objetivo de esta investigación es identificar los trastornos depresivos en mujeres víctimas de violencia de género mediante la revisión bibliográfica para la identificación y resolución oportuna de estas enfermedades mentales.

DESARROLLO

Aspectos generales de violencia de género

El concepto “violencia de género” está sostenido bajo ideas y modelos del mundo contemporáneo, ligándose a áreas del conocimiento como: ciencias humanas, salud, ciencias jurídicas, ética, entre otros. La violencia de género está definida como todo acto de violencia que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada. La violencia de género incluye: maltrato verbal, agresión física, abuso sexual, y cualquier tipo de acción tradicional que atente contra la integridad de la mujer, incluyendo el asedio e intimidación sexual en instituciones educativas, lugar de trabajo, trata de blancas/mujeres y prostitución. (4)

La violencia de género abarca espacios públicos o privados, los ejemplos incluyen la discriminación laboral o política contra las mujeres en cualquier institución, acoso sexual, violación, tráfico humano, prostitución y maltrato. Estas formas de violencia, en su escalada, pueden llevar a la muerte de la víctima. Desde una perspectiva de salud, las víctimas de violencia de género muestran signos identificables que generan una alta demanda de atención en salas de emergencia, se observan fracturas, contusiones, quemaduras, hematomas, infecciones recurrentes del tracto urinario, dolor pélvico crónico y, a nivel psicológico, trastornos depresivos, ansiedad, sentimientos de culpa, estrés postraumático, crisis de pánico, temor irracional al género del agresor, descuido en la apariencia y la higiene personal. (9)

En Ecuador la crisis de violencia afecta a seis de cada diez mujeres, quienes reconocen haber sido víctimas de agresiones físicas y psicológicas. Sin embargo, un porcentaje significativo de agredidas no denuncia a sus abusadores; la lucha contra esta problemática se ha intensificado en los últimos 45 años, a través de creación de la Oficina Nacional de la Mujer en 1979; apertura de refugios para víctimas en 1980 y firma de la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer en 1994. A pesar de estos avances, aún existen problemas en planificación familiar, embarazos no deseados y concepción en adolescentes; sin embargo, la vulneración de los

derechos sexuales y reproductivos es solo una parte del conflicto social que vive la mujer ecuatoriana. (6)

Jaramillo et al., en su artículo de revisión, con respecto a la evolución de este concepto, manifiesta que la violencia de género está dentro de un marco de desigualdad en el cual se evidencia la brecha de las relaciones de poder entre mujeres y hombres, edificada bajo actitudes dominantes masculinas naturalizadas que dan paso a la sumisión y sentido de inferioridad a la mujer. Así pues, se ha llegado a considerar como un instrumento político y cultural quebrantador de los derechos humanos, inequidad, exclusión y discriminación. (9)

En la ruralidad este problema no es diferente, Salazar indica que alrededor del 50% de mujeres recibe violencia psicológica y agresión física por parte de su pareja experimentando: miedo a la separación, temor a la soledad, sumisión y baja autoestima. Manifiestan que dentro de su hogar reciben humillaciones que guardan relación con su participación académica. Los resultados de la autora revelaron que solo la mitad de las mujeres en este cantón de la provincia de Napo han tenido acceso a educación básica, demostrando lo importante que es fomentar la competitividad académica y laboral en las ecuatorianas. (2)

Trastornos depresivos en mujeres con antecedentes de violencia

En el metaanálisis publicado en 2022, Aguilar et al., afirma que los trastornos depresivos son concomitantes al apego patológico, y a los modelos de afrontamiento, siendo las mujeres aquellas que desarrollan los niveles elevados de dependencia emocional, miedo a la soledad y sumisión. Las estrategias de evitación cognitiva y resignación, son las más utilizadas entre las víctimas, mientras que, el afrontamiento a través del análisis lógico y reevaluación son poco frecuentes, sin embargo, ha planteado una teoría que explicaría los motivos por los cuales las afectadas no usan las técnicas de enfrentamiento mencionadas: establece que el empleo de las mismas se corresponde a la dependencia económica a la que están sujetas. La violencia conyugal hacia la mujer la debilitará emocionalmente creando un panorama de vulnerabilidad y sumisión el cual perdurará aun cuando la relación de abuso haya finalizado. (10)

Para explicar la permanencia de la víctima en su entorno de agresión es necesario citar la teoría del ciclo de violencia propuesta por Walker, en 2012, que explica cómo el abuso es un ciclo: inicia con la acumulación de tensión, le sigue el maltrato grave y el arrepentimiento cariñoso, que termina en una treta de promesas incumplidas, aceptación y normalización. (11)

En adición a lo mencionado previamente, Paz et al., en 2009 manifestaron, que la violencia psicológica en conjunto con agresión física significará un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno depresivo, ansiedad, ideación suicida, trastorno de estrés postraumático, abuso de drogas legalizadas y uso de drogas ilícitas. El trastorno depresivo es una de las patologías psicológicas más frecuentes en mujeres que pueden ser causadas por factores orgánicos o bajo estimulación psicosocial. (12)

Permanecer en un entorno de violencia conyugal degrada la integridad de la mujer, disminuye su integridad, dignidad y autoestima, interrumpe sus posibilidades de desarrollo personal y anula toda su capacidad de independencia. Illanes y otros colaboradores, concluyeron así que la violencia en el entorno marital es relativa a síntomas depresivos en la mujer. (13)

En mujeres de 18 a 29 años que han experimentado violencia de género, se observa una mayor incidencia de trastorno de dependencia emocional, depresión y crisis de ansiedad. Se establece una correlación entre estas tres variables, destacando una relación significativa entre la dependencia emocional y la depresión en aspectos cognitivos, emocionales y motivación somática. Obando et al. definen el trastorno depresivo en mujeres como una patología con síntomas, etiología y abordaje terapéutico, mayormente eficaz dependiendo de la causa. La fisiopatología se atribuye a una disminución de serotonina, un neurotransmisor que afecta la transmisión de señales eléctricas en las células nerviosas. (14)

Bajo el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V), se establece que el trastorno depresivo mayor puede categorizarse en niveles de gravedad: leve, moderado o grave, según la cantidad de síntomas presentes en el paciente y el impacto en su vida diaria. Para cumplir con los criterios de diagnóstico, es necesario que, durante un periodo continuado de dos semanas como mínimo, el paciente

experimente cinco o más síntomas que supongan un cambio significativo en su funcionamiento habitual. Estos síntomas incluyen la presencia de un estado de ánimo deprimido, manifestado como sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza, así como la pérdida de interés en actividades cotidianas. Otros síntomas observables incluyen: cambios en el peso corporal de al menos un cinco por ciento, ya sea pérdida o aumento, pérdida de apetito diaria, insomnio o hipersomnia, fatiga. (15)

Por otro lado, Gallardo et al., en su artículo de revisión con respecto a la distimia como entidad nosológica menciona que este trastorno está asociado con: adaptación inadecuada, estresores persistentes, baja productividad y presencia de comorbilidades. La distimia se describe como un cambio persistente de larga duración con sintomatología menos intensa que el trastorno depresivo mayor que produce un rendimiento reducido en actividades cotidianas y quebrantamiento de relaciones sociales. (16)

Los criterios diagnósticos propuestos por el DSM - V para trastorno depresivo persistente, o distimia, son: persistencia de los síntomas durante al menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños; presencia de estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día; manifestación de dos o más de los siguientes síntomas: aumento o disminución del apetito, insomnio, hipersomnia, fatiga, autoestima disminuida, dificultad para concentrarse, desesperanza, indecisión. (15)

Para llegar a un diagnóstico acertado el médico deberá asegurarse que los síntomas no son atribuibles a efectos fisiológicos o trastornos orgánicos. Los síntomas psicológicos de una mujer agredida podrían abrir sospechas de casos de violencia de género, si la víctima cumple con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor las probabilidades de terminar la relación con la parte abusadora son elevadas pues la mujer se ha enfrentado a agresiones por primera vez, en contraste, si la mujer presenta características de distimia con signos de violencia doméstica, el médico se enfrenta a la normalización de la agresión por parte de la víctima, convirtiéndose en todo un reto la separación de su abusador. (16)

La autoestima baja, arrebatos de furia y la pérdida de placer en pasatiempos son rasgos asociados al trastorno depresivo, según Obando et al. También se destaca la inapetencia sexual como una característica relevante. Esta patología se manifiesta a través de cambios

conductuales y emocionales que afectan a personas de cualquier raza, sexo o edad. La mayor incidencia de episodios depresivos en mujeres puede ser atribuida a una combinación de factores psicológicos, sociales, hormonales, culturales y emocionales. El papel histórico de la mujer, impuesto por una sociedad con rasgos patriarcales y marcado por experiencias de agresión, violencia, pobreza y dependencia, incrementa el riesgo de padecer depresión. (14)

Complicaciones del trastorno depresivo mayor

Para comprender la gravedad de las causas se debe de poner en la mesa sus terribles consecuencias si la implementación temprana de mecanismos eficientes de detección de casos de violencia de género y trastornos depresivos no se da, y si es que a pesar de la detección oportuna no se brinda el abordaje correcto a la paciente.

La cronificación de los síntomas, en los casos no tratados, es un hecho, pues la Guía para pacientes con enfermedades de larga duración expone que alrededor del 15% de los pacientes que presentan este trastorno del ánimo podrían presentar un curso crónico. Las patologías concomitantes, problemas familiares o de índole económica actúan como estresores persistentes; así también los rasgos de personalidad de una persona podrían dificultar mantenerse tranquilo durante el día; sus antecedentes personales son claves para comprender la génesis del trastorno. Las recaídas suceden en el 70% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y trastorno distímico. El 50% lo presentará en los dos primeros años tras la recuperación. El intento de suicidio es treinta veces más probable en un paciente deprimido que en un individuo común; alrededor del 15% de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor podrían intentarlo. (17)

Papel del médico en la detección del trastorno depresivo en la mujer durante la consulta de atención primaria en salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) califica a la atención primaria como el nivel del sistema de salud más accesible y libre para todo problema sanitario, con el objetivo de garantizar el mayor nivel de salud, con una atención centrada en las necesidades de la comunidad esto incluye promoción de salud y prevención de enfermedades. Los síntomas repetitivos, las quejas y molestias sin causa aparente de las mujeres en el consultorio, pueden ser el primer llamado de atención ante un posible caso de violencia de género. La

OMS recomienda que, durante la visita médica de cada mujer, siempre se hagan preguntas que podrían retratar el entorno psicosocial de la paciente, con el fin de descartar factores de riesgo para violencia doméstica. (1)

El estudio descriptivo de Garcia y demás colaboradores, enfocados en las consecuencias de la violencia de género, considera que la consulta de atención primaria en salud, es el momento oportuno en el cual se debe detectar y dar orientación a mujeres víctimas de violencia de género. Esto es comprobable a través de la encuesta realizada, cuyos resultados indican que solo en el 26.5% de las pacientes es cuestionada, por el médico, acerca de su situación social y familiar, el 11% menciona que rara vez y el 61.8% nunca. Casi el 97% de este mismo grupo de mujeres refieren que tales preguntas serían recibidas de buena manera y respondidas con sinceridad. (18)

Los profesionales de salud deben estar siempre alerta a una serie de signos y síntomas que eleven nuestro índice de sospecha ante casos de violencia de género. Es crucial que el personal de salud que trabaje en la atención primaria los reconozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para la identificación de casos. (1)

El personal sanitario que sospeche de una víctima de violencia de género deberá abordar la entrevista clínica en un espacio que brinde confidencialidad del caso. (19)

El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, recomienda:

- Asegurar confidencialidad
- Ser empáticos, escucha activa
- Mencionar que la violencia jamás está justificada
- Observar el lenguaje verbal y no verbal de la mujer

En caso que la mujer acepte ser víctima de violencia de género:

- Aclarar que la mujer no es responsable de la violencia
- Nunca poner en duda sus declaraciones
- No emitir juicios

- Alertar a la mujer sobre las posibles complicaciones de la violencia
- Evitar dar declaraciones que den falsas esperanzas
- No menospreciar la sensación de peligro de la víctima
- Evitar actitudes paternalistas (3).

Tabla 1: Indicadores de sospecha en antecedentes personales de la mujer (3)

Antecedentes personales y de hábitos de vida	Problemas gineco-obstétricos	Síntomas psicológicos frecuentes	Síntomas físicos frecuentes
Lesiones frecuentes	Leve o nulo control en su fecundidad (embarazos no deseados o no aceptados)	Insomnio	Cefalea, mareo
Abuso sustancias / alcohol	Lesiones genitales, abdomen o mamas durante los embarazos	Depresión	Dolor crónico en general
Dependiente de psicofármacos	Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea	Trastornos de ansiedad	Molestias gastrointestinales
Utilización de servicios sanitarios	Historial de abortos	Estrés postraumático	Molestias pélvicas
Periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)	Control médico de hijos deficientes	Intentos autolíticos	Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.
No asistir a citas médicas o tratamientos	Atención prenatal tardía	Autoestima baja	
Visita frecuente a los servicios de urgencias	Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia	Agotamiento psicológico	
Hospitalizaciones recurrentes		Irritabilidad	
Acudir con su conviviente cuando antes no lo hacía		Conducta alimentaria inadecuada	
		Descontrol de estados emocionales	

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: 2007.

Es importante aclarar que el abordaje correcto de un paciente no debe de enmarcarse solo en el apoyo social que se le pueda brindar, sino ser guiado por un médico capacitado para casos como los ya mencionados, pues Buesa et al., afirma que la eficiencia del apoyo social es inconsistente, pero si este proviene de una persona significativa podría causar

un impacto relevante, lo cual coincide con aquellos estudios que demuestran cómo las víctimas se sienten seguras de hablar de sus situaciones de violencia con su círculo cercano de amigos y familiares. El apoyo social formal, como el que se recibe de los servicios públicos o las organizaciones sociales, está relacionado con la ruptura de la relación abusiva. Esto sugiere que el acceso a recursos y servicios institucionales es clave para que las mujeres puedan dejar sus relaciones de maltrato. Los resultados de esta investigación coinciden con los de otros estudios que han demostrado la importancia del apoyo social formal para el afrontamiento de la violencia de género. Por lo tanto, las políticas públicas orientadas a la dotación de recursos y servicios para las mujeres víctimas de violencia de género son necesarias y útiles. Estas políticas pueden ayudar a las mujeres a superar el trauma de la violencia y a construir una vida libre de maltrato.

(20)

CONCLUSIÓN

En base a la revisión bibliográfica realizada, me ha permitido concluir que la depresión es uno de los principales problemas psicológicos por el que cursan las mujeres víctimas de violencia de género, lo que convierte a la mujer en una persona vulnerable, incapaz de salir del círculo de violencia de su conviviente o agresor.

La distimia es un cuadro depresivo prolongado, que se presenta en mujeres que sufren de violencia de género y han romantizado o normalizado las agresiones de su conviviente, a diferencia del trastorno depresivo mayor, que es consecuente a episodios recientes de abuso físico, psicológico o sexual

Se encontró que la sintomatología depresiva es mayor y afecta más en las mujeres que sufrían maltrato psicológico, sexual y físico en comparación en las que sufrían únicamente maltrato físico y psicológico.

Dentro de los indicadores que una mujer sufre de violencia de género están: visitas frecuentes a centros de salud, abuso de sustancias, lesiones físicas incluidas las ginecológicas y si hablamos de trastornos depresivos, el insomnio, autoestima baja, intentos autolíticos, trastornos alimenticios y ansiedad son expresiones frecuentes.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. [Online].; 2021 [cited 2023 10 5. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
2. Salazar M, Jaramillo A. TIPOS DE VIOLENCIA RECIBIDA Y AUTOESTIMA EN MUJERES DEL CANTÓN ARCHIDONA, ECUADOR. REVISTA PSICOLOGÍA UNEMI. 2022 Enero; 6(10).
3. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Online].; 2007 [cited 2023 10 5. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloCom>.
4. Caudillo L, Hernández M, Flores M. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Ra Ximhai. 2017 Julio; 13(2).
5. Contreras J, Bott S, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. 2010..
6. Ibáñez D. La violencia de género en Ecuador: un estudio sobre los universitarios. Revista Estudios Feministas. 2017 Septiembre; 25(3).
7. Generali V. Efectos de la terapia cognitivo conductual sobre la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de género. 2020. Artículo científico de revisión bibliográfica.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo. 2017..
9. Jaramillo C, Canaval G. Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. Universidad y Salud. 2020 Abril; 22(2).

10. Aguilar A, Sánchez M, Medina R, Torres M. Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. RECIAMUC. 2022 Mayo; 6(2).
11. Walker L. Síndrome de la mujer maltratada. 1st ed. Bilbao: Descleé de Brower; 2012.
12. Paz M, Matud P, Buela G. SALUD MENTAL DE LAS MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA EN EL SALVADOR. Revista Mexicana de Psicología. 2009 Enero; 26(1).
13. Illanez E, Bustos L, Vizcarra M, Muñoz S. Violencia y factores sociales en mujeres de la ciudad de Temuco. Revista médica de Chile. 2007 Marzo; 135(3).
14. Obando I. VIOLENCIA INTRADOMICILIAR y DEPRESIÓN EN MUJERES. Revista de Trabajo Social. 2007 Enero; 69(1).
15. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del Arlington; 2013.
16. Gallardo G, Jimenez M, González A, Villaseñor T. La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. Revista Mexicana de Neurociencias. 2013 Julio; 14(4).
17. Gastó C, Navarro V. GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LARGA DURACIÓN: LA DEPRESIÓN. 2007..
18. García J, Torío J, Lea M, García M, Aguilera R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. Atención Primaria. 2008 Septiembre; 40(9).
19. Sans M. Detección de la violencia de género en atención primaria. Revista Española de Medicina Legal. 2010 Septiembre; 36(3).
20. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2013 Marzo; 13(1).