



# FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA EN LA PROVINCIA DE HUAROCHIRÍ, 2020”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

**Autores:**

Antuaneth Alexandra Ortega Choque

Mauricio Martin Guerrero Echevarria

**Asesor:**

Dra. Aurora Chumpitaz Mozombite

Lima - Perú

2021

## DEDICATORIA

A nuestras familias, por ser el soporte más cercano que tenemos, a su enorme valentía, resiliencia y sobre todo al amor que nos brindan día a día.

A quienes están detrás de nosotros, aquellos que nos apoyan en cada momento y los que nos formaron para ser las personas que somos.

A nosotros mismos, a los profesionales que en adelante queremos convertirnos y a aquellos quienes dudaron que lo lograríamos.

## AGRADECIMIENTO

A Dios, Todopoderoso, por el don de vida.

A nuestras familias por todo su apoyo incondicional.

A aquellos docentes, amigos que estuvieron y continúan motivándonos a mejorar  
y seguir creciendo como profesionales.

## TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
TABLA DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	5
ÍNDICE DE FIGURAS .....	6
RESUMEN.....	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO II. MÉTODO .....	27
CAPÍTULO III. RESULTADOS .....	33
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	46
REFERENCIAS .....	56
ANEXOS.....	65

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Consecuencias de la violencia en el comportamiento y en la salud.....	12
Tabla 2 Definición de Violencia según su tipo .....	21
Tabla 3 Características de la muestra evaluada.....	33
Tabla 4 Resultados de las medidas de tendencia central respecto a la Dimensión Cognitivo Afectivo, a la Dimensión Conductual Fisiológico y al total en la muestra evaluada.....	37
Tabla 5 Resultados en base al Nivel de Depresión de la muestra evaluada.....	38
Tabla 6 Niveles de depresión según la Dimensión cognitivo afectivo en mujeres víctimas de violencia de pareja.....	39
Tabla 7 Niveles de depresión según la Dimensión conductual fisiológico en mujeres víctimas de violencia de pareja.....	40
Tabla 8 Niveles de depresión en base a pacientes nuevos en el área de psicología.....	41
Tabla 9 Niveles de depresión en base a pacientes recurrentes en el área de psicología .....	42
Tabla 10 Resultados en base al Nivel de Depresión según actividad laboral .....	43
Tabla 11 Resultados en base al Nivel de Depresión según estado civil.....	44

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de casos atendidos de violencia contra la mujer en el CEM periodo 2017 a 2021. Fuente: En base al Boletín Estadístico del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia Contra Las Mujeres e Integrantes del Grupo Familia.....	9
Figura 2. Distribución de casos atendidos de violencia contra la mujer por meses durante el año 2021 Fuente: Elaboración propia en base al Resumen Estadístico de Casos Atendidos del CEM año 2021. ....	11
Figura 3. Porcentaje en base a la actividad laboral de las personas evaluadas. ....	34
Figura 4. Porcentaje en base al estado de salud de las personas evaluadas. ....	34
Figura 5. Porcentaje en base a la atención en Psicología de las personas evaluadas. ....	35
Figura 6. Porcentaje en base al tiempo en consulta de las personas evaluadas.....	35
Figura 7. Porcentaje en base al estado civil de las personas evaluadas. ....	36
Figura 8. Porcentaje en base al nivel de depresión de la muestra total de personas evaluadas. ....	38
Figura 9. Porcentaje en base a los niveles de depresión según la Dimensión Cognitivo Afectivo en mujeres víctimas de violencia de pareja. ....	39
Figura 10. Porcentaje en base a la Dimensión Conductual Fisiológico de la muestra evaluada. ....	40
Figura 11. Porcentaje en base a pacientes nuevos en el área de psicología de la muestra evaluada.....	41
Figura 12. Porcentaje en base a pacientes recurrentes en el área de psicología de la muestra evaluada.....	42
Figura 13. Porcentaje en base al nivel de depresión según actividad laboral de la muestra evaluada.....	43
Figura 14. Porcentaje en base al nivel de depresión según el estado civil de la muestra evaluada. ....	44

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, en la Provincia de Huarochirí, 2020. Mediante un enfoque cuantitativo, tipo básica, corte transversal y nivel de alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres víctimas de violencia de pareja, elegidos por muestreo no probabilístico intencional. Utilizando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck II- (DBI-II). Los resultados evidencian que el 29% no presentan depresión y 71 % tienen un nivel bajo; en las dimensiones cognitivo afectivo y conductual fisiológico el 53% y 52% tienen niveles altos de depresión; asimismo, las mujeres que inician su atención psicológica el 53% presentan depresión un nivel bajo y con atención recurrente solo un 18% posee un nivel bajo, en cuanto a la actividad laboral el mayor porcentaje se encuentra en niveles bajos, similar al estado civil las solteras, casadas o convivientes, mientras que los separadas el 71% no presenta depresión . Concluyendo que hay un alto porcentaje de mujeres víctima de violencia de pareja que presentan depresión en un nivel bajo, el tiempo de atención psicológica influye de forma positiva en el estado emocional de las personas, así como el estado civil.

**Palabras clave:** Depresión, mujeres, violencia, pareja

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

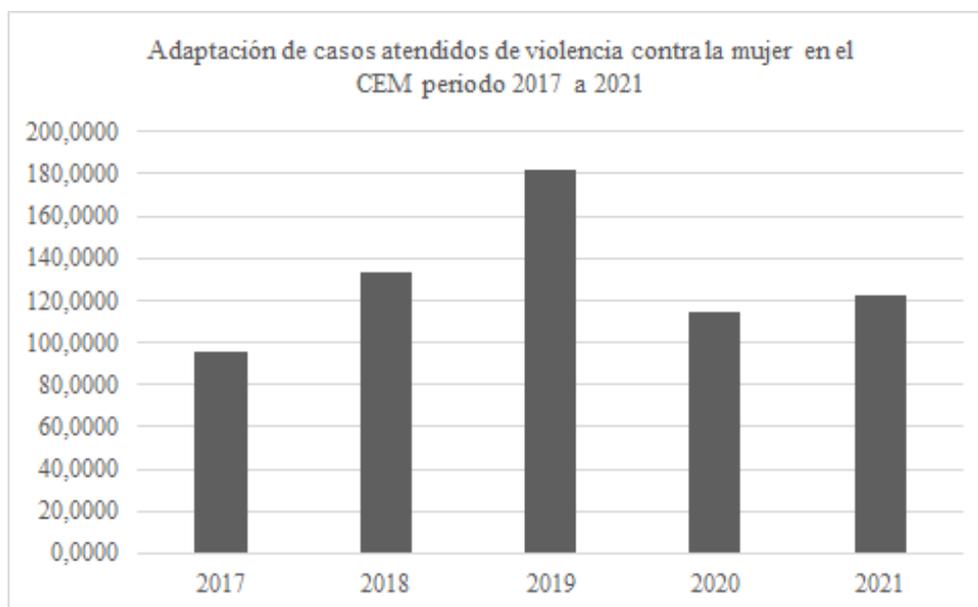
Por muchos años se ha visto a la imagen de las mujeres como personas que se encuentran subordinadas al varón, es así como se tiene una visión de subyugación de parte del género masculino hacia el femenino, encontrándose en las vastas perspectivas por debajo de los varones. Esto conlleva a la sociedad hacia una lucha constante desde hace siglos, por la igualdad de género en diversos aspectos y dentro de las normas sociales por erradicar la violencia de género en sus distintas manifestaciones. Siendo así cómo se constituye la violencia en contra de la mujer. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS,2017), el 35% de la población femenina ha sido alguna vez en la vida víctima de violencia de pareja o de violencia sexual fuera de la pareja, el 30% de las féminas quienes tuvieron una relación sentimental han padecido de algún tipo de violencia producida por su pareja.

La violencia de género repercute en las mujeres, debido a la condición del género femenino. Los atacantes usualmente usurpan los derechos de sus víctimas tales como la libertad, el espacio personal, poder de decisión ya sea en un contexto familiar o distinto a él. El varón asume un rol de agresor, ejerciendo violencia en contra de la mujer sustentado en la desigualdad de poder (Vargas, 2017).

La violencia en contra de la mujer como estigma va ascendiendo con el pasar de los años. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017) Menciona que 68.2 % de la población femenina parte de alguna pareja sufrió violencia en algún tipo por parte del esposo o compañero,

dicha violencia puede tener una duración prolongada de meses a años, inclusive este maltrato puede conllevar a homicidio de la víctima.

Así mismo, según manifiesta el Boletín Estadístico del Programa Nacional para la Prevención y erradicación de la Violencia Contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - Aurora - Setiembre (2021) de los casos atendidos en el Centro de Emergencia Mujer (CEM) desde 2017 a 2021, (ver figura 1) A pesar de los diversos trabajos por parte de las autoridades peruanas por erradicarlo, se mantiene vigente en nuestra sociedad.



*Figura 1.* Distribución de casos atendidos de violencia contra la mujer en el CEM periodo 2017 a 2021. Fuente: En base al Boletín Estadístico del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia Contra Las Mujeres e Integrantes del Grupo Familia

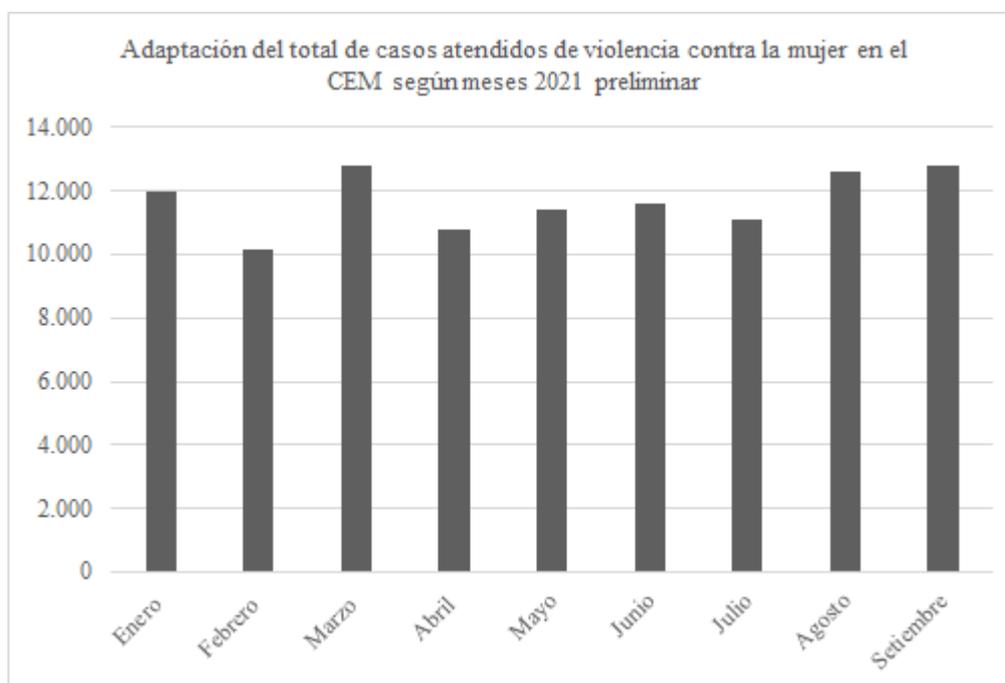
Por otro lado, se menciona que la problemática de violencia contra la mujer se refleja en el Perú manteniendo en muchas las actitudes machistas con el paso del tiempo, se sabe que los hombres son mayormente privilegiados en comparación con las mujeres, tanto en áreas laborales como en la jerarquía, importancia entre otros contextos, llámese en roles relacionados con el estado tanto políticos como militares. (Arévalo, 2019, citado en Huayhua, 2020).

La violencia en contra a la mujer es una problemática mundial que perjudica en lo físico y psicológico a quienes sufren de este mal, ya que estas conductas limitan a la víctima su autonomía y las estrategias del control del dinero de la misma, afectando física y emocionalmente su salud. 30% de mujeres que son parte de una relación han sufrido violencia en sus diferentes tipos, asimismo se espera que sus probabilidades de poseer depresión son dobles como también problemas con el consumo en exceso de alcohol. (Organización Mundial de la Salud, 2017, citado en Lara, Aranda, Zapata, Bretones y Alarcón, 2019).

La problemática de violencia de pareja posee un gran impacto en diversos aspectos dentro de la existencia de un individuo, es un fenómeno presente en todos los sectores socioeconómicos, culturales e idiosincráticos, cuyo impacto psicológico afecta al bienestar de la salud mental de sus víctimas, lo cual establece relación según el tiempo de agresión recibida (Castillo, 2017), traspasando de un tema conyugal para formar parte de una problemática con envergadura social que perjudica a miles de mujeres en todo el mundo afectando el aspecto físico y psicológico de sus víctimas.

Dándonos a conocer información de envergadura internacional. Sin embargo, esta problemática no es indiferente a la realidad peruana, ya que a diario existen numerosos incidentes sobre violencia. Según las Estadísticas de Atención a la Violencia del Centro de Emergencia Mujer (CEM) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) en enero del 2021 (2021) se reportaron 13 941 sucesos de violencia, sobre los que predomina los sucesos atendidos de violencia en contra de la mujer con un 86 % en comparación a un 14% en el caso masculino. Así mismo, se reportaron 14 810 casos de violencia durante el mes de septiembre del presente año según el Informe Estadístico del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) - Setiembre 2021.

Conforme el Reporte Estadístico de Casos Atendidos en los Centros Emergencia Mujer (2021) se puede constatar la cantidad de sucesos presentados de violencia contra la mujer ocurridos en el Perú -Periodo: Enero a Setiembre 2021 (ver figura 2).



*Figura 2.* Distribución de casos atendidos de violencia contra la mujer por meses durante el año 2021 Fuente: Elaboración propia en base al Resumen Estadístico de Casos Atendidos del CEM año 2021.

Es así, como queda comprobado que existen múltiples sucesos de violencia contra la mujer, constituyéndose como un perjuicio que afecta a nuestra sociedad y que conlleva a repercusiones significativas con respecto a la salud mental de sus víctimas. La violencia se puede representar mediante diversos tipos de manifestaciones, dentro de los cuales destacan, las amenazas, los celos, el abandono, los insultos, la indiferencia, la infidelidad (Nava et al, 2017), evidenciándose que la violencia afecta de diversas formas al estado psicológico de las personas quienes lo sufren, especialmente a las mujeres que lo padecen. La violencia puede generar diversos problemas de salud mental en las mujeres tales como: depresión, baja autoestima, trastorno de estrés post traumático (Vargas, 2017), generando graves

consecuencias, según el Informe de la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia de la OMS 2014 - (2016) (ver tabla 1) las consecuencias de la violencia son:

Tabla 1

*Consecuencias de la violencia en el comportamiento y en la salud.*

Físicas	Salud Mental y Conductual	Salud Sexual y Reproductiva	Enfermedades crónicas
Lesiones abdominales	Depresión y ansiedad	Embarazo no deseado	Artritis y asma
Lesiones torácicas	Trastorno de estrés postraumático	Complicaciones del embarazo	Cáncer
Lesiones cerebrales	Trastornos de la alimentación y el sueño	Abortos de riesgo	Trastornos Cardiovasculares
Quemaduras	Trastornos de la alimentación y el sueño	Trastornos ginecológicos	Diabetes
Fracturas	Déficits de atención	Síndromes dolorosos complejos	Problemas renales
Laceraciones	Hiperactividad	Dolor pelviano crónico	Hepatopatías
Discapacidad	Comportamiento de externalización	Infección por el VIH	Accidente cerebrovascular
	Consumo de alcohol y drogas	Otras infecciones de transmisión sexual	
	Tabaquismo		
	Pensamientos suicidas		
	Comportamiento suicida		
	Prácticas sexuales de riesgo		

Fuente: Elaboración propia en base a las Consecuencias de la violencia en el comportamiento y la salud del Informe de la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia de la OMS - 2014 (2016).

Por lo que, como consecuencia de la violencia de pareja, se da la depresión que es un trastorno que afecta aproximadamente a 300 millones de personas en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Las estadísticas refieren que, de cuatro personas en América, una padece de dificultades mentales o consumo de sustancias en el transcurso de su vida. Además, se considera a la depresión como uno de los desórdenes de salud

mental que más perjudica a las personas en el mundo, afectando el doble a mujeres que a varones (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Se prevé que el 5 % de la población adulta en el mundo padece de depresión, siendo un cuadro que afecta más a mujeres que a varones. (OMS, 2021), evidenciando que la problemática de envergadura mundial tiene mayor repercusión en mujeres. De tal forma, según estudios se tiene que Europa, Brasil y Estados Unidos son los países con mayor porcentaje de personas que han padecido de depresión con un 15% de sus habitantes. Además, en Estados Unidos 17.3 millones de habitantes han padecido de depresión mayor en el 2017 (Corea, 2021). Por otro lado, en Colombia se muestra una elevada tendencia a presentar depresión por parte de la mujer, en comparación al varón (Rueda, 2018). Así mismo, se conoce que el 2,9% de la población peruana mayor de 15 años padece de depresión (OPS, 2021). Además, en un estudio realizado en Perú, a 58 349 participantes, se encontró que el 28,5% padecen de sintomatología depresiva, siendo el 30,8% mujeres superando a los varones quienes presentaron un 23,4%. (Plan de Salud Mental Perú, 2020).

Gonzales (2020) “*Violencia Intrafamiliar y Depresión en Mujeres del AA.HH. Señor de los Milagros, Chincha, 2019*”, la población de este estudio fue de 270 mujeres entre 18 a 50 años. Los resultados mencionan que se obtuvo 42.6% de mujeres con depresión así mismo la autora concluye que 43% de las mujeres poseen sintomatología depresiva, lo cual indica que la depresión es un problema de salud pública en estos tiempos que consigo puede conllevar a una discapacidad en las víctimas de violencia. Como consecuencias de la violencia de pareja, las víctimas llegan a: suicidio, embarazos no deseados, homicidio por parte del agresor y dentro del aspecto psicológicos tenemos la depresión, ansiedad, estrés postraumático, baja autoestima entre otras. (OMS, 2017) citado en (Diaz, 2019). Datos que nos revelan la relevancia de este tema asociado a depresión y la relación sobre otras posibles consecuencias de padecerla. Los

casos sobre depresión vinculados a la violencia de manera internacional, en el país de Puerto Rico, mencionado en Lara (2019) afirma que la violencia contra la mujer produce daño psicológico y se manifiesta como una dificultad que tiene que ver con la salud mental.

La depresión es el problema de salud mental con mayor porcentaje en las personas (Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú, 2018) constituyéndose como uno de los problemas de salud mental predominantes en esta nación. Según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi (2021) las ciudades de mayores problemas de salud mental son Lima, Ayacucho y Puerto Maldonado, donde en Lima la depresión posee el 16,4%, el trastorno de ansiedad generalizada 10,6% y el abuso al alcohol 5,3%. Lo que refleja un problema de salud pública.

Frente a lo mencionado anteriormente, de acuerdo con esta problemática se realiza la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia de pareja en la Provincia de Huarochirí, 2020? A partir de ello, se plantea como objetivo general: Determinar el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, en la Provincia de Huarochirí. Considerando como objetivos específicos: Establecer el nivel de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja en la dimensión cognitiva afectiva, conductual Fisiológica, según el tiempo de atención psicológica, actividad laboral y estado civil. La presente investigación carece de hipótesis debido a la naturaleza descriptiva que posee, en la cual se examina una variable y se describe el fenómeno encontrado, según la información recopilada en el presente estudio.

Para una mayor comprensión del panorama del tema de la investigación se realizó la revisión de investigaciones recientes a nivel internacional y nacional, que a continuación se detalla:

A nivel internacional se encontró a Acevedo (2020) en su estudio titulado “Violencia conyugal en los centros de mujeres Ixchen del departamento de Managua”, realizado en Nicaragua a 50 mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas o exparejas, el cual tuvo como objetivo encontrar la relación entre las variables indefensión y depresión asimismo si estas se relacionan con la violencia. Se utilizó el Cuestionario de depresión de Beck, la Escala de desesperanza aprendida de Beck y un Cuestionario de violencia ad hoc. Como resultados se obtuvo que “la severidad de la violencia tiene relación con los niveles de indefensión y depresión”.

Igualmente, según un estudio realizado en Uruguay por Llosa y Canetti (2019) titulado “Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja”, a 58 mujeres usuarias de controles y consultas de las policlínicas seleccionadas, el cual tuvo por objetivo establecer la cantidad de personas con depresión e ideación suicida en mujeres violentadas por su pareja y estimar la asociación con variables sociodemográficas, donde se aplicó WAST corto, Inventario de Depresión y Escala de Ideación Suicida de Beck a las participantes. El estudio mostró que 56,7 % de casos presentan depresión en comparación al 14,3% de controles, el Odds ratio para depresión en casos vs controles es de 7,846. La cantidad de mujeres que padecen de ideación suicida se presenta en el 20% de las evaluadas y el 3,6% en los casos controles y la depresión e ideación suicida el 17% de todas las evaluadas. Sabiendo esta información se puede deducir que la violencia de pareja se relaciona con la depresión y comportamientos suicidas.

Así mismo, según un estudio realizado en República Dominicana por Lara (2019) titulado “Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja”, a 340 mujeres que padecen de violencia por parte de las personas con quienes tienen o tuvieron una relación sentimental y mujeres que no presentan violencia, tuvo como objetivo el análisis del

Antuaneth Alexandra Ortega Choque  
Mauricio Martín Guerrero Echevarría

daño psicológico relacionado a exposición de violencia comparado con féminas que no padecen de violencia, tuvo de desenlace que las féminas evaluadas que sufrían de violencia presentaban sintomatología depresiva, el estudio mostró que las mujeres que estaban expuesta a violencia padecen de depresión de la siguiente manera: 97.9% depresión grave, 95.7% moderada y 84.8% leve. A diferencia de quienes no padecen de violencia, las cuales presentaron depresión mínima. Quedando claro que la depresión se encuentra ligada a los sucesos de violencia de pareja que existen en nuestros días.

Otro estudio que resulta oportuno mencionar es el de Lövestad, Löve, Vaez y Krantz (2017) citados en Lara (2019) titulado “Prevalencia de la violencia de pareja íntima y su asociación con síntomas de depresión; Un estudio transversal basado en una muestra de población femenina en Suecia”, con una muestra de 573 mujeres que tuvo el objetivo de describir establecer relación entre diversos tipos de violencia con síntomas depresivos. Donde se evaluó síntomas según el DSM y se utilizó el Instrumento de Violencia contra la Mujer (VAWI) de la OMS, además de la Escala de comportamiento de control (CBS). Donde se encontró que las féminas que padecen de violencia presentan mayores síntomas depresivos en comparación a las que no padecían de violencia.

A nivel nacional tenemos a Cisneros (2021) en su estudio titulado “Indicadores de depresión y violencia en la relación de pareja en mujeres del distrito de Ate”, realizado en Lima en el distrito de Ate a 384 mujeres que son víctimas de violencia residentes del distrito, el cual tuvo por objetivo establecer relación en la violencia de pareja e indicadores de depresión en el cual aplicó dos pruebas el Cuestionario de Maltrato en Noviazgo (CMN) y el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) como resultados que la correlación entre la violencia de pareja y la depresión se expresa como una “correlación positiva muy fuerte”.

Saldaña (2019) en su estudio titulado “*Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca*”, realizado en el departamento de Cajamarca a 144 mujeres que acuden a diversos servicios sociales de asistencia alimentaria de la Municipalidad de Cajamarca, el cual tuvo por objetivo establecer relación entre violencia de pareja y depresión de mujeres pertenecientes a una comunidad. En la cual se utilizó, El cuestionario de depresión de Beck-II (BDI-II) y la escala de medición de violencia intrafamiliar. Obtuvo por resultados que, según los estudios realizados al comparar niveles de depresión y el tipo de violencia económica, se encontró relación, asimismo se percibe que, a mayor presencia de violencia, mayor indicador de aumentar el nivel de depresión en mujeres.

Por otro lado, Valentín (2018) en su estudio titulado “*Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga*”, en el 2017 realizado en la provincia de Huancayo a 90 mujeres que pertenecen al Programa de Vaso de Leche de Sapallanga, el cual tuvo por objetivo establecer los indicadores de depresión que poseen las mujeres que padecen de violencia familiar del distrito de Sapallanga. En la presente investigación se aplicó la Ficha Tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato Infantil y el Inventario de Depresión de Beck- II. Menciona *que* existen cuatro indicadores orgánicos sobre depresión: leve, mínimo, moderado y severo, los cuales determinan la intensidad de los síntomas, se halló que un 38,9% poseen indicadores orgánicos mínimos, 35,6% moderado, el 25,6% severo y 0 % leve. En líneas generales existe 61.2% de féminas víctimas de violencia con indicadores moderados y severos de la dimensión orgánica. Asimismo, con respecto al patrón de violencia y algunos indicadores sobre depresión, de la cabalidad de féminas que padecen de violencia: sexual, psicológica y sexual, física y sexual, física, psicológica y sexual, poseen indicadores de probable enfermedad y daño a nivel emocional. Además, presentan proporciones bajas, encontrándose a la violencia física, psicológica y física como psicológica.

Con respecto al estado civil y a los indicadores sobre depresión se halló un 77,2% de la cabalidad de féminas casadas poseen indicadores de probable cuadro depresivo. A su vez, el 73,4% del total de féminas convivientes poseen indicadores de posible cuadro depresivo. Así mismo, con respecto a la relación en cuanto a edad e indicadores de depresión se obtuvo que de la cabalidad de las féminas adolescentes el 60% tienen indicadores de probable cuadro depresivo, a su vez, el 78,9% de féminas jóvenes presentan indicadores similares. Además, el 72,2% de la cabalidad de féminas adultas tienen probables indicadores de cuadro depresivo.

Igualmente, Marcelo (2018) en su estudio de tesis para bachiller titulado “*Autoestima y Depresión en víctimas de violencia que acuden al Centro de Salud Tacalá - Piura 2019*” realizado en el departamento de Piura a 90 mujeres, el cual tuvo por objetivo establecer relación entre autoestima y depresión de las mujeres, utilizando el Inventario de Autoestima de Coopersmith, (SEI) y el Inventario de Depresión de Zung. Halló que el 53.3% posee nivel bajo de autoestima y el 43.3% posee nivel moderado de depresión en dicho estudio se concluyó que existe relación estadísticamente regular entre la autoestima y la depresión.

También, Paredes y Rodas (2018) en su estudio titulado “*Calidad de vida y violencia de pareja en mujeres con depresión en tres zonas rurales de Tumbes – Lambayeque febrero 2018*”, realizado en una muestra de 478 mujeres que residen en zonas rurales, que tuvo por objetivo conocer la calidad de vida y la violencia de pareja en mujeres con depresión en tres zonas rurales de Tumbes. Se encontró que la población encuestada de las tres zonas rurales presenta 68% de violencia de pareja, ya sea física, psicológica o sexual, siendo similar porcentajes en C.P. Calupe, C.P. La Granja o C.P. Rinconazo, zonas consideradas de mayores casos de violencia.

Así mismo, Valle (2018) en su tesis de investigación titulada “*Depresión en Internas del pabellón A, B y C del Penal de Mujeres de Chorrillos, 2017*” realizado en el departamento de

Lima, en el distrito de Chorrillos a 50 reclusas del penal Santa Mónica de Chorrillos del pabellón A.B y C con el objetivo de establecer el nivel de depresión de las internas recluidas en el pabellón A. B y C del penal. El instrumento empleado fue el Inventario de Depresión Beck II- (BDI-II). Obtuvo por resultado que 52% (26) presentaban depresión promedio, el 36% (18) posee un nivel alto de depresión, el 8% (4) posee un nivel muy alto, el 4% (2) posee un nivel bajo lo cual deslinda una tendencia media a poseer depresión de parte de reclusas de los pabellones A, B y C del penal.

Igualmente, según estudio realizado por Sobrado (2017) titulado “*Factores de depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar asistidas en un centro de emergencia mujer de la provincia de Huánuco*”, a 140 féminas que padecen de violencia de la provincia de Huánuco entre 18 y 50 años que acuden a un Centro de Emergencia Mujer (CEM), teniendo como objetivo establecer relación entre factores de depresión y de autoestima presentados en mujeres víctimas de violencia, en donde se empleó la Escala de Depresión de Beck y la escala de Coopersmith. Se obtuvo que el 37.9% de las mujeres evaluadas presentaban depresión leve y grave.

Además, Castillo (2017) en el trabajo de investigación que lleva el nombre de “*Dependencia Emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja en la ciudad de Chiclayo*” cuyo objetivo fue el establecimiento de la relación entre la dependencia emocional y las estrategias de enfrentamiento hacia el estrés y depresión a 126 féminas que padecen de violencia de pareja, en el cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck -II, el inventario de Dependencia Emocional y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento. Obtuvo como resultados la existencia de una relación negativa entre dependencia emocional y estrategias de enfrentamiento por aproximación, así como una

relación entre dependencia emocional global y las estrategias de afrontamiento por evitación, y una relación favorable de moderada a fuerte entre dependencia emocional y depresión.

A continuación, tenemos el marco teórico que se inicia haciendo una breve mención de la violencia de pareja. Para las Naciones Unidas, la violencia en contra de la mujer se puede definir como alguna acción que cause daño de manera física, sexual o psicológicamente a represión de libertad, amenazas de distintos tipos, las mujeres, que suceden dentro de alguna relación de pareja o en la vida de manera pública (Organización Mundial de la Salud, 2021). Se describe “violencia” a aquella que se ejerce mediante agresiones físicas, sexuales y maltratos de tipo psicológico. Consiste en algún tipo de comportamiento de la pareja íntima que ocasiona daño a nivel físico, psicológico o sexual. (Nava, Onofre y Báez, 2017) Enfocándose dentro del aspecto sentimental y las consecuencias negativas que produce hacia la pareja afectada.

De esta forma, resulta evidente que el término violencia contra las mujeres posee diversas acepciones; no obstante, para el presente trabajo se empleará “violencia de pareja” como el término protagonista de nuestro estudio. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en su publicación Instrumentos para los Hogares de Refugio Temporal (2016), divide a la violencia en cuatro tipos: violencia física, psicológica, sexual y económica. (ver tabla 2).

Tabla 2

*Definición de Violencia según su tipo*

Violencia Física	Violencia Psicológica	Violencia Sexual	Violencia Económica
Acción que produce algún tipo de daño hacia la integridad física de una persona. Dentro de este tipo de maltrato se incluye daños ocasionados o negación de las necesidades básicas. por negligencia que generan un malestar físico significativo en la persona.	Acción ejercida en contra de alguna persona bajo la consigna de producir daños psíquicos mediante la humillación, aislamiento o el control. Así mismo, se constituye como alguna afectación sobre las funciones psíquicas ocasionado por diversos hechos de violencia que brinden consecuencias negativas en la persona a nivel cognitivo, afectivo y conductual	Acciones de origen sexual en contra de una persona sin su consentimiento o su decisión. Dichos actos no necesariamente pueden llegar a la penetración o algún tipo de contacto físico.  Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el poder de libre decisión voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, mediante la amenaza u obligación.	Acción que tiene por propósito el daño hacia los recursos económicos o todo lo que tenga que ver con el patrimonio de una persona.

Fuente: Elaboración propia (2020) en base a Instrumentos para los Hogares de Refugio Temporal (2016)- MIMP

Numerosos estudios aluden que las víctimas de violencia de pareja son atendidas y monitoreadas por personal psicológico, asimismo se puede demostrar que la violencia provoca incomodidades a nivel salud mental. Existe una relación significativa entre las personas víctimas de violencia y la depresión en distintos niveles Lara, Torres, Aranda , Zapata, Bretones y Alarcón (2019) En base a ello, se aborda la presente problemática para identificar la salud

mental de los participantes, recogiendo mayor información sobre la variable de estudio para la contribución de programas de promoción, prevención e intervención de depresión ligado a estrategias eficaces para afrontar temas de violencia de pareja que beneficien significativamente a la población participante.

A continuación se detalla la variable de la investigación, la depresión asumiéndose como un desencadenante a nivel de salud producto de la violencia que padecen las personas, está mayormente asociadas al género femenino, ya que en varones los casos son menos frecuentes en comparación con las mujeres, los factores de tipo biológicos se relacionan con rasgos y síntomas tristes, baja autoestima y pensamientos culpa (Díaz, 2020), (Agencia EFE, 2020) citados en (Cisneros, 2021) Por ello, se ha visto conveniente en el presente trabajo ahondar con mayor ahínco sobre la depresión que padecen las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Si bien existen diversas definiciones de depresión promulgadas por cientos de autores; sin embargo, para fines que brinden soporte a la investigación se emplearán dos conceptualizaciones dadas por autores considerados clásicos en el tema. La depresión como trastorno aflora en personas con pensamientos erróneos y deformado, según lo cual se definió en la triada cognitiva (Beck, 1976) citado en (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil y Campos, 2014) De esta forma queda demostrado la implicación de la depresión y la manera cómo afecta a la perspectiva de las personas quienes lo padecen. Al respecto, la depresión se puede encauzar como un trastorno ocasionado por la violencia, lo cual conlleva a actitudes agresivas por parte de la pareja sentimental de una persona. Generando una subordinación de la víctima hacia el agresor a nivel físico, psicológico o sexual (Espinoza et al., 2019) citado en Cisneros (2021).

Así mismo, la depresión es un trastorno mental que posee diversas características tales como tristeza profunda, pérdida de interés, déficit de autoestima, dificultades con la concentración (OMS, 2020). Repercute a partir de violencia de cualquier tipo ejercida, que se

presente como acciones descontroladas, que se manifiestan agresivamente en personas que comparten una relación de tipo sentimental, que comparten una convivencia o no, tratando de imponer contra la persona débil de la relación, sexual, física o psicológicamente (Espinoza et al., 2019) citado en (Cisneros, 2021).

Según el DSM-5 (Apa, 2013) clasifica el trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por determinados episodios que constan de dos semanas, aunque se sabe que los episodios en su mayoría pueden durar mucho más tiempo, implicando cambios notorios en el área afectiva, cognitiva, remisiones interepisódicas y neurovegetativas. Dentro de los criterios diagnósticos, del trastorno de depresión mayor según el DSM- 5 (Apa, 2013) se estipulan los siguientes indicadores: dificultad en el estado de ánimo, pérdida de interés y pérdida de placer como las características más relevantes. Además, de la pérdida de peso o aumento de peso desmedido, insomnio, agitación o disminución de energía, sentimientos de culpa, pérdida de concentración e ideas frecuentes de atentar o quitarse la vida. Así mismo, se evidencian síntomas que son clínicamente notorios que afectan en el área laborales y del funcionamiento íntegro de la persona, que no se pueden atribuir al consumo de sustancias o medicinas.

Por otro lado, según el CIE- 10 (2000) se establece el Episodio Depresivo, quien tiene los siguientes indicadores: En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados

síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas (p.317).

De igual forma, según el CIE-10, (2000) existen diversos tipos de depresión encontrándose el trastorno depresivo leve, moderado y grave. Dentro de la depresión leve la persona debe poseer tres o más síntomas de los diversos síntomas descritos: Dificultad para disfrutar, concentrarse o interesarse y el cansancio agobiante, se presenta ánimo decaído durante la mayor parte del día y dificultad en el sueño. Por otro lado, la depresión moderada la persona posee dificultad para ejecutar sus actividades de forma habitual, presentando cuatro o más síntomas de los mencionados anteriormente. Así mismo, las personas con depresión grave presentan de forma enfatizada los síntomas de culpa, pérdida de autoestima y de inutilidad. Además, es frecuente el deseo de quitarse la vida (suicidio), presentan mayor cantidad de los síntomas mencionados.

La depresión presenta distintos ángulos de explicación, entre ellos tenemos el enfoque conductual, que los relaciona con diversos aspectos entre ellos la Psicología Experimental. Con respecto a la depresión se podría reforzar la conducta deseable y no reforzar la conducta indeseable ocasionando una pérdida de la frecuencia del comportamiento (Valle ,2018). La teoría cognitiva, la depresión ha tenido presencia dentro de los procesos mentales. Sus estudios fueron basados en la memoria, pensamientos, conocimientos, ideas, entre otros procesos mentales que contribuyen con el complejo comportar de los humanos. (Barrera y Reyes, 2020)

Para la presente investigación se ha considerado la Teoría de Beck, Rush, Shaw y Emery (2012) quien conceptualiza a la depresión definiendo tres patrones cognitivos para explicar a las personas que padecen de depresión.

El primer componente de la tríada se basa en la visión negativa de la persona, atribuyendo lo que le pasa a una característica suya, tomando como suya dicha característica, la cual no le permite poseer momentos de felicidad.

El segundo componente de la tríada cognitiva se basa en la forma como la persona interpreta lo que vive de una manera negativa, viendo como a las situaciones que se le presentan como obstáculos que le impiden avanzar, manifestando derrota o frustración como algo característico.

El tercer componente de la tríada cognitiva, basándose en una visión desastrosa sobre el futuro, teniendo expectativas de fracaso, sobre proyectos o planes de futuro a corto plazo. Además, considera a los patrones cognitivos conductuales como consecuencia de los signos y síntomas del síndrome depresivo, así como los síntomas motivacionales, la pérdida de voluntad y los deseos de suicidio. Conllevando a una dependencia que va en aumento al ver el estado cognitivo de la persona.

Así mismo, se considera las siguientes dimensiones:

- Dimensión Cognitivo Afectivo, referida a la agrupación de síntomas asociados al área emocional de los individuos en investigación, así como la identificación de posibles distorsiones cognitivas en el evaluado.
- Dimensión Conductual Fisiológico, se considera como la agrupación de síntomas asociados a comportamientos que alteren el bienestar psicológico del individuo y posibles consecuencias fisiológicas de estos.

Reafirmando algunos indicadores de depresión y su influencia en el estado anímico socio conductual de quien lo padece ejercidas por el agresor y/o pareja.

La investigación se justifica a nivel teórico porque aporta mayor conocimiento científico sobre la depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja entendiendo esta problemática existente que afecta y repercute en la salud mental de la población. Así mismo, porque recopila investigaciones recientes de esta problemática.

Presenta justificación práctica porque los resultados obtenidos, permiten tomar decisiones para solucionar esta problemática, según el contexto evaluado.

Finalmente, la justificación social del presente estudio es para comprender la problemática de nuestra población de forma específica y determinada, para así repercutir y ampliar otras poblaciones con características similares a la población evaluada y hacer mayores trabajos de investigación con la finalidad de favorecer en beneficio de la población y la reducción de la problemática encontrada.

## CAPÍTULO II. MÉTODO

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, ya que sus planteamientos son específicos, está orientado a la medición de las variables, con datos numéricos, diseño preestablecido, prueba de hipótesis y teoría (Hernández y Mendoza, 2018). De tipo básica ya que se recopiló información y datos distintos de las personas, solo con el propósito de incrementar el conocimiento de la realidad (Nicomedes, 2018). De corte transversal, el cual es un estudio observacional, individual que suele tener un doble propósito, tanto descriptivo como analítico. Conocido también como estudio de prevalencia o encuesta transversal; el objetivo primordial es de identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada y es un diseño básico en epidemiología al igual que el diseño de casos y controles y el de cohortes (Milena, 2018). De diseño no experimental de tipo transaccional ya que su medición, es decir la obtención de la muestra se realizó en un solo momento, sin ninguna manipulación de la variable, solo se describió tal como se halló en el campo (Hernández y Mendoza, 2018). De nivel descriptivo, ya que se especificó conceptos e hizo la medición de la o las variables (Hernández y Mendoza 2018).

La población, que son las unidades de análisis de las cuales fueron validadas la información recopilada para la presente investigación (Ríos, 2017). Estuvieron conformados por las mujeres víctimas de violencia derivadas del Centro de Emergencia Mujer Huarochirí en el año 2020. La muestra, que es el subconjunto parte de la población donde los resultados obtenidos son válidos por la misma población (Ríos, 2017) estuvo conformada por 100 mujeres víctimas de violencia de pareja, de edades comprendidas entre 20 a 56 años derivadas de un Centro de Emergencia Mujer de Huarochirí. Para el tamaño de la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, lo cual se define como el seleccionar casos

característicos de una población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en escenarios en los que la población es muy variable y la muestra muy pequeña (Otzen y Manterola, 2017), la muestra tiene características específicas que no cumplen con el total de personas, fue de fácil acceso debido a la geolocalización (Vázquez, 2017) debido a la situación de pandemia que atraviesa el mundo entero.

Como criterio de inclusión respecto de la muestra, se reunieron un total de 100 participantes convenientes para el desarrollo de la presente investigación, ya que contaban con el criterio de edad previsto para el progreso de la investigación, además poseían los medios tecnológicos necesarios para la toma de prueba.

Como criterio de exclusión respecto de la muestra, se tuvo un total de 117 participantes, se descartaron 17 personas, ya que eran personas con edad avanzada y tuvieron dificultades tecnológicas y de comprensión en las preguntas de la prueba.

La recolección de los datos se realizó a través de la técnica de encuesta, que consiste en el procedimiento de la entrevista, donde se registran fenómenos que pueden ser observados, dado que no se puede realizar un experimento se hacen preguntas a las personas sobre tal (Torres, Paz y Salazar, 2014 citado en Ramos, Del Águila y Balazar, 2020). La encuesta se basa entre la observación y la experimentación, donde existe un análisis de los fenómenos encontrados, cuestionando a los participantes sobre ello, sin intervenir en el fenómeno encontrado, haciendo preguntas a quienes participan de la encuesta (Torres, Paz y Salazar, 2014, citado en Ramos, Del Águila y Balazar, 2020).

Como instrumento se aplicó un inventario, que consiste lista de rangos, preferencias, actitudes, intereses o habilidades utilizadas para evaluar características o habilidades

personales. El Inventario de Depresión de Beck II- (BDI-II), el cual abarca las 21 preguntas con respuesta tipo Likert.

Ficha técnica:

Nombre del instrumento: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Autor: Beck, Steer y Brown (1988).

Adaptación Peruana: Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni (2020)

Administración: Individual y colectiva

Área de aplicación: Clínica, educativa, forense y neuropsicológico

Dirigido: Mayores de 18 años

Tiempo: 15 minutos

Objetivo: Evaluar la depresión considerando dos dimensiones comportamentales en los evaluados: Cognitivo afectiva y conductual fisiológico.

Confiabilidad y validez: El Inventario de Depresión de Beck - II (BDI- II) (1996) es una revisión del (BDI- I) presentó altos niveles de confiabilidad (Alpha superior a 0.80) y altos niveles de validez.

En la presente investigación se utilizó una adaptación del cuestionario realizada en 2020 en Lima Sur por Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni. (2020) quienes evaluaron la confiabilidad por consistencia interna considerando 408 adultos de Lima Sur, identificando un Alpha de Cronbach para la escala general de 0.78, además en los factores identificados en este estudio en la validez de constructo por análisis factorial,, se identificaron, Alpha de Cronbach de (F1: 0.78 y F2: 0.774) considerándose altos, identificando dos factores : Factor 1 (cognitivo-afectivo), el cual estuvo compuesto por 13 síntomas depresivos asociados al estado emocional y estructura cognitiva de las personas con depresión; los ítems que la componen fueron; tristeza,

pesimismo, fracasos del pasado, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autocríticas, llanto, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, pérdida de interés en el sexo. El Factor 2 (conductual-fisiológico) está compuesto por 8 ítems que representan 8 síntomas conductuales y autonómicos asociados al trastorno depresivo, los ítems que la componen son; disconformidad conmigo mismo, pensamientos o deseos de suicidio, agitación, pérdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración y cansancio o fatiga.

El procedimiento para la recolección de los datos fue el siguiente. La licenciada encargada de supervisar la sede donde llevamos a cabo nuestro proceso de internado, nos facilitó una cartera de pacientes con registro de haber padecido violencia y sus datos de contacto (nombres y teléfono), se organizó una base de datos de Excel (2016) (ver anexo n°4) con los datos principales de los pacientes de manera que podamos filtrar su información. Seguido se procedió a realizar una búsqueda en las fuentes de información (tesis, artículos científicos, etc.) de los últimos 5 años a nivel nacional de las pruebas que miden depresión. Hallando al Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) adaptado y validado en Perú por Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni (2020). Posteriormente, se buscó el inventario para su adquisición llegando a contactar al Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificaciones del Comportamiento (CIPMOC), quien fue el proveedor del instrumento. Una vez adquirida la prueba, se procedió a contactar con los autores de la adaptación para solicitar su autorización de utilizar la adaptación en la presente prueba de investigación. Seguidamente de obtener la autorización de parte de los autores (ver anexo N°. 3) se elaboró un formulario de Google con los ítems del inventario para su distribución de forma remota (virtual). Después, se contactó a los pacientes para saber si aceptaban colaborar en la investigación. A quienes decidieron

participar, se les envió un consentimiento informado a través de un formulario de Google, mediante un enlace de WhatsApp.

Para el análisis de la información, se procedió a realizar una base de datos en Excel 2016 con la finalidad de poseer información de forma ordenada de los participantes (ver anexo 5) Para la ejecución del Inventario de Depresión de Beck II- (BDI-II) se empleó un Formulario de Google de forma que se tenga acceso virtual a las preguntas del inventario (ver anexo 4). Por consiguiente, para el análisis de datos se utilizó el software estadístico JAMOVI. versión 1.2 con la finalidad de realizar un análisis profundo de lo investigado se prosiguió a realizar un análisis descriptivo de las variables y dimensiones para lo cual se utilizó la estadística descriptiva. Mediante el software estadístico se procedió a analizar las medidas de tendencia central: media, mediana, además de las medidas de dispersión: varianza y desviación estándar. Las cuales nos permiten sintetizar la ubicación de los datos, a su vez establece el punto alrededor en el cual se centran los datos hallados, y nos indica hacia dónde se inclinan los resultados obtenidos. Para finalizar se mostró el desenlace obtenido del análisis de la variable y las dimensiones mediante tablas y figuras, indicando las frecuencias y porcentajes (ver Capítulo IV).

Por otro lado, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos. Para el adecuado progreso de la investigación se optó por informar y solicitar el consentimiento informado virtual a los participantes tomando en cuenta las bases del código de ética de en las investigaciones con sujetos humanos, el Principio de Confidencialidad establecido en el artículo N° 5 del Manual de Ética en Investigación para la Participación y la Gestión de los Trabajos de Investigación Científica o de Innovación de la Universidad Privada del Norte (2021) y el artículo N°24 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). De esta forma, la participación en la presente investigación es voluntaria para cada uno de los

individuos involucrados, quedando en anonimato su identidad y garantizando responsabilidad y confidencialidad con respecto a los datos obtenidos por cada uno de los participantes, los cuales tendrán utilidad netamente académica. Tomando de base el Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación del Manual de Ética en Investigación para la Participación y la Gestión de los Trabajos de Investigación Científica o de Innovación de la Universidad Privada del Norte (2021) y el artículo N°57 del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017).

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

Después de haber procesado la información de la muestra se obtuvo los siguientes resultados.

Principales características demográficas de la muestra (ver tabla 3).

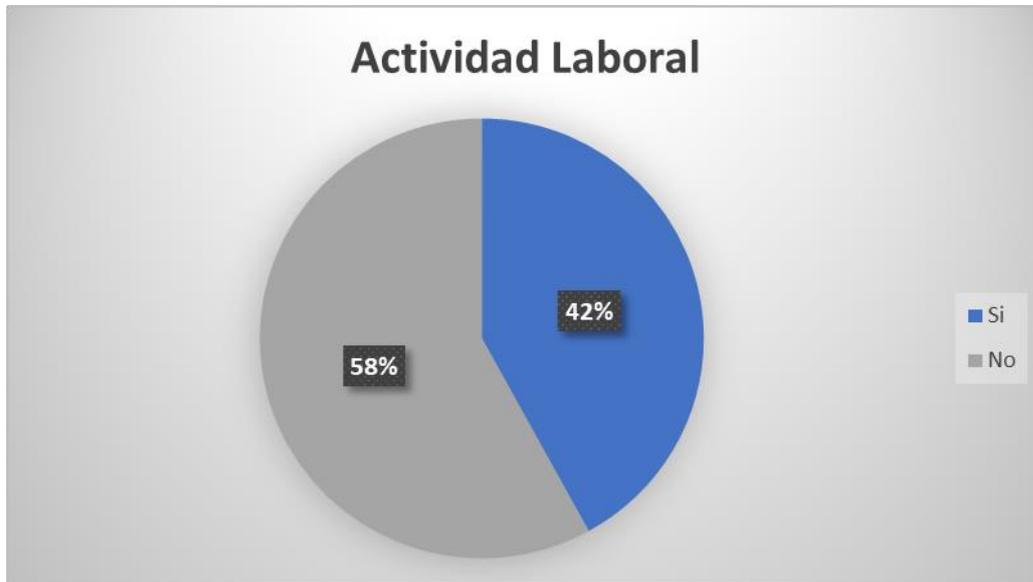
Tabla 3

*Características de la muestra evaluada*

	<i>Característica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Actividad Laboral</i>	Si trabaja	42	42%
	No trabaja	58	58%
<i>Estado Civil</i>	Soltera	12	12%
	Casada	17	17%
	Conviviente	47	47%
	Separada	24	24%
<i>Atención en Psicología</i>	Nuevos	69	69%
	Recurrentes	31	31%
<i>Tiempo en consulta psicológica</i>	De 1 a 3 meses	24	24%
	De 3 a 6 meses	3	3%
	6 meses a mas	4	4%
<i>Estado de Salud</i>	Tratamiento médico	13	13%
	Saludable	87	87%

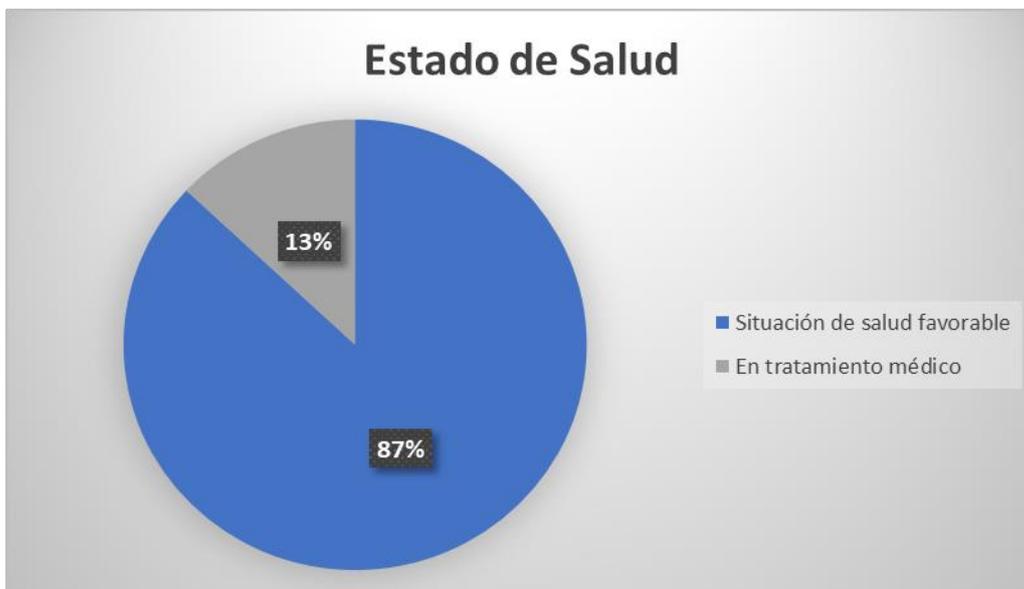
**Fuente:** Elaboración propia en base a las características de la muestra evaluada.

**Datos en base a la muestra evaluada**



*Figura 3.* Porcentaje en base a la actividad laboral de las personas evaluadas.

En la figura 3 se examina que el 42% (42) de los participantes se encuentran dentro de la población económicamente activa y el 58% (58) no corresponden a la población económicamente activa.



*Figura 4.* Porcentaje en base al estado de salud de las personas evaluadas.

En la figura 4 se observa que el 18% (13) se encuentran en tratamiento médico. Por el contrario, el 87% (87) posee una situación de salud favorable a la coyuntura.

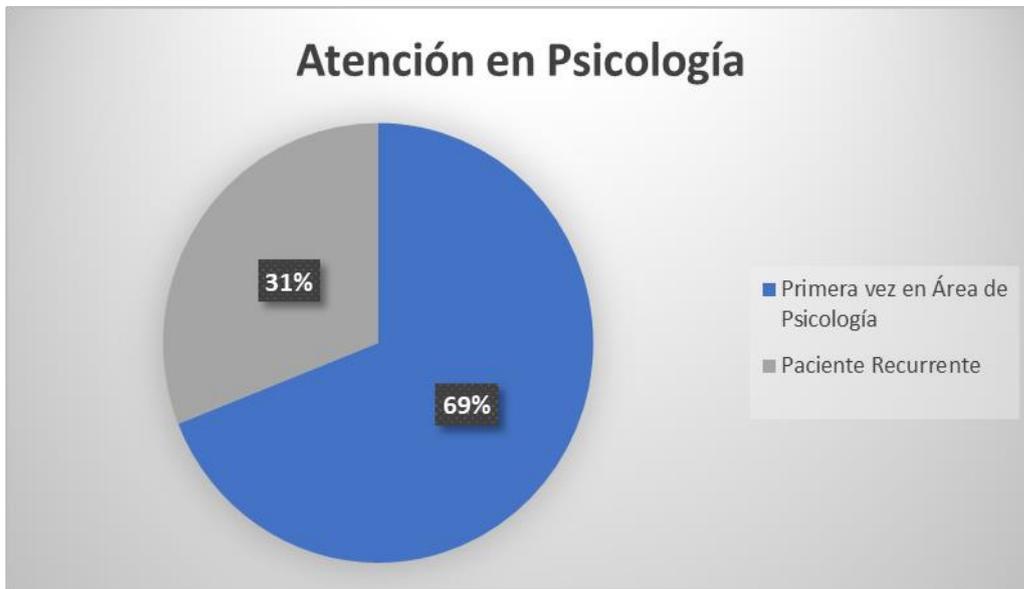


Figura 5. Porcentaje en base a la atención en Psicología de las personas evaluadas.

En la figura 5 se pudo analizar que el 31% (31) son pacientes recurrentes en el departamento de psicología y el 69% (69) de los participantes son pacientes que han sido atendidos por primera vez en el área de psicología.



Figura 6. Porcentaje en base al tiempo en consulta de las personas evaluadas.

En la figura 6 se puede contemplar que el 77% (24) tiene un tiempo de atención en el área de psicología de 1 a 3 meses el 10% (3) tiene una atención en el área de psicología de 3 a 6 meses y el 13% (4) tiene un tiempo de atención en el área de psicología de 6 meses a más y cabe mencionar que el presente análisis se realiza a partir del total de pacientes recurrentes en atención psicológica.

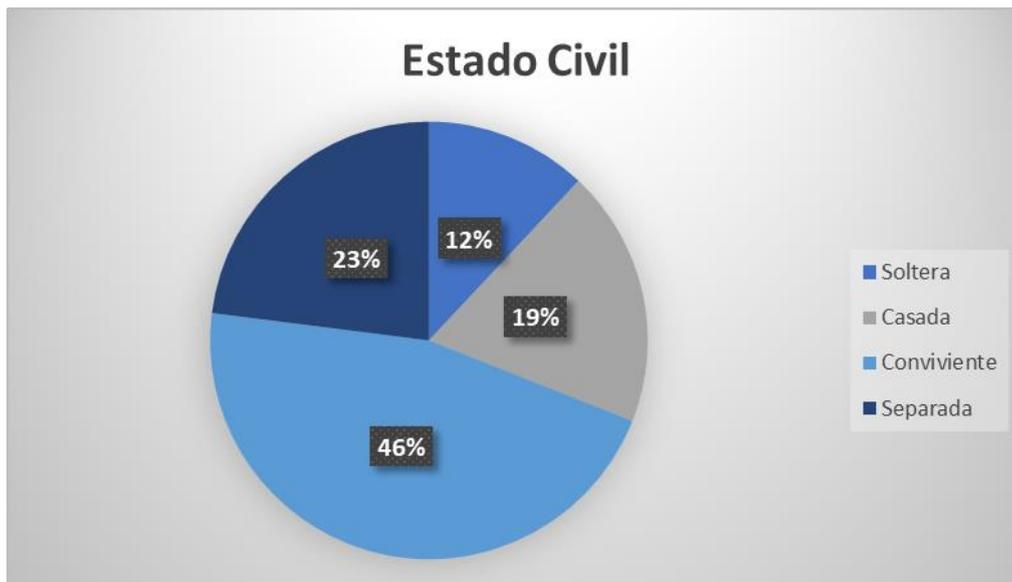


Figura 7. Porcentaje en base al estado civil de las personas evaluadas.

En la figura 7 se puede examinar que el 12% (12) son personas que corresponden al estado civil de soltera, el 19% (19) corresponde a la población casada, el 23% (23) corresponde a la población separada y el 46% (46) a la población conviviente.

Tabla 4

*Resultados de las medidas de tendencia central respecto a la Dimensión Cognitivo Afectivo, a la Dimensión Conductual Fisiológico y al total en la muestra evaluada*

	Dimensión Cognitivo Afectivo	Dimensión Conductual Fisiológico	TOTAL
N	100	100	100
Ausentes	0	0	0
Media	15.4	8.74	24.2
Mediana	15.0	9.00	24.0
Desviación estándar	6.04	4.29	9.71
Varianza	36.5	18.4	94.3

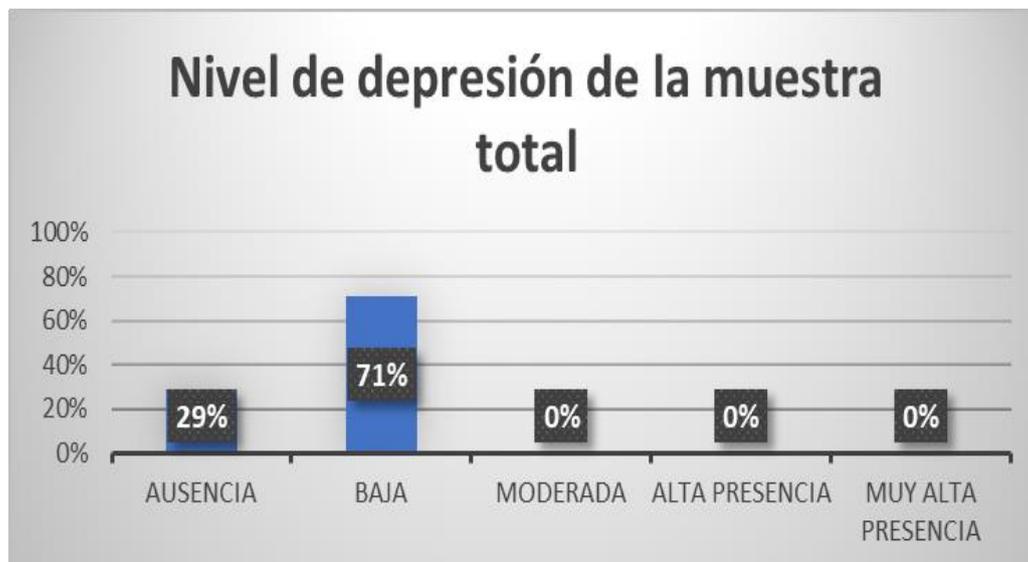
En la tabla 4 del instrumento, se obtuvo como resultados estadísticos en la dimensión cognitivo afectivo que la media es 15.4, la mediana 15.0 la varianza 36.5 y la desviación estándar 6.04. Asimismo, dentro de la dimensión conductual fisiológico que la media es de 8.74 la mediana de 9.00, la varianza 18.4 y la desviación estándar 4.29 aplicado a mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí y respecto al total la media es 24.2, la mediana es 24.0, la varianza 94.3 y la desviación estándar 9.71, aplicado a mujeres víctimas de violencia del CEM derivadas al área de psicología.

De acuerdo con el objetivo general de la investigación se halló lo siguiente:

Tabla 5

*Resultados en base al Nivel de Depresión de la muestra evaluada*

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	29	29%
Baja	71	71%
Moderada	0	0%
Alta presencia	0	0%
Muy alta presencia	0	0%
Total	100	100%



*Figura 8.* Porcentaje en base al nivel de depresión de la muestra total de personas evaluadas.

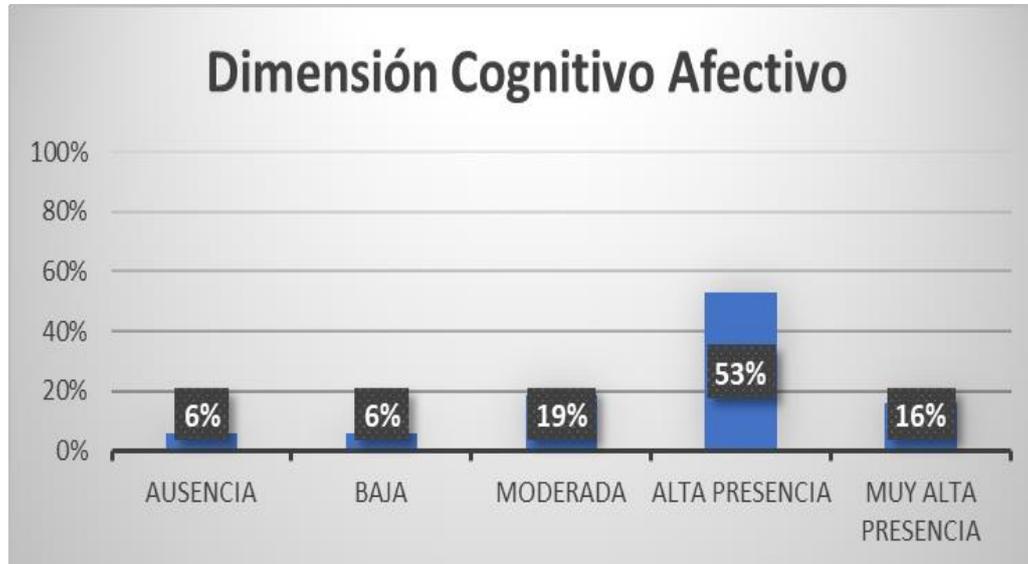
Se puede examinar en la Tabla 5 y figura 8 los resultados hallados en la aplicación total en 100 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí. De ellas un 29% (29) personas presentan ausencia de depresión y su mayoría de 71% (71) participantes presentan poseen nivel bajo de depresión.

De acuerdo con el objetivo específico 1 se halló lo siguiente:

Tabla 6

*Niveles de depresión según la Dimensión cognitivo afectivo en mujeres víctimas de violencia de pareja*

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	6	6%
Baja	6	6%
Moderada	19	19%
Alta presencia	53	53%
Muy alta presencia	16	16%
Total	36	100%



*Figura 9.* Porcentaje en base a los niveles de depresión según la Dimensión Cognitivo Afectivo en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Se puede analizar en la tabla 6 y figura 9 los resultados encontrados en la aplicación total en 100 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí, según la Dimensión Cognitivo Afectivo. De las cuales un 6% (6) presentan ausencia de depresión, al

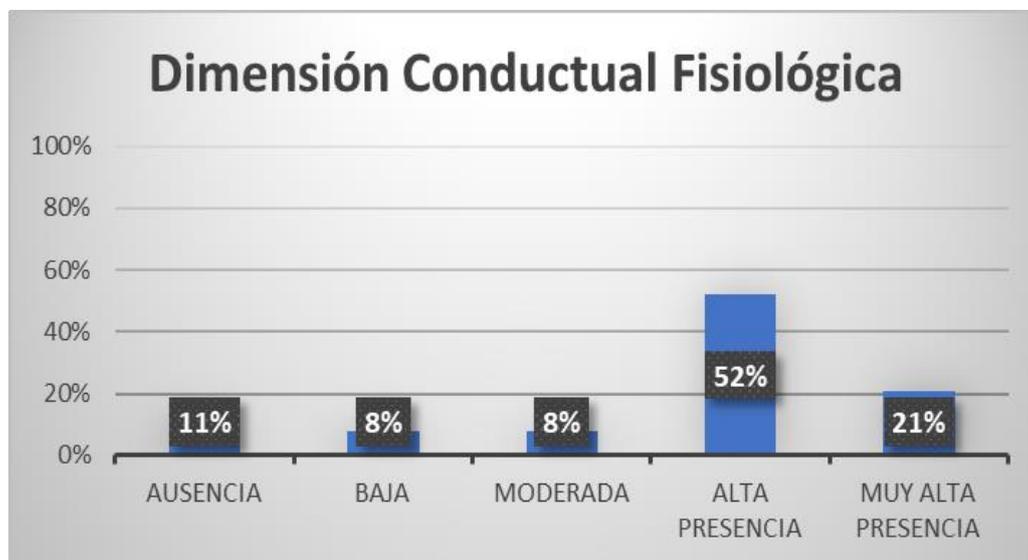
igual que el 6% (6) quienes presentan un nivel bajo de depresión. Además, el 16% (16) presentan un nivel muy alto de depresión. Igualmente, el 19%, (19) presentan nivel moderado y el 53% (53) presentan un nivel alto de depresión.

De acuerdo con el objetivo específico 2 se halló lo siguiente:

Tabla 7

*Niveles de depresión según la Dimensión conductual fisiológico en mujeres víctimas de violencia de pareja*

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	11	11%
Baja	8	8%
Moderada	8	8%
Alta presencia	52	52%
Muy alta presencia	21	21%
Total	100	100%



*Figura 10.* Porcentaje en base a la Dimensión Conductual Fisiológico de la muestra evaluada.

Se puede observar en la tabla 7 y la figura 10 los resultados encontrados en la aplicación total en 100 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí, según la Dimensión Conductual Fisiológico. De las cuales un 11% (11) presentan ausencia de depresión,

8% (8) presentan un nivel bajo de depresión, un 8% (8) poseen un nivel moderado de depresión, 52% (52) presentan un nivel muy alto de depresión y por último un 21% (21) presentan un nivel muy alto de depresión.

De acuerdo con el objetivo específico 3 se halló lo siguiente:

Tabla 8

*Niveles de depresión en base a pacientes nuevos en el área de psicología*

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	15	22%
Baja	53	77%
Moderada	1	1%
Alta presencia	0	0%
Muy alta presencia	0	0%
Total	69	100%



*Figura 11.* Porcentaje en base a pacientes nuevos en el área de psicología de la muestra evaluada.

En la tabla 8 y figura 11 se analizaron los resultados obtenidos en base a la evaluación aplicada de 69 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí que participan

por primera vez en atenciones psicológicas en cuanto al tiempo de atención (ver figura 5) Se evidencia que un 22% (15) presentan la ausencia de depresión, el 77% (53) presentan un nivel bajo de depresión y el 1% (1) presenta un nivel moderado de depresión.

Tabla 9

Niveles de depresión en base a pacientes recurrentes en el área de psicología

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	13	42%
Baja	18	58%
Moderada	0	0%
Alta presencia	0	0%
Muy alta presencia	0	0%
Total	31	100%



Figura 12. Porcentaje en base a pacientes recurrentes en el área de psicología de la muestra evaluada.

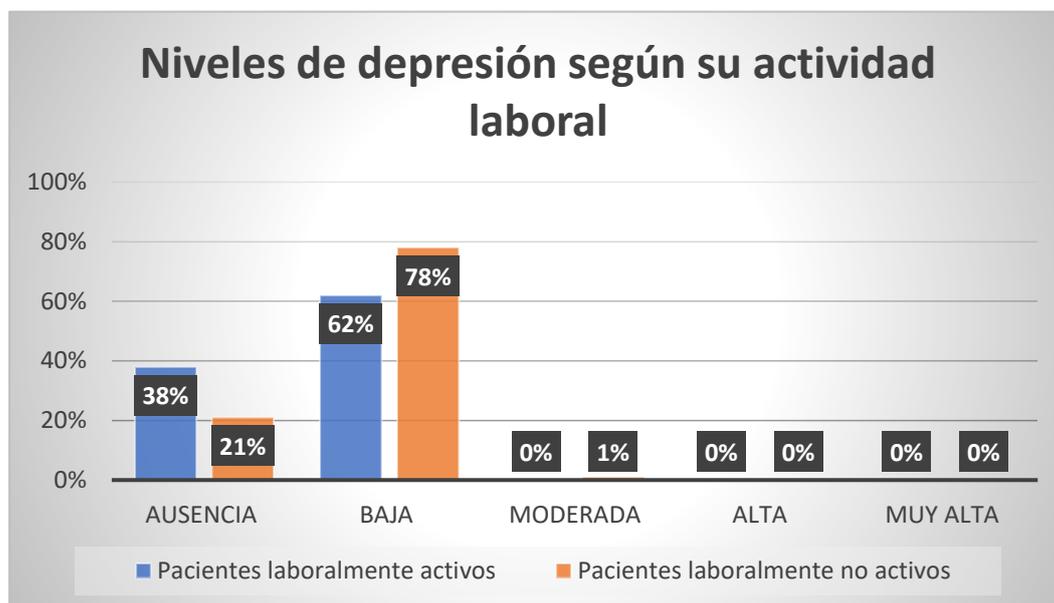
En la tabla 9 y figura 12 se analizaron los resultados obtenidos en base a la evaluación aplicada de 31 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí cuya participación es recurrente mayor a un mes de atención psicológica en cuanto al tiempo de atención (ver figura 6). Se evidencia que el 42% (13) presentan ausencia de depresión y el 58% (18) se encuentran en un nivel bajo de depresión.

De acuerdo con el objetivo específico 4 se halló lo siguiente:

Tabla 10

*Resultados en base al Nivel de Depresión según actividad laboral*

	Pacientes laboralmente activos	Pacientes laboralmente no activos
Ausencia	38%	21%
Baja	62%	78%
Moderada	0%	1%
Alta presencia	0%	0%
Muy alta presencia	0%	0%
Total	100%	100



*Figura 13.* Porcentaje en base al nivel de depresión según actividad laboral de la muestra evaluada.

En la tabla 10 y figura 13 se analizaron los resultados obtenidos en base a la actividad laboral de los pacientes evaluados, es así como de 42 mujeres víctimas de violencia derivadas

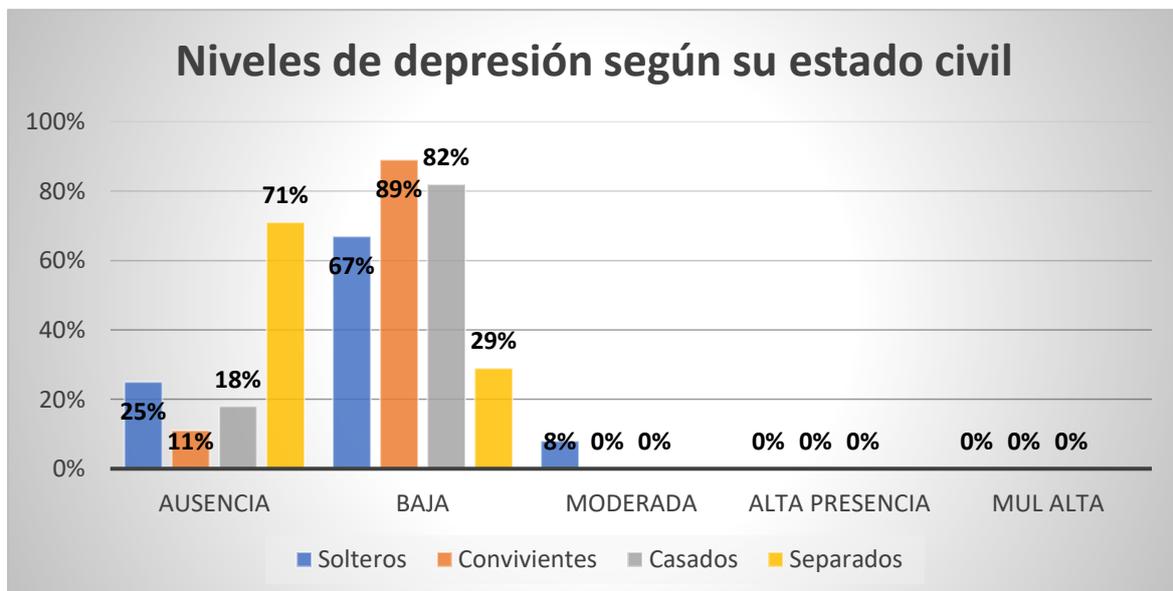
de un CEM de Huarochirí laboralmente activas. Se evidencia que el 38% (16) presentan ausencia de depresión y el 62% (26) se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por otro lado, de 58 mujeres víctimas de violencia laboralmente no activas. Se evidencia que el 21% (12) presentan ausencia de depresión y el 78% (45) se encuentran en un nivel bajo de depresión y 1% (1) se encuentra en nivel moderado.

De acuerdo con el objetivo específico 5 se halló lo siguiente:

*Tabla 11*

*Resultados en base al Nivel de Depresión según estado civil*

	Solteros	Convivientes	Casados	Separados
Ausencia	25%	11%	18%	71%
Baja	67%	89%	82%	29%
Moderada	8%	0%	0%	0%
Alta presencia	0%	0%	0%	0%
Muy alta presencia	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%



*Figura 14.* Porcentaje en base al nivel de depresión según el estado civil de la muestra evaluada.

En la tabla 11 y figura 14 se analizaron los resultados obtenidos en base al estado civil de las pacientes, es así como la evaluación aplicada de 12 mujeres víctimas de violencia derivadas de un CEM de Huarochirí que poseen estado civil soltero. Se evidencia que el 25% (3) presentan ausencia de depresión y el 67% (8) se encuentran en un nivel bajo de depresión y el 1% (1) se encuentra en el nivel moderado. Así mismo, la evaluación aplicada de 47 mujeres que poseen estado civil conviviente. Se evidencia que el 11% (5) presentan ausencia de depresión y el 89% (42) se encuentran en un nivel bajo de depresión. También, la evaluación aplicada de 17 mujeres que poseen estado civil casado. Se evidencia que el 18% (3) presentan ausencia de depresión y el 82% (14) se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por último, la evaluación aplicada de 24 mujeres que poseen estado civil separado. Se evidencia que el 71% (17) presentan ausencia de depresión y el 29% (7) se encuentran en un nivel bajo de depresión.

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo general de determinar los niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, se halló que el 29% de la muestra presentan ausencia de depresión y el 71% presentan un nivel bajo de depresión. Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas a nivel internacional, con el estudio de Choque (2019) llevado a cabo en Bolivia, apuntaron a que un 30% la presenta a nivel leve, 40% de la muestra presenta depresión en un nivel moderado, asimismo a nivel severo lo presentaban el 23% y por último un 7% no presentaba depresión. A nivel nacional con el estudio de Gonzales (2020) con su estudio realizado en Tarapoto menciona que su estudio dio por resultados que el 57.4% no presentaba rasgo alguno de poseer depresión; sin embargo, el 42.6% de la muestra presentaba sintomatología depresiva. Además, Sobrado (2017) en su estudio realizado a mujeres víctimas de violencia en Huánuco encontró que el 72.1% presenta depresión mínima, el 6.4% depresión leve, el 13.6 depresión moderada y el 7.9% depresión grave.

Lo mencionado anteriormente difiere con lo hallado por Lövestad, Löve, Vaez y Krantz (2017) citados en Lara (2019) en un estudio en Suecia quienes indican haber encontrado que las mujeres que sufrieron de violencia poseen mayores síntomas de depresión en relación con las que no padecen de violencia. Además, el estudio de Camacho (2019) a mujeres víctimas de violencia, se halló que el 26,5% presenta depresión leve, el 55,1% moderada y el 18,4% grave, lo cual refiere la presencia de depresión en las participantes. Así mismo, el estudio de Lara, Torres, Zapata, Bretones y Alarcón (2019) en su estudio que fue llevado a cabo en España, donde utilizaron el inventario de depresión de Beck obteniendo como resultados que existe una fuerte relación entre la depresión y la violencia de pareja. Así mismo, el estudio de Saldaña J. (2019) realizado en Cajamarca, los resultados son afines, ya que obtuvo relación entre la

violencia económica y los niveles de depresión, así como la relación directa entre violencia y depresión en mujeres, enfatizando que, a mayor presencia de violencia, mayor indicador de aumentar el nivel de depresión en mujeres. También, el estudio de Valentín (2018) realizado en Huancayo, explica se halló que un 38,89% poseen indicadores severos, el 35,56% poseen indicadores moderado, el 15,56% poseen indicadores leves y 10% indicadores mínimos. Corroborando la incidencia de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar. Así mismo, en la investigación de Paredes y Rodas (2018) hacen referencia de su estudio realizado en la provincia de Lambayeque que el 68% de su muestra que es víctima de violencia, sufre de depresión.

Por otra parte, lo antes mencionado se confirma con lo referido por Acevedo (2020) quien afirma que los niveles de depresión e indefensión tiene relación con la severidad de la violencia. Igualmente, Cisneros (2021) que en su estudio menciona que la relación entre depresión y violencia de pareja tiene una correlación positiva muy fuerte. Se confirma con la teoría de Aranda (2020) en donde afirma que no existe una relación significativa entre la violencia de pareja y la depresión.

Con respecto al objetivo específico 1 que consistió en establecer los niveles de depresión de las mujeres víctimas de violencia en la dimensión cognitiva afectiva, se halló que el 6% presenta ausencia de depresión, el 6% posee bajo nivel de depresión, el 19% presenta nivel moderado de depresión, el 53% posee alto nivel de depresión y el 16% posee muy alto nivel de depresión. Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas a nivel nacional con el estudio de Cisneros (2021) quien, en su investigación realizada en Lima, encontró en la dimensión cognitiva que el 27,1% presenta nivel bajo de depresión, el 40,4% presenta nivel medio de depresión, el 32,6% posee nivel alto en mujeres víctima de violencia de pareja. Por otro lado, Lescano y Salazar (2020) en su estudio realizado concluye que existe una fuerte

relación entre las mujeres víctimas de violencia y la depresión con sus dos dimensiones cognitivo afectivo y somático motivacional. Igualmente, en el estudio de Marcelo (2019) en la ciudad de Lambayeque, obteniendo como resultado en la dimensión cognitiva afectiva que un 75.5% de su población total presenta depresión en nivel grave y moderado, asimismo se percibe un 24.5% de su población víctima de violencia presenta depresión en niveles leve y mínima. Lo mencionado anteriormente difiere con lo hallado por Incio (2021) en su estudio realizado a mujeres víctimas de edades entre 19 a 30 y 54 a 65 años afirma que se obtuvo un nivel de depresión leve en un 61,1% y un 70% respectivamente. Se confirma con la teoría de (Espinoza et al., 2019) citado en Cisneros (2021) quien sostiene que la depresión se puede encauzar como un trastorno ocasionado por la violencia.

Con respecto al objetivo específico 2 que consistió en determinar los niveles de depresión de las mujeres víctimas de violencia en la dimensión conductual fisiológica se halló que el 11% posee ausencia de depresión, el 8% presenta bajo nivel de depresión, el 8% presenta nivel moderado de depresión, el 52% presenta alto nivel de depresión, el 21% posee muy alto nivel de depresión en base a la muestra evaluada. Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas a nivel nacional en el estudio de Saldaña (2019) a mujeres víctimas de violencia donde se encontró que el 17,4% presenta un nivel mínimo de depresión, el 19,4% presentan depresión leve, el 6.3% posee depresión moderada y el 56.9% posee depresión grave. Así mismo, con el estudio de Valle (2018) con respecto a la dimensión física conductual se percibe un porcentaje de 1% en un nivel bajo de síntomas depresivos en mujeres, asimismo se sabe que el 36% en promedio, un nivel alto de 12% y 50% en nivel muy alto en dicha dimensión. Además, Burgos y Piza (2021) mencionan en su estudio realizado en Guayaquil que las víctimas de violencia presentan un nivel de depresión mayor. Lo mencionado anteriormente difiere con lo hallado por Guillen, Guallo, Guacho, Benítez (2020) indican en su estudio realizado en

Ecuador que el 55% de mujeres violentadas de su muestra, no presentaban ningún tipo de sintomatología depresiva. Se confirma con la teoría de Choquehuanca (2021) refiere que en su estudio realizado si existe una fuerte asociación entre la violencia contra la mujer y la depresión. Así mismo, Solari (2020) que en su estudio realizado en Chincha concluye que la depresión está presente en mujeres víctimas de violencia.

Con respecto al objetivo específico 3 que consistió en determinar el nivel de depresión según el tiempo de atención en el área de psicología, se encontró que de las 69 participantes que asisten por primera vez a atención psicológica, el 15% posee ausencia de depresión y el 77% presenta nivel bajo de depresión en base a la muestra evaluada. Así mismo, se evidenció que 31 participantes recurrentes en atenciones psicológicas el 42% presenta ausencia de depresión y el 58% posee nivel bajo de depresión. Se puede observar que en la muestra aplicada se encontró una paridad entre el nivel bajo de depresión y la ausencia de depresión debido a que la muestra es intencionada y a su vez que un 31% de los participantes son pacientes recurrentes en el área de psicología. De las cuales, se puede observar que el 77% (24) tiene un tiempo de atención en el área de psicología de 1 a 3 meses, el 10% (3) tiene un tiempo de atención en el área de psicología de 3 a 6 meses. Asimismo, referimos que el 13% (4) son pacientes recurrentes de 6 meses a más en el área de psicología. Es así como se deslinda que el tratamiento psicológico que han llevado las pacientes ha influido de manera positiva en su estado emocional con respecto a su situación actual. Estos resultados coinciden con las investigaciones realizadas a nivel internacional con el estudio Corea (2021) en su estudio realizado refiere que luego de un diagnóstico de depresión, si se realiza un tratamiento oportuno con grupos de apoyo, tratamiento con medicamentos y psicoterapia, es un adecuado tratamiento y a su vez efectivo para este tipo de pacientes, lo cual permite brindarles una mejor calidad de vida de acuerdo con los síntomas que presentan. Así mismo, Matud, Padilla, Medina, y Fortes

(2016) donde se encontró que las mujeres con intervención psicológica mostraron disminuciones significativas en las sintomatologías del estrés postraumático y disminución de síntomas depresivos y ansiedad, dicha mejora se mantuvo en los seguimientos de 3 a 6 meses realizados en la intervención, corroborando que las intervenciones psicológicas contribuyen a la disminución de la depresión. Se confirma con la teoría de (Hameed et al., 2021) quien sostiene que existe evidencia sobre el tratamiento psicológico y la probable disminución de depresión en las mujeres víctimas de violencia.

Referente objetivo específico 4 que consistió en estimar el nivel de depresión según actividad laboral, se halló que de 42 mujeres laboralmente activas el 38% presentan ausencia de depresión y el 62% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por otro lado, de las 58 mujeres laboralmente no activas el 21% presentan ausencia de depresión y el 78% se encuentran en un nivel bajo de depresión y 1% se encuentra en nivel moderado. Estos resultados coinciden con Gúzman et al. (2021) en su estudio hallaron que existe una fuerte probabilidad de que las mujeres víctimas de violencia que laboran posean altos niveles de depresión. Lo hallado anteriormente difiere con Soria y Mayen (2017) quienes en su estudio realizado a mujeres víctimas de violencia que laboran, un 68% no presenta sintomatología depresiva, un 19.5% leve, 8.5% moderado, 4% un nivel severo de depresión. Así mismo, Soria y Medina (2019) quienes refieren que las mujeres que no laboran y que a su vez son víctimas de violencia en un 79.7% no presentan síntomas de depresión, por lo consiguiente 15.8% presentan un nivel leve de depresión, 3.7% un nivel moderado y por último un 8% un nivel severo.

Con respecto objetivo específico 5 que consistió en identificar el nivel de depresión según estado civil, se halló que de 12 mujeres que poseen estado civil soltero el 25% presentan ausencia de depresión, el 67% se encuentran en un nivel bajo de depresión y el 1% se encuentra

en el nivel moderado. Así mismo, de 47 mujeres que poseen estado civil conviviente el 11% presentan ausencia de depresión y el 89% se encuentran en un nivel bajo de depresión. También, que de 17 mujeres que poseen estado civil casado el 18% presentan ausencia de depresión y el 82% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por último, de 24 mujeres que poseen estado civil separado el 71% presentan ausencia de depresión y el 29% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Estos resultados coinciden con Aranda (2020) en su estudio realizado a mujeres víctimas de violencia que tanto las mujeres casadas como convivientes presentan nivel leve de depresión. Lo hallado anteriormente difiere con el estudio de Llosa y Canetti (2019) quienes encontraron que el 81% no presentan depresión y el 19% presentan depresión con respecto a mujeres casadas. Así como, el 18,7% no presenta depresión y el 81,3% presenta depresión con respecto a las participantes solteras, separadas y divorciadas.

Con respecto a las limitaciones, la coyuntura actual sobre la pandemia mundial ocasionada por la Covid- 19 empujó a realizar el presente estudio de forma remota (virtual), por lo cual se vio en la necesidad de adaptar el instrumento utilizado en Google Forms, una plataforma virtual de Google. Asimismo, se tuvieron dificultades para hallar estudios relacionados con la variable de la investigación y el tipo de población y muestra con una antigüedad menor a cinco años, tanto en idioma español como en inglés. Además, en diversas oportunidades las pacientes no contaban con acceso a internet y/o dispositivos que les facilitarían la solución del inventario, por lo que tuvimos que adaptarnos a las disposiciones de los participantes. Por otro lado, el tipo de muestreo intencional es poco recomendable para generalizar los hallazgos a toda la población, por lo que se sugiere realizar un muestreo probabilístico para futuras investigaciones.

De acuerdo con la implicancia teórica, se contribuye conocimiento científico a la variable estudiada en base a la muestra evaluada, lo que aumenta la existencia de aporte

científico para futuras investigaciones. Así mismo, de acuerdo con las implicancias práctica, se aporta con los resultados obtenidos en la investigación, lo cual ayudará a tomar mejores decisiones en base a la problemática. También, de acuerdo con la implicancia social se contribuye en beneficio de la problemática estudiada, para su mejor comprensión y a su vez se puedan realizar acciones concretas que permitan afrontarla de una forma más favorable.

Como conclusiones respecto al objetivo general de determinar los niveles de depresión en mujeres víctima de violencia de pareja, se halló que el 29% presentan ausencia de depresión y un 71% presentan un nivel bajo de depresión en base a la muestra evaluada. Con respecto al objetivo específico 1 de establecer los niveles de depresión de las mujeres víctimas de violencia en la dimensión cognitiva afectiva, se halló que el 6% presenta ausencia de depresión, 6% posee bajo nivel de depresión, el 19% presenta nivel moderado de depresión 53% de las mujeres evaluadas posee alto nivel de depresión, el 16% posee muy alto nivel de depresión de la muestra evaluada. Igualmente, con respecto al objetivo específico 2 que consistió en determinar los niveles de depresión de las mujeres víctimas de violencia en la dimensión conductual fisiológica, se encontró que el 11% posee ausencia de depresión, 8% presenta bajo nivel de depresión de igual manera 8% presenta nivel moderado de depresión, 52% presenta alto nivel de depresión, el 21% posee muy alto nivel de depresión. Además, con respecto al objetivo específico 3 que consistió en determinar el nivel de depresión según el tiempo de atención en el área de psicología, se halló que de las 69 participantes que asisten por primera vez a atención psicológica, el 15% posee ausencia de depresión en la muestra evaluada y el 77% presenta nivel bajo de depresión. Así mismo, se evidenció que 31 participantes recurrentes en atenciones psicológicas el 42% presenta ausencia de depresión y el 58% posee nivel bajo de depresión, cabe mencionar que todas las participantes fueron atendidas el área de psicología. También, con respecto al objetivo específico 4 que consistió en estimar el nivel de depresión según la

actividad laboral, de las pacientes laboralmente activas se halló 38% presentan ausencia de depresión y el 62% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por otro lado, de las mujeres laboralmente no activas, se halló que el 21% presentan ausencia de depresión y el 78% se encuentran en un nivel bajo de depresión y 1% se encuentra en nivel moderado. Por último, referido al objetivo específico 5 que consistió en identificar el nivel de depresión según el estado civil, se encontró que las mujeres que poseen estado civil soltero el 25% presentan ausencia de depresión y el 67% se encuentran en un nivel bajo de depresión y el 1% se encuentra en el nivel moderado. Así mismo, se halló que las mujeres que poseen estado civil conviviente se evidencian que el 11% presentan ausencia de depresión y el 89% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Además, la evaluación aplicada a mujeres que poseen estado civil casado se encontró que el 18% presentan ausencia de depresión y el 82% se encuentran en un nivel bajo de depresión. Por último, la evaluación aplicada a mujeres que poseen estado civil separado se halló que el 71% presentan ausencia de depresión y el 29% se encuentran en un nivel bajo de depresión.

En base a la muestra evaluada se concluye que el estado de los pacientes recurrentes que tienen como mínimo un 1 mes de atención en adelante en el área de psicología, presenta una situación más favorable al de los pacientes nuevos que reciben por primera vez atención psicológica, esto significa de manera fehaciente en base a los hallazgos, que el servicio de psicología es un factor favorable en el bienestar psicológico de las personas. Así mismo, se refleja contraste en cuanto al nivel de depresión de los estados civiles y la actividad laboral de las participantes.

En cuanto a las recomendaciones, se sugiere con respecto al objetivo general, continuar con el seguimiento del análisis teniendo una evaluación sobre depresión a las personas, de forma que se ejecute inicial y posterior a los 3 meses de tratamiento psicológico. Así mismo, de continuar en un contexto de pandemia, se sugiere realizar las evaluaciones monitoreando desde alguna plataforma digital. De finalizar el periodo de pandemia, se sugiere realizar las evaluaciones y monitoreo de las atenciones de los pacientes de forma presencial, tomando las medidas de bioseguridad. Referente al objetivo específico 1 se recomienda monitorear a las pacientes y realizar campañas a largo plazo de prevención sobre temáticas como depresión y violencia. Además, que las pacientes reciban terapia psicológica individual y familiar. Con respecto al objetivo específico 2, se sugiere que las participantes acudan a terapia psicológica con la finalidad de que mejoren su comportamiento y sus reacciones fisiológicas. Sobre el objetivo específico 3, se recomienda continuar con el seguimiento de las personas en un periodo mayor a 3 meses con el propósito de que tengan una atención constante a modo de prevenir recaídas. Concerniente al objetivo específico 4, se sugiere realizar un monitoreo de las participantes laboralmente activas y no activas, con el propósito de hacer una nueva medición de la variable en un rango de 3 meses en adelante. Alusivo con el objetivo específico 5, se recomienda realizar campañas de prevención sobre depresión y violencia a las participantes que tengan una relación de pareja vigente, con la finalidad de prevenir la problemática estudiada.

Con respecto a la justificación teórica, se propone ahondar con profundidad la temática de depresión en personas víctimas de violencia, así como en las posibles formas de prevención, las posibles consecuencias que esta problemática conlleva, así como el tratamiento más

efectivo. Referente a la justificación de tipo práctica, se sugiere gestionar reuniones con organizaciones que trabajen con la salud mental, con la finalidad de promover campañas gratuitas de atención y prevención sobre depresión en personas víctimas de violencia en Huarochirí. Respecto a la justificación social, se recomienda concientizar a la población, brindándoles información sobre la depresión mediante talleres y campañas ayudando a prevenir dicha enfermedad.

## REFERENCIAS

- Acevedo, K. (2020). *Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres Ixchen del departamento de Managua* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua].  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7863435>
- Anicama, J y Chumbimuni, A. y Chumbimuni, C. (2020). *Manual del inventario de depresión de Beck BID-II*. Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del Comportamiento: CIPMOC. Lima, Perú.
- Aranda, F. (2020). *Violencia y Depresión en Mujeres del Asentamiento Humano Satélite de la Banda de Shilcayo - 2017* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Perú].  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40122/Aranda\\_TF.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40122/Aranda_TF.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (5ª ed.). Washington DC: Autor.
- Barrera, N. y Reyes, J. (2020). *Revisión literaria del trastorno de ansiedad un abordaje desde los enfoques de la psicología*. Universidad Cooperativa de Colombia.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16713/3/2020\\_trastorno\\_ansiada.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/16713/3/2020_trastorno_ansiada.pdf)
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*.  
<https://www.edescler.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Burgos, L.y Piza, G. (2021). *Análisis del daño psicológico en las mujeres víctimas de violencia de género durante el confinamiento del covid-19 estudio de casos* [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil, Ecuador].  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/55624/1/TESIS%20%20BURGOS%20Y%20PIZA..pdf>
- Camacho, A. (2019). *Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna* [Tesis de pregrado, Universidad Central de Ecuador,

Francisco de Orellana, Ecuador].

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18575/1/T-UCE-0007-CPS-127.pdf>

Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*. 8, 36-62.

<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735/645>

Castillo, M. (2017). *Proceso de intervención psicoterapéutica desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar de la zona rural de calderón abril-agosto 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana de Quito, Calderón, Ecuador].

<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/14426/1/UPS-QT12005.pdf>

Choque, M. (2019). *Rasgos de personalidad y estado de depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal, que acuden ante la fuerza especial de la lucha contra la violencia, de la ciudad de la Paz. (F.E.L.C.V.-LP) Gestión 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia].

<https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/22523/PSI-1213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Choquehuanca, C. (2021). *Depresión y violencia doméstica contra la mujer en el distrito de Catacaos 2020* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Piura, Perú].

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60830/Choquehuanca\\_QCM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60830/Choquehuanca_QCM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cisneros, A. (2019). *Indicadores de depresión y violencia en la relación de pareja en mujeres del distrito de Ate* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Lima, Perú].

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59403>

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética y Deontología*.

[http://api.cpsp.io/public/documents/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)

Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*. 8,(1), 46-52.

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>

Díaz, V. (2019). *Violencia de pareja y depresión en usuarias de un taller de la municipalidad de José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Católica

Los Ángeles, Chimbote, Perú].

<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/20297>

Gúzman, C., Cupul, L., Guimarães, G., Salazar, E., Salmerón, J. y Reynales, L. (2021).

Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gac Samit*. 35(2), 161-167.

<https://reader.elsevier.com/reader/>

[sd/pii/S0213911119302304?token=4d2a64f82b993bce345a64b73f6ae9ab99a9f9e036f268c64b94f061c180ceed08d73438a839dc05975cd9778b99d1eb&originregion=us-east-1&origincreation=20211211063523](https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911119302304?token=4d2a64f82b993bce345a64b73f6ae9ab99a9f9e036f268c64b94f061c180ceed08d73438a839dc05975cd9778b99d1eb&originregion=us-east-1&origincreation=20211211063523)

Gonzales, A. (2020). *Violencia Intrafamiliar y Depresión en Mujeres del AA.HH. Señor de*

*los Milagros, Chincha, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica, Perú].

<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/927/1/Albina%20Soledad%20Gonzales%20Arce.pdf>

Guillen, M., Guallo, M., Guacho, F. y Benítez, A. (2020). Depresión como consecuencia del maltrato femenino entre 15 - 30 años en la parroquia Mariscal Sucre 2019. *Horizontes de Enfermería. Universidad Estatal de Milagros*. 10, 55-65.

<https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/993/2088>

Hameed, M., O'Doherty L., Gilchrist G., Tirado-Muñoz J., Taft A., Chondros P. y Hegarty K. (2021). Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database Syst Rev*. 7(7), 1-250

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013017.pub>,

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación, las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawhill Education.

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Huayhua, R. (2020). *Actitudes hacia el machismo y violencia de pareja en mujeres del distrito de Villa María del Triunfo – 2019* [Tesis de post grado, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú].

<https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840>

[/3278/Roxana\\_Tesis\\_Maestro\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/3278/Roxana_Tesis_Maestro_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A., y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en

- zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema-UNMSM*, 1(1), 123- 136.  
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945/10690>
- Incio, M. (2021). *Violencia Intrafamiliar y Depresión en Mujeres del distrito de Jacobo Hunter de Arequipa, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo, Lima, Perú].  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/65726/Incio\\_LMM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/65726/Incio_LMM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. (2021, 22 de noviembre). *Encuestadores del instituto nacional de salud mental se encuentran visitando hogares de cerro de pasco y huánuco para identificar los problemas de salud mental más frecuentes. Sala de Prensa Virtual.*  
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
- Lara, E. (2019). *Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja.* [Tesis de doctorado, Universidad de Almería, Almería, España].  
<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=ncoWjY%2Bl6oQ%3D>
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8.  
<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lescano, G. y Salazar, V. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Revista Científica Delectus*, 3(3), 1-13.  
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/390/3901680001/3901680001.pdf>
- Llosa, S. y Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 178-204.  
<http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>
- Marcelo, I. (2018). *Autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al Centro de Salud de Tacalá* [Tesis de pregrado. Universidad Alas Peruanas, Piura, Perú].

[https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/2344/Tesis\\_autoestima\\_depresión.mujeres\\_víctimas%20violencia\\_centro%20salud\\_Tacalá\\_Piura%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/2344/Tesis_autoestima_depresión.mujeres_víctimas%20violencia_centro%20salud_Tacalá_Piura%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Matud, P., Padilla, V., Medina, L. y Fortes, D. (2016). Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja. *Terapia Psicológica* 34(3), 199-208.

<https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v34n3/art04.pdf>

Milena, R. y Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*. 21(3), 141, 146.

[https://www.researchgate.net/profile/Fredy-](https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Disen%C3%B3_de_investigaci%C3%B3n_de_Corte_Transversal/inks/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf)

[Mendivelso/publication/329051321\\_Disen%C3%B3\\_de\\_investigaci%C3%B3n\\_de\\_Corte\\_Transversal/inks/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Disen%C3%B3_de_investigaci%C3%B3n_de_Corte_Transversal/inks/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf)

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). *Instrumentos para los Hogares de Refugio Temporal: Criterios de derivación para los Hogares de Refugio Temporal*.

<https://www.mimp.gob.pe/files/novedades/publicaciones-sobre-hogares-refugio-temporal.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *Boletín estadístico del programa nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar -AURORA- setiembre 2021*.

<https://portalestadistico.aurora.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/BV-setiembre-2021.pdf>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *Reporte estadístico de casos atendidos en los Centros Emergencia Mujer (CEM) del Programa nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar - AURORA- enero a setiembre 2021 Preliminar*.

<https://portalestadistico.aurora.gob.pe/wp-content/uploads/2021/10/Casos-del-CEM-Enero-Setiembre-2021.xlsx>

Ministerio de Salud (2014). *Instituto nacional de Salud, Módulo de atención integral en salud mental. La depresión. Dirección general de promoción de la salud estrategia sanitaria nacional de salud mental y cultura de paz*.

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/208\\_prom14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/208_prom14.pdf)

- Ministerio de Salud (2016). *Instituto nacional de Salud, Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la Población Peruana*.  
[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/20180711/013\\_SERIE\\_ANALISIS\\_DE\\_DATOS\\_N\\_012016\\_Comorbilidad\\_de\\_la\\_Depresion\\_y\\_Enfermedades\\_Cronicas\\_en\\_la\\_Poblacion\\_Peruana.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/20180711/013_SERIE_ANALISIS_DE_DATOS_N_012016_Comorbilidad_de_la_Depresion_y_Enfermedades_Cronicas_en_la_Poblacion_Peruana.pdf)
- Ministerio de Salud. (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú- 2018*.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud. (2018). “*Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018*”.  
*Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública Dirección de Salud Mental - Lima: Ministerio de Salud*; 2018. 54 p.  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (en el contexto Covid-19)*  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Nava, V., Onofre, D., y Báez, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14 (3), 162-169.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00162.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Informe de la Situación Mundial de la Prevención de la Violencia de la OMS 2014*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO\\_NMh\\_NVI\\_14.2\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMh_NVI_14.2_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017, 29 de noviembre). *Violencia contra la mujer*. En Página Web de las Naciones Unidas, [en línea]  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 22 de junio). *Salud Mental- Depresión (2020)*. En Página Web de las Naciones Unidas, [en línea]  
[https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (13, septiembre 2021). *Depresión*. Centro de Prensa.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, noviembre). *Violencia contra la mujer*. Sitio. Consultado el 22 de noviembre de 2021.  
<https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer#:~:text=Las%20Naciones%20Unidas%20definen%20la,producen%20en%20la%20vida%20p%C3%ABblica>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). “*No hay salud sin salud mental*”. News.  
<https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021)  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54306/OPSNMHRF210010\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54306/OPSNMHRF210010_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Depresión*. Consultado el 30 de octubre de 2021.  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud Mental*. Consultado el 22 de noviembre de 2021.  
<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*. 35(1), 227-232.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Paredes, L. y Rodas, C. (2018). *Calidad de vida y violencia de pareja en mujeres con depresión en tres zonas rurales de Tumbes – Lambayeque febrero 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú].  
<https://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12893/1870/BC-TES-TMP-743.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ramos, J., Del Águila, V. y Balazar, A. (2020). *Estadística básica para los negocios*.  
[https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10771/Ramos\\_Estadística\\_básica\\_de\\_los\\_negocios.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/10771/Ramos_Estadística_básica_de_los_negocios.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ríos, R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción*. Servicios Académicos Intercontinentales S.L.  
<https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/index.html?id=1662>
- Rueda, M. (2018). Depresión en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 59-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.007>
- Saldaña, J. (2019). *Violencia de pareja y depresión en mujeres en mujeres de la ciudad de Cajamarca*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú].  
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1058/Tesis%20Violencia%20de%20pareja%20y%20depresion%20en%20mujeres%20de%20la%20ciudad%20de%20cajamarca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sobrado, F.(2017). *Factores de depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar asistidas en un centro de emergencia mujer de la provincia de Huánuco*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú].  
<http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/UNHEVAL/1706>
- Solari, G. (2021). *Depresión en mujeres víctimas de violencia, centro de emergencia mujer de Alto Laran - 2020* [Tesis, Universidad Autónoma de Ica, Chíncha, Ica, Perú].  
<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1108/1/Gustavo%20Xavier%20Solari%20Saravia.pdf>
- Soria, R. y Mayen, A. (2017). Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. 20(1), 96 - 114.  
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art7.pdf>
- Soria, R. y Medina, M. (2019). Depresión en parejas heterosexuales en la etapa del ciclo vital de hijos pequeños. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*. 22(4), 3080 -3102.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/72371/63831>

- Universidad Privada del Norte. (2021). *Manual de Ética en Investigación para la Participación y la Gestión de los Trabajos de Investigación Científica o de Innovación*.
- Valentín, M. (2018). *Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del programa vaso de leche Sapallanga*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental, Escuela Académico Profesional de Psicología, Huancayo, Perú].  
[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4884/4/INV\\_FHU\\_501\\_TE\\_Valentin\\_Bejarano\\_2018.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4884/4/INV_FHU_501_TE_Valentin_Bejarano_2018.pdf)
- Valle, H. (2018). *Trabajo de Suficiencia Profesional Depresión en Internas del pabellón A, B y C del Penal de Mujeres de Chorrillos, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima, Perú].  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2360/TRAB.SUF.PROF.Heraida%20Valle%20Beizaga.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Vargas, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Médica Herediana*. 28, 48-58.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a09v28n1.pdf>

## ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión de las mujeres víctimas de violencia en la provincia de Huarochirí, 2020?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja, en la Provincia de Huarochirí.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Establecer el nivel de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja en la Dimensión Cognitiva Afectiva.</li> <li>● Describir el nivel de depresión que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja en la Dimensión Conductual Fisiológica.</li> <li>● Determinar el nivel de depresión según el tiempo de atención en el área de psicología.</li> <li>● Estimar el nivel de depresión según la actividad laboral.</li> <li>● Identificar el nivel de depresión según el estado civil.</li> </ul>	<p>Depresión</p>	<p>Dimensión Cognitiva Afectiva</p> <p>Dimensión Conductual Fisiológica</p>	<p><b>Tipo, nivel y diseño de investigación.</b> El tipo de investigación es cuantitativo, ya que permitirá medir una variable de forma concreta. El nivel de investigación es descriptivo, ya que medirá una sola variable, por lo cual no se establecerá hipótesis en el presente trabajo. El diseño de la investigación es no experimental, debido a se busca describir las características de una variable Es transversal, ya que se llevará a cabo en un momento dado.</p> <p><b>Población</b> Mujeres víctimas de violencia de pareja de la provincia de Huarochirí.</p> <p><b>Muestra</b> Debido a que la población es reducida, la muestra será intencionada, por lo que, no se utilizará, muestra ni criterios de selección muestral. Se obtuvo la muestra de 100 mujeres víctimas de violencia de pareja de la Provincia de Huarochirí entre 20 a 56 años derivadas de un Centro de Emergencia Mujer de Huarochirí.</p>

**Anexo N° 2: Matriz de operacionalización de la variable**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO
Depresión	Beck (2006) considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, abatimiento e infelicidad, y que puede ser transitorio o permanente. Beck (2008) considera desde un enfoque cognitivo-conductual, que la depresión es un problema complejo, debido en gran medida a la alta presencia de cogniciones consientes negativas de la persona, frente a sí mismo, a los demás y de los demás, por ello, en la interacción social experimentara, angustia y tristeza.	Dimensión Cognitivo Afectiva	Tristeza, pesimismo, fracasos del pasado, perdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autocríticas, llanto, perdida de interés, indecisión, inutilidad, cambios en los hábitos de sueño, cambios en el apetito, perdida de interés.	Mediante la suma de los ítems: 1,2,3,4,4,6,8,10,13,14, 21 y 23	Inventario de Depresión de Beck II- (DBI-II) adaptado por Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni (2020).
		Dimensión Conductual Fisiológico	Disconformidad con mi mismo, pensamientos o deseos de suicidio, agitación, perdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración y cansancio o fatiga.	5,7,9,11,15,17,19 y 20	

Fuente: Elaboración propia en base al Manual del Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) de Anicama, Chumbimuni y Chumbimuni (2020). Cabe mencionar que el concepto de la variable es la estudiada por los autores mencionados en su elaboración del manual de adaptación

**Anexo N° 3: Instrumento**

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)**

Beck, A. et al. (1988)

Adaptado por Anicama,  
Chumbimuni y Chumbimuni  
(2020)

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

**Instrucciones:**

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

**1. Tristeza**

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

**2. Pesimismo**

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

**3. Fracaso**

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

**4. Pérdida de placer**

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas.

### **5. Sentimientos de culpa**

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

### **6. Sentimientos de castigo**

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

### **7. Disconformidad con uno mismo**

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

### **8. Autocrítica**

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

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

### **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### 12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

### 13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### 14. Desvalorización

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

### 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

### 17. Irritabilidad

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

### **18. Cambios en el Apetito**

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

### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.