

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“LA DEPRESIÓN, LA VIOLENCIA Y SU RELACIÓN EN LA PRÁCTICA SEXUAL EN
LOS ALUMNOS DE LA LICENCIATURA EN NUTRICIÓN DEL PLANTEL HIDALGO,
2012-2013”.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA:
L. N. RENÉ GUADARRAMA ANDRADE**

**DIRECTORES DE TESIS:
D. EN FIL. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E. EN S.P. CARLOS FERNÁNDEZ MEJÍA**

**REVISORES DE TESIS:
D. en H. ARTURO GARCÍA RILLO
M. EN C. JAVIER SÁNCHEZ GUERRERO
E. EN S. P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN S. P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO**

TOLUCA, MÉXICO,

2014.

ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
I MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	1
I.1 Depresión	1
I.2 Violencia	5
I.2.1 Violencia física	9
I.2.2 Violencia Psicológica	10
I.2.3 Violencia Sexual	12
I.3 Práctica sexual	16
I.4 Plantel Hidalgo de Univer Milenium	23
II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
II.1 Argumentación	24
II.2 Pregunta de investigación	25
III JUSTIFICACIONES	26
III.1 Justificación académica	26
III.2 Justificación científica	26
III.3 Justificación epidemiológica	26
III.4 Justificación económica	26
IV HIPÓTESIS	27
IV.1 Elementos de la hipótesis	27
IV.1.1 Unidad de observación	27
IV.1.2 Variables	27
IV.1.2.1 Variable dependiente	27
IV.1.2.2 Variable independiente	27
IV.1.3 Elementos lógicos	27
V OBJETIVOS	28
V.1 Objetivo general	28
V.2 Objetivo específico	28
VI MÉTODO	29
VI.1 Tipo de estudio	29
VI.2 Diseño de estudio	29
VI.3 Operacionalización de variables	29
VI.4 Universo de trabajo	32
VI.4.1 Criterios de inclusión	32
VI.4.2 Criterios de exclusión	32
VI.4.3 Criterios de eliminación	32
VI.5 Instrumentos de investigación	32
VI.5.1 Descripción	32
VI.5.2 Validación	33
VI.5.3 Aplicación	33
VI.6 Desarrollo del proyecto	33
VI.7 Límites	33
VI.1 Espacio	33
VI.2 Tiempo	33

VII	IMPLICACIONES ÉTICAS	34
VIII	ORGANIZACIÓN	35
IX	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
X	CUADROS Y GRÁFICOS	39
XI	CONCLUSIONES	65
XII	RECOMENDACIONES	66
XIII	BIBLIOGRAFÍA	67
XIV	ANEXOS	69
	XIV.1 Consentimiento Informado	69
	XIV.2 Instrumentos	70

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

**DEDICO ESTE TRABAJO A TODAS LAS PERSONAS QUE EN ÉL PARTICIPARON
POR BRINDAR SU TIEMPO Y APOYO A TAN NOBLE CAUSA.**

GRACIAS A DIOS POR CONCEDERME EL PRIVILEGIO DE LA VIDA

**GRACIAS A MIS PADRES QUE HAN SIDO MI APOYO Y FUNDAMENTO
MIS CONSEJEROS INCANSABLES**

GRACIAS A MIS HERMANOS POR SU COMPAÑÍA Y CONSEJOS

**GRACIAS A M ESPOSA POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO, AYUDARME Y
TENDERME LA MANO SIEMPRE Y EN TODO MOMENTO**

GRACIAS A MIS HIJAS: ELIZABETH Y EVELYN QUE SON EL MOTOR DE MI VIDA

GRACIAS A TODOS LOS DOCENTES Y DIRECTORES POR CREER EN MI.

**GRACIAS A LA VIDA QUE ME HA DADO TANTO, GRACIAS POR UN LOGRO MÁS
EN EL CAMINO, GRACIAS POR ESTAR AQUÍ.**

I. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

I.1 Depresión

En la antigüedad, Hipócrates describió el estado psicológico que luego se llamaría depresión y que él designó como melancolía. Si bien no es necesariamente una enfermedad, la depresión suele estar relacionada con desórdenes mentales y físicos y se le considera la perturbación psiquiátrica más común. Afecta directamente el estado de ánimo presentándose una disminución en las actividades cotidianas de la vida. "Se manifiesta a través de falta de voluntad para hacer trabajos, tareas y demás actividades. En el lado afectivo, se expresa con tristeza, vacío existencial, auto culpa y soledad; en la mente se crea ofuscamiento, pesimismo, oscuros pensamientos e inseguridad." Edward Bibring planteó un modelo de depresión que se basa en el conflicto que implica la expresión emocional el cual lleva a la vez a un estado de desvalidamiento e impotencia del yo. Según Bibring es característico de las personas que padecen depresión:

- 1.- "El deseo de ser valioso, amado y apreciado.
- 2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.
- 3.- El deseo de ser bueno y amable."

Estos deseos de ser aceptados socialmente se contraponen al hecho de que la persona depresiva tiende a aislarse. (1)

Hay múltiples factores que se asocian con la aparición, duración y recurrencia de la depresión:

- a) Factores biológicos: los niños o adolescentes que tienen un padre o ambos padres deprimidos tienen dos y cuatro veces más probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo, respectivamente. Frecuentemente se asocia con una baja de

neurotransmisores cerebrales, más de la serotonina que de la adrenalina causado por alteraciones en el funcionamiento del hipotálamo y la secreción de hormonas por encima del nivel normal llevando a alteraciones endocrinas e inmunológicas.

b) Factores socioculturales: son factores externos como los familiares e incluyen depresión en los padres, conflicto o divorcio y muerte precoz de un padre, situaciones que generan estrés y causan trastornos afectivos por la pérdida de los lazos de unión.

c) Factores psicológicos: derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa en la cual el niño es susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez las cuales si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo. Estos se exteriorizan como sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos.

Se pueden acompañar de "varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer."

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico:

A) El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

B) El trastorno distímico, también llamado distemia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distemia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen:

- . Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.

- . Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz.

El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión). (2)

Entre las distorsiones que los sujetos deprimidos cometen con mucha más frecuencia que las personas normales, destacan los siguientes:

- 1.- *El pensamiento de todo o nada*: tendencia que existe en ver que las cosas en términos dicotómicos sin graduación algunas entre los extremos.

2.- *La abstracción selectiva*: que consiste en prestar atención a unos pocos detalles negativos para extraer conclusiones, ignorando otros aspectos contextuales más positivos.

3.- *La generalización excesiva*: tendencia a creer que lo que ha sucedido en un determinado momento, sucederá siempre u otras veces.

4.- *La magnificación*: es la importancia concedida de sucesos negativos y la minimización del valor concedido a circunstancias favorables.

5.- *La personalización o tendencia*: del depresivo a relacionar con los mismos sucesos externos y sus consecuencias, cuando no existen pruebas que puedan justificar tal relación.

6.- *La deducción arbitraria*: se refiere a la propensión a extraer conclusiones sin tener datos suficientes que las respalden o en algunos casos, teniendo incluso pruebas contrarias a dicha conclusión.

7.- *Imperativos categóricos del “debo o tengo que”*: impiden al sujeto la adopción de otras alternativas de respuesta, limitando su libertad de maniobra, e incrementando la probabilidad de incumplir normas, con frecuencia ilógicamente estrictas.

8.- *El uso habitual de la Auto descalificación*: que consiste en utilizar cualquier pensamiento y sentimiento negativo como prueba irrefutable de realidad.

Síntomas

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio

- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento. (3)

La gravedad de una depresión está en la relación directa con la duración y la intensidad de sus síntomas, y con la capacidad que produce el afrontar los acontecimientos de la vida y atender con normalidad los deberes cotidianos. Aunque un adolescente no tenga problemas de aprendizaje, la presión académica puede ser un factor desencadenante de un trastorno depresivo, aunque no hay evidencia de que los exámenes aumenten el riesgo de depresión y suicidio, es verdad que al aproximarse la época de exámenes algún adolescente se muestran especialmente ansiosos. (4,5)

I.2 Violencia

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete que de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas".

"La violencia es la presión síquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima". (6)

La violencia es un trastorno de la personalidad que se caracteriza por una inestabilidad del humor y por la propensión a estallidos temperamentales o arrebatos incontrolados de enfado y odio. La violencia tiene un carácter destructivo sobre las personas y los objetos y supone una profunda disfunción social, se apoya en los mecanismos neurobiológicos de la respuesta agresiva.

La violencia forma parte de nuestra condición humana y debes ser compensada y mitigada racionalmente a través del impulso de la colaboración, la concordia y el ordenamiento pacífico.

La violencia en las etapas de la vida se puede manifestar de formas diferentes; la violencia tiene un efecto profundo sobre la mujer. Empieza antes del nacimiento, en

algunos países, con abortos selectivos según el sexo. O al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebés del sexo femenino. Y sigue afectando a la mujer a lo largo de su vida. Todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación de sus genitales. Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, o por personas ajenas. En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor, o ser encarcelada por haber cometido un acto "delictivo". La mujer que queda embarazada antes del matrimonio puede ser golpeada, condenada al ostracismo o asesinada por sus familiares, aunque el embarazo sea producto de una violación.

Después del matrimonio, el riesgo mayor de violencia para la mujer sigue habitando en su hogar, donde su esposo y, a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla. Cuando la mujer queda embarazada, envejece o padece discapacidad mental o física, es más vulnerable al ataque.

La mujer que está lejos del hogar, encarcelada o aislada de cualquier forma es también objeto de agresión violenta. Durante un conflicto armado, las agresiones contra la mujer aumentan, tanto de parte de las fuerzas hostiles como de las "aliadas". (7)

Entre las causas de la violencia podemos encontrar las siguientes:

- El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
- Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad.
- Fuerte ignorancia que hay de no conocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un fenómenos social, es conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo.
- El no poder controlar los impulsos: muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.
- La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la causa MAYOR que existe de violencia, un niño que se críe

dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.

- Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia.

- La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia: si no tienen cómo comprar su “producto” matan y golpean hasta a su propia madre.

La violencia se origina en la falta de consideración hacia la sociedad en que vivimos, si creamos mayor conciencia en nosotros mismos, si analizamos que la violencia no es la mejor forma de alcanzar las metas, de seguro nuestra sociedad crecería y se desarrollaría.

Entre las consecuencias de la violencia se encuentran las siguientes:

a) Consecuencias para la salud

La violencia trae dos tipos de consecuencias: Físicas y Psicológicas

b) Consecuencias físicas

c) Homicidio

d) Lesiones graves

e) Lesiones durante el embarazo

f) Lesiones a los niños

g) Embarazo no deseado y a temprana edad

Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato.

Tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección. Un número

creciente de estudios indica que las niñas que son maltratadas sexualmente durante la niñez tienen un riesgo mucho mayor de embarazo no deseado durante la adolescencia.

Este riesgo mayor de embarazo no deseado acarrea muchos problemas adicionales. Por ejemplo, está bien documentado que la maternidad durante la adolescencia temprana o media, antes de que las niñas estén maduras biológica y psicológicamente, está asociada con resultados de salud adversos tanto para la madre como para el niño. Los lactantes pueden ser prematuros, de bajo peso al nacer o pequeños para su edad gestacional.

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales.

h) Vulnerabilidad a las enfermedades

Si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves.

Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al auto descuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos. Se ha determinado, por ejemplo, que las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de fumar que aquellas sin antecedentes de violencia. (8)

Cuando hablamos de violencia creemos que solo es "dar golpes", pero estamos equivocados. Existen varios tipos de violencias, entre ellos podemos citar:

- Violencia física en la familia (intra familiar).
- Violencia Psicológica o mental.
- Violencia sexual.

I.2.I Violencia física

La forma más común de violencia física contra la mujer es la violencia en el hogar o en la familia. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona.

Los hombres pueden patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras; les pueden infligir quemaduras o tirar ácido en la cara; pegar o violar, con partes corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles. A veces las mujeres son lesionadas gravemente y en algunos casos son asesinadas o mueren como resultado de sus lesiones.

Ningún tipo de violencia es exclusiva de los hombres, cuando se dice que los hombres ejercen la violencia física, se hace referencia a que es más probable que la usen y que lo hagan con éxito, en primer lugar por qué son más fuertes que las mujeres, en segundo lugar porque la negación de la violencia física por parte de las mujeres es característica del proceso de construcción de la identidad de género, la violencia no tiene sexo en cambio hay sexo en el sentido de erotismo, en la violencia.

La naturaleza de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar ha propiciado comparaciones con la tortura. Las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. Finalmente, las agresiones pueden sucederse una semana tras otra, durante muchos años.

La violencia en la familia se da principalmente porque no se tienen respeto los integrantes de esta, por el machismo, por la incredulidad de las mujeres, y/o por la impotencia de estos.

Se puede presentar en cualquier familia, de cualquier clase social, una forma de prevenirla, es alentando a toda la comunidad a que hay que tenerse respeto, que tenerse respeto, que todos somos iguales y que a pesar de todos nuestros problemas, nuestra familia es la única que siempre nos apoyará y ayudará en todo, por eso hay que respetarla y protegerla, aunque seamos los menores de esta, todos somos elementos importantes, y si sufrimos de violencia, hay mucha gente que nos ayudará a pasar el mal rato y salir de este problema.

I.2.2 Violencia psicológica o mental

La violencia psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. Para algunas mujeres, los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Se ha informado que las mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino la "tortura mental" y "vivir con miedo y aterrorizada".

Algunas manifestaciones de la violencia psicológica se dan en lugares y ante personas diferentes, algunos autores proponen que las formas más comunes de padecer de violencia psicológica son las siguientes:

- . Violencia doméstica. La violencia psicológica y física con el cónyuge, el maltrato infantil y el abuso de los niños.

- . Violencia cotidiana. Se caracteriza básicamente por el no respeto de las reglas, maltrato en el transporte público, la larga espera para ser atendido en los hospitales, cuando nos mostramos indiferentes al sufrimiento humano, los problemas de seguridad ciudadana y accidentes. Todos aportamos y vamos siendo parte de una lucha cuyo escenario se convierte en una selva urbana.

. Violencia política. Es aquella que surge de los grupos organizados ya sea que estén en el poder o no. El estilo tradicional del ejercicio político, la indiferencia del ciudadano común ante los acontecimientos del país, la no participación en las decisiones, así como la existencia de las llamadas coimas como: manejo de algunas instituciones y las prácticas de Nepotismo institucional. También la violencia producida por la respuesta de los grupos alzados en armas.

. Violencia socio-económica. Que es reflejada en situaciones de pobreza y marginalidad de grandes grupos de la población: desempleo, subempleo, informalidad; todo esto básicamente reflejado en la falta o desigualdad de oportunidad de acceso a la educación y la salud.

. Violencia cultural. Son distorsiones de los valores de identidad nacional y facilitan estilos de vida poco saludables.

. Violencia delincuencia. Robo, estafa, narcotráfico, es decir, conductas que asumen medios ilegítimos para alcanzar bienes materiales. Toda forma de conducta individual u organizada que rompe las reglas sociales establecidas para vivir en grupo establecido no ayuda a resolver los problemas. Todos sueñan con el modelo que les vende la sociedad, el éxito fácil. Pero ser un profesional idóneo o un técnico calificado requiere de esfuerzo y preparación. Requiere desarrollar recursos internos y metas. Los jóvenes de nuestro país tienen oportunidades de orientación y canalización de sus frustraciones y en esto dependen de sus familias, la escuela y las instituciones; la responsabilidad es de todos. Es decir, las expresiones de violencia sin futuro y sin horizontes pueden cambiar.

Consecuencias psicológicas.

a) Suicidio

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las

relaciones violentas

b) Problemas de salud mental

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse, sin darse cuenta, parece, que se están metiendo en otros problemas, aunque menos graves, pero dañino igualmente.

I.2.3 Violencia sexual

La violación y el maltrato sexual del niño, niña y mujer pueden causar daños psicológicos similares. Un episodio de agresión sexual puede ser suficiente para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima no recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el maltrato del menor suele durar muchos años y sus efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

Ser víctima de violación o abuso sexual es una experiencia muy traumática y sus consecuencias pueden prolongarse por mucho tiempo. Víctimas (mujeres, niñas y niños) que han sufrido ataques sexuales describen los siguientes sentimientos:

- Temor.
- Culpa.
- Desvalorización
- Odio
- Vergüenza
- Depresión
- Asco

- Desconfianza
- Aislamiento
- Marginalidad
- Ansiedad
- Ser diferente (se sienten diferentes a los demás)

Es un mito que la violencia sexual la ejercen solamente extraños, muchas violaciones y abusos son cometidos por hombres que la víctima conoce, incluyendo parejas y amigos íntimos. Por ello los ataques ocurren en cualquier momento del día.

Violación y abuso sexual puede ser realizado por extraños o conocidos, pero "nunca con culpa de la víctima", pues existe la errónea creencia que es la víctima quien lo provoca. (9)

Es importante mencionar que la violencia sexual se ha relacionado que es el efecto que de niños han presenciado actos de violencia en el hogar o que han sido maltratados física o sexualmente. Las niñas que presencian a su padre o padrastro tratando violentamente a su madre tienen además más probabilidad de aceptar la violencia como parte normal del matrimonio que las niñas de hogares no violentos. Los varones que han presenciado la misma violencia, por otro lado, tienen mayor probabilidad de ser violentos con sus compañeras como adultos. (9)

En las zonas en que el maltrato sexual de las estudiantes de parte de los profesores es prevalente, las niñas pueden no asistir a la escuela para escapar de la atención no deseada. En otros lugares, los padres que temen que sus hijas sean agredidas sexualmente pueden mantenerlas en la casa hasta que se "casen y estén en un marco de seguridad". En muchos países, una niña que queda embarazada es expulsada de la escuela, independientemente de si el embarazo fue resultado de una violación. La consecuencia, en cada caso, es una educación disminuida, una menor oportunidad de conseguir un empleo lucrativo y un aporte reducido a la calidad de vida para su comunidad.

Características del agresor.

El agresor, regularmente, posee las siguientes características:

- Es celoso, se imagina que la esposa le es infiel.
 - Trata de mantener a su pareja aislada.
 - La controla en todos sus movimientos.
 - Tiene doble identidad, mientras se muestra agresivo en la casa, es “bueno” con otras personas.
 - Puede tener o haber tenido problemas con la ley.
 - Tiene un temperamento explosivo, se enfurece fácilmente.
 - Le echa la culpa del abuso a su pareja.
 - Proyecta sus propios errores a su compañera.
 - No toma responsabilidad de sus acciones.
 - Tuvo una mala niñez.
 - Tiene problemas económicos.
 - Ingiere alcohol, es fumador.
 - Se pone agresivo con sus hijos cuando estos hacen alguna "travesura".
 - Abusa verbalmente (insulta, grita, dice "palabrotas")
 - Creció en una familia donde vio abuso. Puede ser más violento cuando su compañera está embarazada o ha dado a luz.
 - Tiene tendencia a negar el abuso, lo minimiza y a veces ni se acuerda.
 - Presiona a su pareja para que abandone la casa, si la compañera se va de la casa hace lo posible para que regrese. Le pide disculpas.
 - Es egoísta, ignora los sentimientos de los demás.
 - Cree que los hombres tiene derechos a ciertos privilegios (extremadamente machista)
 - Vive amenazando a su esposa.
- Métodos sociales de corrección.

Existen varios métodos para corregir la violencia, entre ellos:

- La policía.
- Destacamentos policiales.
- Cárceles.
- Mas violencia (combaten la violencia con más violencia, generando así una cadena “alimenticia”)

Deberían de existir asilos en donde se refugien a las personas que sufren de no poder controlar sus impulsos, para que así fomentemos la paz en nuestro país.

Las mujeres que son víctimas de violencia sexual suelen ser renuentes a informar sobre el crimen a la policía, la familia u otros. En los países en que la virginidad de la mujer se asocia con el honor de la familia, las mujeres solteras que notifican una violación pueden ser obligadas a casarse con el agresor, siendo esto un gravísimo error, ya que esa unión no es propia del amor puro, sino del descaro de un hombre desvergonzado que, por satisfacer un repugnante "impulso", hace daño a quien menos le importa.

Algunas pueden ser asesinadas por sus padres o hermanos avergonzados, como una manera de restablecer el honor de la familia. En algunos países, una mujer que ha sido violada puede ser encausada y encarcelada por cometer el "delito" de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, en caso de no poder demostrar que el incidente fue en realidad una violación.

El silencio se convierte en nuestro peor enemigo y en el mejor aliado para repetir los abusos. La víctima del abuso cree que tiene que ocultarlo porque teme ser señalada como culpable, siente vergüenza de ser mirada/o como "un ser diferente", aislándose de los demás para evitar críticas que la dañen aún más. Al quedarse callada(o) la víctima está favoreciendo al agresor y ayudándolo, dejándolo libre, a hacerles lo mismo a otras personas. (10)

En la violencia sexual se pueden presentar varios tipos de maltrato como:

. Maltrato físico.

1. Lesiones físicas graves: fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematomas subdurales, etc.
2. Lesiones físicas menores o sin lesiones: No requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física del menor.

. Maltrato emocional.

1. Rechazar: Implica conductas de abandono. Los padres rechazan las expresiones espontáneas del niño, sus gestos de cariño; desaprueban sus iniciativas y no lo incluyen en las actividades familiares.
2. Aterrorizar: Amenazar al niño con un castigo extremo o con un siniestro, creando en él una sensación de constante amenaza.
3. Ignorar: Se refiere a la falta de disponibilidad de los padres para con el niño. El padre está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño.
4. Aislar al menor: Privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.
5. Someter al niño a un medio donde prevalece la corrupción: Impedir la normal integración del niño, reforzando pautas de conductas antisociales.

.Maltrato por negligencia.

Se priva al niño de los cuidados básicos, aun teniendo los medios económicos; se posterga o descuida la atención de la salud, educación, alimentación, protección, etc.
(11)

I.3 Práctica sexual

La mayoría de la gente sabe desde la adolescencia qué es estar enamorado y, para muchos de nosotros, el amor y el romance aportan algunos de los más intensos sentimientos de nuestra vida. ¿Por qué se enamoran las personas? La respuesta, a primera vista, parece obvia. El amor expresa una atracción física y personal que dos individuos sienten el uno por el otro. Hoy en día, podemos ser escépticos ante la idea de que el amor "es para siempre", pero solemos pensar que enamorarse es una experiencia que procede de sentimientos humanos universales. Parece del todo natural que una pareja que se enamora quiera realizarse personal y sexualmente a través de su relación, y quizá mediante el matrimonio. Sin embargo, esta situación que hoy nos parece evidente es, de hecho, bastante inusual. Enamorarse no es una experiencia que

tenga la mayoría de los habitantes del mundo y, si la tienen, no suele vincularse al matrimonio. La idea del amor romántico no se extendió en Occidente hasta fecha bastante reciente y ni siquiera ha existido en la mayoría de las otras culturas. Sólo en los tiempos modernos se ha considerado que el amor y la sexualidad estén íntimamente ligados. John Boswell, historiador del medioevo europeo, ha señalado hasta qué punto nuestra idea contemporánea del amor romántico es inusual.

En la Europa medieval casi nadie se casaba por amor. De hecho, existía entonces el siguiente dicho: "Amar a la propia esposa con pasión es adulterio". En aquellos días y durante siglos los hombres y las mujeres se casaban principalmente para mantener la propiedad de los bienes familiares o para criar hijos que trabajaran en sus granjas. Una vez casados, podían llegar a ser buenos amigos, sin embargo esto ocurría después de las bodas y no antes. A veces la gente tenía otras relaciones sexuales al margen del matrimonio pero éstas apenas inspiraban las emociones que ahora relacionamos con el amor. El amor romántico se consideraba, en el mejor de los casos, una debilidad y, en el peor, una especie de enfermedad. Hoy día nuestra actitud es casi la contraria. Con razón habla Boswell de que "prácticamente [existe] una obsesión en la moderna cultura industrial" con el amor romántico: Los que están inmersos en este "mar de amor" suelen darlo por hecho. En muy pocas culturas pre modernas o contemporáneas no industrializadas se aceptaría esta idea.

Entonces las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles. (12)

La palabra "sexo", tal como se usa en el lenguaje cotidiano, es ambigua, pues se refiere tanto a una categoría de personas como a actos que la gente realiza, como en la expresión "practicar el sexo". Para ser más claros debemos distinguir entre el sexo que se refiere a las diferencias biológicas o anatómicas entre la mujer y el hombre, y la actividad sexual. Es preciso hacer otra distinción fundamental entre sexo y género, mientras que sexo hace relación a las diferencias físicas, género alude a las de tipo psicológico, social y cultural entre hombres y mujeres, la distinción entre sexo y género es fundamental, ya que muchas diferencias entre varones y hembras no tienen un origen biológico. (13)

En la sexualidad humana, al igual que al estudiar las diferencias de género, los estudiosos también discrepan en lo referente a la importancia que tienen para el comportamiento sexual humano las influencias biológicas frente a las sociales y culturales. Las investigaciones en estos dos campos se parecen porque ambas han mirado al mundo animal para entender el de los humanos, es además un factor constante porque es un factor biológico y necesario para la continuación de la vida de la especie.

La sexualidad tiene una clara base biológica porque la anatomía femenina es diferente de la masculina y también lo es la experiencia del orgasmo. Así mismo existe el imperativo biológico de la reproducción, sin el cual la especie humana se extinguiría. Algunos biólogos indican que la tendencia del varón a ser más promiscuo tiene una explicación evolutiva.

Según este argumento los hombres están predispuestos biológicamente para poseer al mayor número posible de mujeres, con el fin de asegurarse de que su semilla tiene mayores posibilidades de supervivencia. Las mujeres, que sólo disponen en cada contacto de un óvulo para la fecundación, no tienen intereses biológicos de ese tipo y lo que quieren son compañeros estables que protejan la herencia biológica que se ha invertido en el cuidado de los niños. Esta explicación se apoya en estudios del comportamiento sexual de los animales para afirmar que los machos son normalmente más promiscuos que las hembras. (13)

La sexualidad, no es sólo un impulso biológico sino también una fuerza que influye en muchos aspectos de nuestro desarrollo personal, su ejercicio tiene que ver con la atracción física, los lazos afectivos hacia la pareja, la capacidad de dar y recibir amor, la capacidad de experimentar placer y la reproducción de la especie. Las personas tenemos múltiples posibilidades de expresar nuestras conductas sexuales por medio de las prácticas sexuales. Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el sida, o por embarazos no deseados y todo lo que esto conlleva. (14)

La adolescencia es un periodo crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud.

Factores que influyen en la conducta sexual del adolescente:

- Discrepancia entre madurez física y cognoscitiva.
- Percepción de invulnerabilidad.
- Tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación.
- Mayor libertad sexual.
- Actividades y valores sobre el comportamiento sexual.

Existen diferencias significativas que aparecen en función del género que delimitan dos patrones de comportamiento sexual, uno masculino y otro femenino:

- Masculino: estaría definido por una mayor precocidad, promiscuidad y una mayor valoración del coito, que representa una importante señal de prestigio ante el grupo de iguales.
- Femenino: muestra una actividad sexual más reducida, menos gratificante, y que genera más sentimientos de culpa. Además, la conducta sexual está integrada con otros componentes socioemocionales, por lo que hay una mayor vinculación entre sexualidad y afectividad.

A medida en que los adolescentes crecen y culmina este proceso, las diferencias van desapareciendo, y muestran unos patrones más andróginos y parecidos entre sí.

En el caso de las mujeres el desarrollo precoz puede convertirse en una desventaja, el desarrollo de las glándulas mamarias, el busto se asocia generalmente con una imagen corporal positiva y con mayor seguridad en sí misma, no obstante varios estudios revelaron que las mujeres de maduración temprana son un poco menos extrovertidas, que las compañeras que aún no alcanzan la madurez total.

La crisis biológica de la pubertad produce grandes cambios hormonales, uno de ellos es el aumento en la cantidad de andrógenos en ambos sexos que intensifica el impulso sexual. (15)

Entre las posibles prácticas sexuales se encuentran las siguientes: un hombre o una mujer pueden mantener relaciones sexuales con mujeres, con hombres o con ambos sexos. La relación se puede tener con una persona o con varias a la vez; también con uno mismo (masturbación) o con nadie (celibato). Pueden darse relaciones sexuales con travestidos o con personas que utilizan la vestimenta del otro sexo con fines eróticos; utilizar la pornografía o instrumentos sexuales; practicar el sadomasoquismo (someter y hacer daño con fines eróticos); tener relaciones sexuales con animales. En todas las sociedades las normas sexuales aprueban ciertas prácticas y frenan o prohíben otras.

Sin embargo, dichas normas varían considerablemente de unas culturas a otras. La homosexualidad es un buen ejemplo. Como analizaremos más tarde, algunas culturas han tolerado o, en determinados contextos, favorecido activamente esta práctica. En la antigua Grecia, por ejemplo, el amor de los hombres por los adolescentes era idealizado y considerado la más alta manifestación del amor carnal. La aceptación de los distintos tipos de comportamiento sexual también cambia de una cultura a otra, lo cual constituye una de las razones por las que sabemos que las respuestas sexuales son aprendidas y no innatas. (16)

Las prácticas sexuales en la actualidad indican un alto grado de promiscuidad tener más de un compañera sexual ha ido en aumento, esta es una razón importante de contagio para adquirir enfermedades de transmisión sexual, el contagio sexual ocurre cuando alguna persona que está infectada aun cuando no manifieste síntomas de ninguna enfermedad, tiene relaciones con una o más compañeras sexuales.

Todas las prácticas sexuales incrementan directamente el riesgo de micro lesiones y por consiguientes la posibilidad de contagio de ETS. Las poblaciones con VIH

aumentan dentro de las poblaciones que tienen alto riesgo, en su mayoría jóvenes con poca orientación sexual.

A lo largo del siglo XX los adolescentes se fueron volviendo más liberales en sus ideas referentes al sexo, advirtiéndose un ligero retroceso a opiniones más conservadoras ante el miedo de contraer distintas enfermedades de transmisión sexual, no obstante es evidente que los jóvenes han cambiado algunas de sus actitudes hacia el sexo pero sin renunciar a muchas otras.

La iniciación sexual muy precoz puede convertirse en un factor de riesgo. Es evidente que los adolescentes sostienen relaciones sexuales, y lo hacen a una edad cada vez más temprana, ya que en los últimos años se ha producido un adelanto en la edad de inicio especialmente en mujeres. La edad media de inicio de las relaciones sexuales es entre 15 y 18 años. (17)

Otro de los riesgos es el de mantener relaciones sexuales sin protección, además del asociado a la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Con el consecuente aumento de la incidencia de ETS como el VIH; así como embarazos no deseados, lo que ha llevado al aumento del número de abortos.

La causa de este escaso uso de anticonceptivos pueden ser diversas, como:

- El no haber previsto que iban a sostener relaciones sexuales es otro argumento dado por los adolescentes para no usar anticonceptivos.
- Otro aspecto importante, tiene que ver con las actitudes hacia su uso. Es frecuente entre los jóvenes un cierto rechazo por pensar que el preservativo limita el placer o rompe la espontaneidad de un acto sexual que debería ser natural y no planificado. (18)

Además, a todo puede incorporarse otro elemento extremadamente peligroso como es el consumo de alcohol u otras drogas. El problema es que la asociación entre el

consumo de alcohol y la conducta sexual de riesgo crea otra situación todavía más extrema, ya que los efectos del alcohol afectan a las capacidades cognitivas de evaluación coste-beneficio de la conducta sexual sin protección. (19)

El embarazo en la adolescencia, generalmente no planificado ni deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida.

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas. En nuestro país se observan diferencias en cuanto a cifras absolutas del número de embarazos entre las diferentes Comunidades Autónomas, pero parece existir un factor común entre ellas: la tasa de embarazo adolescente se mantiene, más o menos estable, pero se observa cierta tendencia a su disminución y un incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo.(20,21)

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales, pero existen dos hechos que son determinantes, como es el inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales, y la no utilización de métodos anticonceptivos eficaces.

Habitualmente el diagnóstico de embarazo en la adolescente se suele realizar con retraso, lo cual parece ser debido a que un gran porcentaje de las jóvenes no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo. (22)

Esta actitud suele hacer imposible la realización de una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con la gestación, retrasa el comienzo de la atención prenatal, siendo la primera visita prenatal habitualmente, a partir del cuarto mes de gestación. (23)

Además de este retraso en el control prenatal no es infrecuente que los controles posteriores no sean seguidos con la periodicidad aconsejada. Por otra parte, también condiciona los resultados perinatales (prematuridad y bajo peso al nacer del niño) el hecho de que las jóvenes consuman más sustancias tóxicas durante el embarazo que las madres de mayor edad. (24)

Entonces, todo esto ocurre por la actividad social, descrito por varios autores como enfermedades psíquicas (25) otros como aversiones (26) otros como la actividad de la sociedad moderna que disfruta nuevamente la sexualidad, no el sexo, y proponen como autores de España una sociología de la sexualidad (27) cuyo objeto es el sexo en tanto actividad social (28) y por tanto evitar las teorías biológicas pero sí conocerlas y de ahí partir al análisis sociocultural del sexo humano.

Esta sociología de la sexualidad nos permitiría conocer el contexto en sí mismo del sexo como actividad social, apoyada por la sociología de la familia y del género, pero sin duda permitiría el entendimiento de las diversas conductas, técnicas, instrumentos que llevan a la práctica sexual de la sociedad actual, en especial a los adolescentes (29) pues son los que brindan la mayor oportunidad de estudio mediante su práctica sexual. (30)

I.4 Plantel Hidalgo de Univer Milenium,

Universidad con 56 años de su trayectoria, el plantel Hidalgo es de reciente creación, año 2011, cuenta con 6 licenciaturas: psicología, pedagogía, comunicación, gastronomía, nutrición y enfermería.

Una de las carreras más importantes y con más auge en la universidad es la licenciatura en Nutrición, por ello la investigación se realizó en ésta.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La depresión en últimos tiempos ha ganado espacio dentro de la población, ya que los individuos por diferentes circunstancias personales o sociales la llegan a padecer, en las diferentes circunstancias de la vida, los individuos suelen manifestar periodos de graduales de depresión, que en un principio no se les toma importancia pero al paso del tiempo adquieren relevancia al mostrar maneras diferentes de comportamiento en relación a los demás, los estudios que se han realizado en la Univer Milenium muestran una elevación importante en el número de casos nuevos de depresión, dentro de los cuales algunos son de la licenciatura en nutrición, si esto ocurre en la mayoría de la población universitaria puede tener consecuencias en sus estudios y calificaciones, en la familia y consigo mismo, también puede ser una respuesta a un suceso perturbador como puede ser la violencia.

La violencia es otra característica de la sociedad que va en aumento, sobre todo en los individuos que son alumnos, pues puede manifestarse de diferentes formas y en ocasiones no percibidas o toleradas pues se considera que es una forma normal de comportamiento humano o de acciones ante sí mismo o los demás, pues una mujer manifiesta su violencia de manera un tanto diferente a un hombre, pero en los alumnos universitarios socialmente no se acepta como normal que un hombre se vea conmovido por una emoción, negándole el derecho de expresar sus afectos, entonces, lo que normalmente una mujer manifiesta violencia a través de palabras el hombre lo hace generalmente ocupando el cuerpo, y al hacerlo manifiesta violencia, que se relaciona si en el hogar se ha vivido determinada situación, si en su rol como alumno hay algo que le genere molestia o depresión lo manifestará también en otros roles y acciones como en la práctica sexual.

Los alumnos en su práctica sexual pueden tener cierta libertad de mostrar lo que sienten, piensan y como en toda relación de pareja alguno adquiere el papel de dominante y otro el de dominado, de una u otra forma comienza a generar poder y al

ejércecelo puede llevar a la violencia, al grado tal que en las prácticas sexuales suelen manifestarse o identificarse ciertos comportamientos o acciones que son de riesgo como que en la práctica sexual se utilice violencia, que se recurra a la práctica sexual por depresión, o que se llegue a la práctica sexual sin considerar consecuencias y es entonces que se le denomina práctica sexual de riesgo, que en los pocos estudios realizados a alumnos muestra una elevación importante de su presencia, ya que cada vez son más las alumnas que se embarazan, alumnos que son maltratados, y alumnos que son forzados a las prácticas sexuales de riesgo por esto se considera importante realizar el presente estudio para conocer a detalle la relación, entonces surge la siguiente pregunta:

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál será la relación de la práctica sexual con la depresión y con la violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013?

III.JUSTIFICACIONES

III.1 Académica

La presente investigación se realizó porque en México no se dispone suficiente información sobre la depresión, la violencia y su relación con la práctica sexual en adolescentes universitarios, y este trabajo pretende ser la base para generar acciones.

III.2 Científica

En pocos estudios se han investigado las variables aquí propuestas, pues se considera importante conocer a detalle la relación entre las variables pues la incidencia alta en la depresión y violencia no son tan estudiadas en alumnos y al hacer una investigación científica se asegura obtener información verídica, y porque servirá de base para nuevas líneas de investigación.

III.3 Epidemiológica

Al conocer que la violencia en México aumenta y que la depresión está dentro de los cinco procesos con mayor inquietud a nivel mundial en la sociedad, es de importancia realizar el presente estudio pues poco se ha investigado la depresión y violencia en alumnos universitarios en México. La práctica sexual se ha visto relacionada con las diferentes variables, a su vez la violencia es una variable que ha cobrado énfasis, pues se reportan más casos y por ello es importante relacionarlas en este plantel.

III.4 Económica

El gobierno mexicano invierte en salud pública una buena parte del presupuesto total en salud, pero no existe un programa enfocado a los universitarios para disminuir en ellos la depresión, violencia y orientar su práctica sexual, esto conlleva a utilizar en demasía los recursos de salud, si se orientara a través de programas se pueden recortar gastos elevados en las instancias de salud al atender este tipo de padecimientos.

IV. HIPÓTESIS

En los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, la práctica sexual no satisfactoria se relaciona con la depresión moderada de un 40 a un 60 por ciento y con la violencia psicológica de un 20 a un 40 por ciento.

IV.1 Elementos de la hipótesis

IV.1.1 Unidad de observación

Alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo,

IV.1.2 Variables

IV.1.2.1 Variable dependiente

Práctica sexual

IV.1.2.2 Variable independiente

Depresión

Violencia

IV.1.3 Elementos lógicos

En los, la, no satisfactoria se relaciona con la, moderada de un 40 a un 60 por ciento y con la, psicológica de un 20 a un 40 por ciento.

V. OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Demostrar la relación de la práctica sexual con la depresión y con la violencia en los alumnos de la licenciatura en nutrición, del plantel Hidalgo, 2012-2013.

V.2 Objetivo específico

. Determinar el género y edad a los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

. Determinar la depresión con la edad en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

. Determinar la violencia con el género en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

. Relacionar la práctica sexual con la edad y el género en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

. Relacionar la práctica sexual con la depresión en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

. Relacionar la práctica sexual con la violencia en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo, 2012-2013.

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo Observacional, Prospectivo, Transversal y Descriptivo.

VI.2 Diseño de estudio

Se aplicó un cuestionario de preguntas de forma individualizada en única ocasión a cada uno de los alumnos del plantel Hidalgo que así lo decidieron, dicho cuestionario estuvo formado de 4 secciones, se recabó información y posteriormente se tabuló de acuerdo a la variable en estudio para cumplir con los objetivos, en una base de datos para su representación gráfica y presentación de resultados a través de cuadros y gráficas.

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	Definición teórica	Definición Operacional	Nivel de medición	Indicador	Ítem
Depresión	Es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente.	Son las acciones de depresión manifestadas por el alumno	Cualitativa nominal	Ausente: puntuación 0-9. Presente 10 a más. Depresión menor: 10-15 Depresión moderada: 16-20 Depresión	B. 1-17

				grave: 21 a más.	
Violencia	El uso deliberado de la fuerza física, o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Exceso de violencia física o psicológica manifestadas por el alumno	Cualitativa nominal	Ausente: si contestan negativamente de 1 a 4 ítems Presente: si contesta positivamente de 5 a 10 ítems Psicológica: si responden si a todas las opciones Física: si responden si a una de las opciones Sexual: si responden si a una de las opciones	C. 18-27
Práctica sexual	Comportamiento se estudia en dos grandes áreas: la antropología (las prácticas de	Son patrones de actividad sexual presentados por individuos	Cualitativa nominal	Satisfactoria : cuando el puntaje sea 0 a 49 No	D. 28-50

	diversas culturas), y la informativa (conocimientos que pueden ser útiles a los individuos que pueden involucrarse en este tipo de prácticas, o que consideran la posibilidad de llevar a cabo una actividad sexual).	o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.		satisfactoria cuando el puntaje sea 50 a más	
Género	Conjunto de personas que tiene características comunes	Características biológicas que distinguen entre un hombre y una mujer	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	A. 1
Edad	Número de años que tiene un individuo	Número de años que tiene un individuo al momento de estudio	Cuantitativa Continua	18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26	A. 1

VI.4 Universo de trabajo

El total de alumnos de la licenciatura en Nutrición del Plantel Hidalgo fue de 400.

VI.4.1 Criterios de inclusión

Ser estudiantes de la licenciatura en nutrición del Plantel Hidalgo, que desearon participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión

Alumnos no inscritos en la licenciatura al momento de la investigación, que no desearon participar o no firmaron su consentimiento informado.

VI.4.3 Criterios de eliminación

Alumnas embarazadas las cuales hayan sido víctimas de violación, alumnos que faltaron el día de la aplicación del instrumento y firmaron el consentimiento informado.

VI.5 Instrumentos de investigación

Fue un cuestionario, compuesto por 4 secciones.

VI.5.1 Descripción

Cuestionario, compuesto por 4 secciones, la primera es una ficha de identificación, de la segunda sección es para la medición de la depresión que es el instrumento Hamilton, la tercer sección es para medir la violencia en tres modalidades física, psicológica y sexual, y la cuarta sección es para medir la práctica sexual en tres modalidades, satisfactoria, no satisfactoria y de riesgo.

VI.5.2 Validación

Los datos generales no requieren de validación y a partir de la segunda sección a la cuarta estaban previamente validadas.

VI.5.3 Aplicación

Se aplicó el cuestionario de manera grupal, dirigidos por el investigador para la resolución de dudas, de los grupos de la licenciatura en nutrición de los alumnos del plantel Hidalgo, sólo se aplicó el cuestionario una sola vez.

VI.6 Desarrollo del proyecto

Se aplicó el cuestionario a los alumnos de la licenciatura en nutrición en sus aulas conforme a la programación emitida por la universidad para ello, respetando los tiempos marcados para la actividad, se asignó un número de folio a cada cuestionario, se obtuvieron las frecuencias de los datos, se ordenaron los datos, y se introdujeron a una base de datos para el manejo estadístico, la posterior presentación de resultados mediante cuadros y gráficas, que sirvieron para el análisis de los resultados encontrados, su presentación, la discusión que se presentó y finalmente las conclusiones.

VI.7 Límites

VI.7.1 Espacio

Plantel Hidalgo.

VI.7.2 Tiempo

De Julio de 2012 a Julio de 2013.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Debido a que el estudio se realizó con personas se solicitó su consentimiento informado (Anexo 1), para participar en este estudio tomando en consideración que:

-El estudio no expondrá a los participantes a pruebas que pongan en riesgo su integridad.

-Los sujetos que participaron fueron voluntarios.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista:

L. N. René Guadarrama Andrade

Directores de Tesis:

D. EN FIL. Mario Enrique Arceo Guzmán

E. EN S.P. Carlos Fernández Mejía

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y transversal, para determinar la práctica sexual y su relación con la depresión y la violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición de la Universidad Univer Milenium del plantel Hidalgo, 2013, encontrando los siguientes resultados:

De los 365 alumnos que participaron en el estudio sólo el 37.3% presentó depresión ausente y 4 de cada 9 alumnos presentaron práctica sexual satisfactoria en contraste 3 de cada 4 alumnos tienen violencia presente (fuente cuadro 1), mientras que 2 de cada 3 alumnos tienen depresión presente, sobresaliendo la relación de la depresión con la violencia psicológica, seguida de la violencia sexual y por último la violencia física (fuente cuadro 1-A), es notorio que la depresión moderada es la que predomina sobre la depresión menor y la depresión grave, pues existen 2 alumnos con depresión moderada por cada alumno con depresión menor y por cada 75 alumnos con depresión moderada existen 4 con depresión grave (fuente cuadro 1-B), en tanto si se relaciona la depresión presente y la violencia presente prevalece sobre la depresión presente con violencia ausente en razón de 1:3 (fuente cuadro 1-C), en resumen de 5 alumnos que tienen depresión presente hay 3 que tienen depresión ausente, de cada 11 alumnos que tienen violencia presente existen 5 con violencia ausente, y de cada 3 alumnos con práctica sexual satisfactoria hay 2 alumnos con práctica sexual no satisfactoria (fuente cuadro 1-D).

En cuanto al género y edad se encontró que por cada 4 estudiantes femeninas hay un estudiante masculino siendo de éstos a la edad de los 18 años donde encontramos mayor frecuencia de ellos, en tanto que del género femenino la edad con mayor frecuencia son los 19 años (fuente cuadro 2), y al relacionar la edad con la depresión se encontró a la edad de 19 años es donde presentan mayor depresión ausente, y de los que tienen depresión presente la edad que predomina es a los 23 años pues 1 de cada 4 alumnos de 23 años tienen depresión presente y de cada 28 alumnos 1 presenta depresión grave siendo a los 20 y 23 años las edades de mayor frecuencia (fuente cuadro 3).

Los resultados de relacionar la violencia con el género se obtuvo lo siguiente: de cada 12 alumnos que tienen depresión presente 5 presentan violencia psicológica muy semejante a que de cada 11 alumnos que tienen violencia presente 5 alumnos tienen violencia ausente, del género masculino por cada 6 alumnos con violencia presente existen 5 alumnos con violencia ausente y del género femenino por cada 12 alumnas que tienen violencia presente existen 5 con violencia ausente (fuente cuadro 4).

Con respecto a la práctica sexual por género y edad se encontró que de cada 10 alumnos del género masculino de 18 años existen 4 alumnos de 19 años, y 2 de 20 años, con predominancia de la prácticas sexual satisfactoria en contraste con el género femenino de cada 8 mujeres de 19 años de edad existen 5 de 18 años de edad y 2 de 20 años de edad con predominancia de práctica sexual no satisfactoria (fuente cuadro 5), mientras que por cada 8 alumnas de 23 años de edad existen 3 alumnas de 21 años, y de cada 12 alumnas de 23 años hay 11 alumnas de 22 años de edad predominando la práctica sexual no satisfactoria (fuente cuadro 5-A), en tanto un hallazgo que a los 24 años de edad el género femenino presenta práctica sexual satisfactoria mayor al género femenino de la misma edad, y de cada 2 alumnas de 25 años de edad hay 1 de 26 años que presentan práctica sexual no satisfactoria y al contraste de cada 5 alumnos del género masculino de 24 años de edad que presentan práctica sexual satisfactoria 4 tienen práctica sexual no satisfactoria, a los 25 años son 2 de cada 3 alumnos, y a los 26 años es 1 de cada 2 (fuente cuadro 5-B).

Al relacionar la práctica sexual con la depresión se encontró que de cada 2 alumnos con depresión ausente y práctica sexual satisfactoria hay 3 alumnos con depresión ausente y práctica sexual no satisfactoria, y de cada 7 alumnos con depresión presente y práctica sexual satisfactoria existen 4 con depresión ausente y práctica sexual satisfactoria y de cada 8 alumnos con depresión presente y práctica sexual no satisfactoria hay 5 alumnos con depresión ausente y práctica sexual no satisfactoria (fuente cuadro 6).

En cuanto a la práctica sexual y la violencia se encontró una relación de que por cada 14 alumnos con violencia presente y práctica sexual satisfactoria hay 5 alumnos con violencia ausente y práctica sexual satisfactoria en tanto que de cada 15 alumnos con violencia presente y práctica sexual no satisfactoria hay 8 alumnos con violencia ausente y práctica sexual no satisfactoria (fuente cuadro 7).

Al comparar los resultados de este estudio con los encontrados por Leonor Rivera donde encontró en el estado de Morelos una relación de la violencia con la depresión en estudiantes en un 28% lo cual hace que en al comparar con el 68.8% que se encontró muestra una considerable diferencia, en cuanto a la depresión los porcentajes encontrados por Rivera y por otra parte por Martínez y colaboradores son muy parecidos uno de 65% y otro de 60% de presión en estudiantes de nivel superior y el encontrado en el presente estudio es de 62.7% por lo que el nivel de depresión encontrado es similar al descrito en los estudios anteriores, con respecto a la práctica sexual los estudios de Camacho y colaboradores describen una práctica sexual no satisfactoria en un 40 % en los hombres y un 60% en las mujeres con respecto a lo que se obtuvo en el presente tenemos un 39.7% de práctica sexual satisfactoria entre hombres y mujeres y un 60.30% de práctica sexual no satisfactoria entre hombres y mujeres, aunque coincide que el mayor porcentaje de práctica sexual satisfactoria es en hombres y de práctica sexual no satisfactoria en mujeres.

Es de considerar investigar el por qué la mayoría de la población estudiantil de nivel de licenciatura se encuentra con depresión presente, con violencia presente y que se relaciona directamente con la práctica sexual no satisfactoria pues se encontró una relación fuerte entre dichas variables.

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro No. 1

Práctica sexual, depresión y violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.

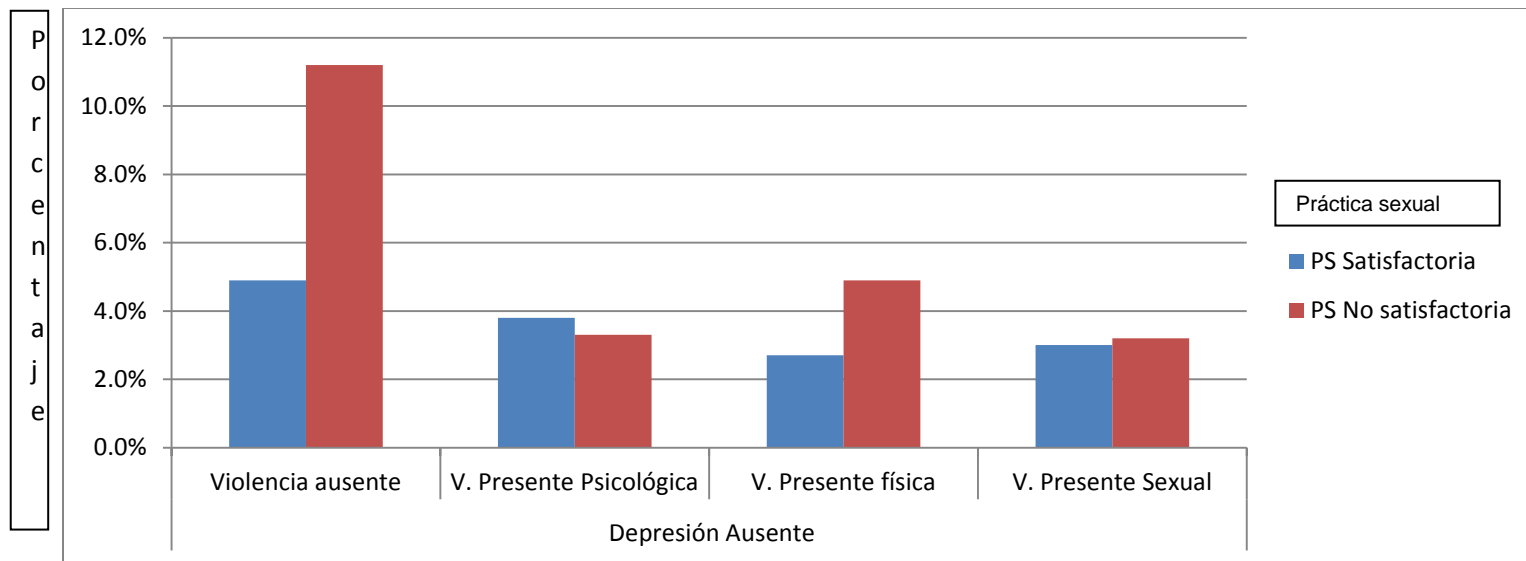
Depresión Violencia Práctica sexual	Ausente								Subtotal	
	Ausente		Presente							
			P		FS		S			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfactoria	18	4.9	14	3.8	10	2.7	11	3.0	53	14.5
No satisfactoria	41	11.2	12	3.3	18	4.9	12	3.2	83	22.7
Total	59	16.1	26	7.1	28	7.6	23	6.2	136	37.3

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: P: psicológica, FS: física, S: sexual, F: frecuencia, %: porcentaje

Gráfico No. 1

Práctica sexual, depresión y violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 1,

Nota aclaratoria: PS= Práctica Sexual, V= violencia

Cuadro No. 1-A

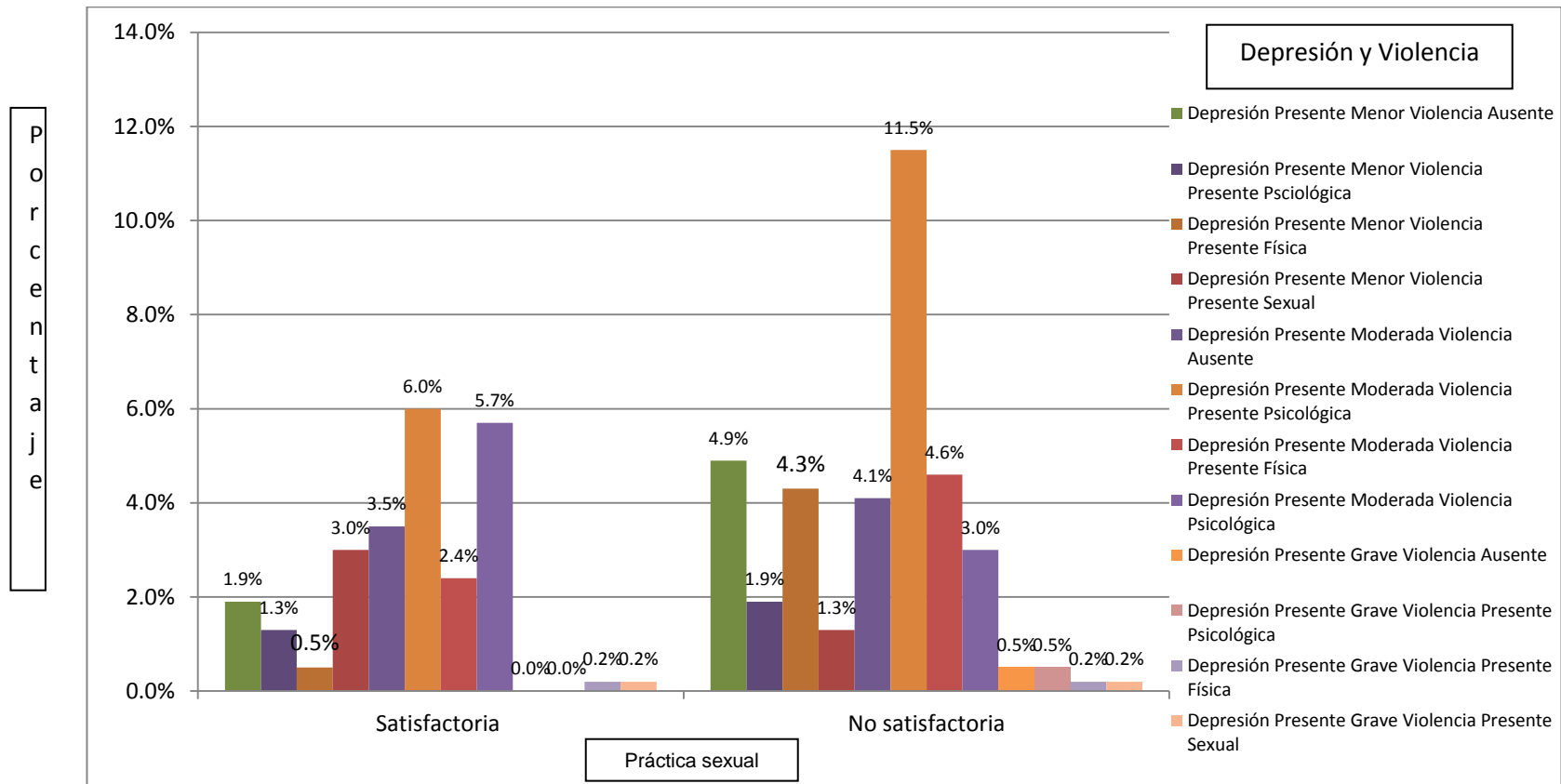
Práctica sexual, Depresión y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, plantel Hidalgo, 2013.

Depresión Violencia Práctica sexual	Presente																								Subtotal			
	Menor								Moderada								Grave											
	Ausente		Presente						Ausente		Presente						Ausente		Presente									
			P		FS		S				P		FS		S				P		FS		S					
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
Satisfactoria	7	1.9	5	1.3	2	0.5	11	3.0	13	3.5	22	6.0	9	2.4	21	5.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.2	92	25.2
No satisfactoria	18	4.9	7	1.9	16	4.3	5	1.3	15	4.1	42	11.5	17	4.6	11	3.0	2	0.5	2	0.5	1	0.2	1	0.2	137	37.5		
Total	25	6.8	12	3.2	18	4.8	16	4.3	28	7.6	64	17.5	26	7.0	32	8.7	2	0.5	2	0.5	2	0.5	2	0.5	229	62.7		

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 1-A

Práctica sexual, Depresión y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 1-A

Cuadro No. 1-B

Práctica sexual, Depresión y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.

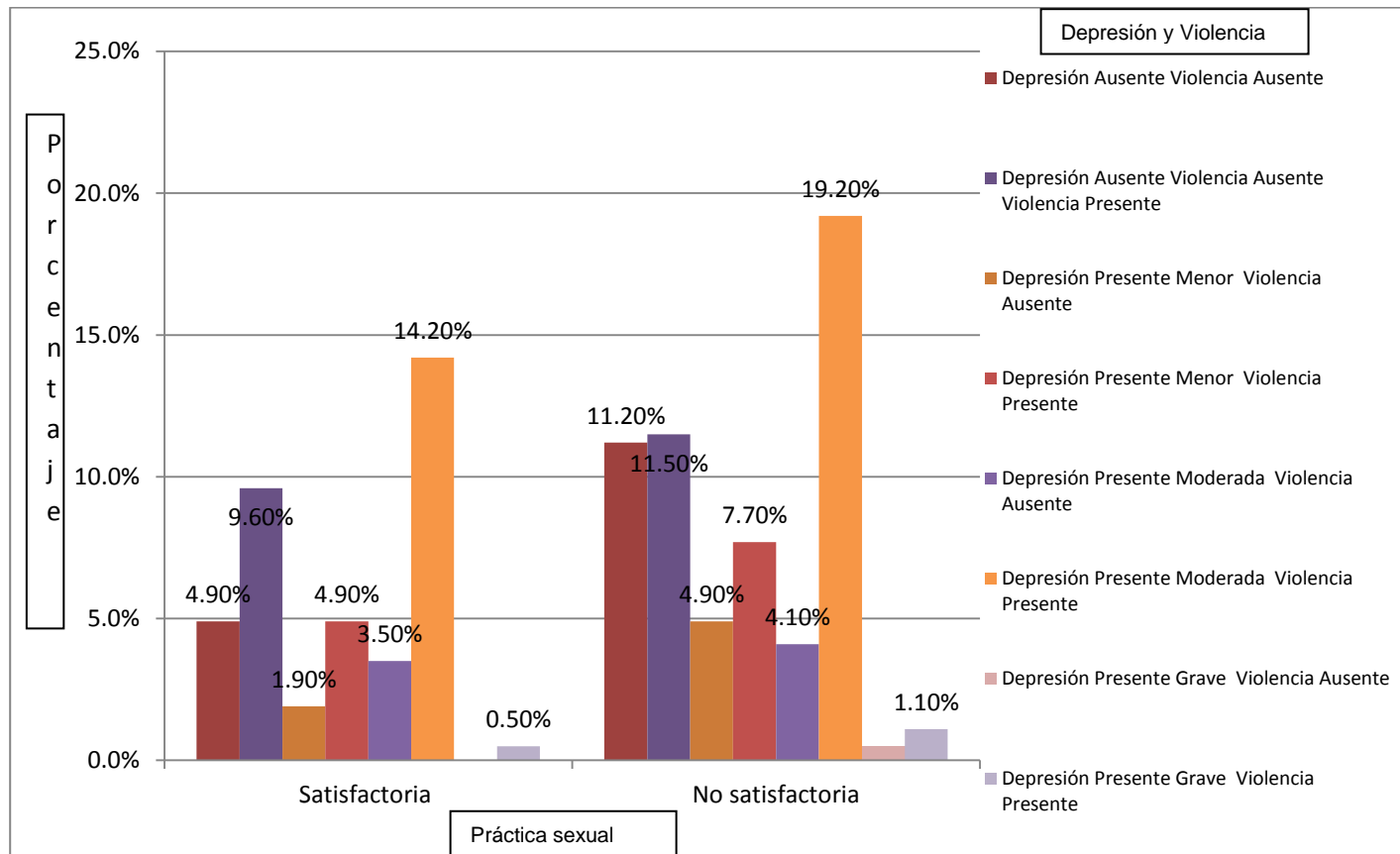
Depresión Violencia Práctica sexual	Ausente				Presente												Total	
					Menor				Moderada				Grave					
	Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente		Ausente		Presente			
F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Satisfactoria	18	4.9	35	9.6	7	1.9	18	4.9	13	3.5	52	14.2	0	0.0	2	0.5	145	39.7
No satisfactoria	41	11.2	42	11.5	18	4.9	28	7.7	15	4.1	70	19.2	2	0.5	4	1.1	220	60.3
Total	59	16.1	77	21.1	25	6.8	46	12.6	28	7.6	122	33.4	2	0.5	6	1.6	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Nota aclaratoria: P: psicológica, FS: física, S: sexual, F: frecuencia, %: porcentaje

Gráfico No. 1-B

Práctica sexual, Depresión y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 1-B

Gráfico No. 1-C

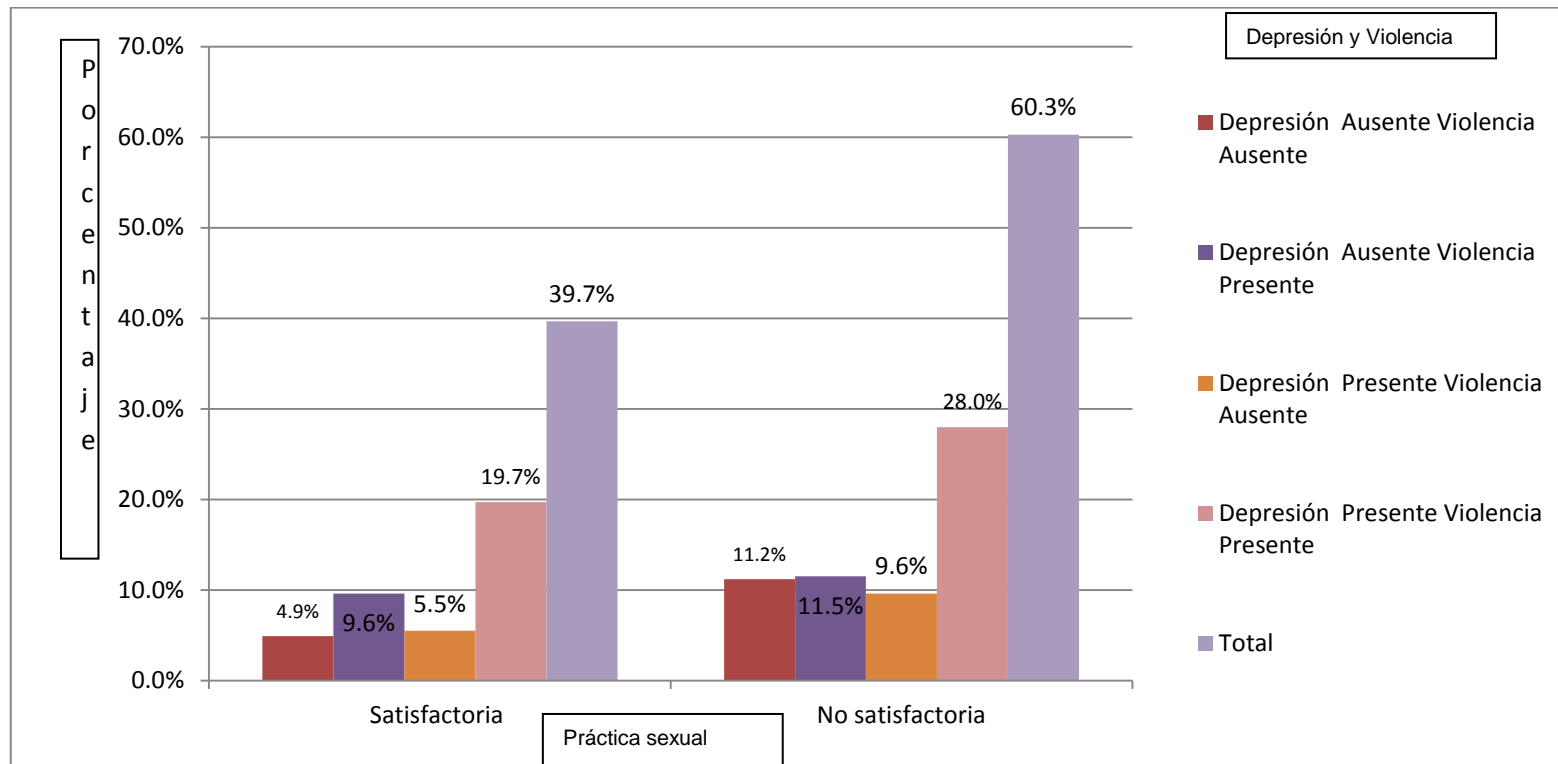
Práctica sexual, depresión y violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.

Depresión Violencia Práctica sexual	Ausente				Presente				Total	
	Ausente		Presente		Ausente		Presente			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfactoria	18	4.9	35	9.6	20	5.5	72	19.7	145	39.7
No satisfactoria	41	11.2	42	11.5	35	9.6	102	28.0	220	60.3
Total	59	16.1	77	21.1	55	15.1	174	47.7	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 1-C

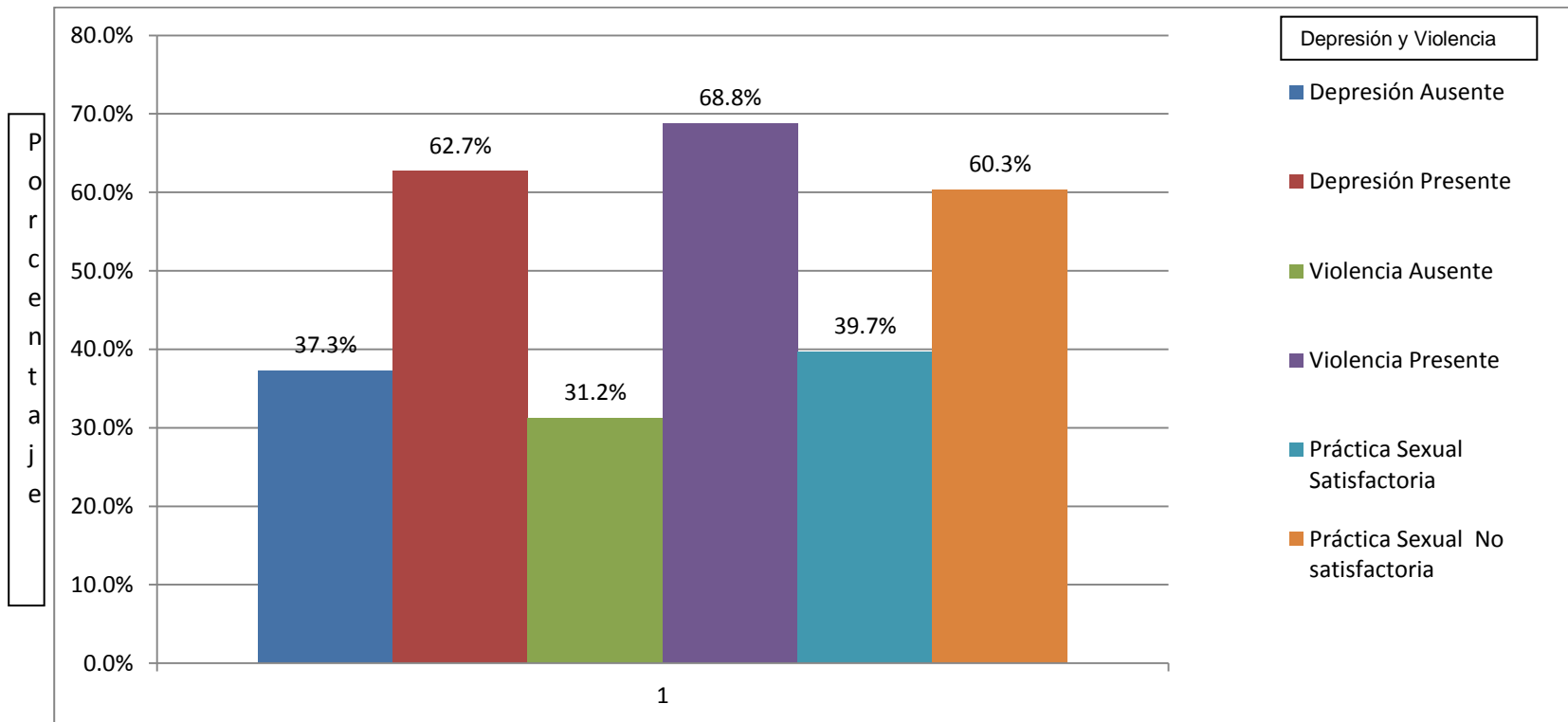
Práctica sexual, depresión y violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 1-C.

Gráfico No. 1-D

Práctica sexual, depresión y violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 1-D

Cuadro No. 2

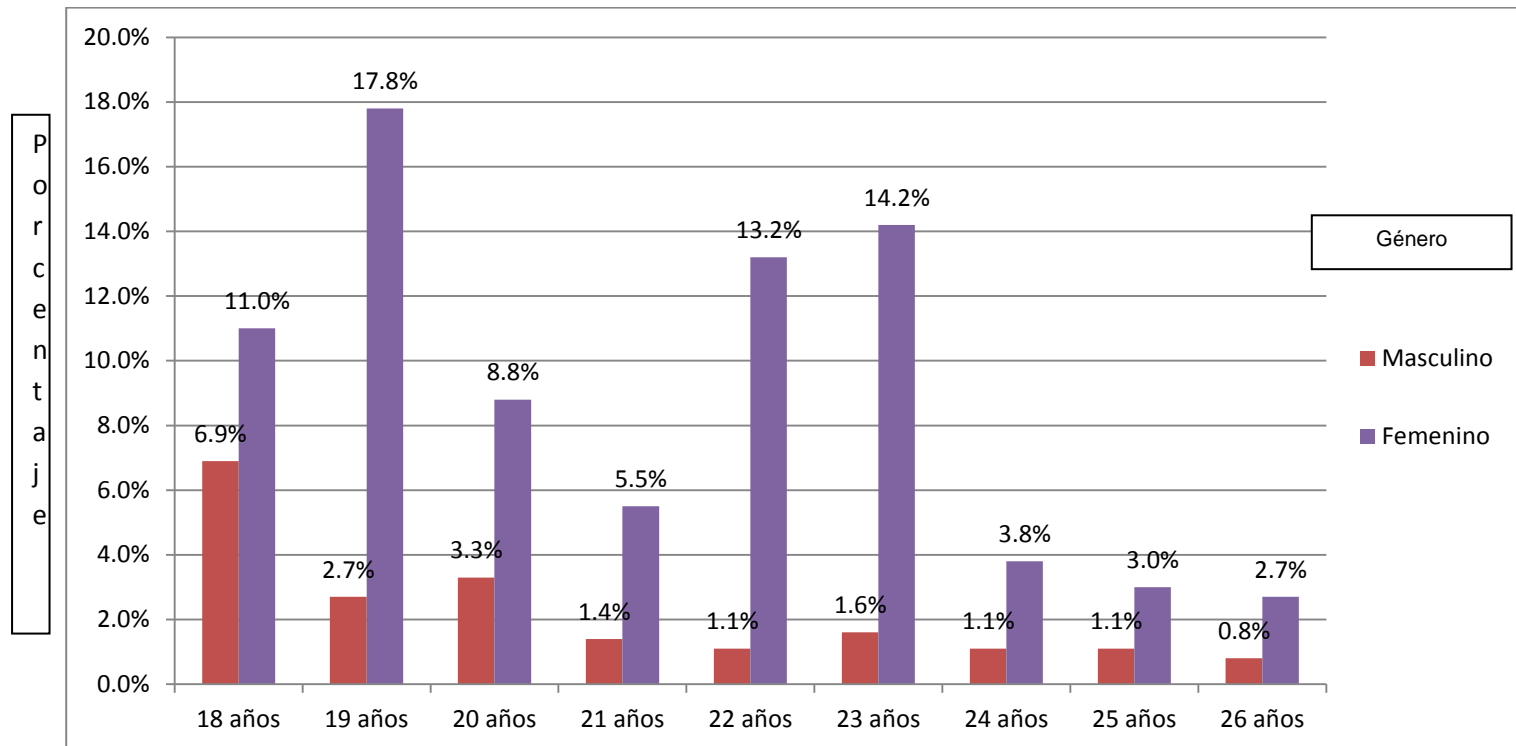
Género y edad de los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.

Género Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 años	25	6.9	40	11.0	65	17.9
19 años	10	2.7	65	17.8	75	20.5
20 años	12	3.3	32	8.8	44	12.1
21 años	5	1.4	20	5.5	25	6.9
22 años	4	1.1	48	13.2	52	14.3
23 años	6	1.6	52	14.2	58	15.8
24 años	4	1.1	14	3.8	18	4.9
25 años	4	1.1	11	3.0	15	4.1
26 años	3	0.8	10	2.7	13	3.5
Total	73	20.0	292	80.0	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 2

Género y edad de los alumnos de la licenciatura en Nutrición, del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro No. 3

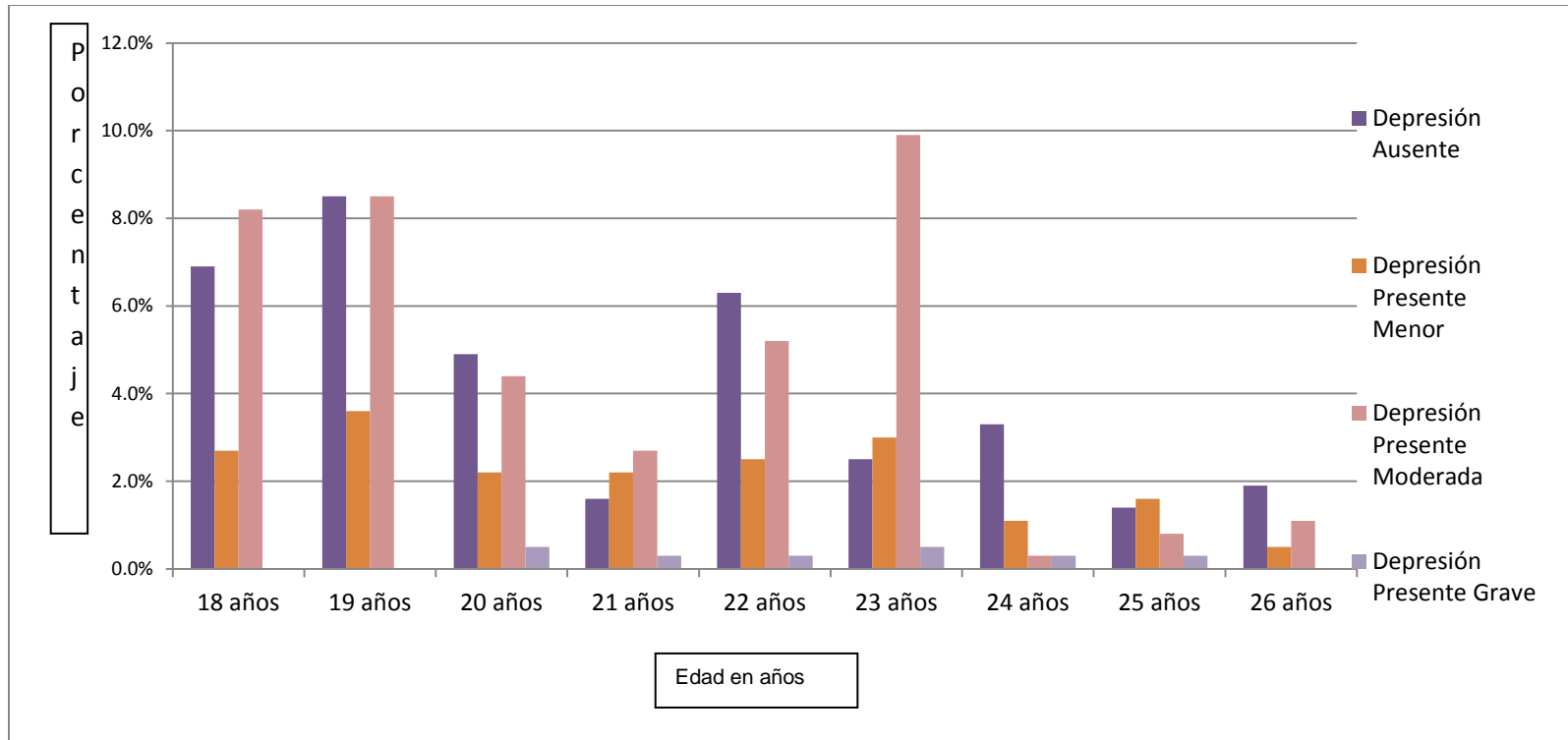
Edad y Depresión de los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

Depresión Edad	Ausente		Presente						Total	
			Menor		Moderada		Grave			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18 años	25	6.9	10	2.7	30	8.2	0	0.0	65	17.9
19 años	31	8.5	13	3.6	31	8.5	0	0.0	75	20.5
20 años	18	4.9	8	2.2	16	4.4	2	0.5	44	12.1
21 años	6	1.6	8	2.2	10	2.7	1	0.3	25	6.9
22 años	23	6.3	9	2.5	19	5.2	1	0.3	52	14.3
23 años	9	2.5	11	3.0	36	9.9	2	0.5	58	15.8
24 años	12	3.3	4	1.1	1	0.3	1	0.3	18	4.9
25 años	5	1.4	6	1.6	3	0.8	1	0.3	15	4.1
26 años	7	1.9	2	0.5	4	1.1	0	0.0	13	3.5
Total	136	37.3	71	19.4	150	41.1	8	2.2	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 3

Edad y Depresión de los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 3

Cuadro No. 4

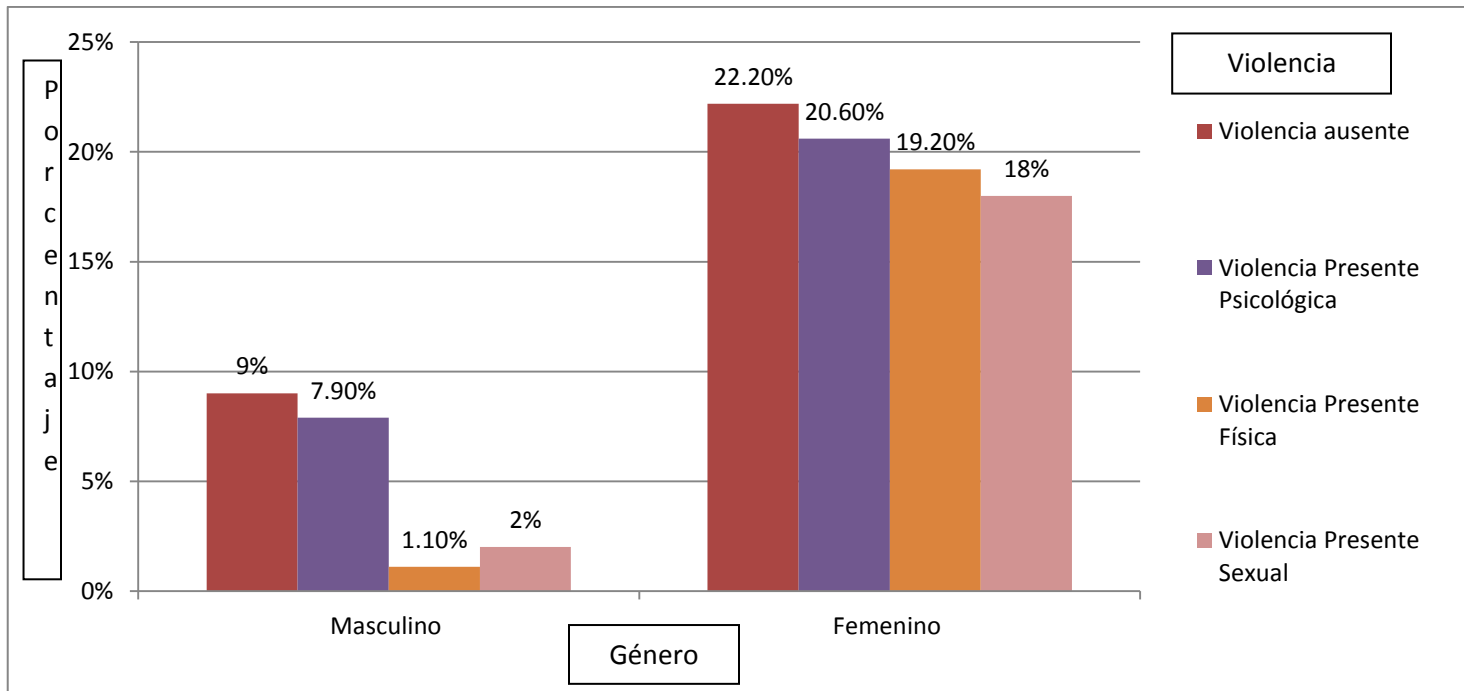
Género y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

Violencia a	Ausente		Presente						Total	
			Psicológica		Física		Sexual			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	33	90.0	29	7.9	4	1.1	7	2.0	73	20.0
Femenino	81	22.2	75	20.6	70	19.2	66	18.0	292	80.0
Total	114	31.2	104	28.5	74	20.3	73	20.0	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 4

Género y Violencia en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 4

Cuadro No. 5

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

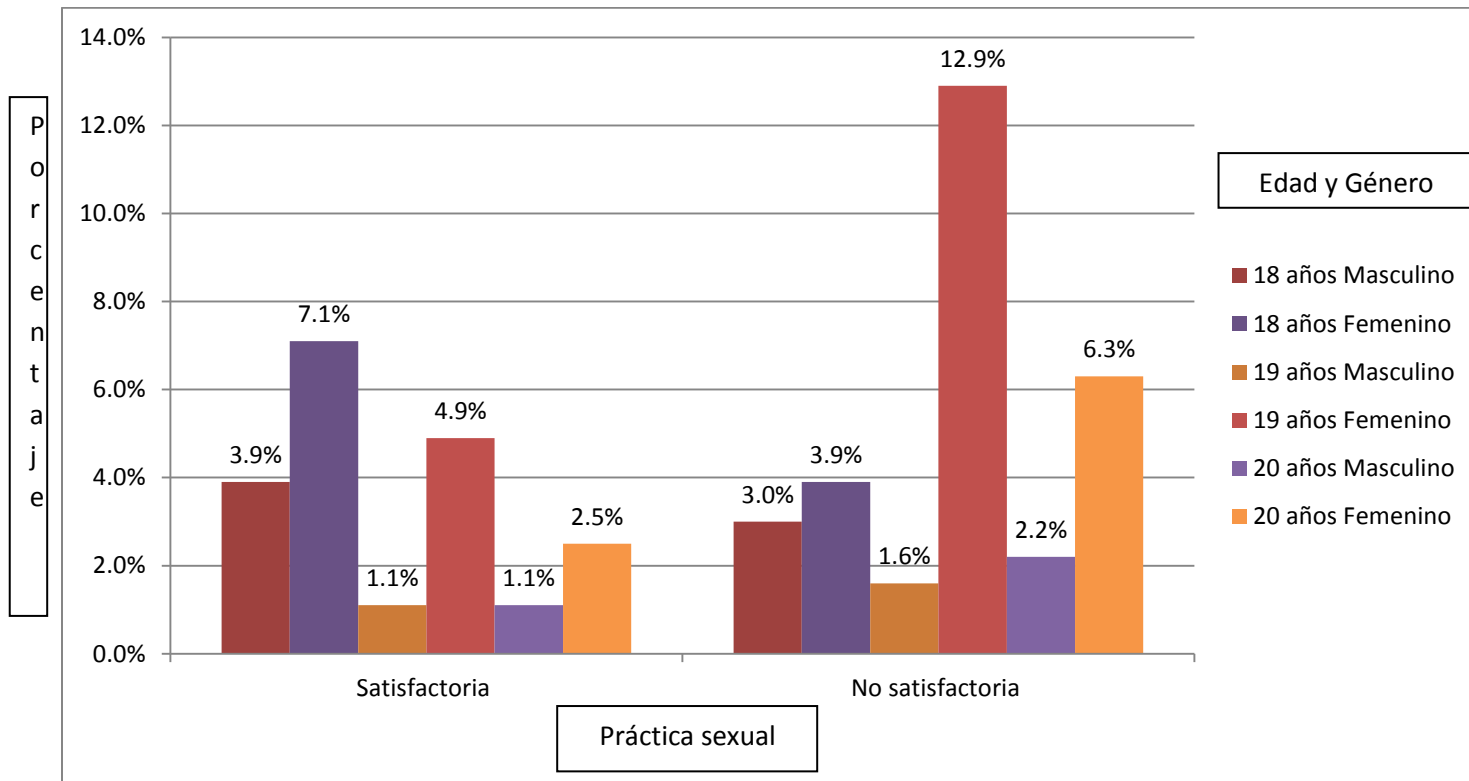
Edad	18 años				19 años				20 años				Subtotal	
	M		F		M		F		M		F			
Género	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Práctica sexual	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfactoria	14	3.9	26	7.1	4	1.1	18	4.9	4	1.1	9	2.5	75	20.6
No satisfactoria	11	3.0	14	3.9	6	1.6	47	12.9	8	2.2	23	6.3	109	29.9
Total	25	6.9	40	11.0	10	2.7	65	17.8	12	3.3	32	8.8	184	50.5

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: M: Masculino, F: Femenino, F: Frecuencia, %: Porcentaje

Gráfico No. 5

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 5

Cuadro No. 5-A

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

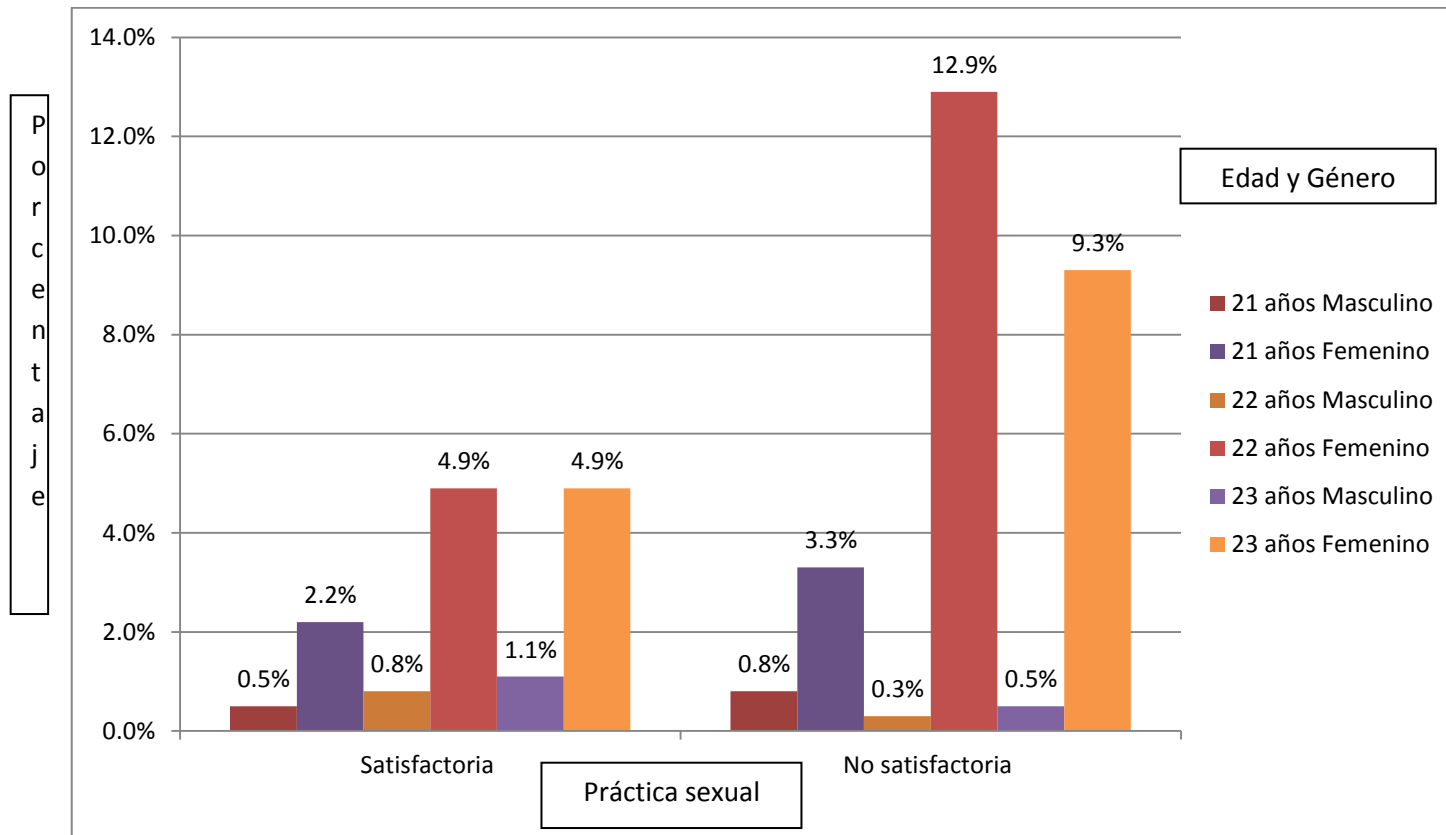
Edad	21 años				22 años				23 años				Subtotal	
	M		F		M		F		M		F			
Género	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Práctica sexual														
Satisfactoria	2	0.8	8	2.2	3	0.8	14	3.9	4	1.1	18	4.9	49	13.7
No satisfactoria	3	0.5	12	3.3	1	0.3	34	9.3	2	0.5	34	9.3	86	23.2
Total	5	1.4	20	5.5	4	1.1	48	13.2	6	1.6	52	14.2	135	36.9

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: M: Masculino, F: Femenino, F: Frecuencia, %: Porcentaje

Gráfico No. 5-A

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 5-A

Cuadro No. 5-B

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

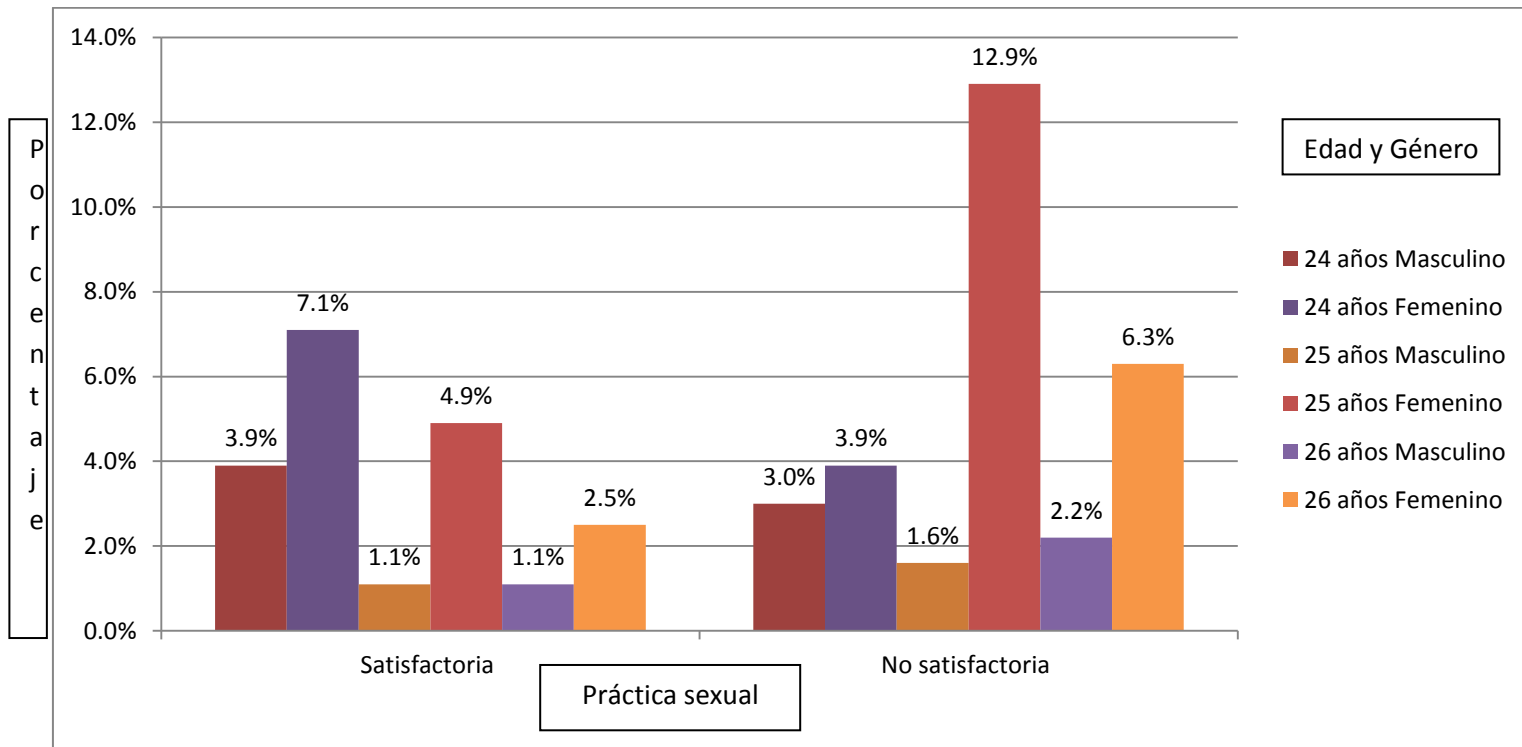
Edad	24 años				25 años				26 años				Subtotal	
	M		F		M		F		M		F			
Género	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Práctica sexual	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Satisfactoria	4	1.1	4	1.1	4	1.1	3	0.8	2	0.5	4	1.1	19	5.2
No satisfactoria	0	0.0	10	2.7	0	0.0	8	2.2	1	0.3	6	1.6	25	6.8
Total	4	1.1	14	3.8	4	1.1	11	3.0	3	0.8	10	2.7	44	12.0

Fuente: Concentrado de datos

Notas aclaratorias: M: Masculino, F: Femenino, F: Frecuencia, %: Porcentaje

Gráfico No. 5-B

Práctica sexual, edad y género en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 5-B

Cuadro No. 6.

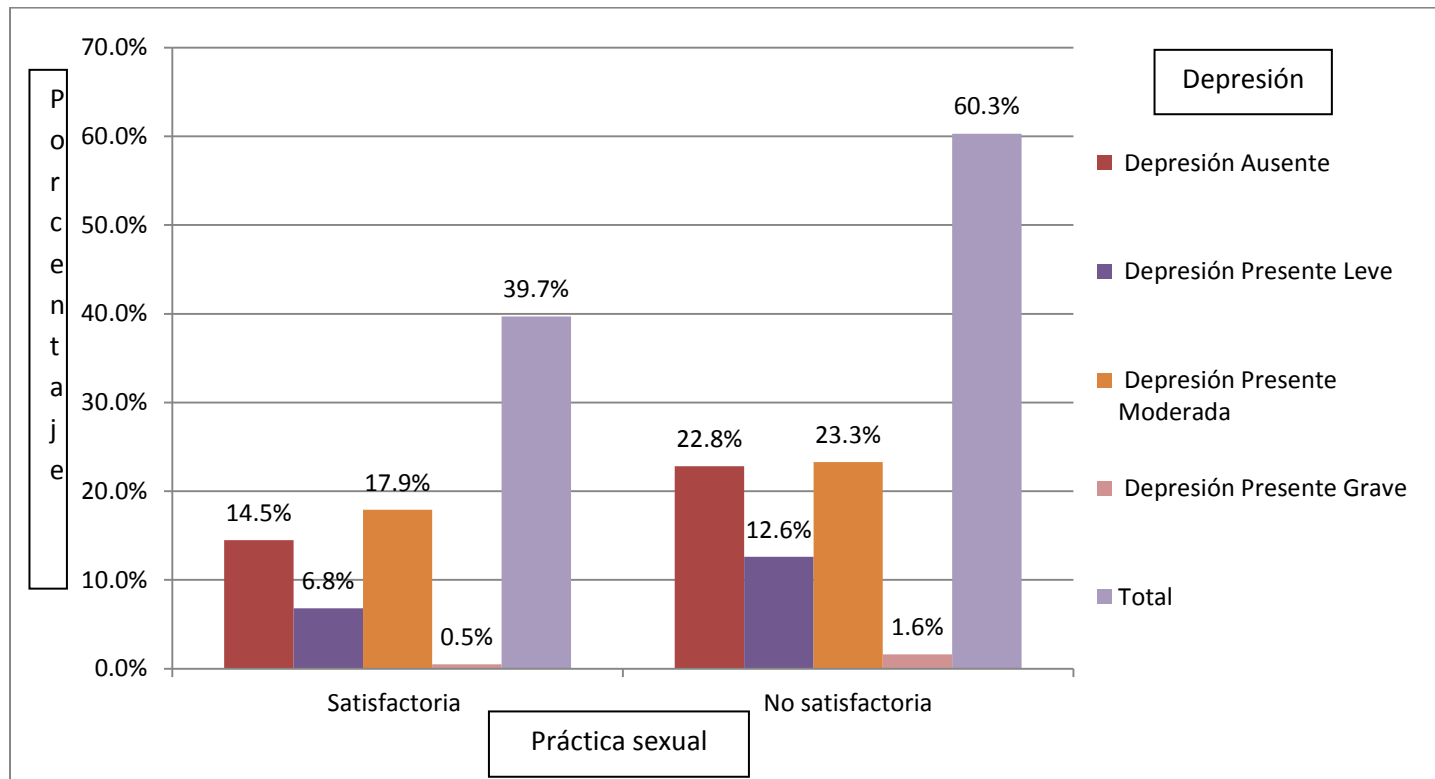
Práctica sexual y depresión en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

Depresión	Ausente		Presente						Total	
			Leve		Moderada		Grave			
Práctica sexual	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactoria	53	14.5	25	6.8	65	17.9	2	0.5	145	39.7
No satisfactoria	83	22.8	46	12.6	85	23.3	6	1.6	220	60.3
Total	136	37.3	71	19.4	150	41.2	8	2.1	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 6.

Práctica sexual y depresión en los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 6

Cuadro No. 7.

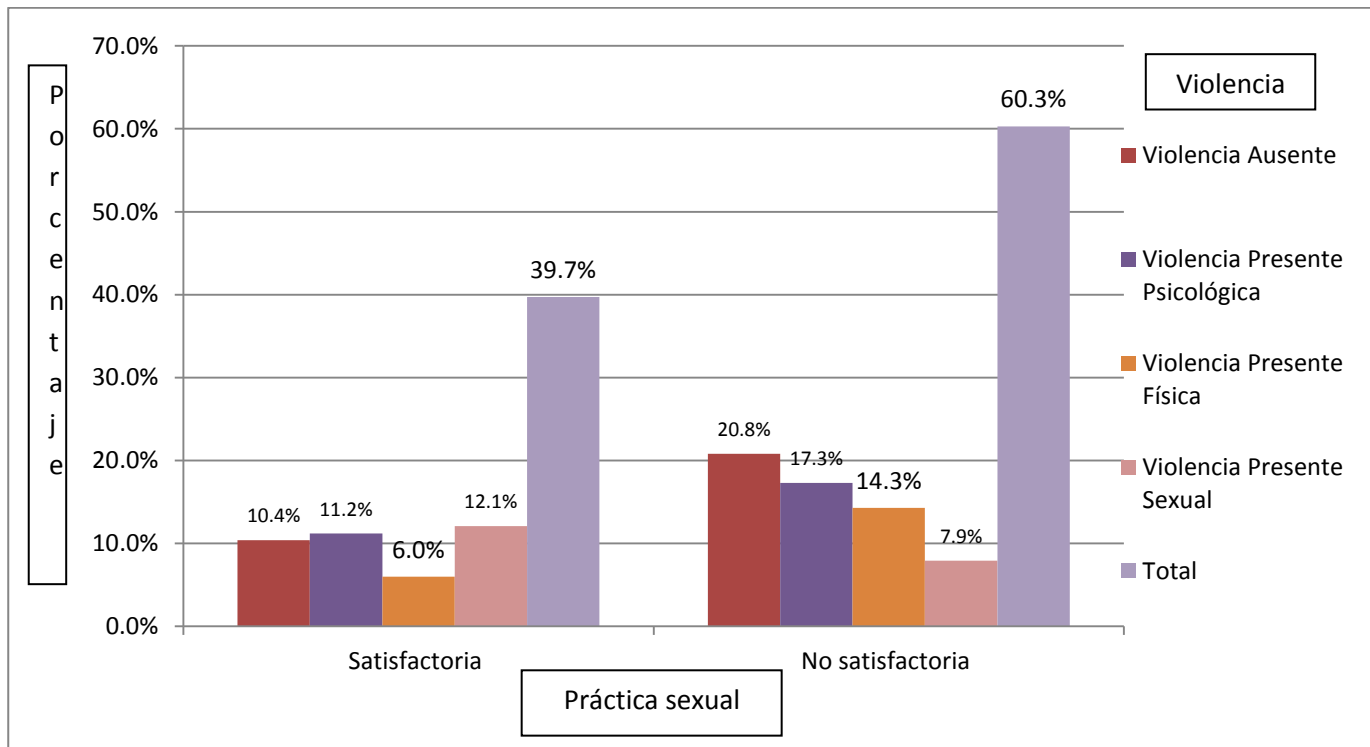
Práctica sexual y violencia de los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.

Violencia Práctica Sexual	Ausente		Presente						Total	
			Psicológica		Física		Sexual			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactoria	38	10.4	41	11.2	22	6.0	44	12.1	145	39.7
No satisfactoria	76	20.8	63	17.3	52	14.3	29	7.9	220	60.3
Total	114	31.2	104	28.5	74	20.3	73	20.0	365	100.0

Fuente: Concentrado de datos

Gráfico No. 7.

Práctica sexual y violencia de los alumnos de la licenciatura en Nutrición del plantel Hidalgo, 2013.



Fuente: Cuadro 7

XI.- CONCLUSIONES

Mediante el presente estudio se determinó que existe relación entre la depresión, la violencia y la práctica sexual, pues el 62.7% de los alumnos tienen depresión presente, el 68.8% tiene violencia presente y el 60.3% tienen una práctica sexual no satisfactoria, como es de observarse son porcentajes casi semejantes, donde se demostró la relación de la depresión y la violencia en la práctica sexual, en coincidencia con otros estudios realizados con las mismas variables, sólo encontrando un mayor porcentaje de violencia y de práctica sexual no satisfactoria.

Será de consideración de otro estudio el investigar causas de manifestarse con depresión presente y violencia presente, o el por qué los hombres dicen tener prácticas sexuales satisfactorias y las mujeres prácticas sexuales no satisfactorias.

XII.- RECOMENDACIONES

A las personas que se encontraron con depresión grave se les canalizó al área de apoyo psicopedagógico y al mes disminuyó su nivel de depresión grave a depresión moderada, se les impartieron talleres de sexualidad para que conocieran su sexualidad, se les impartieron conferencias del manejo y uso de condones, preservativos, lubricantes, etc. Con la finalidad de un uso adecuado y el conocimiento de los mismos, se les impartió una serie de pláticas relacionadas contra la violencia en casa, en el trabajo y en la escuela, la mejora de las relaciones interpersonales y un taller de auto aceptación.

Con lo anterior se siguen las recomendaciones de ayudar a mejorar de los niveles encontrados de depresión y de violencia, se les insistió en el curso de la finalidad del ser humano en busca de la felicidad para mejorar su práctica sexual y pudiera ser para la mayoría satisfactoria.

Se recomienda hacer una determinación de depresión y violencia por cuatrimestre para estar en oportunidad de dar el apoyo adecuado a los alumnos en el momento adecuado.

XIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud Escuelas Promotoras de la Salud: Iniciativa de las Américas de Salud y Educación Para el Desarrollo Humano Sostenible 2003.
2. Castillo F. "Evaluación psicológica de la clínica de depresión", México Rev. Med. 2002. Pp. 83-87.
3. García R. P. El Larousse Ilustrado. Ed. Larousse. 1995
4. Richard J. Gerrig, Philip G. Zimbard. Psicología y vida .Pearson Educación. 7ª Edición. Pp. 72-78.
- 5.-Giovanni Jervis, Ed. Fundamentos. La depresión dos Enfoques Complementarios, 10ª Edición. Pp 38-39.
6. Cardinal. C. Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas. Siglo del Hombre Editores. Pp 50-55.
7. Antrazyt. C. Ed VicencFisas. El sexo de la Violencia. Género y Cultura de Violencia. 1ª Ed. Pp 62-63
- 8- Shafter. D. Katherine Kipp. Psicología del Desarrollo, 7ª Edición, Ed. Thompson. Pp 224-225.
- 9.-Benassini. O. Psicopatología del Desarrollo Infantil y de la Adolescencia, 1ª Edición, Ed Trilla. Pp 112-113.
- 10.-Escalante. F. López. R. Comportamientos Preocupantes en Niños y Adolescentes, Enciclopedia Tomo II. Ed. Enríquez. Pp 333-340.
- 11.-Elizondo. C. Principios Básicos de Salud, 2ª Edición, Ed, Limuza. Pp 142
- 12.-Giddens. A. Sociología, 3ra Edición, Ed Alianza. Pp 29-800
- 13.- Giddens. A. La transformación de la intimidad, 3raEdición, Ed Catedra 1998 Madrid .Pp 33.
- 14.- Giddens. A. Corrientes Sociológicas, 1ra Edición, Ed Alianza. Pp 134
15. – Giddens. A. Críticas, Ed Porrúa. Pp 38-56
- 16.-Giddens. A. Sociología, 3ra Edición, Ed Alianza. Pp
- 17.-Informe Mundial Sobre las Drogas Vol. 1 Análisis, 2005 Pp 36.

- 18.-**Panorama Social de América Latina 2005, ONU, CEPAL, Pp 38-39.
- 19.-**Redondo. C. Figueroa. G. Atención al Adolescente, Universidad de Cantabria, 2ª Edición, Pp 297.
- 20.-**Conn. D. Psicología, 10ª Edición, Ed Thompson, Pp 298.
- 21.-**Bleichmar. H. Depresión un Estudio Psicoanalítico, 1ª Edición, Ed, Nueva Visión, Pp 110-112.
- 22.-**Ardían Raine. A. Violencia y Psicopatía, 4ª Edición, Ed .Ariel. Pp 20-21.
- 23.-**Fundamentos: La Violencia Familiar, 4ª Edición. Ed, Derechos Humanos, Pp. 23-24
- 24.-**Horrocks. H. Psicología de la Adolescencia, 1ra. Edición, Ed. Trillas, Pp 359.
- 25.-**Carlson. N. Fundamentos de la Psicología Fisiológica, 3ra. Edición, Ed. Pearson Pp 480.

XIV. ANEXOS

XIV.1 Consentimiento informado

El Licenciado en Nutrición René Guadarrama Andrade a través de la Universidad Autónoma del Estado de México solicitan su participación en el estudio “Depresión, violencia y su relación en la práctica sexual en los alumnos de la licenciatura en nutrición del plantel Hidalgo” el cual tiene como objetivo analizar la relación de la depresión y la violencia en la práctica sexual.

Se llenará un cuestionario que consta de 4 secciones, la primera una ficha de identificación, la segunda preguntas relacionadas a la depresión, la tercera parte preguntas relacionadas a la violencia, la cuarta preguntas relacionadas a la práctica sexual de riesgo.

Su participación es estrictamente voluntaria, en caso de No aceptar, su decisión no afectará de ninguna manera su situación escolar.

Los datos son completamente confidenciales.

Estoy de acuerdo en que el propósito de este registro se me ha explicado y mis dudas han sido resueltas a mi entera satisfacción. Por lo que voluntariamente acepto participar en el estudio.

Independientemente de que acepte o no, por favor, registre su nombre y firma.

SI ACEPTO _____ NO ACEPTO _____ ACEPTO, PERO NO FIRMO _____

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

XIV.2 Instrumentos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL

SECCIÓN A.

No. de Cuestionario _____

Nombre: _____ Edad: _____

Género: F M Grado escolar: 2° 3° 4° 5° 6° Grupo: _____

SECCIÓN B.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad

0 = Ausente
1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente
1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales

amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
--

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
--

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
--

4. Insomnio precoz

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.
--

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
--

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
--

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
--

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad
1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales
1 = Ligero retraso en el habla
2 = Evidente retraso en el habla
3 = Dificultad para expresarse
4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna
1 = Juega con sus dedos
2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad
1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
2 = Preocupación por pequeñas cosas
3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten
--

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros frecuencia de micción incrementada. Transpiración).

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
--

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)
--

2 = Preocupado por su salud
3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo
1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
3 = No se da cuenta que está enfermo

SECCIÓN C.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

En los últimos doce meses su pareja o alguien importante para usted:

18. ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
19. ¿Le ha menospreciado o humillado?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
20. ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

VIOLENCIA FÍSICA:

En los últimos doce meses, sus pareja o alguien importante para usted:

21. ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas, u otras lesiones?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
22. ¿Le ha tratado de ahorcar?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
23. ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha: Anote indicadores de sospecha:	

VIOLENCIA SEXUAL: Sección 3.- En los últimos años su pareja o alguien importante para usted:

24. ¿Le ha forzado a tocamientos o manoseos sexuales en contra de su voluntad?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
25. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
26. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
27. ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada?	Si, ¿Quién lo hizo? _____ No
Sospecha. Anote indicadores de sospecha:	

SECCIÓN D.

Este cuestionario presenta una serie de frases. Lea cada una de ellas y decida el nivel de frecuencia aplicada a USTED. Por favor responda en frente de cada frase colocando

una equis (X) debajo del número que describa mejor su situación de acuerdo con lo siguiente:

Siempre: **5**

Muy frecuentemente: **4**

Frecuentemente: **3**

Con poca frecuencia: **2**

Nunca: **1**

No.	ITEM	5	4	3	2	1
28	Con qué frecuencia ha salido usted por las noches					
22	Con qué frecuencia ha dormido fuera de casa por motivos laborales o de estudios.					
30	Recuerda la edad en la que tuvo su primera relación sexual					
31	Utilizo preservativo en su primera relación sexual.					
32	Mi pareja es quien toma la decisión de usar condón (Si nunca ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no marque ninguna opción).					
33	Lo primero que hago cuando entro a un baño a orinar o a defecar es lavarme las manos con agua y jabón.					
34	En su vida ha usado preservativo.					
35	Cuando me limpio los genitales después de orinar o defecar lo hago de atrás hacia delante.					
36	La última vez que tuvo relaciones sexuales usó preservativo.					
37	Antes de tener relaciones sexuales me lavo las manos con agua y jabón (si no ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no marque ninguna opción de respuesta).					
38	Utilizo duchas íntimas antes y después de tener relaciones sexuales (si nunca ha tenido relaciones sexuales penetrativas no marque ninguna opción de respuesta).					

39	Utilizo duchas íntimas como método de higiene genital cuando presento flujos (si nunca ha usado duchas, no marque ninguna opción de respuesta)					
40	Mi pareja me práctica sexo oral (si no ha tenido pareja, no marque ninguna opción de respuesta).					
41	Acostumbra tener parejas en el sexo por las que tenga que pagar					
42	En los últimos 12 meses ha tenido relaciones con personas extrañas aunque fuera una sola vez					
43	En los últimos 12 meses ha usado algún preservativo					
44	Con qué frecuencia usó preservativos con las parejas ocasionales					
45	Tengo relaciones anales sin condón (si no ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no marque ninguna opción de respuesta).					
46	Antes de tener relaciones sexuales, mi pareja se lava las manos con agua y jabón (si nunca ha tenido relaciones sexuales penetrativas no marque ninguna opción de respuesta).					
47	Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 30 días					
48	Una condición para tener relaciones sexuales es que mi compañero use el condón (si no ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no marque ninguna opción de respuesta).					
49	Utiliza algún método de planificación					

Por favor responda:

50. ¿A qué edad fue su primera relación sexual penetrativa? _____ años.