

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar
que acuden a la Comisaría de la Familia en Abancay -
2023**

Cristel Valeria Silva Villacorta
Jessica Lizeth Barazorda Huaman

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2024

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Humanidades
DE : Luis Centeno Ramírez
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 12 de Julio de 2024

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY - 2023

Autores:

1. Cristel Valeria Silva Villacorta – EAP. Psicología
2. Jessica Lizeth Barazorda Huaman – EAP. Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 17 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores SI NO
Nº de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**):
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

DEDICATORIA

A mis papás, Mónica y Juan, por su guía y plena confianza en los proyectos que emprendo, por ser mi soporte cada vez que las situaciones se ponen adversas y a mis hermanas, Kate y Bryhanna, por ser mi aliento y empuje para prepararme y enseñarme acerca del valor del amor y la fraternidad.

Cristel Valeria Silva Villacorta

A mi madre, quién me impulsó a seguir adelante y confió en mí en todo momento, a mi familia por darme ánimos y motivación. A Dios por sus grandes bendiciones.

Jessica Lizeth Barazorda Huaman

AGRADECIMIENTO

“No hay nada más valioso que la vocación hecha profesión”, agradecemos a Dios por encaminarnos en esta etapa de aprendizaje y poder recolectar experiencias únicas en mi formación profesional y a mis queridos padres por la orientación constante.

Agradecemos a nuestras familias, quien nos guiaron en la vida y en la capacidad para superar adversidades, además de desearnos lo mejor en este largo y arduo camino de la vida.

Agradecemos a los docentes de la Universidad, pues nos guiaron en toda la carrera, formándonos a ser unas profesionales con ética que esta sociedad requiere.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice de tablas	
Índice de figuras	
Abstract	13
Introducción	14
CAPÍTULO I	16
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	16
1. Planteamiento y formulación del problema.....	16
1.1. Formulación del problema	18
1.1.1. Problema general.....	18
1.1.2. Problemas específicos	19
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo general	19
1.2.2. Objetivos específicos.....	19
1.3. Justificación	20
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Antecedentes del problema	23
2.1.1. Antecedentes internacionales	23
2.1.2. Antecedentes nacionales	27
2.1.3. Antecedentes locales	30

2.2.	Bases teóricas.....	34
2.2.1.	Depresión.....	34
2.2.1.1.	Teorías Cognitivas sobre la depresión.....	36
2.2.1.2.	Teorías Conductuales sobre la depresión.....	39
2.2.1.3.	Teorías Contextuales sobre la depresión.....	41
2.2.1.4.	Dimensiones de la Depresión.....	43
2.2.1.5.	Signos y Síntomas.....	44
2.2.1.6.	Criterios diagnósticos según el manual CIE-11 y DSM 5.....	46
2.2.1.7.	Epidemiología de depresión.....	50
2.2.2.	Violencia Familiar.....	51
2.2.2.1.	Modelos teóricos sobre violencia familiar.....	53
2.2.2.2.	Tipos de violencia familiar.....	55
2.2.2.3.	Ciclo de la violencia.....	56
2.2.2.4.	Estadísticas de la violencia familiar.....	57
2.2.2.5.	Factores de riesgo.....	58
2.2.2.6.	Consecuencias de la violencia familiar.....	59
2.2.2.7.	Disposiciones sustantivas para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.....	60
2.2.3.	Características sociodemográficas de las víctimas de violencia.....	63
2.3.	Definición de términos básicos.....	68
CAPÍTULO III.....		71
HIPÓTESIS Y VARIABLES.....		71
3.1.	Variables de la investigación.....	71

3.1.1. Datos sociodemográficos	71
3.2. Operacionalización	72
CAPÍTULO IV.....	76
METODOLOGÍA.....	76
4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación	76
4.2. Configuración de la investigación	77
4.2.1. Enfoque de la investigación	77
4.2.2. Tipo de investigación	77
4.2.3. Diseño de la investigación.....	78
4.3. Población y muestra.....	78
4.3.1. Población.....	78
4.3.2. Muestra.....	79
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	81
4.4.1. Técnicas.....	81
4.4.2. Instrumento.....	82
4.4.3. Procedimiento.....	85
4.4.4. Análisis de datos.....	86
4.5. Consideraciones éticas	87
CAPÍTULO V.....	89
RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	89
5.1. Análisis descriptivo- Aspectos sociodemográficos	89
5.1.1. Edad.....	89
5.1.2. Estado civil.....	90

5.1.3.	Número de hijos	91
5.1.4.	Profesión- Ocupación.....	91
5.1.5.	Religión	92
5.1.6.	Tipo de violencia.....	93
5.1.7.	Grupo de apoyo	93
5.1.8.	Agresor	94
5.1.9.	Situación laboral.....	95
5.1.10.	Antecedentes clínicos	95
5.2.	Estadísticos descriptivos del síntoma.....	96
5.2.1.	Media y desviación estándar BDI-II Población general.....	96
5.3.	Niveles de síntomas depresión.....	98
5.4.	Niveles de síntomas de depresión- datos de filiación	99
5.4.1.	Edad – Niveles de depresión	99
5.4.2.	Estado civil- Niveles de síntomas de depresión.....	100
5.4.3.	Número de hijos- Niveles de síntomas de depresión	101
5.4.4.	Profesión/ Ocupación- Niveles de depresión	102
5.4.5.	Religión- Niveles de depresión	103
5.4.6.	Tipo de violencia- Niveles de depresión	103
5.4.7.	Grupo de apoyo- Niveles de depresión	104
5.4.8.	Agresor- Niveles de depresión	105
5.4.9.	Situación económica- Niveles de depresión.....	105
5.4.10.	Mes de denuncia- Niveles de depresión	106
5.4.11.	Antecedentes clínicos- Niveles de depresión	107

5.5. Niveles de gravedad- Áreas de la depresión	107
5.6. Discusión de resultados.....	110
Conclusiones	122
Recomendaciones	126
Referencias.....	128
Anexos	140
Anexo A. Matriz de consistencia	141
Anexo B. Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II).....	146
Anexo C. Formato de consentimiento informado.....	150
Anexo D. Ficha de datos sociodemográficos.....	151
Anexo E. Oficio de permiso.....	152
Anexo F. Validación de instrumentos.....	154
Anexo G. Oficio de Aprobación del Comité de ética	172

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición Operacional de la Variable Depresión	73
Tabla 2. Definición operacional.....	74
Tabla 3. Frecuencias de las edades	90
Tabla 4. Frecuencias del estado civil	90
Tabla 5. Frecuencias del número de hijos.....	91
Tabla 6. Frecuencias de la profesión - ocupación	92
Tabla 7. Frecuencias de la religión	93
Tabla 8. Frecuencias del tipo de violencia.....	93
Tabla 9. Frecuencias del grupo de apoyo.....	94
Tabla 10. Frecuencias relacionadas al agresor.....	94
Tabla 11. Frecuencias de la situación laboral	95
Tabla 12. Frecuencias de antecedentes clínicos.....	96
Tabla 13. Diferencias de las medias y desviación estándar	97
Tabla 14. Niveles de síntomas depresión.....	98
Tabla 15. Tabla cruzada Edad*Niveles de depresión	100
Tabla 16. Tabla cruzada Estado civil*Niveles de depresión	100
Tabla 17. Tabla cruzada Número de hijos*Niveles de depresión.....	101
Tabla 18. Tabla cruzada Profesión / Ocupación*Niveles de depresión.....	102
Tabla 19. Tabla cruzada Religión*Niveles de depresión.....	103
Tabla 20. Tabla cruzada Tipo de violencia*Niveles de depresión	104
Tabla 21. Tabla cruzada Grupo de apoyo*Niveles de depresión.....	104
Tabla 22. Tabla cruzada Agresor*Niveles de depresión.....	105
Tabla 23. Tabla cruzada Situación económica*Niveles de depresión	106
Tabla 24. Tabla cruzada Mes de la denuncia*Niveles de depresión	106
Tabla 25. Tabla cruzada Antecedentes clínicos*Niveles de depresión	107
Tabla 26. Niveles área afectiva	108
Tabla 27. Niveles área motivacional.....	108
Tabla 28. Niveles área cognitiva.....	109
Tabla 29. Niveles área conductual	109
Tabla 30. Niveles área física	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo de Violencia doméstica por Leonor Walker	56
---	----

RESUMEN

El principal objetivo de esta investigación titulada “Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023” fue establecer la forma en la que se presenta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar. Este estudio se clasifica como básico y se caracteriza por tener un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental y descriptivo simple. El conjunto de participantes incluyó a 160 mujeres que fueron víctimas de violencia familiar y que buscaron ayuda en la comisaría de familia en la ciudad de Abancay en el año 2023. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II de Rodríguez y Farfán (2013) y una ficha sociodemográfica. Los hallazgos del estudio demostraron que el 93,1% de la muestra presentaron un nivel de gravedad moderada de la depresión; del mismo modo, se identificaron puntajes altos y medios para las dimensiones afectiva, cognitiva y conductual; además, se estudiaron 11 factores sociodemográficos. Incluso, se concluye que la forma más frecuente de violencia experimentada fue la violencia psicológica, relacionada con un nivel moderado de depresión con síntomas de tipo afectivo, cognitivo y conductual; y, por último, los factores sociodemográficos con mayor incidencia en las denunciadas son durante la etapa adulta, en condición de casadas, amas de casa y sin grupo de apoyo.

Palabras clave: Depresión, violencia doméstica, mujeres maltratadas.

ABSTRACT

The main objective of this research entitled "Depression in women victims of domestic violence who go to the family police station in Abancay - 2023" was to establish the way in which depression occurs in women victims of domestic violence. This study is classified as basic and is characterized by having a quantitative approach, a non-experimental and simple descriptive design. The set of participants included 160 women who were victims of domestic violence and who sought help at the family police station in the city of Abancay in 2023. The Beck Depression Inventory-II by Rodríguez and Farfán (2013) and a sociodemographic form were used. The findings of the study showed that 93.1% of the sample presented a moderate level of severity of depression; similarly, high and medium scores were identified for the affective, cognitive and behavioral dimensions; in addition, 11 sociodemographic factors were studied. It is even concluded that the most frequent form of violence experienced was psychological violence, related to a moderate level of depression with affective, cognitive and behavioural symptoms; and, finally, the sociodemographic factors with the highest incidence in the complainants are during the adult stage, married, housewives and without a support group.

Keywords: Depression, domestic violence, battered women.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar y la depresión son dos fenómenos de gran magnitud en el contexto de la salud mental y el bienestar social, pues afectan de manera significativa la vida de millones de individuos en el mundo (Naciones Unidas, 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). La violencia en el hogar constituye una grave afrenta contra los derechos humanos, dejando secuelas emocionales, físicas y psicológicas en quienes la experimentan (Gelles, 1993). De acuerdo a lo mencionado, en Abancay, como en muchas otras ciudades del país, las mujeres son uno de los segmentos más propensos o susceptibles a estas variables, enfrentando situaciones de abuso y maltrato en el seno de sus propias familias.

En concordancia con el tema planteado, la depresión se posiciona como uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel global, con un impacto profundo en el bienestar emocional, la calidad de vida y la funcionalidad diaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Aproximadamente, el 3.8% de la población global se ve afectada por este problema de salud, lo que equivale a unos 280 millones de personas. Así que, la violencia familiar, la depresión no sólo son consecuencias de la experiencia traumática, sino también factores que pueden complicar la recuperación y perpetuar el ciclo de abuso (Naciones Unidas, 2021; OPS, 2017a).

La intersección entre violencia familiar y depresión es particularmente preocupante; dado que, las mujeres que sufren violencia enfrentan una amenaza potencial significativamente mayor al desarrollar síntomas depresivos (OPS, 2017b). Por ende, es esencial comprender la magnitud de este problema, identificar sus características específicas y proponer estrategias de intervención efectivas.

En el contexto peruano, la situación es alarmante; pues, es elevado el porcentaje de mujeres adultas y jóvenes que sufren violencia familiar, el 86% de las denuncias registradas están vinculadas a la violencia doméstica; mientras que, la depresión impacta a un gran número de mujeres, con una edad promedio de 33 años que es representando por el 76.5% de los casos de depresión en el país. Además, el 30% de estos episodios depresivos están directamente vinculados a experiencias de violencia familiar (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [CDC-MINSA], 2022).

La relevancia de esta investigación yace en su potencial para explorar y comprender la naturaleza y las consecuencias de la depresión en féminas víctimas de la violencia doméstica en Abancay. Así, el estudio tiene como propósito establecer las manifestaciones de la depresión en este grupo y proponer recomendaciones y/o estrategias de intervención. Se espera que los resultados contribuyan significativamente al diseño de políticas públicas y programas de soporte, específicamente ajustados a los requerimientos de este conjunto vulnerable.

Mediante un enfoque interdisciplinario que integra elementos de la psicología, sociología y salud pública, y empleando una metodología cuantitativa y descriptiva, este estudio no solo pretende ampliar el entendimiento del vínculo entre violencia familiar y depresión, sino también proponer intervenciones prácticas y aplicables para atenuar sus impactos. Se espera que los resultados de este enfoque no sólo tengan relevancia en el ámbito local de Abancay, sino que, también sean extrapolables a contextos similares, ofreciendo un marco para futuras investigaciones y políticas a nivel nacional e internacional.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Planteamiento y formulación del problema

La depresión, un trastorno mental muy común en todo el mundo, impacta a más de 280 millones de personas, con una marcada disparidad de género, donde las mujeres se ven especialmente afectadas en comparación con los hombres (OMS, 2021b). Esta patología psicológica está intrínsecamente relacionada con la violencia, un fenómeno social que abarca diversas variables sociodemográficas y de salud mental. En este marco, las mujeres que han sufrido violencia familiar son especialmente más vulnerables a la depresión.

La violencia familiar, que incluye el daño sexual, físico y psicológico, como también la coacción y las amenazas dirigidas hacia un miembro del núcleo familiar, es una realidad preocupante en la sociedad contemporánea (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2016). Esta relación entre violencia y salud mental puede provocar diversos trastornos, incluyendo la depresión, que pueden tener un impacto significativo en el bienestar de las personas, especialmente en las mujeres que han sufrido maltrato por parte de sus parejas sentimentales (OMS, 2021a).

En el ámbito nacional, las cifras muestran una preocupante frecuencia de violencia dirigida hacia las mujeres. Según el Consorcio de Investigación Económica y Social [CIES] (2020), más del 66% de las mujeres adultas en el Perú han sido víctimas de distintas formas de violencia, siendo la pareja el principal agresor. Asimismo, un informe del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP] (2021) indica que el 68% de las mujeres adultas enfrentan violencia dentro del ámbito doméstico, destacando que las cifras de maltrato superan el 60% en todas las investigaciones relevantes.

Esta situación se complica al considerar la conexión entre violencia familiar y salud mental en mujeres. Según datos del Ministerio de Salud [MINSA], la depresión ocupa el quinto lugar entre los factores de discapacidad en el país, afectando principalmente a las mujeres, con un 15.4% de ellas afectadas por esta condición, cifra que aumenta al 27.4% entre aquellas que han sido víctimas de violencia (Rosales et al., 2016) (No existe la referencia de esta cita, implementar). Además, el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi advierte que aproximadamente el 37% de la población total del país corre riesgo de desarrollar una enfermedad mental en algún momento de su vida.

A nivel local, la situación no es menos preocupante. En la región de Apurímac se observa una elevada incidencia, tanto de violencia como de depresión. Según el Comité Regional de Seguridad Ciudadana en Apurímac, se registraron 576 casos de violencia doméstica denunciados en comisarías de la región en el año anterior. Ahora bien, un informe de Gobierno Consultores (2022) señala que el 10% de las personas en la región sufrían de episodios depresivos antes de la pandemia, y este porcentaje se eleva al 17.6% en casos de apurimeños en situación de pobreza y con antecedentes de violencia de género.

En este contexto, la Comisaría de Familia de Abancay emerge como un punto focal para la atención y el registro de incidentes de violencia familiar. Según las estadísticas de esta institución, hubo un aumento preocupante en el número de denuncias por violencia durante el año 2023 en comparación al año anterior. Pues, se registraron 1511 denuncias en total, siendo la violencia física la más común, seguida por la violencia psicológica y económica.

Estas cifras muestran una problemática compleja que afecta seria y profundamente a las mujeres que sufren violencia familiar en la región de Abancay. La intersección entre violencia y salud mental, especialmente en forma de depresión, presenta desafíos significativos para la salud pública y la atención integral de estas mujeres. En este sentido, surge la necesidad de investigar más a fondo la relación entre violencia familiar y depresión en mujeres, con el propósito de comprender mejor los factores subyacentes que contribuyen a esta conexión y desarrollar intervenciones eficaces para prevenir y abordar estos problemas. Esta investigación no solo contribuirá al conocimiento científico en el campo de la psicología y la salud pública, sino que, ofrecerá información crucial para orientar políticas y programas destinados a proteger los derechos y promover el bienestar de las mujeres vulnerables en Abancay y más allá.

1.1. Formulación del problema

1.1.1. Problema general

¿De qué manera se presenta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se presenta el área afectiva de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?
- ¿Cómo se presenta el área motivacional de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?
- ¿Cómo se presenta el área cognitiva de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?
- ¿Cómo se presenta el área conductual de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?
- ¿Cómo se presenta el área física de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Determinar cómo se manifiesta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar cómo se presenta el área afectiva en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.
- Identificar cómo se presenta el área motivacional en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.

- Identificar cómo se presenta el área cognitiva en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.
- Identificar cómo se presenta el área conductual en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.
- Identificar cómo se presenta el área física en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.

1.3. Justificación

Actualmente, la problemática de la violencia que se exterioriza de manera cotidiana en muchas familias de nuestro contexto, específicamente en el departamento de Apurímac, pues los números del año pasado reflejan 576 casos denunciados y en los últimos años la incidencia de los casos genera malestar a la población, siendo un tema de interés para el gobierno regional y entidades relacionadas a la prevención e intervención gubernamental; no obstante, se observa que la frecuencia en la que se presentan estos acontecimientos se incrementan paulatinamente (Gobierno Regional Apurímac, 2022). Por consiguiente, es oportuno recordar que la violencia familiar no respeta clase social, nivel socioeconómico ni cultural, siendo un desafío que afecta a la colectividad en su totalidad. Esto conlleva consecuencias negativas que repercuten en múltiples facetas a lo largo del transcurso existencial personal de quienes la experimentan.

En relación con la justificación teórica, esta facilitó la comprensión y la identificación de los niveles de desánimo más prevalentes en mujeres que han experimentado violencia dentro de su entorno familiar. De este modo, se dio a conocer el impacto de esta patología, denominada depresión, en una población vulnerable. Esto, a su vez, facilitó la apertura del diálogo sobre este problema subyacente en la sociedad.

Además, se presentaron los resultados obtenidos de las variables sociodemográficas para compararlos con otros contextos a nivel nacional. Por ende, se pudo contrastar y verificar los fundamentos que explicaban el desarrollo y la evolución de la depresión; así como, su afectación en ciertos grupos de población.

De igual modo, este estudio contribuye al conocimiento existente al abordar una brecha significativa en la literatura científica. Aunque se ha investigado ampliamente tanto la violencia familiar como la depresión por separado, hay una falta de estudios que examinen detalladamente la conexión entre estos dos fenómenos, especialmente en el contexto específico de mujeres que buscan ayuda en la Comisaría de Familia en Abancay. Al adentrarse en este campo poco investigado, este estudio facilita una comprensión más integral de los elementos que influyen en la depresión en mujeres que han sufrido violencia familiar, así como de las potenciales repercusiones para la prevención y la atención.

Por otro lado, la justificación metodológica se fundamentó en procedimientos sistematizados y organizados, los cuales incluyeron la observación del problema, la recolección de información, la operacionalización de la variable a estudiar, la técnica de muestreo, el procesamiento y el proceso de recopilación de información. Específicamente, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) para evaluar la variable de depresión, y se complementó con una Ficha Sociodemográfica para recopilar información relevante sobre los participantes. Ambos instrumentos fueron validados previamente para garantizar su fiabilidad y la legitimidad dentro del marco investigativo. Estos procedimientos se consideraron como antecedentes de carácter metodológico para la continuación de futuras investigaciones que aborden variables y poblaciones similares a las de esta investigación.

Con respecto a la justificación práctica, este estudio beneficiará directamente a las mujeres de la muestra al facilitar la identificación precoz de alteraciones en el estado emocional, como la depresión, en aquellas que han sido víctimas de maltrato. Identificar y comprender los niveles de depresión los cuales permitirá desarrollar intervenciones psicológicas especializadas para abordar sus necesidades. Los resultados proporcionarán la fundamentación necesaria para desarrollar programas de apoyo y tratamiento; específicamente, diseñados para mujeres que han sufrido abuso familiar en diferentes áreas geográficas. Incluso, se abrirá la posibilidad de realizar estudios comparativos a nivel nacional e internacional, incluyendo grupos de hombres que hayan pasado por situaciones similares, lo que ampliará nuestra comprensión de las implicaciones psicológicas de la violencia familiar en diversos contextos socioculturales. Estas iniciativas no solo mejorarán el bienestar psicológico de las mujeres afectadas, sino que también informarán y orientarán las futuras investigaciones en este campo como medio de prevención.

Finalmente, la justificación social reside en su capacidad para ampliar el entendimiento de cómo se manifiestan la prevalencia de la depresión entre las mujeres afectadas por violencia familiar. Dada la naturaleza incapacitante de esta patología, resulta crucial abordar las consecuencias personales y sociales que enfrentan estas mujeres. Además, al reconocer la violencia doméstica considerada como una cuestión de salud pública de gran magnitud, las conclusiones de esta investigación contribuirán significativamente a generar conciencia y proporcionará orientaciones valiosas para investigaciones subsiguientes y el análisis de las variadas repercusiones de la violencia en el ámbito familiar y su relación con el bienestar mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. *Antecedentes internacionales*

Betancourt et al. (2022) en la investigación titulada “*Depresión y ansiedad en hombres y mujeres por tipo y nivel de violencia que han recibido de su pareja*”, el estudio buscaba identificar discrepancias entre los síntomas depresivos conforme al grado y modalidad de agresión sufrida. La muestra consistió en 2271 adultos, con un 56,3% de mujeres y un 43,7% de hombres de entre 26 y 50 años. Se emplearon las Escalas revisadas de Tácticas de Conflicto de Straus y Douglas, el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9) y la Escala para el Trastorno de Ansiedad generalizada (GAD-7). Se observó una mayor frecuencia de violencia psicológica, especialmente perpetrada por hombres. La violencia física severa fue más frecuente en féminas; mientras que, la violencia sexual fue menos prevalente también se detectó que algunas mujeres ejercían violencia física. Las manifestaciones melancólicas y los signos de inquietud fueron más bajos en aquellos que

no sufrieron violencia. Los resultados señalaron que, al igual que en las mujeres, los hombres experimentan violencia psicológica, aunque en menor medida. La disparidad en la gravedad de las manifestaciones de desaliento y de agitación según el tipo de violencia destaca la relevancia de tomar en cuenta las consecuencias psicológicas de la violencia en ambos géneros.

Galarza y Mayorga (2022) realizaron una investigación que titula “*Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático en Santa Rosa*”, el estudio se centró en examinar la correlación en el contexto de la agresión dirigida contra las mujeres y la aparición de manifestaciones de depresión y estrés postraumático. Se estudió a 110 miembros femeninas de la parroquia de Santa Rosa (Tungurahua - Ecuador), utilizando un diseño no experimental, descriptivo y correlacional. Se emplearon la Escala de Tácticas de Resolución de Conflictos (CTS2) y el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) -2003 para la recolección de datos. Las conclusiones evidenciaron altos niveles de agresión por desvalorización; mientras que, otros tipos de violencia estaban por debajo del umbral establecido. La puntuación media en la evaluación de la depresión según el test de Beck sugirió un nivel moderado de depresión donde se observaron diferentes niveles en las facetas del estrés postraumático. Las conclusiones resaltaron la predominancia de la violencia hacia el sexo femenino; especialmente, en la dimensión de desvalorización, y la asociación con niveles moderados de trastorno depresivo. Se observó una correspondencia positiva referido a la violencia y la desvalorización; así como, una influencia significativa en múltiples desórdenes mentales, impactando el estado de bienestar emocional de las mujeres. La violencia psicológica se identificó como un factor predominante en estos trastornos.

Guzmán et al. (2021) realizaron un estudio que titula “*Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México*”, con el propósito de indagar las repercusiones de la violencia conyugal vivida durante los últimos 12 meses, sobre el riesgo de una afección depresiva y las manifestaciones psicológicas específicas en mujeres adultas. La muestra se constituyó por 470 mujeres de la Cohorte de trabajadores de la salud de México. La investigación que se describe, se realizó utilizando un diseño experimental con orientación descriptiva y correlativa. En cuanto a la recopilación de datos, se aplicó del instrumento de medición de la depresión del Centro de Investigaciones Epidemiológicas y el índice de abuso que es una adaptación de la escala táctica de conflictos y del índice de abuso en la pareja. Arribando a los siguientes resultados, principalmente refiere que, el 41.9% de la muestra que participaron sufrieron violencia por parte de su pareja. La investigación reveló que un 7,2% de las mujeres empleadas en una institución sanitaria en México experimentaron depresión. Por ende, se observó que los síntomas depresivos aumentaron en cierta medida en casos de violencia física y sexual. En consecuencia, se estableció una conexión significativa entre la violencia de pareja y un incremento en la probabilidad de experimentar depresión en este grupo específico de mujeres.

Lara (2019) realizó un estudio que lleva por título “*Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja*”, la investigación tuvo como objetivo examinar la conexión entre la agresión sufrida por el cónyuge o expareja y la manifestación de síntomas depresivos, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, dolencias somáticas, ideación suicida, disminución de la autoestima y la demanda de apoyo social en mujeres adultas, en términos del peligro de desarrollar depresión y manifestaciones depresivas. La

muestra consistió en 170 mujeres del Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas, utilizando un diseño comparativo. Se emplearon diversas herramientas de evaluación, incluido el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de 2014. Los resultados revelaron que todas las participantes (100%) sufrieron violencia psicológica, indicando su asociación directa con el malestar psicológico. Por lo que, la mayoría (78.2%) no estaba económicamente supeditada a la pareja. Se observaron disparidades estadísticamente significativas en el nivel educativo entre individuos que fueron víctimas y los que no lo fueron. Las conclusiones destacan que las víctimas manifestaron síntomas más graves de depresión, ansiedad, estrés postraumático y preocupaciones de salud; así como, baja autoestima, en contraste con el conjunto de personas no afectadas. Las mujeres que han sido víctimas también mostraron bajos niveles de ideación suicida.

Caba et al. (2019) llevaron a cabo un estudio titulado “*Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja*”, en el cual buscó determinar si las mujeres que fueron objeto de violencia están más inclinadas a desencadenar sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con aquellas que no fueron víctimas. Se compuso de dos conjuntos de mujeres mayores de 18 años, con un total de 170 en cada grupo: uno conformado por mujeres afectadas por violencia; y, otro compuesto por mujeres no violentadas. Se empleó un diseño descriptivo, correlacional y transversal, y se utilizaron varios instrumentos de evaluación, incluyendo el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)-2014 y un formulario para recopilar información sociodemográfica. Los resultados mostraron que todas las mujeres dentro del conjunto de mujeres afectadas por violencia de pareja experimentaron violencia psicológica, y porcentajes significativos sufrieron violencia física, maltrato sexual, violencia económica y patrimonial e incluso la violencia

religiosa. Se observó una correlación substancial entre la vivencia de actos violentos y la presencia de psicopatología psiquiátrica, con un predominio de síntomas depresivos y ansiosos en las mujeres que padecieron violencia en contraposición a aquellas que no la sufrieron. Las mujeres que fueron objeto de violencia exhibieron indicadores de depresión que variaban desde leves hasta graves; mientras que, las del conjunto de referencia señalaron síntomas mínimos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Flores (2021) realizó un estudio de investigación que se titula “*Violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de Huaraz*” en la que el principal propósito del estudio fue indagar la conexión entre la violencia doméstica y la depresión en 298 mujeres del Centro de Emergencia Mujer (CEM) en Huaraz. Se empleó un diseño no experimental correlacional-causal y se recolectaron datos, utilizando la Escala de Violencia Intrafamiliar (VIF-J4) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) de 2019. Los hallazgos mostraron que el 48,7% de las participantes experimentaron escasa incidencia de actos violentos intrafamiliares; mientras que, el 38,3% experimentó niveles medios. Respecto a, la depresión, el 46% se situó en un punto intermedio y el 33,9% en un nivel bajo. Se encontró una correlación fuerte y positiva entre la violencia en el aspecto familiar y diferentes dimensiones de la depresión, incluyendo el área cognitiva, físico-conductual y afectivo-emocional. La depresión también mostró una asociación positiva y significativa, con un efecto grande, con diversas manifestaciones de agresión, abarcando tanto lo corporal, lo psíquico, lo íntimo, lo relacional, lo económico y lo relacionado con la identidad sexual. En resumen, se deduce la existencia de una relación positiva entre la violencia doméstica y el trastorno depresivo en esta población estudiada.

En la investigación de Ortega y Guerrero (2021) titulada “*Depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja en la provincia de Huarochirí, 2020*”, el estudio se enfocó en evaluar la magnitud del trastorno depresivo en mujeres sometidas a situaciones de violencia conyugal del Centro de Emergencia Mujer en Huarochirí; por lo que, se seleccionó una muestra de 100 mujeres violentadas y se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)-2020 como instrumento de medición. Las conclusiones indicaron que el 71% de las evaluadas mostraban un bajo nivel de depresión. Sin embargo, en las dimensiones cognitivo-afectiva y conductual-fisiológica, el 53% y el 52% respectivamente presentaron niveles altos de depresión. En cuanto a los datos sociodemográficos, se observó que el 18% de las mujeres que reciben terapia tenían un bajo nivel de depresión. Las conclusiones indicaron que las féminas que sufren de violencia presentaban diferentes niveles de depresión en las dimensiones cognitivo-afectiva y conductual-fisiológica. Además, se detectaron relaciones estadísticamente relevantes entre los niveles de desánimo y el estado civil de las participantes; así como, el tiempo de atención en el centro. Por ejemplo, el 82% de las casadas mostraron un bajo nivel de depresión; mientras que, el 89% de las convivientes y el 67% de las solteras también lo hicieron.

Por su parte, Jaucala (2020) realizó una investigación denominada “*Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018*”, el estudio intentó establecer la relación entre el maltrato doméstico hacia la mujer y sintomatología depresiva. Se empleó un diseño observacional, analítico y retrospectivo. El 81.2% de las mujeres fueron identificadas como experimentando depresión, con la violencia psicológica siendo un factor prominente, con un 34.7%. Factores sociodemográficos como se estableció una correlación entre la edad y el estado

civil con los síntomas depresivos, siendo las mujeres adultas más vulnerables y las solteras menos. Se identificó significancia estadística entre la edad madura y el grado de instrucción hasta el nivel de enseñanza secundaria, aunque el estado civil no mostró una significancia notable, el 86% de las mujeres convivientes sufrían depresión.

Concluyendo, en la región de Lima, se estableció una conexión entre la depresión y la incidencia de violencia doméstica en mujeres de entre 15 y 49 años, evidenciando que el 81.2% de las mujeres víctimas de violencia padecían depresión, especialmente la violencia psicológica; por lo que, la edad y la educación también mostraron asociación con la depresión.

Saldaña (2019) llevó a cabo su investigación titulada “*Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca*”, el estudio examinó la conexión en el tumulto de relaciones íntimas, marcadas por el flagelo del conflicto doméstico y los signos de depresión en un conjunto de mujeres de Cajamarca, con una muestra de 144 participantes. Se utilizó un esquema de investigación correlativa de corte transversal, empleando la Escala de Violencia Intrafamiliar y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)-2003. Los hallazgos evidenciaron una asociación de importancia entre ambas magnitudes, destacándose un coeficiente de correlación de Pearson que reflejó un nivel de relevancia de 0.00, indicando una asociación estadísticamente relevante. Se concluyó que, las féminas participantes en iniciativas de asistencia social auspiciadas por el ayuntamiento de Cajamarca experimentaban una conexión de relevancia entre el conflicto íntimo y la condición depresiva, como también, se notó que el grado de depresión más común fue el grave; además, se descubrió una correlación de importancia entre el grado de depresión y los diferentes tipos de violencia, incluyendo la psicológica, física y económica. En general,

se determinó que, a mayor violencia, mayores eran los indicadores de depresión en las mujeres estudiadas.

Con respecto a Quispe y Gutiérrez (2018), llevaron a cabo su estudio que denominaron “*Relación entre la violencia familiar y el feminicidio en Lima- 2017*”, el estudio investigó la conexión entre la violencia doméstica y el feminicidio, utilizando una muestra de 50 profesionales del derecho. Se empleó un diseño descriptivo y correlacional, y un cuestionario de 14 ítems como instrumento. Los resultados indicaron una conexión directa entre la agresión física, afectiva y sexual en la violencia intrafamiliar y el feminicidio, con un 82% de los participantes reconociendo la presencia de agresiones físicas en los casos de feminicidio, respaldado por la legislación vigente. Además, el 84% considera la emoción violenta como un indicador de alerta; por su parte, se encontró que la niñez y el entorno familiar influyen en el desarrollo afectivo de los individuos, según el 60% de los encuestados. Se determina que una conexión inmediata emerge entre la violencia intrafamiliar y el acto de feminicidio en Lima, y que la actitud violenta del agresor suele ser resultado de antecedentes de violencia familiar, corroborado por el 60% de los encuestados.

2.1.3. Antecedentes locales

Gutiérrez y Taipe (2022) en su estudio sobre “*Violencia Familiar y Depresión en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Emblemática Miguel Grau, Abancay, 2022*”, el estudio realizado buscó establecer la correlación entre la agresión doméstica y el trastorno depresivo en los alumnos de último ciclo de educación secundaria de una entidad académica en Abancay. Utilizando un diseño descriptivo correlacional, se

encuestó a 120 alumnos, empleando el cuestionario de violencia familiar de Altamirano y Castro; así como, el inventario de depresión de Beck (BDI-II)- 2014. Los resultados revelaron que el 46% de la muestra experimentaba depresión moderada; mientras que, solo el 11% presentaba depresión leve. De igual forma, se observó una tendencia hacia la moderación en diversos aspectos de los síntomas depresivos. Se concluyó que se verifica una interrelación entre la violencia familiar y el trastorno depresivo era débil, pero significativa ($\rho = 0.044$, $p < 0.001$). La violencia familiar moderada fue más prevalente (54%) en comparación con la violencia leve (3%). Asimismo, se encontró una tendencia hacia la moderación en las dimensiones física (50%) y psicológica (54%) de la violencia familiar.

Barbarán et al. (2020) a través del estudio “*Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el centro de salud mental comunitario especializado Pradera De Los Celajes, Andahuaylas, 2019*”, el trabajo realizado con una muestra de 96 mujeres buscaba determinar el grado de depresión y su conexión entre la violencia dentro del entorno familiar en la cual se aplicaron la ficha rápida de violencia familiar y el test de Hamilton para depresión. El 54,2% sufrió una modalidad de violencia, con predominio destacado de la violencia de tipo psicológico (86%) y la física (51%). Se detectó depresión baja en un 36,5% y moderada en un 31,3%. Se encontró una conexión evidente entre la agresión corporal y el desorden melancólico ($r=0,434$, $p=0,000$). Además, el 51% de la muestra experimentó violencia física en la familia y el 22,9% tuvo depresión moderada. Se observó una vinculación clara y sustancial entre la melancolía y la agresión de naturaleza sexual ($r=0,317$; $p=0,02$), con el 12,5% víctima de violencia sexual y el 10,4% con la tristeza en un grado desde moderado hasta extremadamente grave. Se concluyó que existe una

conexión de importancia estadística entre la agresión doméstica y la melancolía en mujeres tratadas en una institución de salud mental en Andahuaylas en 2019. El 1% que presentó la tristeza en un grado extremadamente grave experimentó todas las formas de agresión, mientras que, el 22,8% experimentó un solo tipo. No se encontró una asociación relevante relacionada con el estado de melancolía y la violencia psicológica.

Guzmán y Silvera (2019) en su tesis sobre “*Violencia y depresión en la población adulta que acude al centro de salud Ocobamba, Chincheros, Apurímac, año 2018*”, La meta de la investigación es analizar la conexión entre la agresión en el entorno familiar y el trastorno de ánimo melancólico en 62 personas adultas de entre 18 y 65 años que se dirigen al centro de atención médica entre marzo y noviembre. Se utilizó un enfoque descriptivo correlacional, recopilando datos mediante el Cuestionario de Violencia Intrafamiliar y el Cuestionario de Depresión de Zung. Se encontraron correlaciones significativas entre violencia física, psicológica y sexual, y depresión, con correlaciones fuertes y moderadas. En general, la violencia en adultos y la depresión mostraron una relación moderada. El 51,6% de la muestra presentó niveles moderados de depresión. Las conclusiones indican una correlación sustancial entre los distintos tipos de agresión y el trastorno melancólico, se observa una correlación moderada especialmente en el caso de la violencia de naturaleza sexual y depresión. Se destaca una relación inequívoca entre la agresión en adultos y depresión, estos hallazgos sugieren una asociación entre violencia intrafamiliar y depresión en personas adultas que acuden al Centro de Salud Ocobamba, Chincheros - Apurímac, en 2018.

Bravo (2018) (No hay referencia de la cita, implementar), realizó una investigación sobre “*Tipos de personalidad y su relación con la violencia de género en mujeres que acuden al programa nacional integral para el bienestar familiar (INABIF) - Abancay 2018*”, la investigación se enfocó en establecer la conexión entre el perfil psicológico y la violencia de género en mujeres que participan en el Programa Nacional Integral para el Bienestar Familiar (INABIF) de Abancay, utilizando un diseño no experimental e inductivo, se emplearon dos mecanismos de recopilación de datos: la Ficha de Evaluación Intrafamiliar (VIF) y el test de personalidad de Eysenck. Los hallazgos demostraron una asociación de importancia entre el perfil psicológico y la agresión hacia el género femenino, indicando que las usuarias del programa, con una tendencia melancólica en su personalidad, mostraron mayor índice de violencia de género y sexual; así como, una predisposición a sufrir estos tipos de violencia y a desarrollar trastornos depresivos con riesgo suicida. Además, se observó que las mujeres que han sufrido actos de agresión psicológica tienden a tener un temperamento melancólico. Se concluyó que estas mujeres son propensas a permitir abusos y a depender emocionalmente de sus parejas, especialmente si presentan una personalidad melancólica. Por otro lado, aquellas con una personalidad flemática pueden mostrar una menor capacidad de toma de decisiones y una probabilidad de dependencia emocional; a pesar de, presentar una personalidad más estable.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. *Depresión.*

Desde el siglo XIX se comenzó a utilizar el término depresión; no obstante, desde el siglo XX se empieza a utilizar como una denominación para el diagnóstico (Cáceres, 2017). Desde aquel momento, en adelante, múltiples escritores han dado su propia interpretación de este término, considerando lo acotado por de Beck et al. (1983), como a un estado anómalo del organismo en el que surgen síntomas y signos vegetativos específicos; sin embargo, se puede definir como un estado intrapersonal de afección y abatimiento que se manifiesta conductualmente y de forma cognitiva, que impacta en el desarrollo cotidiano del individuo (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009).

Asimismo, la depresión acorde al DSM-V es un diagnóstico clínico que presenta mayor potencial de mortalidad debido a las ideas y conductas suicidas, por lo que, es crucial diferenciar entre sentirse triste y sufrir de esta patología, el cuadro psicopatológico incluye un conjunto de indicadores sintomatológicos como la tristeza, la pérdida del sueño y del apetito, la desesperanza, el aislamiento y otros criterios que desencadenan disfuncionalidad en el bienestar de aquellos que lo experimentan; por lo que, es más compleja que la emoción que se experimenta cuando sucede algo que supone tristeza; la depresión se puede dar de forma episódica o estado de ánimo continuo y permanente, también puede tener niveles según su gravedad y se presenta en sus cinco núcleos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De igual forma, se encuentran los síntomas anímicos, los que conforman sentimientos de tristeza, abatimiento, infelicidad, irritabilidad, la sensación de vacío y en

casos especiales, la negación de la enfermedad o de los síntomas con la premisa de la incapacidad de experimentar emociones o la disminución del disfrute de emociones positivas en su vida; en cuanto a los síntomas motivacionales y conductuales, se consideran la pérdida del control y el sentido vital, de la disminución de la energía y convicción para realizar actividades cotidianas y de realizar tareas acompañados de un enlentecimiento general de respuestas motoras, del habla y de los gestos; el tercer componente es el cognitivo, estos síntomas se reflejan en el funcionamiento cognitivo básico y superior como almacenamiento de información, atención y concentración; en ese sentido, el pensamiento se convierte en circular y rumiante ligado a los contenidos alterados de las cogniciones sujeto a una valoración negativa del futuro, de uno mismo y de las situaciones; por último, los síntomas interpersonales, que se identifica como el deterioro del establecimiento y curiosidad por los vínculos sociales (OMS, 2020).

De otro lado, se pueden distinguir diferentes tipos de depresión referido a la clasificación que se considera en el CIE-11 del 2023 los cuales se encuentran dentro de los trastornos del estado de ánimo, que varían desde la discriminación entre episodio depresivo, episodio maníaco, episodio mixto e hipomaníaco; así como, los trastornos depresivos, sean con episodio único, recurrente, distímico, mixto de depresión y ansiedad, que incluyen una serie de síntomas relacionados a criterios de tiempo, frecuencia e intensidad de la sintomatología, es así, que estos síntomas depresivos pueden durar desde dos semanas hasta prolongarse por varios años e imposibilita el desarrollo personal óptimo y entorno a las relaciones interpersonales.

2.2.1.1. Teorías Cognitivas sobre la depresión

La premisa base de lo que distingue a las teorías cognitivas es cómo los procesos cognitivos desempeñan un propósito principal en tanto al principio, desarrollo y cese de los cuadros depresivos, en los que sostiene tres categorías de teorías: aquellas centradas en el análisis de datos, las teorías socio-cognitivas y las teorías conductuales-cognitivas (Belloch et al., 2009).

La teoría de Beck se ha considerado como una de las más conocidas al momento de hablar sobre la depresión, ésta se encuentra entre las teorías que se enfocan en el procesamiento de información, según diversos autores como Beltrán et al. (2012), suele tener como base aquel enfoque de susceptibilidad frente al estrés, donde se provoca la activación de diferentes esquemas de "pensamientos distorsionados" los cuales hacen que la persona se perciba de forma negativa, no solo a él mismo sino también al mundo que lo rodea y el futuro, todo ello hace que se mantengan aquellos síntomas depresivos que el paciente presenta en un inicio, en base con esto se creó el inventario de depresión de Beck, el cual ayuda a detectar la presencia de sintomatología depresiva; así como, su gravedad dentro del demográfico juvenil y la cohorte de individuos maduro; sobre cómo se da la formación de estos esquemas se menciona que estos inician en la niñez, y estos pueden parecer como inactivos; no obstante, emergen cuando la persona se encuentra en situaciones similares que le generan estrés a aquella situación inicial que causó todo aquello.

Aquellos esquemas que suelen ser activados son predominantes en las personas que padecen depresión, es por ello, que se da la filtración en los procesos de percepción y en

los recuerdos de ciertos estímulos, que convencen más a la persona de que aquellas cosas son así de negativas como ella las ve.

Por tal razón, Beck, en este punto nos da a conocer lo que se denomina como "triada cognitiva", que comprende la perspectiva negativa hacia el futuro, del mundo y de uno mismo; además es importante recordar que aquí se dan ciertos procesos que mantienen los síntomas depresivos como la manera de pensar en términos opuestos, conclusiones sin fundamentos, exageración y la selección de detalles específicos de forma sesgada, sobre generalización, personalización entre otros sesgos.

Otra teoría considerada es la teoría de la disparidad en la estimulación de Teasdale, en la que se asume la existencia de nodos o experiencias emocionales almacenadas en la memoria, que poseen pensamientos, creencias y recuerdos, y que al activarse el nodo de la depresión ante alguna acontecimiento, el estrés en un entorno tenso influye en los aspectos cognitivos relacionados y surgen bucles cognitivos que empiezan un círculo vicioso que se intensificará y mantendrá con el tiempo, por lo que la persona que los padece interpreta las situaciones como aversivas (Belloch et al., 2009).

Las teorías cognitivo sociales explican sobre la Teoría de la indefensión aprendida, la que según Martin Seligman (1975, citado en Belloch et al., 2009) en las que se involucra dos factores: a) Historial de fallos en el manejo de circunstancias, b) Historial de refuerzos no contingentes para controlar el ambiente, lo que conlleva a una percepción de la pérdida de control de situaciones y produce una reacción depresiva; por otro lado, la Teoría de los estilos de respuesta, propone que las respuestas rumiativas o conductas y pensamientos que se enfocan hacia indicadores de depresión explican el curso de la patología; asimismo, existen estilos de respuesta como la ya mencionada que ocasionan que se reduzca la

aparición de soluciones efectivas a los problemas a y otras como pensamientos de distracción, que permiten estabilizar el ánimo y concentrarse en ignorar los síntomas depresivos (2009).

Por último, las Teorías Conductuales- cognitivas contemplan la teoría del autocontrol de Rehm, que parte del supuesto que la depresión es consecuencia de perder reforzamientos externos; por lo que, experimentan desesperanza y se creen incapaces de poder controlar su conducta, más en concreto, ante el déficit de comportamientos de autorregulación, que representa el elemento de fragilidad, en conjunto con la carencia de estímulos externos positivos, lo que implica un factor estresante, se desencadena un episodio depresivo; de igual forma, existen ciertas condiciones adicionales como la carencia en los comportamientos de autoevaluación y autorreforzamiento de la persona, en ese sentido, la Teoría de autofocalización de Lewinsohn propone que todo empieza con un suceso antecedente estresor, que tienden a interrumpir patrones adaptativos del individuo; de modo que, se tiene una respuesta emocional desfavorable o un sentimiento de tristeza y dependerá sobre la relevancia del suceso y la interrupción para que sea de mayor o menor intensidad (Belloch et al., 2009).

El último planteamiento referido al tema es la Teoría interpersonal que tienen sus bases en la Escuela de Palo Alto en la que sostiene los elementos de relación entre personas, incluyendo aspectos colectivos como la familia surge en la etiología, evolución y tratamiento de la depresión, de la que se desprende la teoría de Coyne que considera las rupturas de relaciones interpersonales la causa a las respuestas depresivas; por consiguiente, el apoyo social que solían recibir se transforma en respuestas significativas que mantienen los síntomas; puesto que, el entorno empieza a percibir como aversivos los

comportamientos de las personas con esta patología y se frustran ante sus intentos de ayuda, lo que resulta en que las reacciones negativas del entorno incrementa la incidencia de conductas sintomáticas de la persona afectada y se convierte en un círculo vicioso hasta llegar al alejamiento y confirmación de la visión negativista de sí mismo (2009).

2.2.1.2. Teorías Conductuales sobre la depresión

La base teórica conductual de la depresión es semejante a las teorías del aprendizaje y el condicionamiento operante, la idea que se plantea en Skinner (1953, citado en Belloch et al., 2019) se trata de la reducción global de la frecuencia de comportamientos; es decir, el número de veces en las que se ha disminuido la aparición de conductas por parte del individuo; en los trabajos experimentales de Charles Ferster se evidencia que, en individuos con depresión, la frecuencia de comportamientos que son reforzados positivamente y que ayudan a hacer frente al entorno tiende a ser menor; no obstante, se observa un aumento en las conductas de escape y evitación frente a estímulos que les suponen desagradables, también se precisa cuatro procesos que pueden explicar la patología depresiva si se combinan o se presentan de forma independiente: a) los cambios inesperados y rápidos, los que se explican en la pérdida del refuerzo o estímulos para la persona, b) programa de refuerzo de gran coste, los que implican tener que posponer la gratificación por mucho tiempo y no encontrar refuerzo que compense la conducta ejercida, c) espirales patológicas, las que se presentan como el menor número de refuerzos positivos que no permiten ejecutar repertorios conductuales, d) repertorios de observación limitados, no encontrar modelos de conductas coherentes y suficientes para encontrar el reforzamiento positivo, por el contrario se mantienen las conductas por reforzamiento negativo.

También, podría entenderse que la depresión constituye una reacción a la carencia o ausencia de estímulos positivos asociados con el comportamiento, en ese sentido, los reforzadores involucrados en el reforzamiento pierden su efectividad por factores endógenos o exógenos y una razón que contribuye al surgimiento de un episodio de depresión (Belloch et al., 2019).

El contextualismo funcional, fundamentado en la filosofía de Stephen C. Pepper y posteriormente desarrollado por Hayes et al., se concentra en la interpretación e interpretación de los fenómenos a través de una "metáfora raíz"; así como, en cómo estos fenómenos y sus interpretaciones se enmarcan en contextos culturales y biológicos específicos. Este enfoque concibe el conocimiento como un proceso que se desarrolla en función del contexto y la función, en lugar de ser simplemente una acumulación de hechos. Es una filosofía científica central en la Ciencia Contextual Conductual (CBS), la cual abarca enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Teoría del Marco Relacional (RFT), y proporciona un marco para comprender cómo la conducta está influenciada y mantenida por su contexto (Maero, 2022).

Según Hayes et al. (2012), esta perspectiva dirige el análisis conductual hacia la función de la conducta dentro de su contexto, en lugar de centrarse únicamente en su forma o estructura. Al aplicar el contextualismo funcional explorando la depresión en mujeres afectadas por violencia familiar, se examina cómo la violencia y sus consecuencias impactan y modifican las conductas y experiencias de las mujeres afectadas. Esta perspectiva resulta crucial para entender la depresión como una respuesta adaptativa a un contexto particularmente adverso, resaltando la interacción entre el ambiente, la experiencia individual y la conducta.

Este enfoque, al aplicarse en el estudio mencionado, se concentra en cómo los contextos específicos de violencia familiar alteran las funciones de las conductas y emociones de las mujeres afectadas por esta situación. Se consideran factores como los reforzadores negativos (como el alivio de la tensión tras evitar confrontaciones) y los cambios en los reforzadores positivos (como la pérdida de relaciones o actividades gratificantes). Sin duda alguna, este enfoque va más allá de ver la depresión simplemente como una serie de manifestaciones aisladas, considerándola una consecuencia de interacciones complejas y dinámicas entre la persona y su entorno.

2.2.1.3. Teorías Contextuales sobre la depresión

La teoría de la activación conductual es una perspectiva dentro del marco de las terapias contextuales que ofrece una comprensión única de la depresión y propone intervenciones específicas para abordarla; asimismo, esta teoría menciona e interioriza que la depresión está influenciada por la falta de actividades gratificantes y el aislamiento social, y propone que la modificación de los patrones de comportamiento puede tener un impacto significativo en el restablecimiento de procesos emocionales, su estabilización y bienestar de los individuos (González-Terrazas y Campos, 2021).

La teoría de la activación conductual se fundamenta en varios principios psicológicos y teóricos. Uno de los pilares fundamentales es el modelo de aprendizaje operante de Skinner, que postula que el comportamiento humano está afectado por sus consecuencias. En el contexto de la depresión, esta teoría define que la falta de reforzadores positivos en la vida de una persona puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión (2021).

Por su parte, la teoría de la activación conductual también sienta sus bases en el paradigma cognitivo-conductual de la depresión, que enfatiza la interacción entre pensamientos, emociones y comportamientos. Sin embargo, a diferencia del enfoque tradicional de la terapia cognitivo-conductual, que se focaliza en la transformación de los pensamientos distorsionados, la activación conductual se enfoca principalmente en modificar los patrones de comportamiento para mejorar el estado de ánimo (González-Terrazas y Campos, 2021).

La teoría de la activación conductual postula varios principios básicos que guían la intervención terapéutica. Uno de los principios fundamentales es la identificación de actividades placenteras y significativas para el individuo. Esto implica ayudar al paciente a identificar actividades que le brinden satisfacción y sentido de logro, incluso si inicialmente carece de interés o motivación para participar en ellas (2021).

Otro principio importante de la activación conductual es la designación gradual de actividades agradables. En lugar de intentar abordar todos los problemas y desafíos de una vez, la terapia de activación conductual se centra en introducir cambios graduales en los patrones de comportamiento del individuo. Esto puede implicar comenzar con actividades simples y luego avanzar hacia actividades más desafiantes a medida que el paciente gana confianza y motivación (2021).

Además, la activación conductual también se enfoca en fomentar la participación activa del individuo en la fase de su propio cambio. Esto implica empoderar al paciente para que asuma un rol activo en la identificación y programación de acciones placenteras; así como, en la evaluación de su progreso y ajuste de objetivos a lo largo del tiempo (2021).

En resumen, la teoría de la activación conductual ofrece una perspectiva única y efectiva para el tratamiento de la depresión al centrarse en la modificación de los patrones de comportamiento para mejorar el estado de ánimo y el bienestar subjetivo. Fundamentada en principios del aprendizaje operante y el modelo cognitivo-conductual de la depresión, la activación conductual proporciona un marco comprensible y práctico para ayudar a los individuos a superar la depresión y recuperar una vida plena y satisfactoria.

2.2.1.4. Dimensiones de la Depresión

A través del trabajo propuesto por Calderón (1999, citado en Gálvez y Prieto 2022), siguiendo la Teoría de Beck, la depresión se puede manifestar a través cinco dimensiones:

a) El área afectiva en la que se resaltan los indicadores de los procesos emocionales, como los sentimientos de apatía a actividades que antes se disfrutaban, aislarse del entorno, minimizar sus intereses, la labilidad emocional expresada en el llanto y tristeza, la nula valoración por lo que se hace, la culpa, conmoción y agitación que subyacen a la patología depresiva.

b) El área motivacional se relaciona principalmente por la carencia de empuje e insatisfacción ante las expectativas, la pérdida del placer e ideaciones suicidas, el ejercer acciones en contra de la propia integridad.

c) En el área cognitiva se evalúan los síntomas relacionados al pesimismo, a la desconfianza frente al futuro, no estar conforme con uno mismo, a la percepción de fracaso del individuo, a las preocupaciones y auto imágenes desvirtuadas de la realidad e indecisión.

d) El área conductual se refiere a las dificultades para realizar labores profesionales, la pérdida de vitalidad, alejamiento social y rasgos de irritabilidad.

e) El área física se basa en los cambios del apetito lo que se expresa en pérdida del peso, los hábitos de vigilia y sueño, la pérdida de concentración e interés sexual.

2.2.1.5. Signos y Síntomas

En la actualidad, la palabra depresión es muy empleada y muchas personas se auto diagnostican con este trastorno; no obstante, no sólo el sentimiento de tristeza es igual a depresión. Según Riveros et al. (2007, como se mencionó en Cáceres, 2017), la depresión clínica presenta:

- **Estado de ánimo triste**, el individuo experimenta un ánimo decaído durante la mayor parte del día o todo el día, los allegados a ésta la pueden percibir como más distantes, sería, aislada o irritable, suele pensar que solo a ella le ocurren todos los problemas, incluso a veces se presenta el llanto cuando la persona recuerda los eventos negativos recientes o que hayan ocurrido hace meses atrás.
- **Anhedonia**, es una de las características más relevantes, donde la persona ha perdido el interés en las actividades que solía disfrutar; puesto que, no siente placer ni motivación para realizarlo, por ejemplo, una persona que anteriormente disfrutaba de dibujar mándalas, ahora le demanda mucho esfuerzo realizarlo es por ello que se convierte en una actividad que ya no es agradable, por lo que es muy probable que deje de realizarlo.

- ***Sentimientos de culpa***, individuos que sufren de depresión regularmente piensan que se encuentran en aquella situación por las decisiones que tomaron; en otras palabras, por lo que hicieron o no, y los conlleva a sentir arrepentimiento, culpa y/o remordimiento.
- ***Ideación suicida***, cuando se dan los pensamientos de acabar con su propia existencia, es importante acotar que, la tasa de suicidios de personas deprimidas es ascendente, las estadísticas mencionan que se encuentran entre un 60 y 80%.
- ***Insomnio y otros trastornos del sueño***, en los casos de depresión suelen haber personas que padecen de insomnio terminal o tardío; ya que, suelen despertarse entre una a tres horas más temprano de lo que usualmente solían hacerlo, sin poder conciliar el sueño nuevamente, en algunos casos a causa de los pensamientos negativos que tienen; no obstante, otras personas pueden tener más horas de sueño, alcanzó en algunas ocasiones las 12 horas de sueño.
- ***Fatiga***, la persona se muestra a lo largo del día sin energía, esto la lleva a quedarse la mayor parte del día en su habitación.
- ***Alteración psicomotora y/o ansiedad mental***, en algunos casos la persona se muestra muy ansiosa; por lo que, mueve las manos o piernas de manera rápida, inquieta, etc.; para poder diagnosticar será importante que estos síntomas también sean visualizados por los demás.
- ***Malestares físicos***, aquí se incluyen las siguientes dificultades como las náuseas, boca seca, cefaleas, malestares musculares, entre otros.
- ***Cambios en el peso y/o apetito***, en algunos casos se pierde una cantidad de peso alarmante, y es de consideración poner mucha atención, si aquella pérdida de peso es

mayor a cinco kilos debe ser evaluada; asimismo, es importante que la persona pase por una evaluación médica y descartar la posible presencia de cualquier trastorno alimenticio.

- ***Disminución del deseo sexual***, en los varones por su parte por medio de la disfunción eréctil y en las mujeres por la anorgasmia, también las personas suelen presentar desinterés por la actividad sexual con la pareja debido a la falta de placer experimentado.

2.2.1.6. Criterios diagnósticos según el manual CIE-11 y DSM 5

La depresión es una enfermedad mental incapacitante que afecta a un sinnúmero de personas en diferentes lugares del mundo. Diagnosticar la depresión de manera precisa y temprana es fundamental para brindar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Tanto el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^a edición) como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^a edición) son dos herramientas ampliamente utilizadas por profesionales de la salud mental para el diagnóstico de trastornos depresivos. Seguidamente, se describen los criterios diagnósticos para la depresión según estas dos clasificaciones.

2.2.1.6.1. Criterios Diagnósticos según el CIE-11.

El CIE-11, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es una clasificación internacionalmente reconocida de enfermedades y trastornos mentales. En esta edición, la depresión se clasifica como un trastorno del estado de ánimo y se define por la presencia de una serie de síntomas característicos. Los criterios diagnósticos para la depresión según el CIE-11 son los siguientes:

- **Estado de ánimo depresivo:** se requiere la existencia de ánimo depresivo durante muchas horas al día, casi todos los días, manifestado por sentimientos de tristeza, vacío o desesperanza (OMS, 2023).
- **Pérdida de interés o placer:** junto con el estado de ánimo deprimido, se observa una reducción significativa del placer en actividades que solían ser gratificantes (2023).
- **Síntomas somáticos:** se pueden presentar síntomas somáticos, como alteraciones en el apetito o el peso, alteraciones del sueño, fatiga o disminución de la energía (2023).
- **Dificultades cognitivas:** pueden estar presentes dificultades en la concentración, la toma de decisiones o la capacidad de pensar con claridad (OMS, 2023).
- **Sentimientos de inutilidad o culpa:** las personas con depresión pueden experimentar sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, incluso en situaciones en las que no hay razón para sentirse de esa manera (2023).
- **Ideas suicidas o comportamiento suicida:** en algunos casos, la depresión puede estar acompañada de pensamientos intrusivos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio (2023).

Para cumplir con el diagnóstico de depresión según el CIE-11, se requiere la presencia de al menos dos de los síntomas mencionados anteriormente, incluido el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer. Estas manifestaciones se deben presentar durante al menos dos semanas y representar un cambio significativo con respecto al funcionamiento previo del individuo.

2.2.1.6.2. Criterios Diagnósticos según el DSM-5.

El DSM-5, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es otra herramienta ampliamente utilizada para el diagnóstico de trastornos mentales, incluida la depresión. Los criterios diagnósticos para la depresión según el DSM-5 son los siguientes:

- **Estado de ánimo depresivo:** al igual que en el CIE-11, se requiere la presencia de un estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días, manifestado por sentimientos de tristeza, desesperanza o irritabilidad en niños y adolescentes (American Psychiatric Association [APA], 2013).
- **Pérdida de interés o placer:** se observa una disminución significativa del interés o placer en casi todas las actividades, lo que se conoce como anhedonia (2013).
- **Cambios en el peso o el apetito:** pueden presentarse cambios significativos en el peso corporal o en el apetito; ya sea, pérdida o aumento de peso no intencional (2013).
- **Alteraciones del sueño:** se pueden experimentar dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado, conocidas como insomnio o hipersomnía, respectivamente (APA, 2013).
- **Agitación o ralentización psicomotora:** junto con los cambios en el sueño, pueden presentarse agitación o ralentización psicomotora; es decir, una sensación de inquietud o de estar frenado en el movimiento (2013).
- **Fatiga o pérdida de energía:** se observa un decremento significativo de la energía o fatiga, incluso después de un esfuerzo mínimo (2013).

- **Sentimientos de inutilidad o culpa:** al igual que en el CIE-11, pueden presentarse sentimientos excesivos de inutilidad o culpa; así como, dificultades en enfocarse o pensar con claridad (2013).
- **Pensamientos suicidas o comportamiento suicida:** en algunos casos, la depresión puede estar acompañada de pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio (2013).

Al igual que en el CIE-11, para cumplir con el diagnóstico de depresión según el DSM-5, se requiere la presencia de una combinación de síntomas durante un período específico de tiempo. En este caso, los síntomas deben prevalecer durante al menos dos semanas y representar un cambio significativo con respecto al funcionamiento previo del individuo.

2.2.1.6.3. Comparación entre el CIE-11 y el DSM-5.

Aunque los criterios diagnósticos para la depresión según el CIE-11 y el DSM-5 comparten similitudes importantes, también existen algunas diferencias significativas. Por ejemplo, el CIE-11 no incluye la categoría de trastorno depresivo mayor; en cambio, define la depresión como un trastorno del estado de ánimo con síntomas específicos. Por otro lado, el DSM-5 utiliza el término trastorno depresivo mayor para describir una forma más grave de depresión, que requiere la presencia de al menos cinco de los síntomas mencionados anteriormente, incluido el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer (Pérez et al., 2017). Otra diferencia importante entre el CIE-11 y el DSM-5 radica en la forma en que abordan los síntomas somáticos. Mientras que el CIE-11 incluye cambios en el apetito, el peso y el sueño como parte de los criterios diagnósticos, el DSM-5 los considera como

síntomas adicionales que pueden estar presentes en la depresión, pero no son necesarios para el diagnóstico (2017).

2.2.1.7. Epidemiología de depresión

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017), refiere que son más comunes los casos de depresión en femeninas que en varones; dado que, estadísticamente para el 2015, se evidenció un porcentaje de 5,1% de depresión en mujeres; mientras que, en los varones el porcentaje era de 3,6%, aunque algunas personas suelen pensar que éstas son cifras bajas, recordemos que este fue un reporte oficial para el año 2017 y que, en estos años, estas cifras pueden haberse multiplicado.

La frecuencia de la depresión es significativamente mayor en mujeres que en hombres, se cree que, en esta diferencia intervienen distintos factores como biológicos, hormonales, psicosociales e incluso algunas situaciones propias de las distintas etapas de la vida, presentándose de manera distinta entre el varón y la mujer. Por lo que, distintas investigaciones han demostrado que existe una relación directa entre las hormonas y las distintas sustancias químicas que regulan los estados de ánimo y las emociones; razones que podrían explicar por qué el grado de susceptibilidad en las mujeres es muy alto cuando acaban de dar a luz; de esa forma, también en algunas situaciones se habla que en esta etapa pueden padecer un tipo de cuadro depresivo, denominado depresión post parto. Si bien hay ciertos factores biológicos que influyen en que las mujeres experimentan depresión con mayor frecuencia que los hombres, también existen factores psicosociales que influyen, sean la gran carga de trabajo que ellas tienen que asumir porque realizan diversas labores como el cuidado de los hijos, limpieza del hogar, entre otras, aunque se puede ver que a

pesar de que hay mujeres que afrontan situaciones similares, hay algunas que si padecen de depresión, pero otras por lo contrario no, aún existe aquella duda y es por ello que se está investigando (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

2.2.2. *Violencia Familiar*

La OMS (1998), señala sobre la violencia dirigida hacia mujeres o miembros del entorno familiar, donde especifica que es cualquier acción violenta fundada en el género que coadyuva a un daño psicológico, físico o sexual; asimismo, se deben considerar las intimidaciones, la coerción y la restricción de la libertad, ésta puede incurrir en la vida privada o pública.

De acuerdo a la Ley Nro. 30364 define a la violencia en contra la mujer e integrantes del grupo familiar en su artículo número 5 y 6: La violencia en contra de la mujer es aquel acto y/o conducta que ocasiona el deceso, afectación o las mujeres enfrentan sufrimiento de índole sexual, físico o psicológico debido a su género. Sea dentro del marco público o privado. Del mismo modo, la manifestación de agresión dirigida hacia individuos que comparten lazos consanguíneos es otro aspecto a considerar se denomina como aquella conducta que genera el deceso, daño o dolencia física, psicológica y sexual que se perpetra en una asociación definida por la incumbencia y la credulidad, de un miembro hacia otro del círculo familiar, en el Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (2021), se desglosan conceptos de violencia en contra de las mujeres:

a. Aquella que forme parte y se inserte en el seno familiar o en cualquier otra relación con su medio externo, ya sea que el perpetrador del delito conviva o haya

convivido en el mismo hogar que la mujer agredida. hace parte también de hechos como, violencia, maltrato de tipo físico, mental y/o sexual.

b. Aquella que forme parte de la comunidad, también es vulnerable a ser víctima de violencia por algún otro habitante de la misma y comprende, el abuso sexual, violación, trata de blancas, prostitución coaccionada o acoso sexual en el sitio donde labora o cualquier otro.

c. Aquella que haya sufrido violencia o se haya tolerado por representantes del estado, en cualquier lugar que se efectúe el delito.

Mencionan Montero et al. (2011), la terminología violencia familiar es utilizada cuando un sujeto impone superioridad, agrede a integrantes de la familia, esta índole de violencia puede ser física, psicológica y/o sexual. Por lo tanto, la relación está basada en abusos y está entendida como la que es ocasionada por una de las partes, generando en la víctima una afectación tanto física como psicológica o ambos, sea ésta por acción u omisión, considerando que la acción se da en un contexto de desequilibrio de poder entre una parte y otra. Para constituir un hecho de violencia familiar, la situación basada en el maltrato debe ser severa, continua y a su vez permanente, haciendo referencia de esta manera a las múltiples formas de abuso inmersas en el núcleo familiar.

Varea y Castellanos (2006), comentan que la violencia familiar puede ser explicado como cualquier situación sobrevenida en el ambiente familiar, generado por un integrante de la familia que ejerza poder sobre los otros, atentando contra la vida, la integridad física, mental, o la independencia del otro o muchos integrantes de la familia como tal; así

también, califica como violencia familiar las amenazas que afecten gravemente el curso y desarrollo de su personalidad.

2.2.2.1. Modelos teóricos sobre violencia familiar

Castillo et al. (2015), describen los siguientes modelos teóricos acerca de la violencia familiar:

- ***Modelo teórico psiquiátrico***, sostiene que las personas que atentan violentamente contra un miembro de la familia, sufren algún trastorno mental que se define como sado-masoquismo. Este modelo es complicado de ubicar en la literatura especializada actual; pues, se precisa que, por algún motivo, algunos agresores sufren enfermedades mentales, la incidencia de enfermos mentales no es alta entre la población como tal; de igual manera este modelo también es denominado como modelo médico, tal es así que se busca las causas que generan la violencia familiar, comúnmente conocidas como variantes generadoras de violencia, como el alcohol, la conducta anormal o el comportamiento de la víctima de violencia.

- ***Modelo teórico de los recursos***, refiere que la problemática sobre violencia familiar se desencadena por la carencia de recursos, en principio económicos; en tal sentido, considerar como contestación el facilitar los recursos ausentes resulta ser un mito.

- ***Modelo teórico cultural***, busca establecer un resultado concreto referente a la incógnita sobre qué ocasiona la violencia familiar, incurriendo a variantes como el estatus social, estrés por carencias económicas, la jerarquía de poder asignado tanto en la sociedad cómo en la familia. la violencia preexistente en ámbitos socio políticos. No obstante, no es posible afirmar que algunos de los factores antecidos estén conectados del todo a la

violencia familiar; dado que, ninguno de estos por sí mismo, puede dar razón del problema en su totalidad.

● *El modelo ecológico*, aborda la problemática sobre violencia desde una serie de interrelaciones dinámica y desglosadas en diferentes subsistemas:

a) El macrosistema, hace referencia a creencias de tipo culturales que validan por años una comunidad donde se imponen jerarquías de poder y subordinación.

b) El ecosistema, se basa en organismos de educación, judiciales, políticas, etc. A través de las cuales se difunden valores culturales. Por medio de estos entornos se legitima la violencia, acto seguido se expanden figuras de poder, para estos fines se utilizan gran cantidad de medios comunicación, etc.

c) El microsistema, se establecen elementos de tipo estructural en la relación familiar, donde predomina la violencia rige una conformación de corte más autoritario, las etiquetas sociales delimitan el proceder educacional y están inmersos en las relaciones autoritarias y de subordinación entre los miembros de la misma; esta particularidad no se hace presente en el exterior de la familia, a efectos de preservar una reputación aceptada por la sociedad, manteniendo en privado su verdadera imagen.

El marco conceptual subyacente a este estudio es el modelo ecológico de la violencia, en él se presentan los subsistemas de relación entre los individuos, los cuales describen las estructuras y la coexistencia de sistemas relacionados entre sí, que influyen en la presencia de ideales de violencia y de patrones conductuales de referencia entre los miembros de cada sistema, iniciado desde el núcleo familiar hasta la sociedad.

2.2.2.2. Tipos de violencia familiar

Castillo et al. (2015), comentan que en la actualidad existen múltiples tipos de violencia familiar y que en algún momento pudimos haber sido víctimas de ello, tal es así, la expresión de violencia adopta diversas formas como de carácter físico, psicológico y sexual, haciéndose parte de la violencia intrafamiliar, con base en lo antecedido, son justamente estos tres aspectos, los expertos consideran fundamentales e imperativos para determinar las distintas modalidades de violencia que surgen en el contexto familiar.

- ***Violencia física***, se ejercen desde bofetadas, puñetazos, estrangulación, patadas y múltiples formas inimaginables para ocasionar sufrimiento y daños perjudiciales de extensa duración e incluso incurrir al homicidio (Tristán, 2005) (No hay referencia de la cita, agregar).

- ***Violencia psicológica emocional***, se ejerce mediante amenazas, comentarios despectivos, lenguaje sexista y comportamiento que genera humillación, los cuales se constituyen como componentes reincidentes de una conducta agresiva o violenta hacia las mujeres que pueden progresivamente agravar su bienestar psíquico o emocional, por tanto, cualquier tipo de violencia, sea esta física o sexual tiene efectos adversos en el estado mental de la víctima de violencia. Asimismo, la violencia psicológica puede darse antes, después o durante la violencia física o sin la presencia de ésta (Castillo et al., 2015).

- ***Violencia económica***, se basa en la imposición de poder en el contexto socioeconómico; así como, bienes o recursos propios de la familia, a efectos de imponer autoridad sobre ello frente a los demás integrantes de la familia.

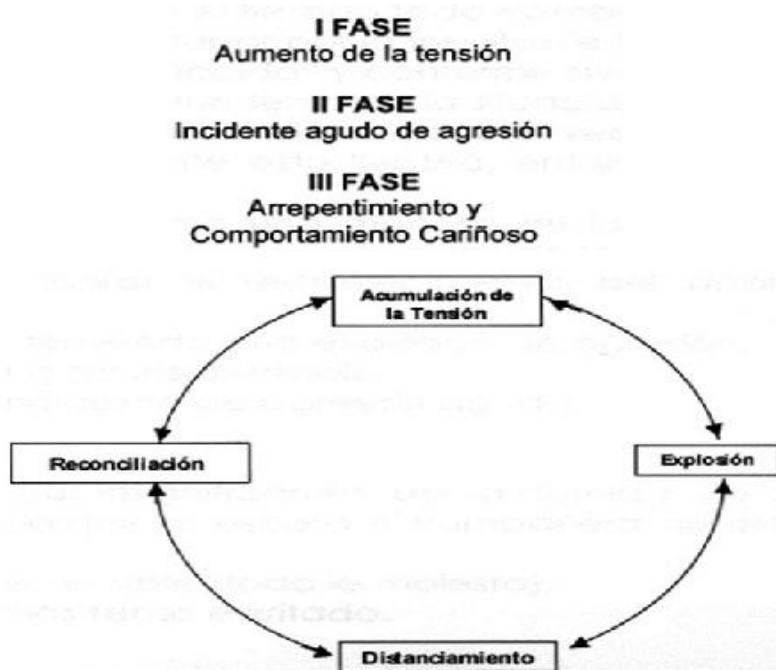
- ***Violencia sexual***, se refiere a la violación sexual, las definiciones de esta conducta pueden variar dependiendo del país y cómo se constituye este hecho, sin embargo, en los

últimos años se ha establecido una importante definición respecto a violencia sexual, siendo esta, cualquier forma de sexo coaccionado o degradación de tipo sexual.

2.2.2.3. Ciclo de la violencia

Como se precisa en Rueda (2019), inicialmente, Leonore Walker fue quien introdujo el concepto del ciclo de violencia en 1979, quien manifiesta que, durante la etapa de tensión, se observa la rumiación y lo que se conoce como excitación aversiva. Por otro lado, en la fase de explosión, el agresor puede experimentar visión en túnel o ceguera selectiva y para finalizar la persona víctima de maltrato decide ceder para establecer la fase de reconciliación.

Figura 1. Ciclo de Violencia doméstica por Leonor Walker



Nota: El gráfico muestra las tres fases de la violencia doméstica. Fuentes: Bogantes (2008).

2.2.2.4. Estadísticas de la violencia familiar

Matassini et al. (2022), comentan que a lo largo del mundo y en el Perú la violencia dirigida hacia las mujeres y los miembros del grupo familiar es la más prevaleciente, principalmente en América latina, las cifras dejan entrever que aproximadamente al menos una vez en sus vidas, el 50% de las mujeres han experimentado violencia doméstica; no obstante, no son evidenciables registros de denuncias por dicho delito; así como, la recabación y sistematización de datos por parte de los gobiernos correspondientes; de acuerdo a, las cifras proporcionadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), durante el primer trimestre de 2020 (enero a marzo), se reportaron aproximadamente 35,903 casos de violencia contra mujeres. Del total, el 22% afectó a niñas y adolescentes. En cuanto a la incidencia por tipos de violencia en el mismo período, el 11% fue de naturaleza sexual, el 40% física y el 49% psicológica. También, se comenta que diversos medios periodísticos han podido visualizar la incidencia de violencia familiar a partir de la pandemia, se tiene conocimiento que el portal informativo Perú 21, dio a conocer que un total de 43 mujeres fueron víctimas de violación a lo largo de la cuarentena por la pandemia, de las cuales un total de 27 eran niñas; por otro lado, el portal periodístico La República informó que cuando se iban cumpliendo 17 días de la cuarentena, se reportaron más de 5000 llamadas a la Línea 100 que fueron atendidas, de las cuales se identificó que 538 casos de agresiones eran de tipo físicas y psicológicas, 25 mujeres fueron colocadas en condición de amparo y 131 menores fueron movilizadas a albergues temporales.

2.2.2.5. *Factores de riesgo*

La OMS (2021), expresa que, respecto a los factores en lo referente a la violencia de pareja y la violencia sexual, se encuentran los factores de riesgo que se muestran:

- Exposición al maltrato infantil.
- Haber sido espectador de casos de violencia familiar.
- Diagnosticado con algún trastorno de la personalidad antisocial.
- Adicción al alcohol.
- Comportamiento dañino del agresor, como mantener muchas relaciones sentimentales o calificar como apropiada la violencia.
- Lineamientos sociales que proporcionan prioridad o autoridad a los hombres sobre las mujeres, posicionándose en condición de inferioridad.
- Desigualdad para las mujeres al adquirir trabajos remunerados.
- Casi nula igualdad de género (leyes que resultan discriminatorias, etc.).
- Antecedentes de casos de violencia.
- Disconformidad en el matrimonio y falta de comunicación.
- Posición de superioridad del hombre a la mujer.
- Factor sociocultural ligado a creencias de mujeres vírgenes y el honor familiar.
- Ideologías que otorgan privilegios al sexo masculino.
- Escasas sanciones judiciales en casos de violaciones sexuales.
- Aceptación social de violencia hacia la mujer.

2.2.2.6. Consecuencias de la violencia familiar

Rueda (2019), manifiesta respecto a las consecuencias dentro del espectro de entre las modalidades de la violencia intrafamiliar más significativas es repercusiones en el eje de salud mental que se genera en la violencia de pareja, especialmente hacia las mujeres, se evidencia una presencia o tendencia a padecer sintomatología ansiosa y/o depresiva, donde las mujeres víctimas tienen mayor probabilidad de enfrentar riesgos comparadas con aquellas que no han sido víctimas. Además, son más susceptibles a sufrir trastorno de estrés postraumático, insomnio, trastornos alimenticios y pensamientos suicidas. Seguido de ello, pensamientos de culpa, vergüenza y coadyuvar a la dependencia emocional, que en efecto refuerzan los estadios ansiosos y depresivos que conllevan a las mujeres a quitarse la vida en última instancia. Así también, las mujeres deciden aislarse e incapacitarse para realizar tareas de la cotidianidad, un ejemplo de ello, cuando no están en condiciones de trabajar, va generar pérdida de sueldo o incluso el desempleo, acto seguido escasa participación en actividades por la imposibilidad de hacerse cargo de ellas mismas o sus hijos; mujeres previamente afectadas por violencia, tienen mucha predisposición a tornarse como consumidoras de sustancias psicoactivas, alcoholismo, también, la medicación de la cual pueden volverse dependientes pueden ser psicofármaco, prescritos previamente por algún especialista de salud mental o en un extremo auto medicarse erróneamente; por otra parte, la ingesta de alcohol es frecuente en mujeres que han sufrido maltrato; y, en efecto, la cantidad de consumo es directamente proporcional con el grado de violencia padecido, como punto final el consumo de sustancias es más recurrente en mujeres jóvenes que son víctimas de violencia.

2.2.2.7. Disposiciones sustantivas para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar

En la Defensoría del Pueblo (2019) a través de su portal menciona respecto a la manera en que se comprende y se pone en práctica la Ley N°30364; de modo que, cualquier decisión tomada por el Estado mediante sus organismos públicos y entidades dadas las iniciativas emprendidas por la sociedad, son aspectos que necesitan ser examinados, se otorga especial importancia a los siguientes artículos y sus principios:

a) Artículo 2. Principios rectores

- **Principio de igualdad y no discriminación**, en la que se asegura la equidad de género entre mujeres y hombres, también se prohíbe cualquier expresión de discriminación. Se considera discriminación toda diferencia, exclusión o limitación fundamentada en el género, que tenga la intención o el efecto de perjudicar o cancelar la validación, la capacidad de disfrute o la práctica de los derechos individuales.
- **Principio del interés superior del niño**, en todas las disposiciones relativas a las menores adoptadas por organismos gubernamentales o no gubernamentales dedicados al bienestar infantil, tribunales, entidades administrativas o cuerpos legislativos, es fundamental dar prioridad al interés superior del niño.
- **Principio de la debida diligencia**, el Estado implementa de manera inmediata todas las estrategias orientadas a evitar, castigar y eliminar cualquier tipo de violencia dirigida hacia las mujeres y los miembros del núcleo familiar.
- **Principio de intervención inmediata y oportuna**, los operadores de justicia y la Policía Nacional del Perú, frente a la ocurrencia o amenaza de violencia, deben intervenir de

manera inmediata, sin demora debida a motivos procesales, formales u otros, aplicando las medidas de protección establecidas por la ley y otras disposiciones, con el objetivo de brindar una atención efectiva a la víctima.

- ***Principio de sencillez y oralidad***, todas las medidas vinculadas a situaciones de violencia dirigidas hacia mujeres y miembros del núcleo familiar se desarrollan con un enfoque que minimiza las formalidades, en entornos que sean acogedores para las presuntas víctimas, con el objetivo de fortalecer la confianza en el sistema y fomentar su participación para asegurar la apropiada sanción del agresor y la restitución de los derechos vulnerados.
- ***Principio de razonabilidad y proporcionalidad***, el encargado del proceso judicial relacionado con la violencia debe considerar cuidadosamente la adecuación de las medidas de protección y rehabilitación en comparación con el posible daño causado. Este análisis debe ser específico para cada caso, garantizando la preservación efectiva de la vida, la salud y la dignidad de las víctimas.

b) Artículo 3. Enfoques

- ***Enfoque de género***, se admite la presencia de desequilibrios en la relación entre géneros, surgidos de las disparidades de género que se identifican como una de las raíces prevalentes de la violencia dirigida hacia las mujeres. Se debe orientar el desarrollo de planes de acción destinados a fomentar y promover la equidad de género entre hombres y mujeres.
- ***Enfoque de integralidad***, se insta que la violencia contra las mujeres tiene múltiples orígenes, que pueden estar arraigados en diferentes causas y factores presentes en una variedad de entornos, ya sea a nivel individual, familiar, comunitario o estructural. Por

ende, resulta crucial llevar a cabo intervenciones en varios niveles y desde distintas disciplinas, teniendo en cuenta las situaciones en las que las personas se desenvuelven e interactúan.

- ***Enfoque de interculturalidad***, se valora la necesidad de promover un intercambio de ideas entre las distintas culturas dentro de la sociedad peruana, con el propósito de promover y desarrollar el respeto hacia los demás desde diversos trasfondos culturales. Bajo este enfoque, no se toleran prácticas discriminatorias arraigadas en la cultura que perpetúen la violencia o que obstaculicen la plena equidad de derechos entre personas de diferentes géneros.
- ***Enfoque de derechos humanos***, el enfoque primordial de cualquier acción conforme a esta Ley debe asegurar la plena realización de los derechos humanos, reconociendo a quienes son titulares de estos derechos y lo que les corresponde según sus necesidades individuales. Al mismo tiempo, se señalan las obligaciones y responsabilidades de aquellos sujetos a estas disposiciones. Se busca reforzar la capacidad de quienes poseen derechos para reclamarlos y de aquellos con obligaciones para cumplirlas.
- ***Enfoque de interseccionalidad***, se identifica que la experiencia de violencia en mujeres está influenciada por una variedad de factores e identidades, como etnia, color de piel, religión, opiniones políticas, origen nacional o social, nivel económico, estado civil, orientación sexual, condición de salud, situación de inmigrante o refugiada, edad y discapacidad. De modo que, se establecen medidas específicas dirigidas a grupos particulares de mujeres en función de estas circunstancias.

- **Enfoque generacional**, admite la importancia de discernir las estructuras de autoridad en distintas fases de la existencia y sus vínculos para potenciar el bienestar y fomentar el progreso conjunto. Argumenta que es crucial establecer vínculos entre la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez; dado que, todas conforman un relato compartido que debe enriquecerse mutuamente a lo largo de las generaciones. Plantea aportaciones a largo plazo al tener en cuenta las distintas cohortes generacionales y subraya la relevancia de forjar responsabilidades compartidas entre estas.

2.2.3. Características sociodemográficas de las víctimas de violencia

El análisis de los aspectos sociodemográficos de las víctimas de violencia que acuden a la Comisaría de Familia de Abancay proporciona una visión detallada de las características de este grupo vulnerable. Estos aspectos incluyen variables como la edad, el número de hijos, la condición civil y el tipo de violencia registrada en las fichas de denuncia. Comprender estas variables es fundamental para diseñar intervenciones efectivas y brindar el apoyo necesario a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia en su entorno familiar.

A. Edad

Uno de los aspectos sociodemográficos más relevantes para comprender los rasgos de las víctimas de violencia en Abancay es su edad. El análisis de las fichas de denuncia revela que las mujeres que acuden a la Comisaría de Familia abarcan un amplio intervalo de edades, desde jóvenes adolescentes hasta mujeres mayores. Esta diversidad en las edades de las víctimas sugiere que la violencia familiar no discrimina en función de la edad y puede afectar a mujeres de todas las etapas vitales.

Es crucial destacar que las mujeres más jóvenes no pueden enfrentar desafíos adicionales debido a su vulnerabilidad y falta de experiencia para enfrentar situaciones de violencia. De otro lado, las mujeres mayores pueden tampoco pueden enfrentar obstáculos como la dependencia económica o la falta de redes de apoyo, las cuales dificultan su capacidad para escapar de entornos violentos (Rueda, 2019).

B. Número de Hijos

El número de hijos es otro aspecto sociodemográfico relevante que se observa en las fichas de denuncia de las víctimas de violencia en Abancay. Muchas de las mujeres que acuden a la Comisaría de Familia son madres que enfrentan la difícil situación de proteger a sus hijos del entorno violento en el que se encuentran. El análisis de esta variable revela que muchas de estas mujeres tienen varios hijos, lo que ocasiona dificultad a su situación.

Para estas mujeres, la violencia familiar no solo representa una amenaza para su propia seguridad, sino para la de sus hijos. El miedo a las represalias o la falta de recursos pueden dificultar aún más su capacidad para brindar apoyo y salir de la violencia. Por lo tanto, es crucial que las intervenciones dirigidas a estas mujeres aborden no solo sus necesidades individuales, sino también las de sus hijos y el bienestar de toda la familia autor (2019).

C. Condición Civil

La condición civil de las víctimas de violencia es otra información relevante a recabar. Se puede observar que las mujeres que están casadas o en una relación de convivencia pueden enfrentarse a diversas formas de violencia tales como: la violencia

doméstica o la violencia de pareja, que pueden estar arraigadas a los factores de poder y control dentro de la relación.

Por otra parte, las mujeres solteras o divorciadas pueden ser víctimas de violencia, teniendo desafíos adicionales debido a la falta de soporte familiar o la dependencia económica de sus agresores. Además, las mujeres en situaciones de convivencia pueden enfrentarse a dificultades adicionales para buscar ayuda o escapar de situaciones de violencia debido a barreras legales o culturales (Rueda, 2019).

D. Tipo de Violencia

La variable del tipo de violencia registrada en las fichas de denuncia proporciona información crucial sobre la naturaleza y la magnitud de violencia que enfrentan las mujeres en Abancay. Se pueden identificar diferentes formas de violencia, como la violencia física, la violencia psicológica, la violencia sexual, la violencia económica y la violencia simbólica, cada una con sus propias características y consecuencias.

La violencia física puede incluir golpes, patadas, empujones u otros actos de agresión física que causan daño físico o lesiones a la víctima. La violencia psicológica, se manifiesta en amenazas, insultos, humillaciones, intimidación u diversos comportamientos que causan daño emocional o psicológico a la víctima (2019).

La violencia sexual implica cualquier forma de coerción o presión para participar en actividad sexual sin consentimiento, mientras que la violencia económica implica el control o la manipulación de los recursos financieros de la víctima para ejercer poder y control sobre ella (Rueda, 2019).

E. Profesión/Ocupación

La profesión u ocupación de las víctimas de violencia proporciona una visión importante de su contexto socioeconómico y puede influir en su capacidad para buscar ayuda y recursos. Algunas víctimas pueden estar empleadas en sectores formales o informales; mientras que, otras pueden estar desempleadas o dedicadas a labores domésticas. Aquellas que tienen empleos formales pueden enfrentarse a desafíos adicionales, como el temor a perder su trabajo si denuncian la violencia. Por otro lado, las víctimas desempleadas pueden experimentar mayores barreras para acceder a recursos económicos y apoyo. Además, la profesión u ocupación puede influir en la disponibilidad de tiempo y recursos para buscar ayuda y escapar de situaciones de violencia (2019).

F. Religión

La religión de las víctimas de violencia puede tener un impacto significativo en su apreciación de la violencia y su búsqueda de amparo. Algunas religiones pueden tener normas y valores que influyen en la forma en que las víctimas perciben la violencia doméstica y en su disposición para buscar apoyo fuera de su comunidad religiosa. Por ejemplo, algunas religiones pueden enfatizar la sumisión de las mujeres a sus esposos, lo que puede dificultar que las víctimas reconozcan la violencia y busquen ayuda. Sin embargo, también es posible que la religión proporcione un sistema de apoyo y recursos para las víctimas, a través de líderes religiosos o grupos de apoyo dentro de la comunidad (Rueda, 2019).

G. Grupo de Apoyo

El grupo de apoyo de las víctimas de violencia se refiere a las personas o redes de apoyo social disponibles para ellas. Esto puede incluir familiares, amigos, vecinos, colegas de trabajo o miembros de la comunidad religiosa. El grupo de apoyo representa un rol crucial en el proceso de recuperación de las víctimas, brindando apoyo emocional, asesoramiento práctico y ayuda para acceder a recursos y servicios. Sin embargo, algunas víctimas pueden enfrentarse a la falta de apoyo o a la presión para permanecer en situaciones de violencia debido a normas culturales o sociales. (Rueda, 2019).

H. Agresor

El agresor en casos de violencia familiar es un componente central en la vida de las víctimas y puede tener una relevancia notable en el bienestar físico, emocional y social. El agresor puede ser la pareja íntima de la víctima, un miembro de la familia, o una persona conocida. El análisis de las características del agresor, como su relación con la víctima, su historial de violencia, su acceso a recursos y su comportamiento violento, es fundamental para comprender la dinámica de la violencia y desarrollar estrategias de intervención efectivas. También, es importante reconocer que el agresor puede ejercer control y manipulación sobre la víctima, lo que puede dificultar la identificación de medios de ayuda (2019).

I. Situación Laboral

La situación laboral de las víctimas de violencia refleja su estabilidad económica y su capacidad para independizarse del agresor. Algunas víctimas pueden estar empleadas; ya sea, a tiempo completo, parcial o en trabajos informales, lo que les proporciona cierto grado de independencia económica. Sin embargo, otras pueden estar desempleadas o dependientes económicamente del agresor, lo que las hace más vulnerables a la violencia y limita sus opciones para buscar ayuda. Asimismo, la situación laboral puede influir en la disponibilidad de tiempo y recursos para buscar apoyo y escapar de situaciones de violencia. Es fundamental abordar las barreras económicas que enfrentan las víctimas de violencia para ayudarlas a alcanzar la seguridad y la autonomía (Rueda, 2019).

2.3. Definición de términos básicos

Depresión, uno de los trastornos con mayor incidencia, caracterizándose por el sentimiento de tristeza, la pérdida de placer o interés; como también, la presencia de los sentimientos de culpa, la falta o baja autoestima, la presencia de algunos trastornos de sueño, cambios en el apetito, algunas veces también da la sensación de cansancio; así como, una falta de concentración (OMS, 2021).

Depresión en el área afectiva: se manifiesta con sentimientos persistentes de tristeza, vacío emocional y una notable disminución del interés o placer en las actividades diarias (Alonso y Menéndez, 2011).

Depresión en el área motivacional: puede llevar a un estado de anhedonia, afectando la motivación y reduciendo el deseo de participar en actividades previamente gratificantes.

Esto incluye una disminución notable en la iniciativa y la voluntad para emprender acciones (Pérez et al., 2017).

Depresión en el área cognitiva: la depresión impacta negativamente en procesos como la concentración, la toma de decisiones y la memoria. Además, distorsiona la evaluación de uno mismo, del mundo y del futuro, contribuyendo así a un ciclo de pensamientos negativos (Navarro y Moscoso, 2017).

Depresión en el área conductual: se manifiesta a través de cambios significativos en las rutinas y comportamientos diarios, como la retirada de actividades sociales, la disminución de la productividad en el trabajo o la escuela, y alteraciones en los patrones de sueño y alimentación (American Psychiatric Association [APA], 2010).

Depresión en el área física: presenta manifestaciones somáticas, que incluyen medicaciones en el régimen alimenticio, trastornos del sueño, fatiga y dolores inexplicables (Luna, y Vílchez, 2017).

Violencia familiar, es la violencia en contra la mujer e integrantes del grupo familiar en su Art. número 5 y 6, es el acto que ocasiona el deceso, afectación o sufrimiento de tipo sexual, físico o psicológico, sea dentro del marco público o privado, que se perpetra en el marco de una relación basada en la responsabilidad y confianza, de parte de un integrante a otro del grupo familiar (Observatorio nacional de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, 2021).

Ciclo de violencia, conlleva un conjunto de actitudes y comportamientos que generan que la violencia se adquiera, se perpetúe y en consecuencia se sostenga. Este proceso se evidencian cuatro fases; a) fase de calma, b) fase de tensión, c) fase de explosión; y,

finalmente d) luna de miel, aunque al pasar del tiempo, este proceso se sintetiza en las 3 primeras fases anteceditas (Rueda, 2019).

Mujeres víctimas de violencia: se refieren a actos de agresión física, psicológica, sexual o económica, situadas en contextos de relaciones de pareja o domésticas, como también, en espacios públicos y laborales (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2021).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Variables de la investigación

La variable depresión, desde el enfoque cognitivo, es entendida como un esquema que involucra una percepción negativa de quien la padece, de su medio y de su visión del futuro, que conforman la tríada cognitiva; por lo que, el individuo se observa como una persona con cualidades negativas, con la sensación de ser defectuoso e interpreta las situaciones externas como frustrantes, desesperantes e incontrolables y se resigna a hacer algo por cambiar su situación actual (Dahab y Rivadeneryra, 2002).

3.1.1. Datos sociodemográficos

Se toman en cuenta los siguientes aspectos sociodemográficos: la edad, cantidad de hijos, estado civil y tipo de violencia reportada en el formulario denunciada por las mujeres que visitan la comisaría de familia de Abancay.

3.2. Operacionalización

Variable: Depresión

Definición conceptual: Es definida como el cambio de las emociones que presenta la persona, en la que manifiesta agotamiento, pérdida de la capacidad de disfrute, interés por las actividades cotidianas, el placer en las relaciones sociales, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, modificación en los hábitos de sueño, presentación de ánimo irritable, falta de concentración que puede perdurar en el tiempo (Beck, 1983).

En la Tabla 1, se aprecia la matriz de operacionalización de la variable del estudio, en la que se indica la estructura de dimensiones, indicadores e ítems del constructo depresión y el instrumento de evaluación utilizado.

Tabla 1. *Definición Operacional de la Variable Depresión*

Título preliminar:				
Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay- 2023.				
Variable del estudio: Depresión				
Definición operacional: Se refiere a la puntuación obtenida mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), compuesto por 21 ítems que evalúan las dimensiones afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física de la depresión.				
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE				
Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Depresión Trastorno emocional común, caracterizado por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, culpabilidad o baja autoestima, problemas de sueño o alimentación, fatiga y dificultad para concentrarse. Este trastorno afecta aspectos emocionales, cognitivos, motivacionales, conductuales y físicos (Beck, 1983; OMS, 2021; Calderón, 1999).	Área Afectiva	Tristeza, sentimiento de culpa, llanto, agitación.	1,5,10,11	Ordinal
	Área motivacional	Pérdida del placer, pensamientos suicidas.	4, 9	
	Área cognitiva	Pesimismo, fracaso, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, indecisión, desvalorización, cansancio.	2, 3, 6, 7, 8, 13, 14, 20	
	Área conductual	Pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad, dificultad de concentración y pérdida de interés sexual.	12,15,17	
	Área física	Cambios de hábitos y sueño, cambios en el apetito .	16, 18, 19, 21	

Fuente: Obtenido de Gálvez y Prieto (2022).

Variable: Características Sociodemográficas

Definición conceptual: Las características sociodemográficas son atributos y factores que están vinculados con la situación social y demográfica de una persona o grupo de personas. Estos atributos abarcan variables como la edad, el número de hijos, la condición civil y otros aspectos relacionados con la estructura y la dinámica de la población. En dicho sentido, el contexto de la violencia familiar en Abancay, las características sociodemográficas son de particular relevancia para comprender la naturaleza y el alcance de este fenómeno; así como, para informar estrategias de prevención e intervención efectivas.

En la Tabla 2, se aprecia la matriz de operacionalización de la variable del estudio, en la que se indica la estructura de dimensiones, indicadores e ítems del constructo y el instrumento de evaluación utilizado.

Tabla 2. Definición operacional de las características sociodemográficas de las víctimas de violencia

Título preliminar:

Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay- 2023.

Variable del estudio: Características sociodemográficas

Definición operacional: las características sociodemográficas de las víctimas se describen de manera específica como la edad, la cantidad de hijos, el estado civil y el tipo de violencia sufrida. La edad se mide en años cumplidos al presentar la denuncia, el número de hijos abarca a dependientes menores y adultos, la condición civil se clasifica en casados, solteros, divorciados o en unión de hecho, y el tipo de violencia se desglosa en física, psicológica, sexual, económica y otros. Estas definiciones hacen más fácil recolectar y estudiar información, lo cual ayuda a entender mejor cómo funcionan y qué necesitan las víctimas de violencia en la comunidad de Abancay.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
<p>Características sociodemográficas</p> <p>Las características sociodemográficas se refieren a una serie de atributos y factores relacionados con la situación social y demográfica de un individuo o grupo de individuos. Estos atributos incluyen variables como la edad, el número de hijos, la condición civil y otros aspectos relacionados con la estructura y la dinámica de la población. Dentro del contexto de la violencia familiar en Abancay, las características sociodemográficas son especialmente importantes para entender la naturaleza y la extensión de este problema, y también para diseñar estrategias efectivas de prevención e intervención.</p>	Edad	Rango de edad de las víctimas de violencia,	1	Nominal
	Número de hijos	Se registra el número total de hijos dependientes de las víctimas de violencia.	3	
	Condición civil	Casada, Soltera, Conviviente, Divorciada, Viuda.	2	
	Tipo de violencia	Violencia Física, Violencia Psicológica, Violencia Sexual, Violencia Económica.	7	
	Profesión/Ocupación	Profesional Oficio	4	
	Religión	Católica Cristiana Evangélica Otros	5	
	Grupo de apoyo	Familiares directos Familiares indirectos No familiares Institucional	8	
	Agresor	Conyugue Conviviente Ex pareja	9	
	Situación laboral	Trabajo estable Trabajo eventual Sin trabajo	10	

Fuente: Elaboración Propia

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Métodos, tipo y nivel de la investigación

El estudio se fundamenta en el método científico; puesto que, la investigación se basa en procedimientos sistematizados, objetivos y que permite estudiar problemas mediante técnicas especiales (Bunge, 1959). Esta investigación utilizará el método deductivo, el que se refiere al uso de proposiciones particulares de premisas universales; de modo que, los conceptos, afirmaciones o definiciones que surjan en el proceso de la investigación logren derivar en conclusiones generales que se puedan replicar en poblaciones con las mismas características, sujetas a posteriores comprobaciones, por ser parte de la rigurosidad científica (Hernández y Mendoza, 2018).

4.2. Configuración de la investigación

4.2.1. Enfoque de la investigación

La investigación se basa en el enfoque cuantitativo, representa un proceso secuencial y organizado mediante el recojo de datos que permiten probar hipótesis con base en la comprobación a través de estadísticos y análisis numérico de la información con el propósito de encontrar pautas del comportamiento de una determinada población (Hernández y Mendoza, 2018). La presente investigación utiliza la información obtenida y se realiza un análisis cuantificable de los niveles de depresión de la muestra y son sometidos a estadísticos descriptivos con el fin de encontrar diferencias, e inferir posibles interacciones de la variable principal con características demográficas de forma objetiva.

4.2.2. Tipo de investigación

La investigación es básica simple; ya que, se efectúa con la necesidad de obtener fines prácticos y rápidos porque el objetivo es ampliar el conocimiento de los principios básicos y necesarios de la realidad o naturaleza por sí misma (2018) (Si ya está citado el autor en una línea superior de la página, en siguientes solo se pone año). Es de alcance descriptivo porque busca describir los niveles de depresión encontrados en víctimas de violencia familiar y encontrar resultados que permitan crear perfiles, características en común de la muestra y encontrar el impacto de la variable depresión en la muestra y cómo se comporta dicha variable en un contexto específico.

4.2.3. *Diseño de la investigación*

La investigación es de diseño no experimental, transversal descriptivo, porque permitió observar y describir a la variable de la investigación sin la necesidad de intervenir en la manipulación intencionada de situaciones frente al problema y de analizarlos tal cual se desarrollan. Además, se analizó las características de la población en un determinado momento; de ese modo, dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos de la investigación y determinar la incidencia de los niveles de depresión (Hernández y Mendoza, 2018).

Representación simbólica:

M _____ O

Donde:

M: Mujeres víctimas de violencia familiar

O: Niveles de depresión

4.3. Población y muestra

4.3.1. *Población*

Para Hernández et al. (2021), la población es aquel conjunto de todos los casos que concuerdan con algunas especificaciones, cabe mencionar que, la población debe encajar claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo.

En tal sentido, la población de la investigación viene a ser de todas las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia de Abancay, 2023. Tal

es así, que el sistema de denuncias policiales, de la policía nacional del Perú, recibe las denuncias de casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar establecidas en el ámbito público o privado; así como, las medidas de protección asociadas con la seguridad personal de las víctimas, que le son encomendadas de acuerdo con su competencia. Considerando la investigación, se han registrado en los meses de enero y febrero del 2023 alrededor de 520 denuncias por violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar en la comisaría de familia de la ciudad de Abancay, de forma detallada en el mes de enero 250 y en el mes de febrero también 270 denuncias, siendo la comisaría de familia la primera instancia para acudir a las víctimas de violencia familiar que deseen denunciar a su agresor y posteriormente iniciar un proceso judicial. Por lo anterior, la población para la presente investigación se focaliza en este establecimiento, consolidando a mujeres que hayan sufrido violencia familiar y recabar mayor información sobre su estado mental como secuela de un suceso de violencia. Asociado a la violencia física y/o psicológica que viene a ser aproximadamente el 80% del total.

4.3.2. Muestra

La muestra considerada en el estudio es no probabilística, por conveniencia, que de acuerdo con Gallardo (2017), abarcan procesos utilizados por elección propia sin utilizar estadística de probabilidad; así que, la muestra de investigación estuvo conformada por aproximadamente 160 casos de mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a asentar una denuncia a la comisaría de familia de Abancay.

Considerando un cálculo de tamaño de muestra finita al 95% de confianza y un margen de error del 5% partiendo de la referencia en el mes de febrero con 270 casos.

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Leyenda:

n: tamaño de la muestra

N: población total

z: porcentaje de fiabilidad

p: probabilidad de ocurrencia

q: probabilidad de no ocurrencia

e: error de muestreo

4.3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Mujeres que hayan reportado ser víctimas de violencia familiar en la provincia de Abancay de 18 años de edad en adelante.
- Mujeres que han acudido a la Comisaría de Familia de Abancay para asentar una denuncia.
- Ser considerada primera denuncia o reincidente.
- Tener denuncia registrada en el periodo de un mes.
- Que el evento de violencia por el cual denuncia la víctima sea perpetrado por el conyugue o familiar directo.
- Mujeres que no han recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico previo para la depresión.

- Capacidad y disposición para proporcionar consentimiento informado para participar en la investigación.

4.3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Mujeres que no fueron víctimas de violencia familiar física y/o psicológica.
- No se consideran niños (as) ni varones: puesto que, la investigación ha delimitado su población a mujeres víctimas de violencia.
- Agresor que no es conyugue o familiar directo.
- Registro de denuncias por violencia sexual.
- Víctimas que cuenten con tratamiento psicológico.
- Antecedentes de afecciones clínicas (enfermedades mentales).
- Mujeres embarazadas.
- Incapacidad para comunicarse en español.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas

Chávez (2008), refiere que la recolección de los datos constituye un proceso de la investigación y que ésta conforma una etapa delicada dentro del curso de investigación; dado que, de ella depende los resultados que se obtengan en dicha investigación. Por lo tanto, en este estudio se utilizó la técnica de encuesta con un instrumento como parte de la recolección de datos, para la variable de depresión.

4.4.2. Instrumento

La variable depresión se evaluó a través de la aplicación de un instrumento, el Inventario de Depresión de Beck II, dirigido a la muestra que se pretende estudiar. Dicho instrumento fue propuesto por Beck, y se encuentra basado en la teoría cognitiva de la depresión, reflejando la sintomatología clínica común en pacientes deprimidos. Su aplicación fue individual y grupal, con una duración de 5 a 10 minutos o más en casos graves. Los ítems se puntúan del 0 al 3, excepto dos que tienen 7 categorías, con un máximo de 63 y un mínimo de 0. Los puntos de corte indican el nivel de depresión: 0-13 (mínima), 14-19 (leve), 20-28 (moderada) y 29-63 (grave). Las propiedades psicométricas muestran alta fiabilidad y validez, con correlaciones significativas con otros instrumentos.

4.4.2.1. Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II)

Nombre:	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en 1996.
Autores:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
Adaptación peruana:	Validación de sus propiedades psicométricas en Huancayo por Rodríguez y Farfán, (2013)
Objetivo:	Evalúa la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes desde los 13 años. Los mismos que pueden pertenecer a población normal o clínica.
Administración:	Individual y colectiva
Duración:	Entre 5 y 10 minutos
Edad:	Desde los 13 años
Ítems:	21 ítems
Rangos:	De 0 a 13 se considera como rango mínimo, de 14 a 19 se considera el rango leve, mientras que de 20 a 28 se encuentra en el rango moderado y, dentro de 29 a 63 puntos se considera el rango severo.

4.4.2.2. Validez y confiabilidad

En términos de confiabilidad, el instrumento utilizado en esta investigación demuestra una robustez considerable, reflejada en su aplicación estandarizada en múltiples estudios. Este atributo, esencial en cualquier herramienta psicométrica, se ve corroborado por investigaciones como la de Amaros et al. (2013) (No se encuentra la referencia de la cita, implementar), que reportó un coeficiente Alfa de Cronbach de .891, indicativo de una

alta fiabilidad. Respecto a la validez, este instrumento muestra una solidez destacable, evidenciada por un coeficiente de validez de 0.86 en la población general. Además, todas las correlaciones ítem-total corregidas en el instrumento resultaron ser estadísticamente significativas, lo que refuerza su validez.

Como complemento a estos indicadores cuantitativos de validez, se llevó a cabo una validación cualitativa mediante el juicio de tres expertos en Psicología. Estos especialistas evaluaron la pertinencia y adecuación del instrumento para el contexto específico de este estudio, asegurando así su idoneidad y relevancia. Estas medidas combinadas de confiabilidad y validez garantizan que el instrumento es tanto preciso como apropiado para el propósito de la investigación en curso.

4.4.2.3. Ficha sociodemográfica de las Víctimas de violencia

La ficha sociodemográfica utilizada en la Comisaría de Abancay para recibir denuncias de violencia familiar ha sido diseñada para recopilar información relevante sobre las variables sociodemográficas de las víctimas, como también detalles específicos sobre la naturaleza y el contexto de la violencia experimentada. Esta ficha se compone de diferentes ítems que incluyen la edad de la víctima, su estado civil, el número de hijos, profesión u ocupación, religión, número de denuncia, tipo de violencia, grupos de apoyo, agresor y situación económica.

4.4.2.4. Validez del Instrumento

La validez del instrumento fue evaluada mediante el juicio de expertos. Se seleccionó un panel de expertos en el campo de la violencia familiar y la atención a víctimas, quienes revisaron y evaluaron la ficha sociodemográfica en cuanto a su adecuación para capturar la información necesaria de manera precisa y completa. Se consideraron aspectos como la

claridad de las preguntas, la relevancia de los ítems, la exhaustividad de las categorías y la coherencia con los objetivos del instrumento.

4.4.3. Procedimiento

Para dar inicio al proceso de recolección de datos, como paso inicial se envió una solicitud al jefe inmediato de la comisaría de familia de la ciudad de Abancay, donde se solicitó el permiso correspondiente para llevar a cabo la recolección de datos como parte de la investigación, se constató que la información recabada era de carácter confidencial, llevando a cabo el procedimiento responsablemente y bajo criterios de ética que corresponden, una vez que el jefe de la comisaría procedió aceptar la solicitud y al obtener la aprobación del plan de tesis por el Comité de ética de la Facultad de Derecho y Humanidades se logró establecer las fechas y horarios para coordinar el proceso de evaluación (Ficha sociodemográfica e Inventario de depresión Beck-II, 2013), previa presentación con las mujeres que fueron evaluadas, se dio inicio entregando el consentimiento, informando que fue firmado o sellado por las mismas, como parte del protocolo del estudio; de modo similar, la aceptación de su participación, que es parte fundamental de la investigación, acto seguido se procedió a realizar la recolección de datos.

Por otro lado, para la recopilación de datos de la ficha sociodemográfica, el procedimiento de recolección de datos para la aplicación de la ficha sociodemográfica en la Comisaría de Abancay se llevó a cabo de manera cuidadosa y sistemática. En primer lugar, se estableció un protocolo claro para la identificación y el abordaje de las víctimas de violencia familiar que acudían a la comisaría en busca de ayuda y para la presentación de denuncias. Cuando una víctima llegaba a la comisaría, el personal encargado del registro de denuncias la recibía y le explicaba el proceso de atención y apoyo disponibles.

En segundo lugar, una vez que la víctima expresaba su deseo de presentar una denuncia, se le asignaba un espacio privado donde podía proporcionar la información requerida en la ficha sociodemográfica y el personal capacitado de atención a víctimas estaba disponible para brindar apoyo emocional y asistencia en caso de ser necesario durante este proceso; en otras palabras, garantizaba la confidencialidad de la información proporcionada y se alentaba a la víctima a responder con sinceridad y precisión.

El personal de la comisaría se encargaba de completar la ficha sociodemográfica de acuerdo con las respuestas proporcionadas por la víctima, también se aseguraba de registrar correctamente cada ítem de la ficha, verificando que no hubiera omisiones ni errores en la recopilación de datos. En caso de que surgieran dudas o discrepancias en las respuestas de la víctima, se buscaba aclaración mediante preguntas adicionales de manera sensible y respetuosa.

Una vez completada la ficha sociodemográfica, se procedía a su revisión final para garantizar su integridad y exactitud; por lo que, se archivaba una copia de la ficha en el expediente de la víctima y se utilizaba para informar la investigación y la intervención posteriores. Además, se aseguraba la confidencialidad y protección de los datos recopilados de acuerdo con las normativas y procedimientos establecidos.

4.4.4. Análisis de datos

Según, Hernández y Mendoza (2018), las técnicas para examinar datos son herramientas útiles para analizar, describir y organizar los datos que se pudieron recoger con los instrumentos de investigación. Después de aplicar el instrumento psicológico y la ficha de datos sociodemográficos con la información sobre edad, estado civil, número de hijos, ocupación, religión, tipo de violencia experimentada, grupo de apoyo, agresor,

situación laboral, se lleva tratamiento y antecedentes clínicos, se procesaron información en la base de datos; luego, fueron analizados a través de estadística descriptiva donde se calculó la media, desviación estándar de las respuestas y el apareo de datos mediante tablas cruzadas.

4.5. Consideraciones éticas

En el desarrollo de esta investigación, se han adoptado rigurosamente las directrices éticas establecidas por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), enfatizando especialmente en el respeto a la dignidad y bienestar de los participantes. Conforme al artículo 24 del Capítulo III de dicho código, se ha obtenido un consentimiento informado de todos los participantes. Este consentimiento garantiza su participación voluntaria y consciente en el proceso de recopilación de información, asegurando que están plenamente informados sobre el objetivo del estudio, los procedimientos a seguir; así como, los posibles beneficios y riesgos.

De modo que, la confidencialidad y la privacidad de los datos recopilados se han mantenido con la mayor rigurosidad. Esto se alinea con la aprobación ética otorgada por el Comité de Ética de la Facultad de Derecho y Humanidades de la Universidad Continental. Siguiendo el artículo 25 del mismo capítulo del código de ética, se ha dado prioridad al bienestar emocional y la salud mental de los participantes sobre los intereses de la investigación. Esto implica que cualquier aspecto del estudio que pudiera tener un impacto negativo en los participantes ha sido cuidadosamente evaluado y mitigado.

En cuanto a la recolección y tratamiento de la información, se han seguido principios de objetividad y honestidad, estos datos recabados han sido manejados con integridad, asegurando una representación fidedigna y precisa de la información recolectada. Este

enfoque respeta el principio de integridad científica y el principio de justicia, tal como lo establece la American Psychological Association [APA] (2010), garantizando que los beneficios y aportes de la investigación en psicología sean accesibles para todos los involucrados. En resumen, este estudio ha mantenido un compromiso constante con la ética en la investigación, procurando el bienestar de los participantes y la integridad de los procesos y resultados investigativos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

5.1. Análisis descriptivo- Aspectos sociodemográficos

El análisis descriptivo de la muestra de estudio permite identificar la forma en la que se presenta la muestra de estudio tomando en consideración los aspectos sociodemográficos de las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en la ciudad de Abancay.

5.1.1. *Edad*

El análisis descriptivo de la edad, agrupados por intervalos, permite conocer los rangos en las cuales se ubican las participantes del estudio.

La tabla 3 muestra las frecuencias de las edades de las participantes del estudio, en ella se distingue la mayor frecuencia se ubica entre las edades de 41 a 50 años con una presencia de 74 casos que vienen a ser el 46,3%, seguido de las edades de 31 a 40 años con el 40,6%. En cuanto a las menores frecuencias están las mujeres de 18 a 20 años con el 0,6% y de 51 a 60 años con un 1,9% para tres participantes.

Tabla 3. *Frecuencias de las edades*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18 - 20 años	1	,6	,6	,6
21 - 30 años	17	10,6	10,6	11,3
31 - 40 años	65	40,6	40,6	51,9
41 - 50 años	74	46,3	46,3	98,1
51 - 60 años	3	1,9	1,9	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.2. *Estado civil*

El análisis de las frecuencias absolutas como descriptivas del estado civil de las mujeres que se encuentran en situación de violencia asociada a la depresión, permite conocer sus frecuencias simples como porcentuales.

La tabla 4 muestra al 49,4% de las participantes que vienen a ser 79 casos con la condición de convivientes a diferencia de 81 casos con condición de casadas haciendo un 50,6% del total.

Tabla 4. *Frecuencias del estado civil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conviviente	79	49,4	49,4	49,4
Casada	81	50,6	50,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.3. Número de hijos

El número de hijos de las madres de familia entrevistadas, permite conocer el rango máximo y mínimo de los hijos involucrados en el seno familiar para el grupo de estudio.

La tabla 5 señala que las madres de familia participantes del estudio tienen entre uno y siete hijos; la mayor frecuencia está para tres hijos con el 28,8% para 46 casos, seguido de cuatro hijos con el 23,1% con 37 casos; en cuanto a los valores inferiores de número de hijos están 12 con el 7,5% para un hijo, 7 hijos con una frecuencia porcentual de 2,5 con frecuencia igual a cuatro.

Tabla 5. Frecuencias del número de hijos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	12	7,5	7,5	7,5
2	29	18,1	18,1	25,6
3	46	28,8	28,8	54,4
4	37	23,1	23,1	77,5
5	23	14,4	14,4	91,9
6	9	5,6	5,6	97,5
7	4	2,5	2,5	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.4. Profesión- Ocupación

Los estadísticos descriptivos de la muestra en estudio consideran como datos de filiación o sociodemográficos, la ocupación como la profesión de las mujeres que acuden a denunciar casos de violencia en la comisaría de la ciudad de Abancay.

La tabla 6 muestra las frecuencias de las ocupaciones o profesiones de las madres que acuden a establecer una denuncia y se asocia en este estudio con la depresión; se puede

observar a cinco grupos de profesionales, de los cuales, las amas de casa se presentan en un 93% de la muestra, seguido de las comerciantes en un 25%, las profesoras que representan al 6,9%, seguidas de estudiantes, enfermeras, administradoras y abogadas con el 3.8%, 2,5%, 1,3% para dos casos respectivamente.

Tabla 6. *Frecuencias de la profesión - ocupación*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	6	3,8	3,8	3,8
Ama de casa	93	58,1	58,1	61,9
Contadora	1	,6	,6	62,5
Profesora	11	6,9	6,9	69,4
Enfermera	4	2,5	2,5	71,9
Comerciante	40	25,0	25,0	96,9
Administradora	2	1,3	1,3	98,1
Limpieza	1	,6	,6	98,8
Abogada	2	1,3	1,3	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.5. Religión

Los datos de filiación consideran la religión que profesan las mujeres que participan en el estudio y establecen ciertos criterios diferenciados en cuanto a la depresión y los procedimientos en las cuales se encuentran para establecer denuncias por violencia.

La tabla 7 muestra las frecuencias de la religión que profesan las participantes del estudio; se observa que el 95,6% de las participantes (153 casos) tienen como religión la católica a diferencia de 7 casos que profesan la religión evangélica con el 4,4%.

Tabla 7. *Frecuencias de la religión*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Católica	153	95,6	95,6	95,6
Evangélica	7	4,4	4,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.6. *Tipo de violencia*

Los descriptivos del estudio consideran entre sus valores al tipo de denuncia que se asocia la denuncia como casos de violencia física, psicológica o ambas.

La tabla 8 señala que el 45,6% del tipo de violencia está asociada a la física – psicológica con una presencia de 73 casos a diferencia de violencia exclusivamente psicológica con 87 casos que viene a ser el 54,4% del total.

Tabla 8. *Frecuencias del tipo de violencia*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Física - psicológica	73	45,6	45,6	45,6
Psicológica	87	54,4	54,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.7. *Grupo de apoyo*

Los datos de filiación contienen valores asociados a los grupos de apoyo que cuentan las mujeres víctimas de violencia que acuden a entablar una denuncia; este dato permite determinar los grupos que puedan brindar los soportes psicológicos a dichas mujeres.

La tabla 9 muestra que el mayor grupo de apoyo está relacionado con los familiares directos que viene a ser el 11,3% para 18 casos y los amigos con un número de 4 casos representados con el 2,5% a diferencia de las mujeres que no cuentan con grupo de apoyo con un 84,4% del total de casos siendo 135 del total.

Tabla 9. *Frecuencias del grupo de apoyo*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familiar directo	18	11,3	11,3	11,3
Vecinos	2	1,3	1,3	12,5
Ninguno	135	84,4	84,4	96,9
Amigos	4	2,5	2,5	99,4
Familiar indirecto	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.8. Agresor

Toda denuncia entablada en la comisaría de la ciudad de Abancay cuenta con el registro del agresor y agredida o agredidos; en ese sentido, la investigación contempla los datos sobre el presunto agresor y la forma de la agresión.

La tabla 10 muestra a los agresores que vienen a ser los convivientes con un 51,9% para una frecuencia de 83 casos seguido de los cónyuges en un 48,1% para 77 casos de mujeres que acuden a la comisaría de Abancay para asentar una denuncia.

Tabla 10. *Frecuencias relacionadas al agresor*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Conviviente	83	51,9	51,9	51,9
Cónyuge	77	48,1	48,1	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.9. Situación laboral

Las mujeres víctimas de violencia muchas veces mantienen la relación con su pareja; a pesar de, atravesar las diversas situaciones y, sentirse impotentes, especialmente al estar en una dependencia de la situación económica; es por ello, se contempla los datos descriptivos sobre la situación laboral de las mujeres del estudio.

La tabla 11 indica las frecuencias porcentuales de las mujeres víctimas de violencia partícipes del estudio con un 31,3% de ellas sin un trabajo estable representando a 50 caso; en cuanto a las mujeres son trabajo eventual vienen a ser el 54,4% del total con 87 casos registrados y trabajo estable para el 14,4% siendo 23 de ellas.

Tabla 11. Frecuencias de la situación laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Eventual	87	54,4	54,4	54,4
Estable	23	14,4	14,4	68,8
Sin trabajo	50	31,3	31,3	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.10. Antecedentes clínicos

El análisis descriptivo permite identificar las cantidades porcentuales de mujeres que acuden a la comisaría de Abancay para sentar una denuncia y que pueda estar asociada a la depresión en la cual están inmersas o tengan antecedentes clínicos identificados con anterioridad o al momento de la denuncia.

La tabla 12 muestra una de las mujeres víctimas de violencia con Trastorno de ansiedad generalizada representando al 0,6% y respecto al episodio depresivo se cuenta con los mismos valores porcentuales; en cuanto a las mujeres que no señalan algún antecedente clínico está el 98,8% para un total de 158 casos.

Tabla 12. *Frecuencias de antecedentes clínicos*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	158	98,8	98,8	98,8
Episodio depresivo	1	,6	,6	99,4
TAG	1	,6	,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Estadísticos descriptivos del síntoma

El análisis descriptivo del comportamiento de los diversos síntomas de la depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en la ciudad de Abancay; comparado a través de las medidas de tendencia central y dispersión comparados con las poblaciones generales permiten conocer la diferencia y/o variación de dichas puntuaciones con respecto a la muestra de estudio.

5.2.1. *Media y desviación estándar BDI-II Población general*

Los valores de las medidas de tendencia central como dispersión para la población general de acuerdo al Manual BDI-II en su versión argentina, señala los valores establecidos de acuerdo a criterios de muestreo y análisis estadístico poblacional. En ese sentido, se hace la comparación de los valores y se presenta las diferencias de medias y desviación estándar.

La tabla 13 muestra la diferencia de las medias (M) de los 21 síntomas, destacando las aproximaciones para la tristeza y llanto; en cuanto a los valores superiores se encuentra el fracaso. Entre los otros síntomas, los valores no llegan a la unidad o superior a la misma; en cuanto a la desviación estándar (DE), las diferencias son muy inferiores en valores para la tristeza, pérdida del interés por el sexo y las diferencias superiores están para la autocrítica, llanto, cambio de hábitos de sueño y dificultad para concentración.

Tabla 13. *Diferencias de las medias y desviación estándar*

	Media	Desviación estándar	Diferencia M	Diferencia DE
1. Tristeza	1,41	,493	1,20	,017
2. Pesimismo	1,19	,396	,89	,164
3. Fracaso	1,38	,487	1,50	,153
4. Pérdida del placer	1,28	,451	,81	,179
5. Sentimiento de culpa	1,16	,397	,68	,153
6. Sentimiento de castigo	,75	,538	,48	,162
7. Disconformidad con uno mismo	1,11	,382	,84	,288
8. Autocrítica	1,11	,317	,38	,473
9. Pensamiento o deseo suicida	1,09	,325	,95	,150
10. Llanto	1,79	,406	1,19	,604
11. Agitación	1,22	,430	,56	,410
12. Pérdida de interés	1,27	,472	,80	,218
13. Indecisión	1,18	,397	,64	,373
14. Desvalorización	1,18	,397	,79	,323
15. Pérdida de energía	1,19	,396	,57	,264
16. Cambio de hábitos de sueño	1,12	,325	,26	,535
17. Irritabilidad	1,09	,292	,63	,358
18. Cambios en el apetito	1,13	,374	,44	,396
19. Dificultad para concentración	1,04	,259	,31	,571
20. Cansancio o fatiga	1,08	,317	,45	,403
21. Pérdida del interés en el sexo	,44	,579	,20	,009

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Niveles de síntomas depresión

Los valores de las frecuencias absolutas como porcentuales de los niveles de síntomas depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en la ciudad de Abancay, permite determinar la manera en que se presenta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay.

La tabla 14 muestra la gravedad de la depresión en las mujeres que acuden a sentar denuncias en la comisaría de Abancay por el caso de violencia ejercida contra su persona; en ese sentido, se observa a una mujer que representa al 0,6% para la gravedad leve; en cuanto a la gravedad moderada se encuentran 149 casos que representan en conjunto al 93,1% del total de 160 participantes de estudio. Además, para el caso de la gravedad considerada como severa se ha encontrado a 10 mujeres que vienen a ser el 6,3%; en cuanto a la no presencia de depresión no se cuenta con registro alguno dada la respuesta hallada en las puntuaciones directas del inventario BDI-II (Rodríguez y Farfán, 2013).

Tabla 14. *Niveles de síntomas depresión*

Gravedad de la depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Leve	1	,6	,6	,6
Moderada	149	93,1	93,1	93,8
Severa	10	6,3	6,3	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.4. Niveles de síntomas de depresión- datos de filiación

Las tablas cruzadas o de doble entrada permite establecer las frecuencias que se presentan por cada dato sociodemográfico establecido con las frecuencias absolutas de la presencia de la sintomatología de la depresión en sus diversos estados de gravedad.

5.4.1. Edad – Niveles de depresión

La tabla 15 muestra los cinco grupos etarios considerados en el estudio y en ellos se puede distinguir para el nivel de gravedad leve se observa un caso de 31 a 40 años, siendo el 0,6%; en cuanto al nivel de gravedad moderado se tiene para el intervalo de 18 a 20 años un caso con el 0,6% seguido de 51 a 60 años con el 1,9% para tres sujetos, siendo los valores inferiores a diferencia de 70 casos en el intervalo de 41 a 50 años con el 43,8% seguido de 31 a 40 años con 60 casos con el 37,5% de manera representativa. En relación el nivel de gravedad severa se cuenta con cuatro casos que vienen a ser el 2,5% para los rangos 31 a 40 y 41 a 50 años y cero casos para los rangos inferiores como superiores de las edades.

Tabla 15. *Tabla cruzada Edad*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
		Leve	Moderada	Severa	Total	
Edad	18 - 20 años	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
	21 - 30 años	Recuento	0	15	2	17
		% del total	0,0%	9,4%	1,3%	10,6%
	31 - 40 años	Recuento	1	60	4	65
		% del total	0,6%	37,5%	2,5%	40,6%
	41 - 50 años	Recuento	0	70	4	74
		% del total	0,0%	43,8%	2,5%	46,3%
	51 - 60 años	Recuento	0	3	0	3
		% del total	0,0%	1,9%	0,0%	1,9%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2. Estado civil- Niveles de síntomas de depresión

La tabla 16 muestra la presencia de un caso de depresión con gravedad leve para una mujer con condición de conviviente que viene a representar al 0,6% a diferencia de las 72 mujeres con gravedad moderada con el 45,0% del total y severa con seis casos que son el 3,8%. En cuanto a las mujeres casadas se puede notar 77 con gravedad moderada en 48,1% y 4 casos severos con el 2,5%.

Tabla 16. *Tabla cruzada Estado civil*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
		Leve	Moderada	Severa	Total	
Estado civil	Conviviente	Recuento	1	72	6	79
		% del total	0,6%	45,0%	3,8%	49,4%
	Casada	Recuento	0	77	4	81
		% del total	0,0%	48,1%	2,5%	50,6%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3. Número de hijos- Niveles de síntomas de depresión

La tabla 17 muestra los porcentajes por los niveles de gravedad de la depresión tomando en cuenta la cantidad de hijos; en ese sentido, para el nivel leve solamente se presenta un caso para una mujer que participa en el estudio con el 0,6%; para el caso del nivel moderado, la mayor frecuencia está en las mujeres que tienen tres y cuatro hijos con el 25,0% y 23,1% para 40 y 37 casos. En relación al nivel severo de depresión la mayor frecuencia se encuentra en las madres que tienen tres hijos y viene a ser el 3,8% del total. Además, en el caso de niveles severos se registran porcentajes menores a 1,4%.

Tabla 17. Tabla cruzada Número de hijos*Niveles de depresión

			Niveles de depresión			Total
			Leve	Moderada	Severa	
Número de hijos	1	Recuento	0	12	0	12
		% del total	0,0%	7,5%	0,0%	7,5%
	2	Recuento	1	26	2	29
		% del total	0,6%	16,3%	1,3%	18,1%
	3	Recuento	0	40	6	46
		% del total	0,0%	25,0%	3,8%	28,8%
	4	Recuento	0	37	0	37
		% del total	0,0%	23,1%	0,0%	23,1%
	5	Recuento	0	22	1	23
		% del total	0,0%	13,8%	0,6%	14,4%
	6	Recuento	0	8	1	9
		% del total	0,0%	5,0%	0,6%	5,6%
	7	Recuento	0	4	0	4
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4. Profesión/ Ocupación- Niveles de depresión

La tabla 18 señala la presencia de la gravedad de la depresión especialmente en las amas de casa con un 0,6% para el nivel leve al ser un caso, 87 sujetos para el moderado con un 54,4% y severo con 5 caso que vienen a ser el 3,1%. Además, en el caso de las madres víctimas de violencia que se dedican al comercio el 23,8% presentan niveles de depresión moderada y dos con gravedad severa para un 3,1% del total.

Tabla 18. *Tabla cruzada Profesión / Ocupación*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
			Leve	Moderada	Severa	Total
Profesión / Ocupación	Estudiante	Recuento	0	6	0	6
		% del total	0,0%	3,8%	0,0%	3,8%
	Ama de casa	Recuento	1	87	5	93
		% del total	0,6%	54,4%	3,1%	58,1%
	Contadora	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%
	Profesora	Recuento	0	10	1	11
		% del total	0,0%	6,3%	0,6%	6,9%
	Enfermera	Recuento	0	4	0	4
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	Comerciante	Recuento	0	38	2	40
		% del total	0,0%	23,8%	1,3%	25,0%
	Administradora	Recuento	0	1	1	2
		% del total	0,0%	0,6%	0,6%	1,3%
	Limpieza	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
	Abogada	Recuento	0	2	0	2
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.5. Religión- Niveles de depresión

La tabla 19 muestra la mayor presencia de casos de depresión en las mujeres víctimas de violencia que acuden a sentar una denuncia en la comisaría de Abancay, con el 88,8% para el nivel moderado y 6,3% para el caso severo de depresión, estos porcentajes representan a 142 y 10 casos para las que profesan la religión católica.

Por otro lado, en cuanto a las madres evangélicas el nivel moderado es representado con el 4,4% para 7 casos.

Tabla 19. Tabla cruzada Religión*Niveles de depresión

		Niveles de depresión				
		Leve	Moderada	Severa	Total	
Religión	Católica	Recuento	1	142	10	153
		% del total	0,6%	88,8%	6,3%	95,6%
	Evangélica	Recuento	0	7	0	7
		% del total	0,0%	4,4%	0,0%	4,4%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.6. Tipo de violencia- Niveles de depresión

La tabla 20 indica un porcentaje alto para el nivel moderado con 68 casos que vienen a ser el 42,5% y 3,1% para los 5 casos del nivel severo en las madres víctimas de violencia física – psicológica. Además, referido a la violencia psicológica se registra un caso de gravedad de depresión leve con el 0,6% y 81 casos para el nivel moderado con el 50,6%; en cuanto al nivel de gravedad severo se hallaron 5 casos que vienen a ser el 3,1% para el tipo de violencia psicológica.

Tabla 20. *Tabla cruzada Tipo de violencia*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
		Leve	Moderada	Severa	Total	
Tipo de violencia	Física - psicológica	Recuento	0	68	5	73
		% del total	0,0%	42,5%	3,1%	45,6%
	Psicológica	Recuento	1	81	5	87
		% del total	0,6%	50,6%	3,1%	54,4%
Total	Recuento	1	149	10	160	
	% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

5.4.7. Grupo de apoyo- Niveles de depresión

La tabla 21 muestra la mayor frecuencia porcentual en el grupo de apoyo de familiar directo en cuanto a los niveles moderado como severo con 16 y dos casos que representan al 10,0% y 1,3%. En relación a las madres que sientan una denuncia en la comisaría de Abancay y que no cuentan con grupo de apoyo, la mayor predominancia está en el nivel de depresión moderado con 126 casos que son el 78,8%.

Tabla 21. *Tabla cruzada Grupo de apoyo*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
		Leve	Moderada	Severa	Total	
Grupo de apoyo	Familiar directo	Recuento	0	16	2	18
		% del total	0,0%	10,0%	1,3%	11,3%
	Vecinos	Recuento	0	2	0	2
		% del total	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%
	Ninguno	Recuento	1	126	8	135
		% del total	0,6%	78,8%	5,0%	84,4%
	Amigos	Recuento	0	4	0	4
		% del total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	Familiar indirecto	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
	Total	Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.8. Agresor- Niveles de depresión

La tabla 22 señala que las mujeres víctimas de violencia con niveles de depresión moderada son las que cuentan con mayores porcentajes tanto para las que tienen una relación de convivencia y de matrimonio con un 47,5% y 45,6% respectivamente que son 76 y 73 casos. Relacionado a los casos severos de depresión la convivencia cuenta con seis casos con el 3,8% y para las que están casadas con el 2,5% en cuatro casos.

Tabla 22. *Tabla cruzada Agresor*Niveles de depresión*

			Niveles de depresión			
			Leve	Moderada	Severa	Total
Agresor	Conviviente	Recuento	1	76	6	83
		% del total	0,6%	47,5%	3,8%	51,9%
	Cónyuge	Recuento	0	73	4	77
		% del total	0,0%	45,6%	2,5%	48,1%
Total	Recuento		1	149	10	160
	% del total		0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.9. Situación económica- Niveles de depresión

La tabla 23 señala una mayor presencia de niveles moderados de depresión para las mujeres víctimas de violencia que cuentan con un trabajo eventual con el 51,3% para 82 casos, seguido de las desocupadas o desempleadas con 47 casos que representan al 29,4% y 12,5% para las 20 que cuentan con trabajo estable. En cuanto a los casos severos se tiene el 3,1% para las que cuentan con trabajo eventual, 1,9% con trabajo estable y 1,3% las desocupadas.

Tabla 23. *Tabla cruzada Situación económica*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
			Leve	Moderada	Severa	Total
Situación económica	Eventual	Recuento	0	82	5	87
		% del total	0,0%	51,3%	3,1%	54,4%
	Estable	Recuento	0	20	3	23
		% del total	0,0%	12,5%	1,9%	14,4%
	Sin trabajo	Recuento	1	47	2	50
		% del total	0,6%	29,4%	1,3%	31,3%
Total	Recuento	1	149	10	160	
	% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

5.4.10. Mes de denuncia- Niveles de depresión

La tabla 24 señala el mes de agosto con la mayor presencia de casos de denuncias por violencia en la comisaría de Abancay con 140 casos que vienen a ser el 87,5% para el nivel moderado de depresión.

Tabla 24. *Tabla cruzada Mes de la denuncia*Niveles de depresión*

		Niveles de depresión				
			Leve	Moderada	Severa	Total
Mes de la denuncia	Julio	Recuento	0	2	1	3
		% del total	0,0%	1,3%	0,6%	1,9%
	Agosto	Recuento	1	140	8	149
		% del total	0,6%	87,5%	5,0%	93,1%
	Setiembre	Recuento	0	7	1	8
		% del total	0,0%	4,4%	0,6%	5,0%
Total	Recuento	1	149	10	160	
	% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

5.4.11. Antecedentes clínicos- Niveles de depresión

La tabla 25 muestra al 98,8% del total de la muestra que no cuentan con antecedentes clínicos a pesar de tener diversos niveles de depresión; en cuanto al nivel leve se observa un caso que es el 0,6% del total; en cuanto al nivel moderado se cuenta con 148 caso que son el 92,5% y severo para nueve casos con el 5,6%. Además, para los casos de antecedentes clínicos de eventos depresivos un caso severo con el 0,6% y TAG con los mismos valores porcentuales con niveles moderados de depresión.

Tabla 25. Tabla cruzada Antecedentes clínicos*Niveles de depresión

			Niveles de depresión			
			Leve	Moderada	Severa	Total
Antecedentes clínicos	Ninguno	Recuento	1	148	9	158
		% del total	0,6%	92,5%	5,6%	98,8%
	Ep. Depresivo	Recuento	0	0	1	1
		% del total	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%
	TAG	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Total		Recuento	1	149	10	160
		% del total	0,6%	93,1%	6,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.5. Niveles de gravedad- Áreas de la depresión

Los niveles de gravedad de la depresión en mujeres víctimas de violencia que denuncian en la comisaría de Abancay, el cual es medido a través del inventario BDI-II; las áreas establecidas de acuerdo a los estudios realizados por Muñoz y Orozco (2022), señalan que las puntuaciones están divididas como puntajes bajos, medio y altos; tomando en cuenta que a mayor puntuación se puede señalar que hay mayor nivel de síntoma de depresión por cada una estas áreas.

La tabla 26 indica la presencia de niveles de puntajes bajos en un 11,3% para una frecuencia absoluta de 18 casos a diferencia de los niveles de puntaje medio para el área afectiva en un 88,8% para 142 casos. Además, el área afectiva incluye los síntomas asociados a la Tristeza, Sentimiento de culpa, Llanto y Agitación.

Tabla 26. *Niveles área afectiva*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje bajo	18	11,3	11,3	11,3
Puntaje medio	142	88,8	88,8	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 27 muestra niveles de puntajes bajos de motivación con 108 sujetos que representan al 67,5% en comparación de los niveles de puntaje medio para 52 casos con el 32,5% del total; estos valores comprenden los síntomas de Pérdida del placer y pensamientos o ideas suicidas.

Tabla 27. *Niveles área motivacional*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje bajo	108	67,5	67,5	67,5
Puntaje medio	52	32,5	32,5	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 28 indica la presencia de 71 sujetos que vienen a ser el 44,4% para los niveles del área cognitiva considerados como puntaje bajo a diferencia de los 89 casos que son el 55,6% de los niveles de puntuaciones medios; éstos son representados por los síntomas como el Pesimismo, Fracaso, Sentimiento de castigo, Disconformidad con uno mismo, Autocrítica, Indecisión, Desvalorización y Cansancio o fatiga.

Tabla 28. *Niveles área cognitiva*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje bajo	71	44,4	44,4	44,4
Puntaje medio	89	55,6	55,6	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 29 señala las puntuaciones del área conductual que contiene los síntomas de pérdida de interés, pérdida de energía e irritabilidad; en ella, se distinguen la presencia de 92 casos con el puntaje bajo con un 57,5% a diferencia de puntajes medios de 42,5% con 68 casos para esta área.

Tabla 29. *Niveles área conductual*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje bajo	92	57,5	57,5	57,5
Puntaje medio	68	42,5	42,5	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 30 muestra al nivel con la puntuación baja para el área física con 129 casos con un 80,6% a diferencia de 31 casos que vienen a ser el 19,4% para los niveles de puntuación media. En cuanto al área física se toma en consideración que contiene los síntomas cambios de hábitos, apetito, dificultad de concentración y la pérdida de interés en el sexo.

Tabla 30. *Niveles área física*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Puntaje bajo	129	80,6	80,6	80,6
Puntaje medio	31	19,4	19,4	100,0
Total	160	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

5.6. Discusión de resultados

En cuanto al objetivo principal del estudio, se encontró que el 93.1% de los participantes en la muestra mostraron síntomas de depresión moderada, lo cual equivale a 149 personas, seguido por el 6,3% de gravedad severa y el 0,6% de gravedad leve, información que fue obtenida a través de las puntuaciones directas del inventario BDI-II; del mismo modo, se identificó que el 54,4% de las mujeres sufrieron violencia psicológica; mientras que, el 45,6% experimentaron violencia física y psicológica; asimismo, el 45,6% experimentaron violencia física y psicológica, a partir de estos datos también se desprende el nivel moderado de depresión y se presentó con mayor incidencia el 50,6% de las mujeres que fueron afectadas por violencia psicológica, cifra que también alcanzó el 42,5% entre las mujeres que sufrieron violencia física y psicológica. Por su parte, en el estudio de Gutiérrez y Taipe (2022) se obtuvo que existieron mayor número de casos de depresión moderada en un 46% de una muestra local en Abancay y el menor nivel encontrado fue depresión leve en un 11%, además de que los síntomas más frecuentes fueron relacionados al área afectiva en un 53%, luego, en la dimensión motivacional en un 38% y en el área cognitiva en un 41%. La mayoría de las áreas mostraron un nivel moderado de afectación. Principalmente, la violencia psicológica fue prevalente. Además, se encontró que los

niveles moderados de depresión están relacionados con aspectos emocionales, motivacionales y de comportamiento. Tanto los resultados presentados como las investigaciones realizadas concuerdan con Galarza y Mayorga (2022) quienes encontraron niveles de depresión moderada en mujeres ecuatorianas víctimas de violencia y en las que se delimitó que la violencia psicológica es un factor importante en la exacerbación de sintomatología depresiva y conductas de desvalorización que afectan al estado emocional de quien lo padece.

En relación con el marco teórico, este hallazgo se alinea con la teoría interpersonal de la Escuela de Palo Alto y la teoría de Coyne, que resaltan cómo las rupturas y dinámicas disfuncionales en las relaciones interpersonales contribuyen a la etiología y mantenimiento de la depresión (Belloch et al., 2009). Las experiencias de violencia psicológica y física, sufridas por una proporción significativa de la muestra, pueden ser vistas como disruptores críticos de las redes de apoyo social, exacerbando los síntomas depresivos. Además, el alejamiento y las reacciones negativas del entorno, descritas por Coyne, se ven reflejadas en las conductas de desvalorización y afectación emocional reportadas en la muestra.

Además, desde la perspectiva del contextualismo funcional, la depresión en estas mujeres puede interpretarse como una respuesta adaptativa a un entorno adverso y traumático. Los resultados destacan cómo la violencia familiar actúa como un contexto poderoso que configura y mantiene la conducta depresiva, a través de su impacto en las áreas afectiva, motivacional y cognitiva. Este enfoque, fundamentado en la filosofía de Stephen C. Pepper y desarrollado por Hayes et al. (2012), permite comprender la depresión no solo como un trastorno interno, sino como un fenómeno enraizado en y perpetuado por el contexto social y relacional de las víctimas. En dicho sentido, la violencia familiar no

solo es un evento traumático, sino también un componente activo en la construcción de la experiencia y la conducta depresiva.

En el ámbito emocional, los hallazgos muestran que hay una alta incidencia de síntomas como tristeza, sentimientos de culpa, llanto y agitación en el 88.8% de las víctimas de violencia familiar. En relación con esto, según Guzmán et al. (2021), el riesgo de depresión se incrementa con la violencia de pareja de cualquier forma, llegando al punto, de padecer un elevado riesgo de depresión; del mismo modo, distintas investigaciones han demuestran que existen una relación directa entre las hormonas y las distintas sustancias químicas que regulan los estados de ánimo y las emociones; por lo que, esto explica el nivel de vulnerabilidad ante hechos de violencia en las mujeres (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009).

Los resultados obtenidos se complementan con la investigación de Ortega y Guerrero (2021) en mujeres violentadas que asistieron al CEM Huarochirí, quienes presentaron puntuaciones altas en un 53% en las dimensiones cognitivo afectivo que están basados en lo antecedido y es imprescindible caer en cuenta en los estragos afectivos que conlleva sufrir un episodio de violencia familiar; dado que, está asociado principalmente a exacerbar la depresión, presentando sintomatología tales como: tristeza, llanto, ideas sugestivas o de culpa; así como, los resultados antecidos, los hallazgos en la investigación de Lara (2019), donde coincide en que, las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas presentan síntomas de depresión en todos sus niveles.

Desde un punto de vista teórico, este descubrimiento coincide con la teoría de autofocalización de Lewinsohn, la cual plantea los eventos estresantes como la violencia familiar alteran los patrones adaptativos de las mujeres, desencadenando reacciones

emocionales negativas (Belloch et al., 2009). Este efecto se ve agravado por la hipótesis de activación diferencial de Teasdale, según la cual la activación de nodos emocionales negativos en respuesta a la violencia desencadena bucles cognitivos que perpetúan y profundizan la depresión (2009). La alta incidencia de tristeza, sentimiento de culpa, llanto y agitación en estas mujeres refleja la intensidad y la seriedad de su respuesta emocional, destacando la violencia como un catalizador crítico para la exacerbación de su estado depresivo.

Por otro lado, respecto al área motivacional, los resultados abordan que, el 67,5% de mujeres víctimas de violencia presentan niveles bajos en cuanto a la prevalencia de sintomatología de pérdida del placer y pensamientos o ideas suicidas. Gutiérrez y Taipe (2022) dan a conocer en su investigación la baja tendencia en la dimensión motivacional, considerando que el nivel moderado fluctuó en un 38%, a diferencia de los síntomas anímicos que, si se hallan con mayor incidencia, con un 53% en el nivel moderado. Tomando en cuenta los hallazgos en mención, cabe resaltar la poca prevalencia de sintomatología perteneciente al área motivacional; dado que, al desencadenarse un cuadro depresivo a raíz de un episodio de violencia familiar, las víctimas no necesariamente son tendientes a experimentar anhedonia o ideación suicida, ello porque se ha identificado mayor presencia de declive a nivel emocional o afectivo. Por consiguiente, los resultados de este estudio, arriba a que, la depresión está relacionada con la violencia que sufren de sus parejas. Sin embargo, estas víctimas muestran bajos niveles de pensamientos suicidas y quejas somáticas. Por lo tanto, las mujeres víctimas presentan niveles significativamente mayores de preocupaciones en su salud emocional.

Con relación al marco teórico y los hallazgos de la presente, revelan patrones importantes que concuerdan con la teoría de Beck (1983) y la teoría de los estilos de respuesta. Según estos hallazgos, existe una prevalencia relativamente baja de síntomas depresivos asociados con la pérdida del placer y pensamientos suicidas. Esto podría interpretarse a la luz de la teoría de Beck, que indica que en momentos de estrés se activan patrones de pensamiento distorsionados, como la violencia familiar, afectando principalmente la forma negativa en que uno se percibe a sí mismo, al mundo y al futuro, más que en la manifestación de síntomas motivacionales como la anhedonia. Esto podría explicar por qué las víctimas experimentan un declive emocional significativo, pero no necesariamente muestran una tendencia alta hacia la anhedonia o la ideación suicida. Además, según la teoría de los estilos de respuesta, estas mujeres podrían estar utilizando métodos cognitivos y conductuales, como la distracción, para estabilizar su estado de ánimo y enfocarse en la gestión de sus síntomas emocionales y afectivos, en lugar de los motivacionales. Estos resultados apuntan a la necesidad de abordajes terapéuticos y de ayuda que se enfoquen en los aspectos emocionales y de pensamiento de la depresión en mujeres afectadas por violencia familiar, atendiendo a las particularidades de su experiencia y su respuesta a la victimización.

En referencia al área cognitiva, se presentaron niveles moderados o medios en un 55.6% de la muestra, esto significa que la mayoría de las mujeres víctimas experimentaron síntomas como pensamientos negativos, percepción de fracaso, sentimientos de culpa, insatisfacción personal, autocrítica, indecisión, fatiga y falta de autoestima. En base a la teoría de Beck, se pueden relacionar los resultados con la triada cognitiva que implica tener una visión negativa del futuro, del mundo y de uno mismo, lo que es generado cuando una

persona sufre de depresión y estos procesos internos perpetúan la sintomatología depresiva ocasionando sesgos en el individuo (Beltrán et al., 2012). Por lo tanto, estos datos se asemejan a los encontrados en Flores (2021) que trabajó con mujeres víctimas de Huaraz, en estas investigaciones se descubrió que la violencia familiar está vinculada con diferentes aspectos de la depresión, especialmente con el aspecto cognitivo ($\rho = 0.807$, $p < .01$). Por lo tanto, se puede deducir que las personas que sufren violencia pueden experimentar principalmente afectaciones a nivel cognitivo en su percepción de sí mismas y de su entorno; por lo que, pueden generar distorsiones en sus ideas e inciden en conductas llevadas por su desvalorización, afectando seriamente a su vida. Los resultados mencionados y la teoría propuesta encajan con los antecedentes de Galarza y Mayorga (2022) y Lara (2019) se identificaron problemas relacionados con la depresión moderada en mujeres víctimas de violencia, con correlaciones positivas en el ámbito cognitivo. Además, se observaron niveles bajos y medios de autoestima en las mujeres que sufrieron violencia por parte de sus parejas, en contraste con mujeres no víctimas que mostraron una autoestima más alta. Estos hallazgos respaldan la idea de que la violencia tiene un impacto significativo en la autoimagen y la valoración personal de las víctimas.

En relación al marco teórico, estos resultados coinciden con la teoría de la indefensión aprendida de Seligman, que explica cómo las experiencias continuas de fracaso y la sensación de falta de control pueden conducir a una reacción depresiva. La alta frecuencia de percepciones negativas sobre sí mismas, el entorno y el futuro, descrita por la "triada cognitiva" de Beck (1983), subraya cómo la violencia familiar influye en el desarrollo y persistencia de patrones cognitivos distorsionados en estas mujeres. Estos hallazgos indican una conexión notable entre la vivencia de violencia y el impacto en la

esfera cognitiva, afectando el autoconcepto y la autoestima. Asimismo, destaca la importancia de abordar los aspectos cognitivos de la depresión en intervenciones destinadas a mujeres víctimas de violencia familiar, centrándose en la reconstrucción del autoconcepto y la modificación de patrones de pensamiento negativos para mejorar su bienestar psicológico.

En el área conductual, se distinguen los puntajes medios de 42,5% de la muestra que presentan síntomas de pérdida de interés, energía y aumento de irritabilidad; mientras que, los puntajes bajos se presentaron en un 57,5% del total. Estas cifras se sustentan en la Teoría de auto focalización de Lewinsohn en la que se propuso que un suceso antecedente tiene a interrumpir patrones adaptativos en la persona; por lo que, ocurre una reacción emocional negativa y dependerá de la importancia del acontecimiento y la interrupción para que sea de mayor o menor intensidad (Belloch et al., 2009). Por consiguiente, la violencia involucra acciones que ponen en un estado constante de tensión a las víctimas; así que, existe mayor predisposición a ejercer cambios o reacciones a nivel conductual de forma considerable y debido a que los niveles de depresión encontrados son moderados, esto quiere decir que las circunstancias o características de la muestra generan mayor intensidad en la presentación de los síntomas. Los resultados presentados y la información obtenida tienen significancia con los hallazgos de Flores (2021) que relaciona significativamente la violencia familiar con un coeficiente ($\rho=.843$, $p<.01$) en el área conductual.

Desde la perspectiva teórica, los resultados hallados pueden ser entendido a través del prisma de la teoría de auto focalización de Lewinsohn y la perspectiva de Skinner y Ferstersobre el condicionamiento operante (2019). La violencia familiar actúa como un

suceso estresante que interrumpe los patrones adaptativos, conduciendo a una reacción emocional negativa y modificando las conductas habituales. Estos cambios conductuales podrían ser interpretados como intentos de adaptación a un ambiente adverso, manifestándose en formas de escape y evitación, y reflejando una disminución de conductas reforzadas positivamente. Este entendimiento contextual y funcional de la conducta resalta la necesidad de considerar la violencia familiar no solo como un evento traumático, sino como un factor que reconfigura las respuestas conductuales y emocionales de las mujeres afectadas, enfatizando la importancia de abordar estas áreas en intervenciones terapéuticas y de apoyo.

Consecuentemente, acerca del área física, arriba como hallazgo principal que, existe una puntuación baja en la dimensión de trastornos somáticos, con un 80,6% las víctimas de violencia familiar muestran síntomas leves como cambios en los hábitos y los sueños, alteraciones en el apetito, dificultades de concentración y pérdida de interés en el sexo. Belloch et al. (2009) menciona que la Teoría de la indefensión aprendida, propuesta por Martin Seligman, donde explica cómo la historia de experiencias fallidas en el manejo de situaciones y la falta de refuerzos efectivos para controlar el entorno, conlleva a una percepción de la pérdida de control de situaciones y produce una reacción depresiva. Por lo tanto, ante situaciones adversas o aversivas, como los episodios de violencia familiar, donde no se tiene control sobre las circunstancias, la violencia provoca un deterioro inicial en la salud física de las víctimas, manifestándose en síntomas como falta de empatía, anhedonia, insomnio; entre otros, que eventualmente conducen a problemas en el estado emocional y pueden desencadenar episodios depresivos. Según la investigación de Galarza y Mayorga (2022), se encontraron resultados significativos, como una correlación positiva

entre la violencia y las dimensiones cognitivas y afectivas. De modo que, la violencia se identifica como un factor imperceptible en diversos trastornos mentales que afectan a las víctimas; es así que, principalmente se centran en el bienestar emocional de las mujeres víctimas de violencia y no otorgan importancia significativa a los indicadores físicos, a diferencia de los hallazgos de Flores (2021), donde se observó una correlación significativa en el ámbito físico-conductual ($\rho = 0.843$, $p < .01$) en relación con la violencia física y psicológica por separado.

En tanto, las variables sociodemográficas representan datos importantes a considerar en nuestro estudio, se identificó que el rango de edades encontrados en un 46,3% son las mujeres víctimas 41 a 50 años, las edades de 31 a 40 años representaron el 40,6% de los casos, seguido por un 43,8% de mujeres de 41 a 50 años que mostraron niveles moderados de depresión. Además, según Jaucala (2020), la edad fue identificada como un factor sociodemográfico de alto riesgo para la depresión en mujeres adultas, especialmente en aquellas mayores de 20 años que experimentaron un 82.2% de sintomatología depresiva moderada a severa debido a factores sociales; dado que, las mujeres adultas ya no tienen el apoyo familiar primario y se encuentran en sus propias familias junto a la pareja, lo que las tiene en una posición de vulnerabilidad frente a la convivencia con su agresor.

El estado civil y el tratamiento psicológico también fueron estudiados y se obtuvo resultados importantes, el 50,6% de las participantes se encuentran casadas; mientras que, el 49,4% se encontraron en condición de convivientes; asimismo, el 48,1% de mujeres casadas experimentaron depresión moderada; del mismo modo, el 45,0% de convivientes presentaban el mismo nivel de depresión. Para Ortega y Guerrero (2021) precisan que las mujeres casadas de su estudio padecían en un 82% niveles bajos de depresión y el 89% de

convivientes también poseían niveles bajos de depresión, a partir de lo vertido, se observa que hay muchas víctimas de violencia de pareja que muestran síntomas leves de depresión; sin embargo, se consideró que las víctimas de dicho estudio presentaban tratamiento de más de un mes en el centro de salud de Huarochirí, lo que concluyó en que las mujeres con atención de más de un mes presentan mayores indicadores de un pronóstico favorable para la depresión; no obstante, estos resultados deslumbran la existencia de sintomatología depresiva. A pesar de que los resultados mencionados en relación al estado civil, es necesario considerar que el 98,8% del total de la muestra de nuestro estudio no consignan tratamiento psicológico, lo que quiere decir, que es necesario considerar dichas variables en el futuro. Por todo lo anterior, sustentado en Jaucala (2020) en su investigación se expresa que los resultados relacionan al estado civil con los síntomas depresivos y considera el estado civil de soltera como un factor protector del mismo.

Con respecto a la ocupación o profesión de las participantes, se encontró que la mayor incidencia de casos se encontró en las amas de casa en un 93%, seguido de las comerciantes en un 25%, además, se derivó en la presencia de depresión moderada en un 54.4% de las mujeres amas de casa y en un 23.8% de mujeres comerciantes con la misma condición. Por consiguiente, el 54,4% del total de mujeres tenían un trabajo eventual, en contraposición al 31,3% de mujeres sin trabajo o desempleadas, de las que presentaron niveles de depresión moderada en un 29,4% y 51,3% respectivamente, agregado a esto, el número de hijos con mayor frecuencia en la muestra es el de 3 hijos con un 28,8% de casos. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2009) indica que factores psicosociales como la carga laboral, las responsabilidades domésticas, el cuidado de los hijos y las tareas del hogar pueden desencadenar episodios de depresión. La información obtenida se

sustenta en Castillo et al. (2015) que presenta el modelo de los subsistemas en los que se considera al macrosistema como aquel en que la persona interactúa con creencias culturales y con jerarquías de poder y subordinación, esto implica una desventaja en el papel que desempeña la mujer en la sociedad, especialmente cuando se considera su nivel educativo o socioeconómico.

Con respecto al agresor, se identificó que el 51,9% son los convivientes de las víctimas y el 48,1% de los casos fue el cónyuge, adicionalmente, las mujeres que sufren violencia muestran síntomas de depresión de intensidad moderada, ya sea que estén en convivencia o matrimonio con un 47,5% y 45,6%, respectivamente.

Desde la teoría del ecosistema y microsistema presentado por Castillo et al. (2015) se destacan que la violencia familiar es un fenómeno complejo que está influenciado por la estructura de poder y las creencias culturales profundamente arraigadas en la sociedad. Este análisis destaca cómo la posición subordinada de las mujeres en las relaciones familiares y la persistencia de roles tradicionales contribuyen de manera significativa a su susceptibilidad a sufrir violencia física y psicológica, especialmente por parte de su pareja sentimental. Además, los síntomas depresivos en las mujeres afectadas se entienden no solo como una consecuencia directa de la violencia, sino también como un reflejo del contexto más amplio que incluye responsabilidades domésticas abrumadoras, carga laboral y cuidado de los hijos. Este análisis ecosistémico enfatiza la necesidad de abordar las dimensiones sociales y culturales en las estrategias de prevención y tratamiento de la violencia familiar.

Finalmente, los datos recabados ilustran que el 84,4% del total de casos de mujeres víctimas no tienen ningún grupo de apoyo; mientras que, el 11,3% sí recibieron apoyo de

familiares directos, agregado a esto, el 78,8% de las mujeres que carecían de apoyo social presentaron niveles moderados de depresión, en comparación con el 10% de mujeres que recibían apoyo de familiares directos y experimentaban un nivel similar de depresión. En Belloch et al, (2009) se considera la teoría interpersonal, la que sustenta que la etiología, evolución y tratamiento de la depresión se encuentra sostenida en las relaciones sociales que presenta la persona, es así que, las respuestas depresivas surgen a partir de rupturas en las relaciones interpersonales lo que supone un cambio significativo en el individuo y le genera la percepción de aversión, repercutiendo en el mantenimiento de relaciones dentro del entorno y a su vez, este se frustra por los intentos de ayuda fallidos y se incrementa la incidencia de conductas sintomáticas que confirman la percepción negativa de su mundo y prolonga el alejamiento del mismo. Por lo ya mencionado, se puede comprender que, la percepción de poco apoyo social en las víctimas de violencia puede derivar en el aumento de síntomas depresivos y la prolongación de la situación; así como, el hecho de generar un distanciamiento de los demás.

Conclusiones

1. La depresión en las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia de Abancay-2023 se presenta en un nivel de gravedad moderado en un 93,1% del total de participantes, asociado al tipo de violencia psicológica en un 50,6%, lo que representa, que la mayoría de mujeres que recibieron, particularmente, agresiones verbales o insultos y humillaciones experimentaron depresión moderada; del mismo modo, se determinó que los casos de violencia física- psicológica se manifestaron en un 45,6% de la muestra, de la que se desprende que el 54,4% de la misma, también sufrieron de depresión moderada; mientras que, se presentaron valores inferiores para ambos tipos de violencia en los niveles de depresión leve y severa fluctuando entre 0,6%, 3,1%, 6,3% de los casos.
2. La dimensión del área afectiva revela resultados significativos en relación con las víctimas de violencia familiar. El estudio evidencia que un porcentaje significativo de estas personas presenta altos niveles de sintomatología depresiva, que se manifestaron a través de diversos síntomas como tristeza, sentimiento de culpa, llanto y agitación. En concreto, se observa que el 88,8% de los casos analizados, representados por 142 individuos, presentan una puntuación elevada en esta sintomatología. Por el contrario, solo un 11,3% de los casos, correspondientes a 18 individuos, muestran una puntuación baja en los síntomas depresivos. La alta prevalencia de síntomas depresivos entre las víctimas de violencia familiar subraya la importancia de abordar no solo las manifestaciones físicas de la violencia, sino también las consecuencias psicológicas y emocionales que pueden surgir como resultado de esta experiencia traumática.
3. La investigación revela resultados significativos en relación con la dimensión motivacional dentro del contexto del estudio. Es evidente que las víctimas de violencia familiar presentan

una sintomatología depresiva pronunciada, como lo demuestran la pérdida de interés en actividades placenteras y la presencia de pensamientos o ideas suicidas. Los datos muestran que un porcentaje considerable de casos, específicamente el 67.5% (108 casos), exhiben niveles bajos de puntaje en relación con los síntomas depresivos mencionados anteriormente. Este resultado es notable y subraya la gravedad de los efectos psicológicos adversos experimentados por las víctimas de violencia familiar. En contraste, el 32.5% restante (52 casos) muestra niveles de puntaje medio en cuanto a la sintomatología depresiva. Aunque este grupo representa una minoría en comparación con aquellos que presentan puntajes bajos, no se puede subestimar la importancia de esta cifra. Indica incluso aquellos que no exhiben síntomas depresivos graves, todavía pueden experimentar un nivel significativo de malestar emocional debido a la violencia familiar.

4. En conclusión, los resultados de este estudio revelan una distribución significativa en los puntajes obtenidos por las participantes en el área cognitiva, donde el 55.6% de las mujeres evaluadas, representadas por 89 casos, demostraron niveles medios. Esta observación sugiere una tendencia hacia un funcionamiento cognitivo dentro de un rango considerado como promedio. Por otro lado, el 44.4% restante de las participantes mostraron una sintomatología relacionada con ideas de pesimismo, fracaso, percepción de disconformidad consigo mismas, autocrítica, desvalorización personal e indecisión, lo que refleja la presencia de dificultades emocionales y de autoestima en esta subpoblación. Esta distinción entre los niveles de funcionamiento cognitivo y emocional señala la significancia de considerar no sólo las capacidades cognitivas de los individuos, sino también sus estados emocionales y de bienestar psicológico. Es necesario abordar de manera integral tanto las

necesidades cognitivas como las emocionales para promover un desarrollo óptimo y equilibrado en los individuos.

5. Los resultados del estudio revelan que una proporción significativa de mujeres víctimas de violencia familiar experimentaron síntomas relacionados con el área conductual, como la pérdida de interés, energía e incremento de irritabilidad, en un nivel medio. Específicamente, el 42,5% de las mujeres incluidas en el estudio, representando 68 casos, manifestaron estos síntomas en un nivel medio; mientras que, el restante 57,5% obtuvo puntajes bajos para esta área. Aunque los síntomas conductuales no se observaron en la mayoría de las mujeres analizadas, es importante destacar que la incidencia alcanzó un nivel considerable; de modo que, estos hallazgos subrayan la importancia de abordar no solo las manifestaciones físicas de la violencia familiar, sino también sus efectos en el bienestar psicológico y emocional de las víctimas.
6. La conclusión del estudio revela una relación significativa entre la exposición a la violencia familiar y la sintomatología depresiva en las víctimas. Los resultados muestran que, aquellos individuos que han experimentado violencia en el ámbito familiar presentan una sintomatología depresiva más pronunciada en comparación con aquellos que no han sido víctimas. Esta sintomatología depresiva se manifiesta a través de una variedad de síntomas. Particularmente, es relevante destacar que la mayoría de las víctimas de violencia familiar exhiben una sintomatología depresiva con una puntuación baja, representando un porcentaje significativo del total de casos analizados (80.6%). Esto sugiere que la exposición a la violencia en el ámbito familiar está fuertemente asociada con una sintomatología depresiva más grave. De otro lado, un porcentaje menor de casos (19.4%) presenta una sintomatología depresiva con una puntuación media, lo que indica que algunas

víctimas pueden experimentar síntomas menos intensos o una respuesta emocional menos severa ante la violencia familiar.

7. La investigación sobre las variables sociodemográficas en mujeres víctimas de violencia familiar reveló que la mayoría de los casos se concentraban en mujeres de entre 41 y 50 años, predominantemente casadas y amas de casa. Además, se destacó que una gran proporción de estas mujeres carecían de grupos de apoyo, lo que subraya la necesidad de fortalecer las redes de apoyo comunitario. Estos hallazgos resaltan la complejidad de la violencia familiar y la importancia de abordarla desde una perspectiva multidimensional que considere no solo las dinámicas intrafamiliares, sino también los factores sociodemográficos que influyen en la vulnerabilidad y la capacidad de buscar ayuda por parte de las mujeres afectadas.

Recomendaciones

1. Se recomienda realizar futuras investigaciones sobre el presente tema, principalmente en nuestra área local, y al mismo tiempo, es necesario analizar el problema en mención desde los diversos niveles socioeconómicos, ello con la finalidad de recolectar y analizar información adicional y amplia acerca del historial familiar y las experiencias tempranas de cada persona.
2. Por otra parte, se insta la necesidad de desarrollar y ejecutar estrategias de acción destinadas a declinar la violencia familiar, siendo una situación prioritaria dentro de las múltiples problemáticas que aquejan al país; tal es así que, considerando los hallazgos de la presente investigación, esta situación aqueja la salud física y mental de las víctimas en cuestión. Sin duda alguna, es necesario dar respuesta inmediata cuando se presenten casos de violencia y a su vez, brindar auxilio psicológico a través de soporte y contención emocional. Basados en lo antecedido se sugiere implementar espacios de refugio que acudan a las víctimas en situación de emergencia, la cual contemple profesionales y personal que oriente y respalde a las mismas.
3. De la misma forma, se recomienda establecer entornos de sensibilización, entre las instituciones y personal involucrado, que desempeñan roles en servicios esenciales para las víctimas de violencia, principalmente en las comisarías, centros de salud, y demás instituciones, es una medida preventiva y de intervención a su vez; dado que, cualquier personal que se vea inmerso en la atención a las víctimas debe contar con la información necesaria para asegurar el cumplimiento de normativas y estándares de calidad.

4. Finalmente, se recomienda difundir líneas de ayuda, considerando los entornos digitales y distintos medios de comunicación que puedan garantizar la expansión informativa que va dirigida a las mujeres que sufren violencia en nuestro contexto, con la finalidad de salvaguardar su integridad y concientizar a que más mujeres tengan la iniciativa de denunciar o recibir el soporte adecuado y en conciencia reducir la incidencia de los casos de violencia familiar en las distintas regiones del país.

Referencias Bibliográficas

- Alonso, I. y Menéndez, R. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Ignacio Zarragoitía Alonso.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM – 5*.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychological Association [APA]. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta APA enmienda 2010*.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. *Ayer*, (13), 17-55.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Barbarán, M., Gambo, J. e Inca, S. (2020). *Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional
<https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6237>
- Barbarán, M., Gambo, J. e Inca, S. (2020). *Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional

del Callao]. Repositorio institucional

<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3734> (Este link redirige a otra tesis titulada “Violencia y depresión en la población adulta que acude al centro de salud Ocobamba. Chincheros. Apurímac, año 2018”, corregir)

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión.*

Bilbao: Desclée de Brouwer.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología Volumen II.* Mc

Graw Hill.

Beltrán, D. Freyre, M. y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de

Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13.

Betancourt, D., Andrade, P. y González, A. (2022). Depresión y ansiedad en hombres y

mujeres por tipo y nivel de violencia que han recibido de su pareja. *Universitas*

Psychologica, 20, 1–14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.dahm>

Bogantes, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25, 55-60.

<https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3739.pdf>

Bunge, M. (1959). *La ciencia: su método y filosofía.* Buenos Aires: Siglo Veinte, Ciencia.

Caba, 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.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v11n1/1852-4206-radcc-11-01-00008.pdf>

Cáceres, S. (2017). *Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento*

académico en estudiantes de una facultad en una Universidad Privada de Lima

Metropolitana. [Tesis de posgrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

Repositorio

Institucional.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1400/Relacion_CasesLandaburu_Silvana.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Camacho, A. (2019). *Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna*. [Tesis de pregrado]. Repositorio Institucional. <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/18575/1/T-UCE-0007-CPS-127.pdf>

Castillo, Y., Manresa, D., Selpa, S., Pesante, E. y Merino, H. (2015). Fundamentación teórica general acerca de la violencia. *Lecturas: Educación física y deportes*, (208), 3.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (25 de noviembre de 2022). *CDC*. Obtenido de CDC: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-de-17-mil-casos-por-violencia-contr-la-mujer-durante-el-2022/#>

Chávez, D. (2008). *Conceptos y técnicas de recolección de datos en la investigación jurídico social*. https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_56.pdf.

Colegio de Psicólogos del Perú. (2017, 21 de diciembre). *Código de ética y Deontología*. Concejo Directivo Nacional. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf?fbclid=IwAR20yCb5yoFa0d5-OGKXutIfnbVd7a_U-HwrE4b50--B3xooGQ39-FFYt3Y

- Consortio de Investigación Económica y Social [CIES]. (2020). *INEI: La violencia contra las mujeres se ha convertido en "la pandemia de la sombra"*. CIES - 25 años construyendo conocimiento para mejores políticas:
<http://www.cies.org.pe/es/actividad/inei-la-violencia-contra-las-mujeres-se-ha-convertido-en-la-pandemia-de-la-sombra>
- Dahab, J. y Rivadeneira, C. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitiva Conductual*, 2.
- Defensoría del Pueblo, (2019). LEY N° 30364. Disponible en:
https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/02/Ley3036_erradicarviolencia.pdf
- Domènech, M. y Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea digital: Revista de pensamiento e investigación social*, (2), 068-077.
- Equilibrio y Armonía (3 de noviembre de 2020). *Estadística de depresión en el Perú*.
<https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/>
- Flores, N. (2021). *Violencia intrafamiliar y depresión en mujeres de Huaraz*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/59250/Flores_ANK-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Galarza, L. y Mayorga, M. (2022). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático en Santa Rosa. *Wimb Lu*, 17(2), 123–133.
<https://doi.org/10.15517/wl.v17i2.53230>
- Gallardo, E. (2017). *Metodología de la Investigación: manual autoinformativo interactivo*. Fondo Editorial de la Universidad Continental.

- Gálvez, L. y Prieto, L. (2022). *Depresión y violencia doméstica en madres de familia de una institución educativa de Eten, 2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10100>
- Gelles, R. (1993). *Family violence*. Sage Publications.
- Gobierna Consultores. (2022). *ESTADO SITUACIONAL DE LA DEPRESIÓN EN EL PERÚ*. Lima: Gobierna consultores.
- Gobierno Regional Apurímac. (21 de julio de 2022). *Incremento de violencia familiar en Apurímac*. Obtenido de [gob.pe: https://www.gob.pe/institucion/regionapurimac/noticias/633902-incremento-de-violencia-familiar-en-apurimac](https://www.gob.pe/institucion/regionapurimac/noticias/633902-incremento-de-violencia-familiar-en-apurimac)
- González-Terrazas, R. y Campos, M. (2021). Activación conductual (programación de actividades) y depresión: una mirada analítica-conductual. *Acta Comportamental*, 29 (4), 175 – 185. <https://biblat.unam.mx/hevila/Actacomportamentalia/2021/vol29/no4/9.pdf>
- Gutiérrez, J. y Taípe, K. (2022). *Violencia familiar y depresión en estudiantes de secundaria de la institución educativa emblemática Miguel Grau, Abancay, 2022* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106266#:~:text=Como%20conclusi%C3%B3n%20se%20evidencio%20que,%2C001%20menor%20que%205%25>.
- Guzmán, C., Cupul, L., Guimarães, G., Salazar E., Salmerón, J. y Reynales. M. (2021). *Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México*. *Gaceta Sanitaria*, 35, 161-167. <https://acortar.link/szMkLz>

- Guzmán, L. y Silvera, M. (2019). *Violencia y depresión en la población adulta que acude al centro de salud Ocobamba. Chincheros. Apurímac, año 2018*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3734>
- Hayes, C., Barnes-holmes, D. y Wilson, K. (2012). Contextual Behavioral Science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>
- Hernández, P. (2011). *Psicología Educativa y Métodos de Enseñanza*. Recuperado de <http://www.ilustrados.com/tema/276/Psicologia-EducativaMetodos-Ensenanza.html>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta*. McGraw Hill. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2021). *Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación*.
- Hidalgo, E. G. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Paian*, 8(2), 36-62. <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735>
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. *Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004*. Lima: IESM HD-HN; 2004
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Depresión*. Institutos Nacionales de la Salud: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_esp.pdf

- Jaucala, G. (2020). Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma. Repositorio Institucional. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2912/GJAUCALA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lara, E. (2019). *Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja*. [Tesis de doctorado, Universidad de Almería, Almería, España]. Repositorio Institucional. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=ncoWjY%2B16oQ%3D>
- Luna, T. y Vílchez, E. (2017). Depresión: situación actual. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 17(3). <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1197>
- Maero, F. (2022). *El Contextualismo de Stephen C. Pepper Una introducción y traducción*. Volumen 3. Grupo ACT. <https://grupoact.com.ar/wp-content/uploads/2022/01/Horacio-Vol.-3.-Contextualismo-Introduccion-y-traduccion.pdf>
- Matassini, S., Duffoó, M., Álvarez, V. y Osada, J. (2022). Violencia de género/familiar en tiempos de cuarentena. *Acta Médica Peruana*, 39(2), 101-103.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP]. (2021). *Estadísticas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: Región Apurímac*. Obtenido de <https://app2.regionapurimac.gob.pe/observatorioviolencia/wp-content/uploads/2021/06/ESTAD%3%8DSTICAS-Apur%3%ADmac.pdf>

- Ministerio de Salud [MINSA]. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental: Dirigido a trabajadores de primer nivel de atención*. Ministerio de Salud: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- Montero, E., Delis, M., Ramírez, R., Milán, A. y Cárdenas, R. (2011). Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. *Medisan*, 15(4), 515-525.
- Municipalidad Distrital de Abancay. (2021). Distrito de Abancay. Recuperado el 24 de enero de 2022, de <https://www.muniabancay.gob.pe/distritos-abancay/>
- Naciones Unidas. (2021). *Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven*. Naciones Unidas: <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>
- Navarro, J. y Moscoso, M. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272017000100005&script=sci_arttext
- Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar. (s.f.). *Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar*. Obtenido de Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar: <https://observatorioviolencia.pe/datospncvfs/>
- Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (2021). *Violencia de género: conceptos básicos*. Observatorio Violencia: <https://observatorioviolencia.pe/violencia-de->

- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Violencia contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud: Notas descriptivas: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017a). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *No hay salud sin salud mental*. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Organización Panamericana de Salud. (2017b). *Hoja informativa - Violencia y Depresión*. <https://www.paho.org/es/documentos/hoja-informativa-violencia-depresion#:~:text=Violencia%20y%20Depresi%C3%B3n%3A%20Ser%20v%C3%ADctima%20o%20ser%20testigo,y%20ponerla%20en%20mayor%20riesgo%20de%20desarrollar%20depresi%C3%B3n>.
- Ortega, A. y Guerrero, M. (2021). *Depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja en la provincia de Huarochirí, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29762>
- Ortega, A. y Guerrero, M. (2021). *Depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja en la provincia de Huarochirí, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio institucional <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/29762>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J. y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073>

Policía Peruana. (2022). *BOLETÍN ESTADÍSTICO POLICIAL*

II TRIMESTRE 2022. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/boletin-2022/II%20BOLETIN%202022%20DIRTIC%20PNP.pdf>

Quispe, J. y Gutiérrez, A. (2018). Relación entre la violencia familiar y el feminicidio en Lima-2017. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/600/JHONATAN%20EDWIN%20QUISPE%20QUIROZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Roca, E. (2020). *Terapia Cognitiva de Beck para la depresión*. Consejo General de la Psicología en España: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>

Rodríguez, E. y Farfán, D. (2013). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*. *Revista de Investigación Universitaria*, vol.4 (2), 71-78.

Rondón, M. (2006). Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 23(4), 237-238

Rueda, L. (2019). *Depresión, ira, resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres violentadas en situación de refugio*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo]. Repositorio Institucional. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/222>

Saldaña, J. (2019). *Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Institucional. <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](#)

Secretaria de Gobierno. (2023). *Secretaria de Gobierno - Alcaldia Municipal de Soacha*.

<https://sites.google.com/site/secretariadegobiernosocha/comisarias-de-familia>

Sistema de Registro y Control de Denuncias. (s.f.). *Sistema de Registro y Control de denuncias*. Policía Nacional del Perú. <https://sistemas.policia.gob.pe/denuncias/>

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

Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de neuro-psiquiatría*, 70(1-4), 89-96. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/3720393900>

Anexos

Anexo A. Matriz de consistencia

Título preliminar: DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY, 2023.			
Problemas	Objetivos	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿De qué manera se presenta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar cómo se manifiesta la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay - 2023.</p>	<p>Univariable</p> <p>Depresión</p> <p>Trastorno del ánimo frecuente, que se distingue por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que abarca el estado afectivo, cognitivo, motivacional, conductual y físico (Beck, 1979; OMS, 2021; Calderón, 1999).</p>	<p>Método general:</p> <p>Método científico</p> <p>Método específico:</p> <p>Método descriptivo</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo simple</p> <p>Técnica y tipo de muestreo:</p> <p>Muestreo no probabilístico intencional</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>Descriptivo:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>Donde:</p> <p>M = Muestra O = Observación</p> <p>Población:</p> <p>La población de la investigación precede a todas las mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia de Abancay, 2023. Tal es así que El Sistema de Denuncias Policiales (SIDPOL), de la Policía Nacional del Perú (PNP) registra las denuncias de casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, así como las medidas de protección relacionadas con la seguridad personal de las víctimas, se han registrado en los últimos tres meses de diciembre del 2022 a febrero del 2023 alrededor de</p>
<p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se presenta el área afectiva de la depresión en mujeres que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023? • ¿Cómo se presenta el área motivacional de la depresión en mujeres víctimas que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023? • ¿Cómo se presenta el área cognitiva de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023? • ¿Cómo se presenta el área conductual de la depresión en mujeres víctimas que acuden a la comisaría en Abancay, 	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar cómo se presenta en el área afectiva de la depresión en mujeres que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023. • Identificar cómo se presenta en el área motivacional de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023. • Identificar cómo se presenta en el área cognitiva de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023. • Identificar cómo se presenta en el área conductual de la depresión en mujeres víctimas que acuden a la comisaría de Familia en Abancay, 2023. 		

<p>2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo se presenta el área física de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de Familia en Abancay, 2023? 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar cómo se presenta en el área física de la depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la comisaría de familia en Abancay, 2023. 		<p>945 denuncias por violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar en la comisaría de familia de la ciudad de Abancay.</p> <p>Muestra: 160 casos de mujeres víctimas de violencia familiar que concurren a la comisaría de familia en Abancay, 2023.</p> <p>Técnica de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Instrumento de recolección:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)-2013. Ficha sociodemográfica
<p>Bibliografía de sustento para la justificación y delimitación del problema</p>			<p>Bibliografía de sustento usada para el diseño metodológico</p>
<p>Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política: la definición de la violencia. <i>Ayer</i>, (13), 17-55.</p> <p>Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). <i>Terapia cognitiva de la depresión</i> (p. 396). Bilbao: Desclée de Brouwer.</p> <p>Beltrán, D. Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. <i>Terapia psicológica</i>, 30(1), 5-13.</p> <p>Belloch, A., Bonifacio, S., y Francisco, R. (2008). <i>Manual de psicopatología</i>.</p> <p>Barbarán, M.; Gambo, J.; Inca, S. (2020) <i>Violencia familiar y depresión en mujeres atendidas en el centro de salud mental comunitario especializado “Pradera de los Celajes” Andahuaylas 2019</i> [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3734</p> <p>Caba, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019) . Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. <i>Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento</i>, 11(1), 1-8. http://www.scielo.org.ar/pdf/radcc/v11n1/1852-4206-radcc-11-01-00008.pdf</p> <p>Camacho, A. (2019). Depresión en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna Disponible en: http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/18575/1/T-UCE-0007-CPS-127.pdf</p> <p>Cáceres, S. (2017). Relación entre factores de personalidad y depresión con el rendimiento académico en estudiantes de una facultad en una Universidad Privada de Lima Metropolitana. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.</p> <p>Castillo, Y., Manresa, D., Selva, S., Pesante, E., y Merino, H. (2015). <i>Fundamentación teórica general acerca de la violencia</i>. <i>Lecturas: Educación física y deportes</i>, (208), 3.</p>			<p>American Psychological Association. (2010). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta APA enmienda 2010. http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf</p> <p>Bunge, M. (1959). <i>La ciencia: su método y filosofía</i>. Buenos Aires: Siglo Veinte, Ciencia.</p> <p>Colegio de Psicólogos del Perú. (2017, 21 de diciembre). Código de ética y Deontología. Concejo Directivo Nacional. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf?fbclid=IwAR20yCb5yoFa0d5-OGKXutlfnbVd7a_U-HwrE4b50--B3xooGQ39-FFYt3Y</p> <p>Chávez, D. (2008). Conceptos y técnicas de recolección de datos en la investigación jurídico social. Recuperado de https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_56.pdf.</p> <p>Fernández, C., Baptista, P. y Hernández, R. (2014). <i>Metodología de la Investigación</i>. Editorial McGraw Hill.</p> <p>Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Análisis de los datos cuantitativos. <i>Metodología de la investigación</i>, 407-499.</p>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (25 de noviembre de 2022). CDC. Obtenido de CDC: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-reporto-mas-de-17-mil-casos-por-violencia-contra-la-mujer-durante-el-2022/#>

Consortio de Investigación Económica y Social. (2020). INEI: La violencia contra las mujeres se ha convertido en "la pandemia de la sombra". Obtenido de CIES - 25 años construyendo conocimiento para mejores políticas: <http://www.cies.org.pe/es/actividad/inei-la-violencia-contra-las-mujeres-se-ha-convertido-en-la-pandemia-de-la-sombra>
Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico en salud mental en la selva peruana 2004. Lima: IESM HD-HN; 2004

Chincheros. Apurímac, año 2018 [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional del Callao]. Repositorio institucional <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3734>

Gobierna Consultores. (2022). ESTADO SITUACIONAL DE LA DEPRESIÓN EN EL PERÚ. Lima: Gobierna consultores.

Gobierno Regional Apurímac. (21 de julio de 2022). gob.pe. Obtenido de gob.pe: <https://www.gob.pe/institucion/regionapurimac/noticias/633902-incremento-de-violencia-familiar-en-apurimac>

Gutiérrez, J. y Taípe, K. (2022) Violencia familiar y depresión en estudiantes de secundaria de la institución educativa emblemática Miguel Grau, Abancay, 2022 [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106266#:~:text=Como%20conclusi%C3%B3n%20se%20evidencia%20que.%2C001%20menor%20que%205%25.>

Guzmán, L. y Silvera, M. (2019) Violencia y depresión en la población adulta que acude al centro de salud Ocobamba.

Jaucala, G. (2020). Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018.

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Depresión. Obtenido de Institutos Nacionales de la Salud: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/depresion_esp.pdf

Matassini, S., Duffoó, M., Álvarez, V., y Osada, J. (2022). Violencia de género/familiar en tiempos de cuarentena. Acta Médica Peruana, 39(2), 101-103.

Ministerio de Salud. (2005). Módulo de Atención Integral en Salud Mental: Dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Obtenido de Ministerio de Salud: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). Estadísticas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: Región Apurímac. Obtenido de <https://app2.regionapurimac.gob.pe/observatorioviolencia/wp-content/uploads/2021/06/ESTAD%C3%8DSTICAS-Apur%C3%ADmac.pdf>

Montero, E., Delis, M., Ramírez, R., Milán, A., y Cárdenas, R. (2011). Realidades de la violencia familiar en el mundo contemporáneo. Medisan, 15(4), 515-525.

Municipalidad Distrital de Abancay. (2021). Distrito de Abancay. Recuperado el 24 de enero de 2022, de <https://www.muniabancay.gob.pe/distritos-abancay/>

Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar. (s.f.). Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar. Obtenido de Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar: <https://observatorioviolencia.pe/datospncvfs/>

Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. (2021). Violencia de género: conceptos básicos. Obtenido de Observatorio Violencia: <https://observatorioviolencia.pe/violencia-de-genero/#:~:text=Se%20entiende%20por%20violencia%20contra.o%20psicol%C3%B3gico%20y%20abuso%20sexual>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud de la mujer. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-health#:~:text=Las%20mujeres%20son%20m%C3%A1s%20propensas,en%20los%20de%20ingresos%20bajos>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Violencia contra la mujer. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: Notas descriptivas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud. (1998). Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf

Osornio-Castillo, L., y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. Archivos en medicina familiar, 11(1), 1-2.

Policía Peruana. (s.f.). Policía. Retrieved 2023 de 02 de 23, from <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/boletin-2022/II%20BOLETIN%202022%20DIRTIC%20PNP.pdf>

Policía Peruana. (s.f.). Policía. Retrieved 23 de 02 de 2023, from <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/boletin-2022/I-boletin-2022-DIRTIC-PNP.pdf>

Rueda, L. (2019). Depresión, ira, resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres violentadas en situación de refugio. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/biblioteca/digital/handle/231104/222>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). Estadísticas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar: Región Apurímac. Obtenido de <https://app2.regionapurimac.gob.pe/observatorioviolencia/wp-content/uploads/2021/06/ESTAD%C3%8DSTICAS-Apur%C3%ADmac.pdf>

Quispe, A., y Gutiérrez, J. (2018). Relación entre la violencia familiar y el feminicidio en Lima-2017.

Roca, E. (2020). Terapia Cognitiva de Beck para la depresión. Obtenido de Consejo General de la Psicología en España: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>

Rondón, M. (2006). Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. 23(4), 237-238

Rueda, L. (2019). Depresión, ira, resiliencia y fortalezas de carácter en mujeres violentadas en situación de refugio. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/222>

Saldaña, J. (2019). Violencia de pareja y depresión en mujeres de la ciudad de Cajamarca.

Secretaría de Gobierno. (2023). Secretaría de Gobierno - Alcaldía Municipal de Soacha. <https://sites.google.com/site/secretariadegobiernosocha/comisarias-de-familia>

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

Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. Revista de neuro-psiquiatría, 70(1-4), 89-96. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/3720393900>

Anexo B. Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención 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 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de 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. Siento que tal vez pueda ser 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 conmigo 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 de lo que solía estarlo.
- 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 tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2. Querría matarme.
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

4. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
5. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
6. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
7. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

0. Siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
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 tan irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
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 lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente 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 lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que 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 de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Anexo C. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación se denomina “DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCA Y, 2023” y es elaborada por estudiantes bachilleres de la Universidad Continental, pertenecientes a la carrera de Psicología. El propósito de la investigación es determinar el nivel de depresión predominante en mujeres víctimas de violencia familiar, además de conocer cómo es que se desarrolla esta variable en mujeres que acuden a la comisaría de familia en Abancay.

Por lo tanto, se le pide que participe en una encuesta que le tomará unos 15 minutos de su tiempo. Su participación en el estudio es completamente voluntaria y puede decidir detenerse en cualquier momento sin perjuicio para usted. Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede hacerla en cualquier momento del estudio.

He recibido la inducción correspondiente, donde se indica que desarrollaré una prueba psicológica, así mismo, reconozco que mi participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, por lo tanto, mis respuestas serán codificadas usando un número de identificación de forma. Los datos también se analizarán junto con las respuestas de otras personas calificadas y se utilizarán para preparar artículos y trabajos académicos.

Al concluir la investigación, entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido

Si está de acuerdo con lo anterior, complete la siguiente información.

¿Está de acuerdo en completar los dos instrumentos? SI () NO ()

Firma de la participante: _____

Anexo D. Ficha de datos sociodemográficos**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

- 1. Edad:**
- 2. Estado civil:** Soltera () Casada () Conviviente () otros ()
- 3. Nro. De hijos:** _____
- 4. Profesión u ocupación:** _____
- 5. Religión:** _____
- 6. Nro. de denuncia:** 1ra () 2da () 3ra () 4ta () 5ta ()
- 7. Tipo de violencia:** Violencia física () Violencia psicológica () Violencia verbal () Violencia sexual () Otros ()
- 8. Grupos de apoyo:** Familiares directos () **Especificar:** _____
Familiares indirectos () **Especificar:** _____
No Familiares () **Especificar:** _____
Institucional () **Especificar:** _____
Ninguno ()
- 9. Agresor:** Conyugue () o Conviviente () o Ex pareja ()
Especificar: _____
Familiares directos () **Especificar:** _____
Familiares indirectos () **Especificar:** _____
No Familiares () **Especificar:** _____
- 10. Situación económica:** Trabajo estable () Trabajo eventual () Sin trabajo ()

Anexo E. Oficio de permiso



SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Teniente PNP. José. R Calatayud Chávez
JEFE DE LA COMISARÍA DE FAMILIA PNP ABANCAY

Yo, **JESSICA LIZETH BARAZORDA HUAMÁN**, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 71477500, con domicilio real en la Urbanización Víctor Acosta Ríos 1ra etapa - Tamburco, correo 71477500@continental.edu.pe y teléfono 982102682, a usted respetuosamente expongo:

Que, en uso del derecho de petición advertido en el numeral 20) del artículo 2 de la Constitución Política del Estado; así mismo, encontrándome actualmente con el grado académico de Bachiller en Psicología, de la Universidad Continental – Sede Huancayo, acudo ante su autoridad con la finalidad de **SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR MUESTREO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, SOBRE “NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY, 2023.”**, como parte de mi proceso de titulación en la carrera profesional antes señalada, y poder realizar una evaluación psicológica a las mujeres víctimas de violencia familiar que concurren a la comisaría de familia en la ciudad de Abancay, comprometiéndome a mantener en reserva la información que obtenga, conforme a las normas de la institución, así también, asistir a la institución en los horarios que se me establezcan para realizar dichas evaluaciones.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted muy respetuosamente acceder mi pedido conforme lo solicito porser de Ley.

Abancay, 03 de marzo del 2023

Jose R Calatayud Chavez
03-MAR-2023
OK-353573
José Raúl Calatayud Chávez
TENIENTE PNP

Jessica Lizeth Barazorda Huamán
.....
JESSICA LIZETH BARAZORDA HUAMÁN
DNI: 71477500



PERÚ

Ministerio del
InteriorPolicía Nacional del
PerúComisaría
PNP FamiliaFrente
Policial
Apurímac

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Abancay, 04 de marzo del 2023

CARTA INFORMATIVA N°01- 2023-FP APURIMAC-DIVOPUS AB-COM FAMILIA.

SEÑOR (A) : Jessica Lizeth BARAZORDA HUAMAN.

DOMICILIO : Urb. Víctor Acosta Ríos 1ra. Etapa – Tamburco.

Mediante la presente, me dirijo a Ud, con la finalidad de hacer de su conocimiento que respecto a su solicitud presentada por mesa de partes de esta dependencia Policial, informarle la **ACEPTACIÓN** del desarrollo de su trabajo de investigación titulado **"NIVELES DE DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY, 2023"**; misma que se realizara en esta dependencia Policial, donde podrá realizar una evaluación psicológica a las mujeres víctimas de violencia familiar que acudan a la comisaria de familia, en el periodo que dure la investigación tendrá acceso a realizar sus evaluaciones, considerando que estas guardaran estricta reserva y confidencialidad de los datos de cada mujer evaluada.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente



CIP 364673
JOSE R. CALATAYUD CHAVEZ
TNTE. PNP
COMISARIO

Anexo F. Validación de instrumentos



FACULTAD DE HUMANIDADES
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: Sarita Yudith Pascual Fernández

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:
Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II)

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del plan de tesis:	DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY - 2023
----------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 20 de mayo, 2023

 Tesisista: Jessica Lizeth Barazorda Huamán
 D.N.I: 71477500

 Cristel Valeria Silva Villacorta
 D.N.I: 75338878

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar el Instrumento debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%

		VIOLENCIA ESCOLAR				
Dimensión: Área afectiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Tristeza, sentimiento de culpa, llanto, agitación.	Tristeza	4	5	4	4	
	Sentimientos de Culpa	5	5	4	5	
	Llanto	4	4	4	4	
	Agitación	4	5	4	4	
Dimensión: Área motivacional	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida del placer, pensamientos suicidas.	Pérdida de Placer	4	4	5	5	
	Pensamientos o Deseos Suicidas	5	4	4	4	
Dimensión: Área Cognitiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pesimismo, fracaso, sentimiento de	Pesimismo	4	4	5	4	
	Fracaso	4	4	4	4	

castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, indecisión, desvalorización, cansancio.	Sentimientos de Castigo	4	5	4	4	
	Disconformidad con uno mismo	4	4	4	4	
	Autocrítica	4	4	5	4	
	Indecisión	5	5	4	4	
	Desvalorización	4	4	5	5	
	Cansancio o Fatiga	4	5	4	4	
Dimensión: Área conductual	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad.	Pérdida de Interés	4	4	5	4	
	Pérdida de Energía	4	5	4	4	
	Irritabilidad	5	5	4	4	
Dimensión: Área física	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Cambios de hábitos y sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración y pérdida de interés sexual.	Cambios en los Hábitos de Sueño	4	5	5	4	
	Cambios en el Apetito	4	5	5	4	
	Dificultad de Concentración	5	4	5	5	
	Pérdida de Interés en el Sexo	4	4	4	4	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Sarita Yudith Pascual Fernandez
Profesión y Grado Académico	Mg. Gestión de los servicios de la Salud
Especialidad	
Institución y años de experiencia	Independiente
Cargo que desempeña actualmente	Psicóloga en consultorio privado

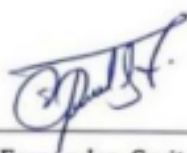
Puntaje del Instrumento Revisado: 80%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (x)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Pascual Fernandez, Sarita Yudith

Nombres y apellidos: Sarita Yudith Pascual Fernandez

DNI: 70020656

C.Ps.P: 46675



VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	SARITA YUDITH PASCUAL FERNANDEZ
Título profesional	MG. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Especialidad	
Institución en la que labora	INDEPENDIENTE

ESTUDIOS

Doctorado	
Maestría	MG. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Segunda especialidad	
Especialización	
Diplomado	

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	PSICÓLOGA EN CONSULTORIO PRIVADO
En áreas específicas	



FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

Nombre del instrumento: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

	Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Características sociodemográficas	1. Edad	1	1	1		
	2. Estado civil	1	1	1		
	3. Nro de hijos	1	1	1		
	4. Profesión u ocupación	1	1	1		
	5. Religión	1	1	1		
	6. Nro de denuncia	1	1	1		
	7. Tipo de violencia	1	1	1		
	8. Grupos de apoyo	1	1	1		
	9. Agresor	1	1	1		
	10. Situación económica	1	1	1		

Lugar y fecha. HUANCAYO, 20 de Mayo de 2023.

Pascual Fernandez, Sarita Yudith

DNI: 70020656
C.Ps.P: 46675

FACULTAD DE HUMANIDADES
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: DANTE ALEXANDER ORIHUELA ORREGO

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II)

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del plan de tesis:	DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY - 2023
----------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 25 de mayo 2023



 Tesista: Jessica Lizeth Barazorda Huamán

D.N.I: 71477500



 Cristel Valeria Silva Villacorta

D.N.I: 75338878

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar el Instrumento debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%

		VIOLENCIA ESCOLAR				
Dimensión: Área afectiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Tristeza, sentimiento de culpa, llanto, agitación.	Tristeza	3	5	4	4	
	Sentimientos de Culpa	5	4	4	5	
	Llanto	4	3	3	4	
	Agitación	4	5	4	4	
Dimensión: Área motivacional	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida del placer, pensamientos suicidas.	Pérdida de Placer	4	4	5	4	
	Pensamientos o Deseos Suicidas	5	4	3	4	
Dimensión: Área Cognitiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pesimismo, fracaso, sentimiento de	Pesimismo	4	4	5	4	
	Fracaso	4	4	3	4	

castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, indecisión, desvalorización, cansancio.	Sentimientos de Castigo	4	5	4	4	
	Disconformidad con uno mismo	4	4	4	3	
	Autocrítica	4	4	5	4	
	Indecisión	5	5	4	4	
	Desvalorización	4	4	5	5	
	Cansancio o Fatiga	4	5	4	4	
Dimensión: Área conductual	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad.	Pérdida de Interés	5	5	5	5	
	Pérdida de Energía	4	5	4	5	
	Irritabilidad	5	5	3	4	
Dimensión: Área física	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Cambios de hábitos y sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración y pérdida de interés sexual.	Cambios en los Hábitos de Sueño	4	5	5	4	
	Cambios en el Apetito	4	5	5	4	
	Dificultad de Concentración	5	4	5	5	
	Pérdida de Interés en el Sexo	4	3	4	4	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	DANTE ALEXANDER ORIHUELA ORREGO
Profesión y Grado Académico	PSICOTERAPEUTA GESTALTICO
Especialidad	ADICCIONES
Institución y años de experiencia	Independiente
Cargo que desempeña actualmente	Psicólogo en consultorio psicológico "Santa Rosa"

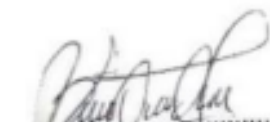
Puntaje del Instrumento Revisado: 75%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (x)

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Dante Alexander Orihuela Orrego
PSICOLOGO
C.Ps.P. 44262

Nombres y apellidos: DANTE ORIHUELA ORREGO

DNI: 72778230



VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	Dante Alexander Orihuela Orrego
Título profesional	Psicoterapeuta
Especialidad	Especialista en adicciones
Institución en la que labora	Centro de rehabilitación Clínica Casa Hogar

ESTUDIOS

Doctorado	
Maestría	mg. en psicología clínica (proceso)
Segunda especialidad	
Especialización	
Diplomado	

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	Psicólogo en Consultorio psicológico "Santa Rosa"
En áreas específicas	



FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

Nombre del instrumento: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

	Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Características sociodemográficas	1. Edad	1	1	1		
	2. Estado civil	1	1	1		
	3. Nro de hijos	1	1	1		
	4. Profesión u ocupación	1	1	1		
	5. Religión	1	1	1		
	6. Nro de denuncia	1	1	1		
	7. Tipo de violencia	1	1	1		
	8. Grupos de apoyo	1	1	1		
	9. Agresor	1	1	1		
	10. Situación económica	1	1	1		

Lugar y fecha. HUANCAYO, 25 de mayo de 2023.



Dante Orihuela Orrego
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 44282

Nombres y apellidos: DANTE ORIHUELA ORREGO

DNI: 72778230

FACULTAD DE HUMANIDADES
SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO- CUESTIONARIO
JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: JOSE FRANCISCO VIA Y RADA VITES

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Inventario de Depresión de Beck- II (BDI- II)

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del plan de tesis:	DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY - 2023
----------------------------------	--

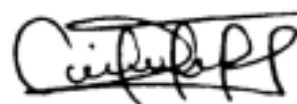
El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento.

De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 26 de mayo 2023



Tesista: Jessica Lizeth Barazorda Huamán
D.N.I: 71477500



Cristel Valeria Silva Villacorta
D.N.I: 75338878

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO

Para validar el Instrumento debe colocar, en el casillero de los criterios: **suficiencia, claridad, coherencia y relevancia**, el número (entre 1-5) que según su evaluación corresponda, cada ítem tendrá un valor máximo de 20 = 100%

		VIOLENCIA ESCOLAR				
Dimensión: Área afectiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Tristeza, sentimiento de culpa, llanto, agitación.	Tristeza	4	5	4	4	
	Sentimientos de Culpa	4	4	4	4	
	Llanto	4	4	4	4	
	Agitación	4	5	4	4	
Dimensión: Área motivacional	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida del placer, pensamientos suicidas.	Pérdida de Placer	4	4	5	4	
	Pensamientos o Deseos Suicidas	4	4	4	4	
Dimensión: Área Cognitiva	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherenci	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pesimismo, fracaso, sentimiento de	Pesimismo	4	4	5	4	
	Fracaso	4	4	4	4	

castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, indecisión, desvalorización, cansancio.	Sentimientos de Castigo	4	5	4	4	
	Disconformidad con uno mismo	4	4	4	4	
	Autocrítica	4	4	5	4	
	Indecisión	4	4	4	4	
	Desvalorización	4	4	5	5	
	Cansancio o Fatiga	4	5	4	4	
Dimensión: Área conductual	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad.	Pérdida de Interés	5	5	5	5	
	Pérdida de Energía	4	5	4	5	
	Irritabilidad	4	4	4	4	
Dimensión: Área física	Ítems	Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones o recomendaciones
Indicadores						
– Cambios de hábitos y sueño, cambios en el apetito, dificultad de concentración y pérdida de interés sexual.	Cambios en los Hábitos de Sueño	4	5	5	4	
	Cambios en el Apetito	4	4	4	4	
	Dificultad de Concentración	4	4	4	4	
	Pérdida de Interés en el Sexo	4	4	4	4	

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	JOSE FRANCISCO VIA Y RADA VITES
Profesión y Grado Académico	MAESTRO EN PSICOLOGIA MENCION EN PREVENCION E INTERVENCION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.
Especialidad	
Institución y años de experiencia	INDEPENDIENTE
Cargo que desempeña actualmente	PSICOLOGO

Puntaje del Instrumento Revisado: 75%

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE

APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN ()

NO APLICABLE ()



Firma del experto
DNI: 46248545

Nombres y apellidos: JOSE FRANCISCO VIA Y RADA VITES

DNI: : 46248545

C.Ps.P: 35375



VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Propósito: Validar el instrumento por criterio de juicio de expertos:

DATOS GENERALES

Nombres y apellidos del experto	JOSE FRANCISCO VIA Y RADA VITES
Título profesional	MAESTRO EN PSICOLOGIA MENCION EN PREVENCION E INTERVENCION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.
Especialidad	PREVENCION E INTERVENCION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.
Institución en la que labora	INDEPENDIENTE

ESTUDIOS

Doctorado	MAESTRO EN PSICOLOGIA MENCION EN PREVENCION E INTERVENCION DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
Maestría	
Segunda especialidad	
Especialización	
Diplomado	

PUBLICACIONES

Área General	
Áreas específicas	
Otras publicaciones	

CARGOS

Académicos	
No académicos	

EXPERIENCIA LABORAL

En áreas generales	PSICOLOGO INDEPENDIENTE
En áreas específicas	



FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS ÍTEMS

Nombre del instrumento: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

	Ítems	Coherencia (0-1)	Relevancia (0-1)	Redacción (0-1)	Observación	Sugerencia
Características sociodemográficas	1. Edad	1	1	1		
	2. Estado civil	1	1	1		
	3. Nro de hijos	1	1	1		
	4. Profesión u ocupación	1	1	1		
	5. Religión	1	1	1		
	6. Nro de denuncia	1	1	1		
	7. Tipo de violencia	1	1	1		
	8. Grupos de apoyo	1	1	1		
	9. Agresor	1	1	1		
	10. Situación económica	1	1	1		

Lugar y fecha. HUANCAYO, 26 de mayo de 2023.

Firma del experto
DNI: 46248545
C.Ps.P: 35375

Anexo G. Oficio de Aprobación del Comité de ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 30 de junio del 2023

OFICIO N°0345-2023-CIEI-UC

Investigadores:

JESSICA LIZETH BARAZORDA HUAMÁN
CRISTEL VALERIA SILVA VILLACORTA

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR QUE ACUDEN A LA COMISARÍA DE FAMILIA EN ABANCAY -2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente



Walter Calderón Gunstein
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa
Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo
Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Colasuyo
(064) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(064) 480 070

Lima
Av. Alfredo Mendola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760