



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA,
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE ALTO LARAN-2020”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico

Presentado por:

María Hayde Bardelli Cahuas

Gustavo Xavier Solari Saravia

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciado en
Psicología

Docente asesor:

Dra. Evelyn Alina Anicama Navarrete

Código Orcid N° 0000-0003-1164-2079

Chincha, Ica, 2021

Asesor

DRA. EVELYN ALINA ANICAMA NAVARRETE

Miembros del jurado

- Dr. Edmundo Gonzales Zavala
- Dr. William Chu Estrada
- Dr. Martín Campos Martínez

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a Dios, por inspirarme, darme fuerza y salud para continuar con este proceso de obtener uno de mis sueños más deseados

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por bendecirme,
a mis padres por el soporte
emocional quienes me guían en el
camino de mi vida.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia, Centro de Emergencia mujer de Alto Laran-2020.

Metodología: Investigación cuantitativa, no experimental y descriptivo simple. La técnica de recolección de datos es la encuesta y el instrumento es el inventario de automedición de depresión de Zung.

Participantes: Estuvo integrada por 78 mujeres que han efectuado sus denuncias en el CEM del distrito de Alto Laran-Chincha durante el año 2020.

Resultados: En cuanto a los niveles de depresión un 20,5 % (16) muestra depresión leve, es decir que podría existir desorden emocional; 73,1 % (57) muestra depresión moderada, es decir que su situación actual es depresiva, aunque eso puede ser circunstancial y 6,4 % (5) mostraron niveles de depresión severa, por lo que requieren tratamiento.

Con respecto a las variables sociodemográficas, los datos indican que estas son las características donde más mujeres presentan depresión, sobre todo depresión moderada: entre los 31 a 40 años, soltera, con secundaria completa y puede ser ama de casa u obrera, aunque lo más probable es que sea ama de casa.

Conclusiones: Se ha logrado determinar que existe un nivel moderado de depresión en mujeres víctimas de violencia que han denunciado en el CEM- Alto Laran, ya que un 73,1 % (57) muestra aquel nivel.

Asimismo, las variables sociodemográficas juegan un papel importante en brindarle características y generar un perfil que mejore la prevención e intervención de casos.

Palabras claves: Depresión, violencia.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of depression in women victims of violence, Alto Laran Women's Emergency Center-2020.

Methodology: Quantitative, non-experimental and simple descriptive research. The data collection technique is the survey and the instrument is the Zung depression self-measurement inventory.

Participants: It was made up of 78 women who made their complaints at the CEM of the Alto Laran-Chincha district during 2020.

Results: Regarding the levels of depression, 20.5% (16) show mild depression, that is, there could be emotional disorder; 73.1% (57) show moderate depression, that is, their current situation is depressive, although this may be circumstantial and 6.4% (5) showed levels of severe depression, for which they require treatment.

Regarding the sociodemographic variables, the data indicate that these are the characteristics where more women present depression, especially moderate depression: between 31 and 40 years old, single, with complete secondary school and can be a housewife or worker, although the most she is probably a homemaker.

Conclusions: It has been determined that there is a moderate level of depression in women victims of violence who have reported in the CEM-Alto Laran, since 73.1% (57) show that level.

Likewise, sociodemographic variables play an important role in providing characteristics and generating a profile that improves prevention and intervention of cases.

Keywords: Depression, violence.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Palabras claves	v
Abstract	vi
Índice general / Índice de figuras y de cuadros.	vii
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1. Descripción del Problema	12
2.2. Pregunta de Investigación General	20
2.3 Preguntas de Investigación Específicas	20
2.4 Justificación e importancia	20
2.5 Objetivo General	22
2.6 Objetivos Específicos	22
2.7 Alcances y Limitaciones	23
III. MARCO TEÓRICO	
3.1. Antecedentes	25
3.2. Bases teóricas	31
3.3. Marco conceptual	42
IV. METODOLOGÍA	
4.1 Tipo y Nivel de la Investigación	44
4.2 Diseño de la Investigación	44
4.3 Población y muestra	44
4.4 Hipótesis general y específicas	45
4.5 Identificación de las variables	45
4.6 Operacionalización de Variables	46
4.7 Recolección de datos	47
V. RESULTADOS	
5.1 Presentación de resultados	49
5.2 Interpretación de resultados	58
VI ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	

6.1	Análisis descriptivos de los resultados	60
6.2	Comparación resultados con marco teórico	60
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS	68
	Anexo 1: Matriz de consistencia	69
	Anexo 2: Instrumento de medición	70
	Anexo 3: Escala de valoración del instrumento	71
	Anexo 4: Base de datos	72
	Anexo 5: Documentos administrativos	74
	Anexo 6: Informe de turnitin al 28% de similitud	77

Índice de Figuras

Figuras 01	Edad de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	49
Figuras 02	Estado Civil en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	50
Figuras 03	Grado de instrucción en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	51
Figuras 04	Condición Laboral en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	52
Figuras 05	Síntomas Afectivos mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	53
Figuras 06	Síntomas Fisiológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán.	54
Figuras 07	Síntomas Psicomotores en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	55
Figuras 08	Síntomas Psicológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	56
Figuras 09	Niveles de Depresión en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	57

Índice de Cuadros

Cuadro 01	Edad de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	49
Cuadro 02	Estado Civil en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	50
Cuadro 03	Grado de instrucción en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	51
Cuadro 04	Condición Laboral en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	52
Cuadro 05	Síntomas Afectivos mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	53
Cuadro 06	Síntomas Fisiológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán.	54
Cuadro 07	Síntomas Psicomotores en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	55
Cuadro 08	Síntomas Psicológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	56
Cuadro 09	Niveles de Depresión en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Larán, 2020.	57

I. INTRODUCCIÓN

Desde la psicopatología, un trastorno viene a ser toda alteración del comportamiento de la persona que lo padece, y que le afecta en los diversos ámbitos de su vida. En el caso específico de la depresión, es un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración afectiva que se encuentra fuertemente asociada con un sentimiento de pérdida, lo cual indica que la persona que la padece percibe la pérdida no solo física, sino también psicológica de su vida normal, caracterizada por una profunda tristeza e inhibición de su actividad psíquica, viéndose afectada la autonomía, hábitos, relaciones interpersonales y de pareja, rol familiar, contexto laboral y social, etc. En cuanto a la mujer, los estudios indican una tendencia a presentar depresión en mayor o menor medida. A mayor edad y menor grado de instrucción, la tendencia a la depresión se vuelve más alta. Son estos factores sociodemográficos los que no solo influyen en la aparición y diagnóstico del trastorno, sino también en su pronóstico y tratamiento.

En esta investigación, se trató el tema de la depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia, tanto física como psicológica, y que han denunciado este hecho en el Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán -Chincha. Estos centros se especializan en la recepción de casos de violencia hacia el grupo familiar, brindar orientación, consejería y acompañamiento a los casos, así como también en la promoción de estilos de vida saludable dentro del estado de bienestar y cultura de paz que se promueve.

Los autores.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del Problema

Es evidente que la mujer es más propensa a sufrir depresión que el varón. Los motivos son varios, desde factores biológicos como lo genético, congénito, hormonal, neurológico y hasta evolutivo; hasta factores sociales tales como la sociedad, la familia, la cultura, la crianza y hasta la misma historia; todos ellos propiciando que sea justamente la mujer aquella que padezca este trastorno del estado de ánimo con mayor frecuencia.

Es más, la combinación de ambos factores suelen ser un caldo de cultivo más fértil, para que esta condición se dé. La vulnerabilidad que produce tanto lo biológico, como lo social, no ayuda a que se dé un afrontamiento adecuado de los procesos de depresión que le sobrevienen, sobre todo en la parte hormonal.

Por tanto, podríamos ver a la depresión como una bala colocada dentro de un arma (factor biológico), pero disparada por un factor social que desencadena este trastorno. Es aquí en el factor social, donde nosotros como psicólogos podemos incidir para evitar y prevenir la depresión, pero el tema es más complejo que unas simples palabras de aliento para mejorar el ánimo de alguien.

Dentro del factor social, existe un entramado sociocultural sistemático de interacciones sociales, donde existen preconceptos y costumbres, muchas de ellas fruto del proceso histórico de nuestro entorno, así como de cuestiones políticas y económicas, donde la violencia hacia la mujer es tomada como natural o normal.

Uno de estos factores que sigue teniendo un gran peso en la vida no solo de las mujeres, sino de la sociedad en general, es el tema de las relaciones interpersonales. Estas relaciones se encuentran al mismo tiempo influenciadas por la cultura que nos ha tocado vivir, y hay que aceptarlo, la cultura que hemos heredado y continuamente transmitimos a las generaciones futuras, ha venido

incentivando patrones de conducta y pensamiento nocivos para todos, lo que conlleva a que las relaciones interpersonales, sobre todo entre varones y mujeres, se vean plagadas de conflictos y agresiones, muchas veces injustificadas.

Cuando estas agresiones superan el nivel de la autodefensa, y son ocasionadas por la búsqueda de control, manipulación, demostración de poder, fuerza; es aquí donde se evidencia con mayor claridad como todo el entramado social ha desencadenado situaciones de violencia, la cual, es más perjudicial en la mujer por lo mencionado con anterioridad; y es que, el ingreso a la pubertad, la menstruación, el embarazo, el postparto o la menopausia, ocasionan cambios no solo a nivel anatómico y fisiológico, sino que también influyen en el trato que se le tiene a la mujer en su entorno social.

De esta forma, la violencia hacia la mujer se ve potenciada por estos factores sociales, matizados por una cultura nociva en la que nos relacionamos. La desigualdad o la falta de oportunidad ocasionan que principalmente las mujeres vivan en pobreza, generando sentimientos de negatividad, baja autoestima y falta de control en sus vidas. Las responsabilidades en la casa (que aún están íntimamente ligadas a la mujer), la sobrecarga laboral, la demanda constante en la búsqueda del éxito, el poder y la estabilidad; conllevan a la saturación, causando ansiedad, trastornos alimenticios, drogadicción o alcoholismo, que pueden llevar a una depresión.

Finalmente, en nuestras sociedades otro flagelo al que se ven sometidas las mujeres es el tema del abuso físico, psicológico y sexual. Una mujer que ha sufrido de esto desde pequeña, es más probable que continúe sufriendo y permitiendo estos actos sobre su persona a futuro.

Es decir, la violencia hacia la mujer no solo se da cuando alguien le maltrata o abusa de ella, sino también por las carencias

sociales y culturales que el sistema ciernen sobre ella. Esto las convierte en un grupo vulnerable históricamente, observándose su impacto en todo el mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1 de cada 3 mujeres (35 %) en el mundo ha sufrido de algún tipo de violencia y tienen el doble de probabilidades de tener depresión (RPP, 2019). Para el 2005 se detectó que la violencia doméstica contra la mujer en el mundo afectaba entre el 15 % al 71 % (Llosa y Canetti, 2018).

En países como Paraguay, El Salvador, Nicaragua, Ecuador o Jamaica, más de la mitad de mujeres violentadas indicaron ansiedad o angustia grave que no les permitía completar su trabajo u otras labores; el 76 % indicó vivir con miedo constante y entre el 64 % al 68 % de sufrir más violencia. Lo mencionado se corrobora con estadísticas como la presentada en el congreso sobre medicina de familia y comunitaria celebrado en Zaragoza (España), donde se presentó una investigación realizada a 290 pacientes, y en la cual, de la mitad que indicaron maltrato, también sufrieron de ansiedad y depresión (Europa Press, 2010); en Uruguay hay una prevalencia del 27,7 % de violencia doméstica contra la mujer (Llosa y Canetti, 2018). La experta Carmen Fernández señala que muchas veces las mujeres acuden por somatizaciones o malestares psicológicos, pero que ocultan la violencia que sufren y la depresión que padecen (Europa Press, 2010). Por tanto, el tema de la violencia hacia la mujer no es algo exclusivo de la cultura latinoamericana, sino un hecho social del mundo contemporáneo que ocasiona que se duplique la probabilidad de depresión.

En el caso de nuestro país, la violencia contra las mujeres es un problema social muy arraigado y extendido, aunque aún no ha sido estudiado a detalle, pero la mayoría de estudios indican que 1 de 2 mujeres sufrirá o ha sufrido de violencia.

Los Centros de Emergencia Mujer (CEM) muestran que entre el 2002 y 2007, los casos atendidos han pasado de 29 759 a 33 212.

La Policía Nacional del Perú (PNP) indica que del 2005 al 2007, las denuncias por violencia familiar han aumentado ligeramente de 76 255 a 87 292 (Díaz y Miranda, 2010). En el 2003, Távora et al investigaron la violencia en mujeres que fueron atendidas en los servicios de salud reproductiva, encontrando que el 61 % aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia, incluyendo un 19,1 % que indicó violencia sexual en su niñez.

Para el 2009, el Ministerio Público registró 135 casos de feminicidio, mientras que en el 2010 la cifra quedó en 130 (Andina, 2011). El portal web de RPP (2019) indica que Perú es el séptimo país en América Latina donde se dan más feminicidios de mujeres entre 18 a 59 años. El Observatorio de criminalidad indicó que entre 2009 y 2017, 1129 mujeres fueron asesinadas, de las cuales, el 90 % lo hizo a manos de su pareja y el otro 10 % de un desconocido (Zapata, 2018).

A raíz de estas cifras, es que en 2018 mediante decreto legislativo N° 1368 se crea el Sistema Nacional Especializado de Justicia para la Protección y Sanción de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar, pero a pesar de estas iniciativas los datos siguen siendo alarmantes.

En los últimos 7 años (RPP, 2019) los asesinatos y tentativos de feminicidios aumentaron según indica el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Los CEM recibieron 121 feminicidios a nivel nacional, siendo los departamentos de Lima, Arequipa, Junín y Puno donde se dieron mayores casos. De estas mujeres asesinadas, el 67 % sufrió de violencia psicológica y 40 % de violencia física y sexual.

En cuanto a la ciudad de Chíncha, la comisaría en lo que viene del mes de septiembre ha registrado 38 denuncias de violencia psicológica y 37 de violencia física. A su vez, otros indicadores de posibles detonantes de violencia están las visitas realizadas por medidas de protección (recordemos que estas medidas se dan para

el alejamiento del agresor hacia la víctima y se visita el domicilio para verificar que estas medidas se estén cumpliendo) en una cantidad de 50, también se reportó 18 abandonos de hogar y 9 retiros voluntarios del hogar.

En el caso del distrito de Alto Larán, la comisaria ha registrado 40 denuncias por violencia física y 36 por violencia psicológica. Además, se debe tomar en cuenta los 35 abandonos de hogar, 17 retiros voluntarios del hogar y 12 retiros forzados del hogar.

Estas cifras destacan al evidenciar la falta de estabilidad en los hogares del distrito de Alto Larán y en la ciudad de Chincha, un indicador de todos los posibles sucesos de violencia que terminaron desembocando en aquellos reportes policiales.

Por todo lo antes mencionado, no es de extrañar que la depresión sea una de las secuelas más graves que queda tras producirse violencia tanto física, como psicológica o sexual. Existe una relación entre violencia y depresión muy presente; es más, este síntoma aumenta en los casos que han sido denunciados y que, al no ser atendidos como es debido, pueden muchas veces derivar en un feminicidio; es por ello que se hace patente identificar los indicadores adicionales a la depresión que se siente, tales como celos, desconfianza, humillaciones, amenazas, posesión de un arma, alcoholismo (vinculada con el aumento de la violencia) o drogadicción.

Todo ello viene acompañado con la normalización de la violencia y la culpabilización de la víctima (un 35 % justifica la violencia según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES), donde, muchas veces la mujer puede mantener una condición socioeconómica estable y rentable, manteniendo al agresor, pero por dentro se siguen sintiendo impotentes y desvalorizadas. Esta situación ha sido denominada como el síndrome de la mujer maltratada, que al igual que el trastorno de estrés postraumático causado por desastres, terrorismo o guerras,

la persona siente que no tiene control de la situación, temen por su vida y consideran que lo mejor es no enfrentarse a ello, ya que en oportunidades anteriores ha intentado salir sin mucho éxito, generando así una situación de desesperanza aprendida e ingresan en el ciclo de la violencia.

Todo esto fue descrito por la profesora Leonore Walker en 1979, quien estableció el ciclo en tres fases (tensión, incidente violento agudo y el arrepentimiento o luna de miel) donde la mujer maltratada se encuentra encerrada en este círculo vicioso, y genera este síndrome que la lleva a aceptar su situación como normal y que ella es responsable, llevándole a grados de gran ansiedad y de comportamientos evitativos, entumecimiento emocional (insensibilidad), disociación, minimización, represión, negación y claro está, depresión (Salom, 2011). La ENDES indica que la violencia aumenta en un 13 % la deseabilidad social (tener una imagen positiva ante los demás), pero la violencia daña esta imagen, causando más deseos de ser visto de manera positiva llevando a que la mujer prefiera distanciarse, aislarse, a perder oportunidades u otros. Así mismo se da un aumento del 31 % de depresión.

La parte más negativa de esto, es que, tras haber sido víctimas de la violencia, tras haber aceptado esta, normalizándola, produciéndose trastornos en su vida, pasar por el largo proceso de denuncias, declaraciones, evaluaciones y juicios, aun así, las mujeres no asisten a una consulta psicológica. Por ejemplo, en Piura, 8 de cada 10 mujeres víctimas de violencia sexual, física o psicológica no terminan el tratamiento psicológico.

Este hecho muchas veces conlleva a que el ciclo de la violencia en el que se encontraban, se replique en sus hijos, además que los trastornos que tuvieron se den también en ellos. De esta forma, los datos en el país indican que haber sido agredida o testigo aumenta entre un 12 % a 15 % la probabilidad de también sufrir violencia en la adultez, teniendo así un 66 % de ser maltratada, a

comparación de los hogares sin violencia donde solo es del 38 %. Un niño que vive en un hogar violento tiene un 18 % más de ser también víctima de la violencia y aumenta en un 19 % que se vea necesaria la violencia como forma de educación, transmitiéndola de generación en generación.

Si a estos datos le adicionamos que, a pesar de no encontrarse el agresor en casa, la persona continúa sufriendo por la falta de atención debida, llevándole muchas veces al suicidio; tenemos así una problemática que, aunque tiene una solución legal, muchas veces no la tiene de forma social o psicológica. Esto muchas veces se da también porque 8 de cada 10 mujeres no confían en las instituciones que garantizan sus derechos. Si esto es así, tampoco confiarán en las que les brindan atención en salud.

Por último, es importante señalar el impacto en la salud física, en la educación y en la economía que tiene la violencia sobre la mujer.

En Colombia se detectó que los niños de madres violentadas sufren más de enfermedades respiratorias, fiebre y enfermedades diarreicas agudas. Asimismo, estos niños presentan un mayor retraso escolar y menor asistencia a clases. Todo esto se explica por una somatización de la tensión emocional que generan los hechos de violencia.

Para nuestro país, en cuanto a la salud física, se reporta que se tiene un 7 % más de tener complicaciones durante el parto, con un 26 % más de que el embarazo se interrumpa, un 16 % más de que él bebe nazca con bajo peso y un 4 % más de contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual (una mujer víctima tiene menos probabilidades de practicarse un examen de prevención). Es Salud (2016) advierte que además del insomnio, ansiedad, falta de apetito, ira, depresión, estrés e incluso suicidio (entre el 20 al 40 %), también se dan cefaleas, lumbalgias, dolores abdominales, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, limitaciones en la movilidad y mala

salud en general. Según Gabriela Coros de la Universidad de Lima, el 92 % tiene disfunciones sexuales (RPP, 2019).

Para los niños, una madre violentada reduce en un 14 % las veces que le da de lactar, siendo este impacto mayor (aunque parezca contradictorio) en las mujeres con secundaria completa, con estudios superiores o no pobres. Así como en Colombia, en el Perú, los niños entre 0 a 2 años de madres violentadas, tienen mayores episodios de fiebre, diarrea, tos y respiración rápida; persistiendo estos síntomas a lo largo de la infancia dado que sus madres siguen sufriendo de violencia, además de que la mujer maltratada retrasa los controles de salud o las vacunas del niño.

Con respecto a la economía, esta produce una pérdida de entre 1 150 a 1 523 soles anuales (siendo en los hogares no pobres un costo de entre 1 400 a 1700 y, en hogares pobres extremos entre 600 a 700 soles) y se calcula una pérdida de alrededor del 3.7 % del PBI. Esto dado a que las mujeres víctimas utilizan un 22 % más los servicios de salud, perciben menos ingresos y tienen mayor probabilidad de desempleo (Díaz y Miranda, 2010).

Por lo antes expuestos, se hace patente y necesario un estudio más profundo de la depresión en mujeres víctimas de violencia, no solo como un medio para identificar los niveles de este trastorno en esta población, sino como un predictor de posibles factores que puedan influir negativamente en ciertas poblaciones, así como factores que pueden predisponer a ser víctima de violencia. Así mismo, ayudaría en una mejor identificación de casos, además de que se puede plantear mejores propuestas de intervención basadas en las características de la población afectada. Es por ello que se propone las siguientes preguntas y objetivos para la presente investigación.

2.2. Pregunta de Investigación General

¿Cuál es el nivel de depresión en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Larán - 2020?

2.3 Preguntas de Investigación Específicas

P.E.1.

¿Cuál es el nivel de síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020?

P.E.2.

¿Cuál es el nivel de síntomas fisiológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020?

P.E.3.

¿Cuál es el nivel de síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia del centro de emergencia mujer de Alto Larán -2020?

P.E.4.

¿Cuál es el nivel de síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia del centro emergencia mujer de Alto Larán -2020?

2.4 Justificación e importancia

Justificación

Socialmente el estudio de la depresión en mujeres víctimas de violencia adquiere relevancia dada la alta incidencia de denuncias producidas en las entidades del estado (sobre todo en la zona), esto, tomando en cuenta que es tan solo el porcentaje de mujeres que se atreven a denunciar, quedando aun por revelar aquellas que no lo hace. Este tipo de estudios no solamente visualiza a las víctimas, sino el impacto emocional que la violencia ha tenido sobre ellas, y las

consecuencias que traen para su vida y su salud. Conocer esto identifica a las víctimas y es el siguiente paso para la elaboración de trabajos más metodológicos o de intervención social.

Para nuestra vida actual, la violencia ya ha sido menos normalizada y es más denunciada y menos permitida; aun así, existe un alto porcentaje de denuncias que se pudieron evitar y que no se relacionan con la incidencia, sino a la violencia normalizada y que es aceptada como parte de la vida de la mujer. Por lo cual, muchos casos que antes eran tratados como parte de la vida diaria de la mujer, ahora se identifica su origen ligado a esta realidad, lo que ayuda a una mejor intervención psicoterapéutica.

Con respecto a esto, en la parte metodológica se pueden crear mejores instrumentos de medición basados en aquellos rasgos depresivos identitarios de nuestra población, evitar preguntas innecesarias y ganar tiempo en la identificación, diagnóstico y tratamiento. Además, es un paso para la elaboración de planes de intervención mejor ajustados a las necesidades de la población.

Por último, se debe mencionar que teóricamente, si bien el tema ha sido ampliamente tratado, como se verá más adelante, ha estado más orientado a la parte de su consecuencia más grave (el suicidio), relacionado con la ansiedad o al impacto a nivel familiar. Es decir, aún falta más información por definir y determinar con respecto a la depresión en mujeres víctima de violencia, sobre todo en nuestra región, donde este trastorno se expresa con sus características propias.

Importancia

La importancia en el área psicológica y clínica radica en la identificación de grupos de mujeres con conductas desadaptativas y con problemas severos de depresión, obteniendo información actual y veraz sobre los tipos de depresión que está existiendo en las mujeres del distrito de Alto Larán - Chíncha, para poder así desarrollar estrategias y métodos aplicados netamente a este tipo de depresión, lo que podrá brindar recomendaciones a los profesionales de la Salud, para que así se pueda disminuir esta problemática que está afectando a gran parte de la población del distrito.

2.5 Objetivo General

Determinar el nivel de depresión en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Larán - 2020.

2.6 Objetivos Específicos

O.E.1.

Determinar el nivel de síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020

O.E.2.

Determinar el nivel de síntomas fisiológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020.

O.E.3.

Determinar el nivel de síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020.

O.E.4.

Determinar el nivel de síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán - 2020.

2.7 Alcances y Limitaciones

Alcances

Espacial. La presente investigación se realizó en el Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán.

Temporal. El estudio de la investigación se realizó en el 2021.

Conceptual. Se determinó los niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia del CEM-Alto Larán, un dato importante en el camino a la prevención y al establecimiento de estrategias de intervención. Todo ello se alcanzó dado que se estableció con precisión los límites metodológicos tanto de la investigación como del instrumento que se ha utilizado.

Limitaciones

Una clara limitación en cuanto al diseño escogido es lo referido a que, si bien se tuvo un diagnóstico preciso de un momento dado de la población, este se limitó a tan solo esa aplicación, no pudiendo conocer la evolución posterior de esos resultados.

En cuanto a la recolección y análisis de datos no se presentaron mayores problemas en su realización, pero para el procesamiento surgieron inconvenientes con respecto a la duplicación de pruebas, esto sobre todo por la forma en que se organizó la ejecución del proyecto. Aun así, esto se detectó a tiempo y se subsano.

Si bien se alcanzó el objetivo de investigación y la meta trazada como investigadores, un obstáculo fue la comprensión teórica total de la variable, dado que es un tema muy extenso que tiene variadas interpretaciones teóricas y conceptuales. Se considera que se pudo abarcar con más

amplitud este tema importante, aunque eso hubiese demandado ampliar el diseño planteado de manera inicial, y dadas las presentes circunstancias de la pandemia, aquellos resultaban muy difícil.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

En relación con las investigaciones relacionadas con la variable, si bien existen trabajos que han tratado el tema, continuamente lo han hecho orientados con respecto a los factores asociados o los determinantes de la violencia, las respuestas que han tenido las mujeres violentadas, sus consecuencias más graves o de forma amplia en conjunto con otros trastornos o condiciones. Además, este tipo de información referente a la depresión en este grupo particular, es de carácter muy delicado, dado el uso que se le puede dar a la información, por lo cual se mencionará aquellas investigaciones que se acerquen sobre todo en cuestión de tiempo y población a lo que se propone en el proyecto.

Estudios internacionales

Calero & Vaca (2019) investigaron la Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia, presentada en la Universidad Internacional SEK de Quito, Ecuador, como trabajo de grado. El diseño de investigación consistió en un estudio descriptivo con metodología cuantitativa y modalidad de campo, en el cual se hizo uso de la técnica de entrevista y encuesta, aplicando el inventario de evaluación de la personalidad (PAI) centrándose en las escalas de ansiedad y depresión, se evaluó a 24 mujeres víctimas de violencia. Los resultados mostraron una asociación leve de los rasgos de ansiedad y depresión con las mujeres víctimas de violencia. En cuanto a la depresión, las puntuaciones inferiores a 60 (depresión general 59, depresión cognitiva 55, depresión fisiológica 57 y depresión emocional 59) reflejan pocas quejas con respecto a la infelicidad o malestar. Esto indica que no hay diferencias significativas y solo se encuentran leves diferencias.

Camacho (2019) investigó la Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna, tesis presentada en la Universidad Central del Ecuador, como trabajo de grado. La investigación cuantitativa, correlación y no experimental, hace uso de la técnica de encuesta aplicando la escala de medición de la violencia (VIFJ4) y el inventario de depresión de Beck en 49 mujeres. Entre los resultados se obtuvo un 26,5 % con niveles leves de depresión, 55,1 % depresión moderada y 18,4 % niveles graves; se concluyó una asociación entre 3 de los 4 tipos de violencia con la depresión.

Lara et al (2019) realizaron la investigación Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. Consistió en un estudio comparativo, mediante la técnica de encuesta, haciendo uso del inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el inventario de evaluación de la personalidad (PAI), aplicados a 170 mujeres víctimas de violencia por su pareja íntima y 170 que no fueron víctimas. Los resultados obtenidos indican diferencias significativas entre la depresión y la ansiedad de ambos grupos, siendo que ambas variables están fuertemente asociadas con la violencia, dado que las mujeres víctimas de violencia presentaron síntomas de depresión leve, moderada y severa, mientras que las que no son víctimas se encuentran en lo mínimo (97.9 % depresión grave en víctimas de violencia, 2.1 % depresión grave en no víctimas de violencia); lo mismo para con la ansiedad.

Llosa & Canetti (2018) en su investigación sobre la Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja, realizaron un estudio caso-control en Uruguay, mediante el uso de las técnicas de entrevista y encuesta haciendo uso del WAST corto, entrevista clínica, inventario de depresión y escala de ideación suicida de Beck, siendo aplicados en 30 casos y 28 controles de usuarios de un centro de salud en Montevideo. Los resultados mostraron que 56,7 % de los casos muestra depresión y los

controles muestra 14,3 %. Se concluyó que la violencia de pareja es un factor de riesgo alto para que se dé la depresión y la conducta suicida.

Palomar et al (2016) realizaron la Valoración forense del riesgo psicológico inicial en víctimas de violencia de género, para ello plantearon un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, utilizando la técnica de entrevista y encuesta, se revisaron las denuncias realizadas por las víctimas y se aplicaron los test de desesperanza de Beck y Zung SAS, en 93 casos denunciados en las comisarías de Madrid. Los resultados indicaron que las denunciadas indican depresión moderada o grave según el test de Beck, mientras que, por el test de Zung, manifiestan indicios de depresión. Se concluye que de alguna manera la violencia física (entre 71,4 % y 84,5 % asegura padecer maltrato psicológico) acaba generando consecuencias psicológicas.

Patró, Corbalán & Limiñana (2007) investigaron la Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con los estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. A través de una metodología, descriptivo - correlacional y, haciendo uso de la técnica de entrevista y encuesta aplicando el inventario de depresión de Beck, el inventario de estilos de personalidad de Millon (MIPS), en una muestra de 105 mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja de las provincias de Alicante y Murcia, España. Los resultados obtenidos indican que la media de puntuaciones se encuentra en niveles de depresión leve y moderada, siendo un 28.6 % ausencia de depresión, 18.1 % depresión leve, 35.2 % depresión moderada y 18.1 % depresión grave, por lo que, un 49.5 % de mujeres se les puede considerar dentro de la depresión. En cuanto a las relaciones se observa correlaciones significativas entre las variables con la depresión.

Garay (2005) presentó la tesis Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa), en la Universidad Iberoamericana para el grado de doctor. Mediante una investigación descriptiva-comparativa, haciendo uso de la técnica de encuesta, a través de la escala de automedición de la depresión de Zung, se evaluó a 444 mujeres de la ciudad de Toluca-México. Los resultados mostraron que un 45 % de encuestadas muestran niveles normales de depresión, un 29 % depresión ligera, 18 % depresión moderada y 8 % depresión severa. La autora concluye diferencias entre grupos al haber más depresión en mujeres con trabajos no remunerados en comparación con las de trabajos remunerados.

Moreno (2014) hizo de conocimiento científico la investigación titulada “Violencia intrafamiliar como causa de trastorno depresivo en mujeres que acuden al Centro de apoyo Integral La tres Manueles y al hospital cantonal de Sangolqui, en la ciudad de Quito” queriendo demostrar que la violencia intrafamiliar es causa del desarrollo de trastorno depresivo en mujeres que acuden al centro de Equidad y Justicia “Las Tres Manueles”. Consistió en una muestra de 114 mujeres, dividieron la muestra en dos grupos: casos y controles siendo los resultados: de las 57 mujeres con trastorno depresivo, 40 (35.1%) padecían de trastorno leve, 14 (12.3%) moderado y 3 (2.6%) grave. De las 57 mujeres con diagnóstico de trastorno depresivo 51 (89.50%) padecían en ese momento violencia psicológica, 43 (75.40%) física, 42 (73.70%) sexual y 48 (84.2%) económica, por lo cual se obtuvo por conclusión que la violencia intrafamiliar se encuentra relacionada con el trastorno depresivo.

Estudios nacionales

En el país es donde más se han visto investigaciones relacionadas a la depresión y a la violencia en su conjunto, por lo cual se han seleccionado aquellas investigaciones de los últimos años que concuerdan con lo que se pretende investigar.

Jaucala (2020) investigó la Implicancia entre la depresión y violencia domestica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018, en su tesis de la Universidad Ricardo Palma, para optar por el título de médico cirujano. El estudio fue observacional, analítico, haciendo uso de la técnica de diccionario de datos, se recopiló información de la encuesta ENDES-2018, de 14 760 viviendas en Lima, 9 340 en el resto urbano y 12 660 viviendas en área rural. Se detectó que, de 338 mujeres víctimas de violencia doméstica, un 81.2 % han tenido depresión, además el grupo de edad adulto, estado civil soltera y el nivel educativo secundaria mostraron asociación con la variable. La autora concluye que existe asociación significativa entre ambas variables (0.008), así como también entre la depresión con el grupo de edad y nivel educativo.

Salazar (2020) realizó la tesis Dependencia emocional y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en un instituto de medicina legal, Nuevo Chimbote-2019, para la Universidad Cesar Vallejo, por el grado académico de doctora en psicología. La investigación consistió en un estudio básico con una metodología de diseño correlacional, aplicándose la técnica de encuesta, mediante los inventarios para determinar la dependencia emocional (IDE), la depresión de Beck-II (BDI-II) y la ansiedad de Beck (BAI) a 350 mujeres. Los resultados arrojaron en cuanto a los niveles de depresión, que un 40.9 % registro depresión grave, un 26.9 % moderada, un 24 % mínima y 8.3 % leve, concluyéndose que existe relación positiva y significativa entre variables (0.58, 0.86 y 0.51).

García (2019) presentó la tesis Violencia familiar y niveles de depresión en estudiantes de la facultad de derecho de la Universidad San Pedro – Sede Huacho, en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión para obtener el grado de maestría. El método utilizado para esta investigación fue básico, de nivel descriptivo, correlacional y no experimental, haciendo uso de la

técnica de encuesta se aplicaron el cuestionario de tamizaje y el inventario de depresión de Beck, aplicados a 120 estudiantes. Los resultados indican relación entre ambas variables, con una correlación de 0,793, siendo una buena asociación; mientras que, en relación con la depresión, el 50,0 % presento niveles leves y moderados.

Valentín (2018) investigó los Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017, mediante su tesis en la Universidad Continental para optar por el título de licenciada en psicología. El método de investigación fue científico-descriptivo, aplicada. Se recolecto la información mediante la técnica de encuesta y para la recopilación de datos se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (VIF), los cuales se les aplico a 90 mujeres. Los resultados indicaron que un 74,5 % de mujeres tienen síntomas depresivos moderados y severos, y se concluyen que estos son más frecuentes en mujeres adultas, convivientes y con una prevalencia en los síntomas somáticos.

Castillo (2017) investigó la Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. El diseño utilizado fue el transeccional - correlacional, haciendo uso del método de fichas y encuestas, se recolectó la información a través de una ficha de datos sociodemográficos y detección de violencia, así como el inventario de dependencia emocional, de respuestas de afrontamiento para adultos y de depresión de Beck-II, aplicándoselas a 126 mujeres. El resultado que nos atañe es que el promedio de mujeres evaluadas presenta un nivel moderado de depresión.

Barbaran & Apaza (2015) presentaron la tesis Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014, en la Universidad Peruana Unión para obtener el título profesional en psicología. El método de investigación fue el descriptivo-correlacional, de corte transversal, a través del cual se recolectó información mediante la técnica de encuesta, utilizando para ello el inventario de depresión de Beck y la ficha de tamizaje en psicología clínica y de la salud, siendo aplicado a 73 mujeres víctimas de violencia de pareja. Los resultados arrojaron que 94.5 % de las evaluadas presentan depresión, concluyendo que la violencia familiar no está asociada con la depresión.

Huerta et al (2014) investigaron la Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima, mediante un estudio sustantivo, dentro del método correlacional y de contrastación, haciendo uso de la técnica de encuesta, aplicando el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y la escala de Hamilton para la evaluación de la depresión, a 428 mujeres. Los resultados evidenciaron que existe correlación significativa entre depresión y la ansiedad estado (0.04) y muy significativa con la ansiedad rasgo (0.00). En cuanto a la depresión, las mujeres maltratadas presentaron mayores niveles, dado que más del 50 % del grupo presento hasta 9 indicadores.

3.2. Bases teóricas

3.2.1 Definición

Para definir la depresión, primero cabría diferenciarla como parte de una serie de síntomas que aparecen en otras enfermedades y trastornos. De esta forma, los síntomas depresivos pueden aparecer sin generar cambios comportamentales, del funcionamiento físico o social, dado que, al afectar estas esferas, recién ahí se puede considerar la depresión como un trastorno en sí mismo.

De igual manera, no hay que confundir la depresión con sensaciones y emociones ocasionales como la tristeza, el abatimiento o la pesadumbre, sobre todo en cortos periodos de tiempo. De esta forma, para considerar un trastorno depresivo o que la persona está pasando por un episodio depresivo hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- Una duración de dos semanas a más.
- Síntomas específicos relacionados con el estado de ánimo, cognitivos, el comportamiento y la visión a futuro.
- Se da un deterioro de la actividad diaria.
- Requiere tratamiento especializado.

Entre las definiciones, tenemos la planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) que la indica como un trastorno de la mente muy frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida del interés o placer de las cosas, se tiene un sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando se presenta de carácter grave se requiere de medicamentos y psicoterapia profesional.

Aun así, definir la depresión desde la práctica clínica resulta aún muy complejo; y es que, la depresión es un trastorno ampliamente registrado, encontrándose casos desde hace milenios; complicándose de esta forma plantear una definición clara, creyéndose que, al igual que pasa con otros trastornos psicológicos, se trata de un continuo sintomático que va desde el decaimiento pasajero a la depresión crónica. Entre las definiciones propuestas, si tiene una en la que se incluye los factores predisponentes y precipitantes que, desde un punto de vista, ayudaría a una mejor y más completa comprensión de la misma. De esta forma, vendría a ser un estado de tristeza patológica que surgiría del

entrecruzamiento de los factores antes mencionados. El primero presenta la vulnerabilidad psicológica y genética que influiría en el desarrollo de este cuadro clínico, mientras que el segundo se refiere al entorno ambiental, capaz de activar las vulnerabilidades del individuo (Beato, 1993).

Otros autores (Lewinsohn, Weinstein y Shaw, 1969) refieren que el mantenimiento y desarrollo de este padecimiento se debe a una reducción prolongada de los reforzadores sociales positivos. Esto iniciaría con una baja tasa de reforzamientos positivos, lo que produce una caída en la frecuencia de conductas motoras y verbales, desencadenando posteriormente conductas depresivas y de sentimientos disfóricos; después las reacciones del medio social (atención, interés y simpatía) dirigidas a personas deprimidas, consolidan estas conductas depresivas. Lewinsohn completa más adelante este mismo planteamiento, postulando que las habilidades sociales de los sujetos deprimidos (la capacidad de emitir conductas que serán reforzadas positivamente por los otros) son inadecuadas, comparándolas con las de sujetos no deprimidos, siendo así parte importante en el origen de las conductas depresivas. De esta manera, este déficit en habilidades sociales sería la condición antecedente que produciría una pérdida o un bajo nivel de reforzamientos positivos. A su vez, este último actuaría facilitando un estado afectivo de disforia con todas sus características. Este sería el factor ambiental desencadenante de la depresión, provocando síntomas como disforia, culpa, fatiga, poca actividad y otros síntomas somáticos.

También se puede mencionar la postura de Alberdi (2006) donde indica que es un síndrome, susceptible de valoración y ordenamiento de unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Recoge la presencia de síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e importancia frente a las exigencias de la vida), así mismo, aunque

en mayor y menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Se podría hablar entonces de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Aun así, es importante plantearse la posibilidad diagnóstica a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, expresión triste o poco expresivo, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas o difusas y difíciles de encuadrar. De esta forma, en lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia en el tiempo de manera desagradable, o la falta de una energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. Este sería entonces un cambio de paradigma en la definición, que ha estado tan enfocada en la subjetividad de la esfera afectiva, y se enfoca en la afectación comportamental y vital de la persona.

Otro enfoque es el propuesto por Taboada (2006) quien la menciona como una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. El autor la distingue ya que es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, pudiendo causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares, llegando en el peor de los casos al suicidio (anualmente se suicidan cerca de 800 000 personas, siendo la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años).

3.2.2 Teorías

Al enfocar su atención al factor somático conductual de la depresión, las teorías que sustentan de mejor forma o explican de mejor manera esta variable son:

A. Teoría Conductual

Se caracteriza por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas, esto conlleva a que se confíe en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo sugiere que la depresión unipolar es un fenómeno aprendido, relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, como se explicó con anterioridad en cuanto a las relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo. De esta manera, las interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, conductas y emociones, así como por las relaciones entre estos factores que se entienden como recíprocas (Vásquez et al, 2000).

B. Teoría Biológica

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado, aun es escaso el conocimiento sobre el rol de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Vásquez et al, 2000).

Se sugieren alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro, centrándose la investigación en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central, en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina. Se plantea así que, la depresión puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales:

- Facilitación conductual.
- Inhibición conductual.
- Grado de respuesta de estrés.
- Ritmos biológicos.
- Procesamiento ejecutivo cortical de la información.

El déficit en estos sistemas podría ser heredado o adquirido; incluso, una explicación más plausible, sería que las anormalidades en algunos de estos sistemas, produjesen la depresión como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica.

3.2.3 Dimensiones

Tenemos cuatro dimensiones que se expresan mediante síntomas, que conforman la depresión según Zung:

- **Síntomas afectivos:** se refieren al estado de ánimo y se relacionan con el sentimiento. Los indicadores se refieren a la tristeza constante, apatía, frustración, insatisfacción indiferencia e irritabilidad.
- **Síntomas fisiológicos:** se refiere al componente somático, y se relaciona al aspecto físico. Aquí tenemos los cambios de sueño, apetito, presencia de enfermedades y desinterés sexual.
- **Síntomas psicomotores:** relacionados con la actividad corporal. Se refieren al desinterés social o la capacidad de trabajo, perdiendo el placer y pasando a la inactividad, retirándose de la vida.
- **Síntomas psicológicos:** se refieren al componente cognitivo y se relacionan con los procesos del pensamiento. Los indicadores refieren el pesimismo, desesperanza, culpabilidad, la ideación suicida y la falta de concentración.

3.2.4 Tipos

A. Trastorno depresivo mayor

El tipo más común y típico de depresión, puede empezar rápidamente en algunos días o más lentamente durante unas semanas, y suele tener una duración de varias semanas o meses. Algunos de los síntomas depresivos deben de estar presentes de manera continua al menos durante 2 semanas para poder hablar de un episodio depresivo. La mayoría de las personas que experimentan un episodio depresivo, tendrán más episodios a lo largo de su vida (trastorno depresivo recurrente). Este riesgo de recurrencia puede reducirse con el tratamiento apropiado.

B. Trastorno bipolar

También llamado trastorno afectivo bipolar o trastorno maniaco-depresivo, es un trastorno severo, menos frecuente que los trastornos unipolares. Existen dos formas diferenciadas: bipolar I y bipolar II.

- **Trastorno bipolar I.** Se dan tanto episodios depresivos como maníacos. Los episodios maníacos pueden aparecer después de haber tenido diversos episodios depresivos, por lo que el diagnóstico inicial de depresión unipolar se debe cambiar a trastorno bipolar. Este cambio en el estado de ánimo puede ocurrir muy rápido (de la noche a la mañana) después de un episodio depresivo o después de meses o años de un estado de ánimo normal. Las fases maníacas se caracterizan por un estado de ánimo excesivamente elevado, conectado con hiperactividad, inquietud, irritabilidad, locuacidad y disminución de la necesidad de dormir.
- **Trastorno bipolar II.** Se dan cuando los síntomas maníacos son menos pronunciados y no provocan problemas psicosociales, por lo que no se diagnostica como un episodio maníaco, sino hipomaníaco. Algunas veces, los episodios hipomaníacos ocurren inmediatamente después de un episodio depresivo.

C. Trastorno depresivo persistente (distimia)

Se caracteriza por sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo o del trastorno depresivo recurrente. A pesar de esto, el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos 2 años hasta décadas. Algunas personas con este trastorno, a veces sufren adicionalmente episodios depresivos. En estos casos donde aparece distimia + episodios depresivos, se diagnostica doble depresión.

D. Depresión psicótica

También llamada depresión delirante. Se caracteriza por ideas o pensamientos falsos (delirios) y, a veces también por alucinaciones. Los delirios suelen estar centrados en sentimientos de culpa desproporcionados. Los pacientes con depresión psicótica casi siempre necesitan ingresar en una unidad de psiquiatría debido a la severidad de este trastorno y al alto riesgo de suicidio.

3.2.5 Diagnóstico

Los criterios utilizados desde el campo de la psicología se han basado en los manuales CIE-10 y DSM-V. De esta forma se debe cumplir con uno o más de los siguientes síntomas o criterios para su diagnóstico.

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático.

3.2.6 Clasificación

A. Depresión leve

Están presentes dos o tres síntomas del criterio B, sin mucha intensidad y mínima interferencia en la vida diaria y en las relaciones. La persona probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

B. Depresión moderada

Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. Incluye síntomas más intensos y más alteraciones en el trabajo, escuela, familia y relaciones. La persona probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

C. Depresión severa

Implica un gran número de síntomas y una interferencia significativa en las actividades diarias. En casos extremos no se es capaz de

trabajar o cuidarse a sí misma. Existen 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

3.2.7 Causas

Con respecto a la etiología, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2005) menciona las siguientes:

A. Biológicas

Existen algunos tipos de depresión que afectan a los mismos miembros de una familia, esto parece indicar una predisposición a padecer de este trastorno.

Los estudios señalan que aquellos que padecen de trastorno bipolar poseen una constitución genética algo diferente de aquellos que no padecen el trastorno, de igual manera la depresión severa se presenta en varias generaciones de una misma familia, pero no todos llegan padecerlos dando que existen otros factores que contribuyen a que se presente como son tensiones, problemas, etc.

Así mismo, cambios neuroquímicos en el cerebro pueden facilitar su aparición, como son los niveles de noradrenalina y serotonina, así como también cierto tipo de hormonas, sobre todo en la adolescencia o en el caso de las mujeres, antes, durante y después de la menstruación, así como en el embarazo o después de este, y en la menopausia. Esto en combinación con cierta sensibilidad a ciertos medicamentos también puede ocasionar depresión.

Las investigaciones indican a su vez que ciertas enfermedades producen trastornos mentales. Los accidentes

cerebro vascular, infartos agudos de miocardio, cáncer, tuberculosis o enfermedades crónicas. La depresión agrava la condición de la persona, que no tiene deseos de atenderse, llegando a afectar su recuperación.

B. Psicológicas

La baja autoestima es una predisposición hacia la depresión, aunque no se sabe aún si es de índole psicológica o la aparición temprana del trastorno. En la baja autoestima, la percepción de uno mismo y del ambiente se da de forma pesimista, llegando a abrumarse por las tensiones.

La pérdida de alguien cercano, problemas en las relaciones sociales y personales (humillación o discriminación), violencia familiar, problemas económicos o situaciones que generen tensión también predisponen al trastorno.

C. Culturales

En nuestro país, los estudios indican que las poblaciones rurales suelen describir situaciones de sufrimiento psíquico mediante síntomas físicos.

Así mismo, en Estados Unidos las comunidades afroamericanas se quejan más de dolencias físicas, a diferencia de las comunidades hispanas donde los síntomas son más de índole psicológico.

Ser mujer es también un factor que puede predisponer a la depresión, dado que es un grupo en que se genera mucho estrés derivado de las responsabilidades familiares, conyugales y hasta laborales, sobre todo cuando no poseen apoyo de su pareja.

Aun así, los varones también presentan algún grado de depresión, pero esto puede deberse a que son reacios a aceptar este padecimiento, por lo cual su descarga la llevan a cabo a través de comportamientos destructivos, hasta dirigidos a sí mismos, muchas veces enmascaran los síntomas con el consumo de alcohol y drogas.

Existe una asociación entre las enfermedades cardíacas y la depresión en varones.

Muchas veces las causas suelen ser multifactorial, muchas veces luego del episodio inicial, cualquier estresor leve puede llegar a afectar, incluso, la ausencia de estresores.

3.3. Marco conceptual

Depresión

Del latín depressus que significa abatido o derribado. Según la Real Académica Española (RAE) en su edición del 2014, desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico se refiere al síndrome cuya característica es una tristeza profunda, además de presentar inhibición de las funciones psíquicas y a veces viene acompañado de trastornos neurovegetativos. Esta definición abarca la característica principal del concepto que es la alteración del estado de ánimo de la persona, a su vez de como afecta el normal funcionamiento biológico y psicológico.

De igual manera tenemos las dos definiciones dadas con anterioridad por la OMS (2019) y la APA (1995) coincidiendo con el concepto dado antes, aunque extendiendo su explicación relacionándola con el ámbito de la salud y el comportamiento anormal.

Violencia

La OMS (2002) indica que es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea a través de la amenaza o de manera efectiva, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad; este hecho debe causar o tener la probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones en quien la recibe. Aquí resalta el hecho de que, para considerar un acto como violento, debe primar la deliberación, es decir la voluntad, que la persona decida y escoja ejercerla.

Para la RAE (2014) viene del latín violentia, siendo esta la acción y efecto de violentar o violentarse, es decir que se puede ejercer a los demás u a uno mismo, aplicándose entonces medios violentos a cosas o personas para vencer su resistencia (oposición); colocar a alguien en una situación violenta o hacer que se moleste o enoje (ocasionar algo en el otro). En esta concepción, se observa una definición más operacional de la violencia, ya no tanto como una decisión, sino como un acto que tiene un fin y objetivo.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Nivel de la Investigación

Se hizo uso del enfoque cuantitativo, por lo cual, se hará una medición numérica y análisis estadístico de los datos recopilados.

La investigación es de tipo básica, pura o teórica, el nivel de investigación es descriptivo dado que, analizará y describirá los datos obtenidos de los casos evaluados.

4.2 Diseño de la Investigación

La investigación es de diseño descriptivo simple; así mismo la investigación es no experimental y corte transversal, dado que los casos serán evaluados en un momento determinado, por lo cual el investigador observará los datos sin condicionar los efectos de las variables.

4.3 Población y muestra

Población: Al ser el conjunto total de individuos, en este caso existe una población de 78 mujeres que han efectuado sus denuncias en el CEM del distrito de Alto Laran-Chincha, según lo indicado por esta institución y siendo respaldado por la comisaria de dicho lugar, quien nos proporcionó la lista de individuos para evaluar.

Muestra

Del total de la población, solos se pudo evaluar a 78 mujeres que han efectuado sus denuncias en el CEM del distrito de Alto Laran-Chincha. Al principio se pretendía evaluar al total de la población, pero solo se evaluó a quienes brindaron su consentimiento para ser parte de la investigación.

Muestreo: Para la determinación de la muestra, se realizará un muestreo no probabilístico de manera censal. Es decir que,

al ser la población pequeña, la muestra estará conformada por el total de participantes. En este caso consisten en 78 mujeres que han efectuado sus denuncias en el CEM del distrito de Alto Laran-Chincha y dado su consentimiento para ser evaluadas.

4.4 Hipótesis general y específicas

Por las características metodológicas de la investigación, no aplica la formulación de hipótesis.

4.5 Identificación de las variables

Variable: Depresión

Dimensiones

D.1. síntomas afectivos

D.2. síntomas fisiológicos

D.3. síntomas psicomotores

D.4. síntomas psicológicos

4.6 Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Depresión	<p>“Grave trastorno primario del estado mental con la consiguiente perturbación del pensamiento y de la conducta” (APA, 1995).</p> <p>Se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos</p>	<p>Medida del puntaje alcanzado en la escala de automedición de la depresión (EAMD) de Zung, donde una puntuación de más de 40 se puede considerar que posee un desorden emocional, y más de 60 una depresión situacional.</p>	D.1. síntomas afectivos	Estado de ánimo, relacionado con el sentimiento. (1 y 2)	De razón.
			D.2. síntomas fisiológicos	Componente somático, relacionado con el aspecto físico. (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10)	
			D.3. síntomas psicomotores	Actividad corporal. (12 y 13)	
			D.4. síntomas psicológicos	Componente cognitivo, relacionado con los procesos del pensamiento. (11, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20)	

4.7 Recolección de datos

Técnica

La técnica para la evaluación de los participantes es la encuesta en formato de escala, mediante la cual se obtuvo la información necesaria de la población objetivo.

Instrumento

Cuestionario escala de automedición de la depresión.

Ficha técnica

Nombre: escala de automedición de la depresión (EAMD).

Autor: Zung & Zung.

Año: 1965.

Adaptación al español: Conde, 1967

Adaptación en el Perú: validada por Novara et al, 1985.

Administración: individual-colectiva.

Aplicación: adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos, con un nivel cultural promedio.

Tiempo de administración: entre 15 a 20 minutos o sin límite de tiempo.

Número de ítems: 20.

Dirección del ítem: se alternan ítems de sentido positivo y negativo.

Tipo del ítem: politómico, escala Likert.

Objetivo: que el paciente indique la frecuencia de los siguientes síntomas explorados:

Dimensiones:

- Síntomas afectivos (ítems 1 y 2).
- Síntomas fisiológicos (ítems del 3-10).
- Síntomas psicomotores (ítems 12 y 13)
- Síntomas psicológicos (ítems del 11, 14-20).

Normas de puntuación: de 1=muy pocas veces, a 4=casi siempre.

Tipificación: baremos en percentiles.

Para corregir el instrumento, luego de puntuar las respuestas del 1 al 4, debe sumar los puntajes para luego convertir la puntuación total en un índice basado en 100, a continuación se presentan el cuadro baremo para las respectivas conversiones.

CATEGORIAS DIAGNOSTICO EAMD													
Puntajes	DIAGNOSTICO												
De 25 a 40	No hay Depresión Presente												
De 41 a 60	Con Desorden Emocional												
De 61 a 70	Depresión Situacional												
De 71 a 100	Presenta Depresión Ambulatoria												

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES TOTALES A INDICES EAMD																		
Dentro de Límites Normales. No hay Depresión presente																		
Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32					
Indice EAMD	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40					
Con Desorden Emocional																		
Total	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
Indice EAMD	41	43	44	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59	60		
Depresión Situacional																		
Total	49	50	51	52	53	54	55	56										
Indice EAMD	61	63	64	65	66	68	69	70										
Presenta Depresión Ambulatoria (Tratamiento)																		
Total	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Indice EAMD	71	73	74	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92
Total	75	76	77	78	79	80												
Indice EAMD	94	95	96	98	99	100												

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados

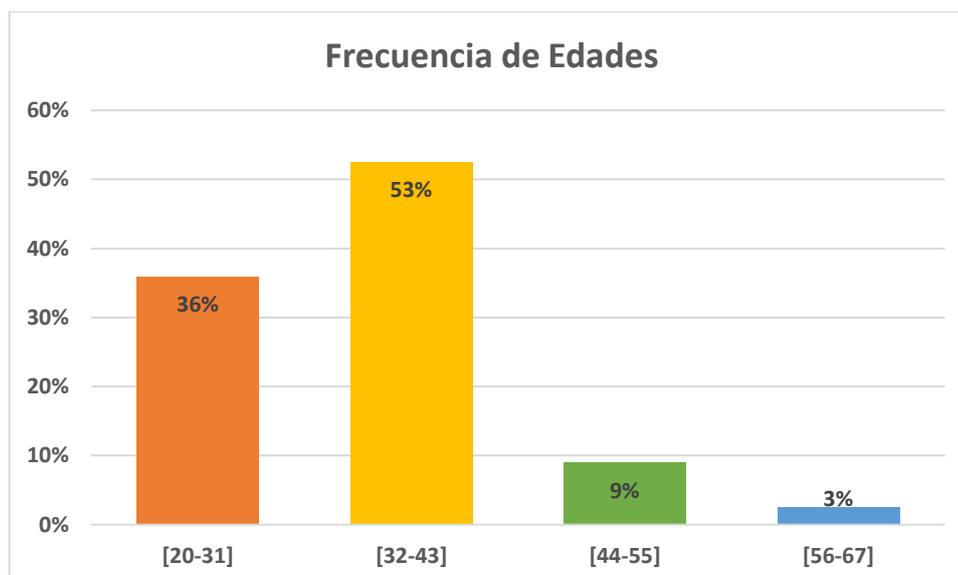
Se procede a la presentación de figuras y cuadros luego de ser aplicado el instrumento de evaluación. Para ello se hizo uso del programa Excel, el cual nos permitió generar los siguientes datos.

Cuadro N° 01: Edad de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Rango de Edad	Frecuencia	Porcentaje
[20-31]	28	36%
[32-43]	41	53%
[44-55]	7	9%
[56-67]	2	3%
Total	78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 01: Edad de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



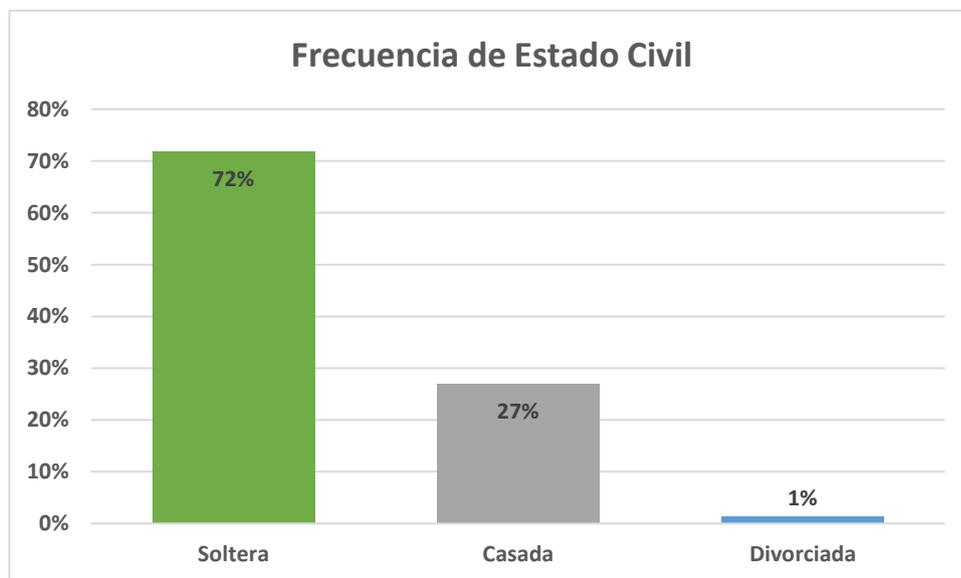
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 02: Estado civil de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	56	72%
Casada	21	27%
Divorciada	1	1%
Total	78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 02: Estado civil de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



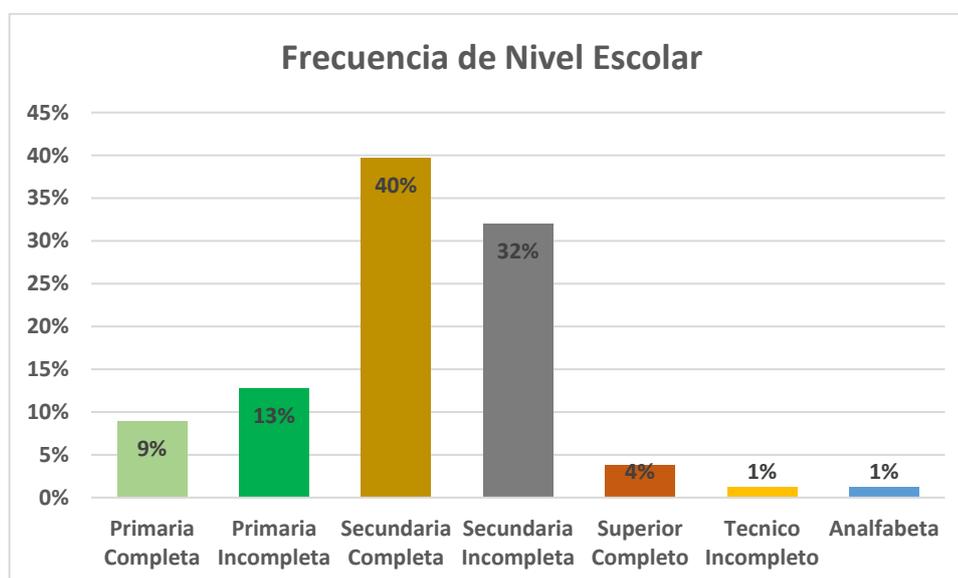
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 03: Grado de instrucción de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Nivel Escolar	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Completa	7	9%
Primaria Incompleta	10	13%
Secundaria Completa	31	40%
Secundaria Incompleta	25	32%
Superior Completo	3	4%
Técnico Incompleto	1	1%
Analfabeta	1	1%
Total	78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 03: Grado de instrucción de mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



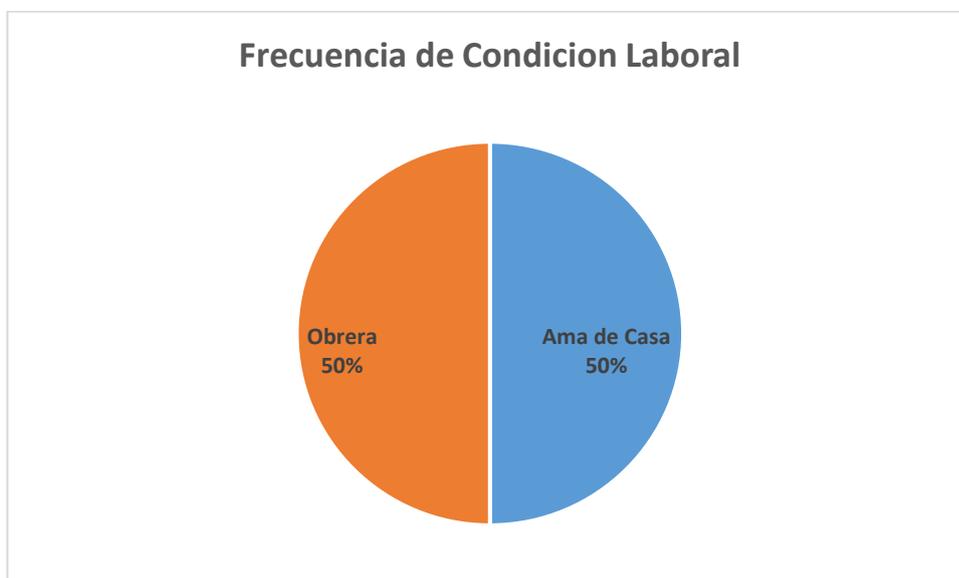
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 04: Condición laboral en víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Condición Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	39	50%
Obrera	39	50%
Total	78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 04: Condición Laboral en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



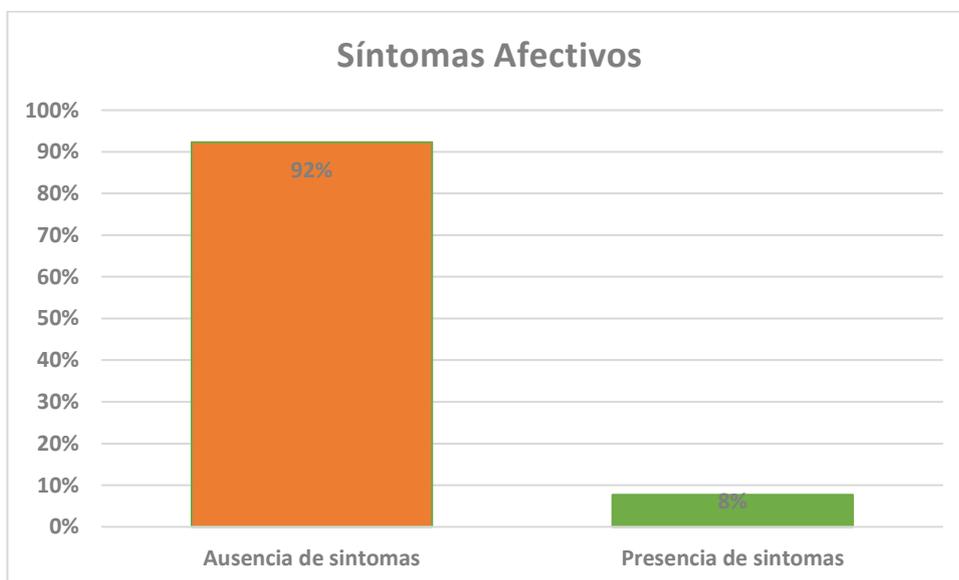
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 05: Síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia, CEM- Alto Laran, 2020.

Categoría	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de síntomas	2-5	72	92%
Presencia de síntomas	6-8	6	8%
Total		78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 05: Síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia, CEM- Alto Laran, 2020.



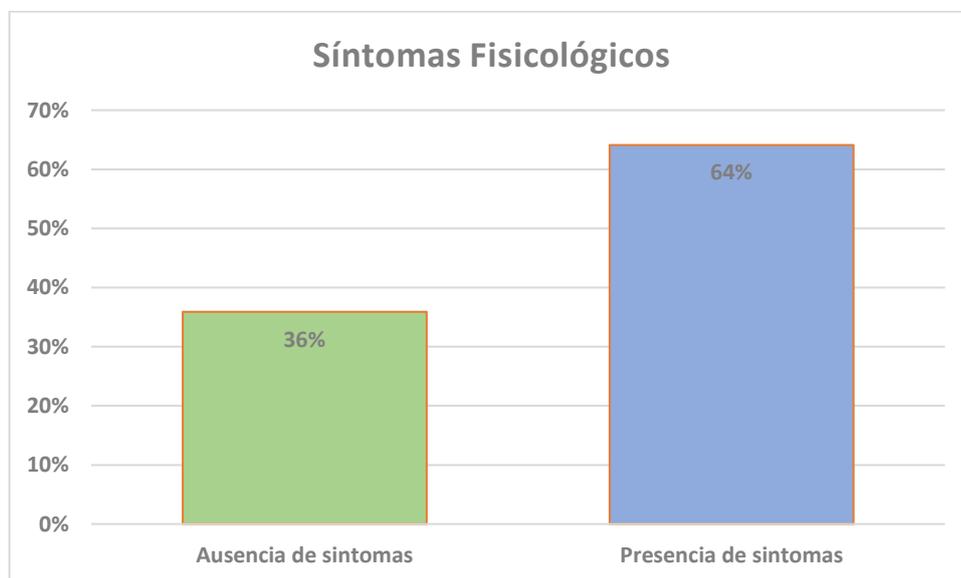
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 06: Síntomas fisiológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Categoría	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de síntomas	8-20	28	36%
Presencia de síntomas	21-32	50	64%
Total		78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 06: Síntomas fisiológicos afectivos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



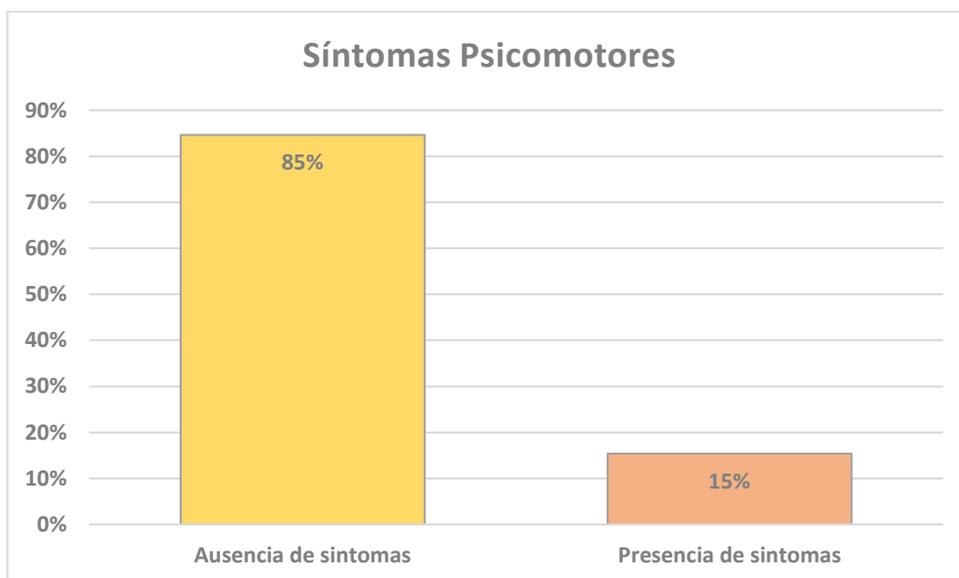
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 07: Síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Categoría	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de síntomas	2-5	66	85%
Presencia de síntomas	6-8	12	15%
Total		78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 07: Síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



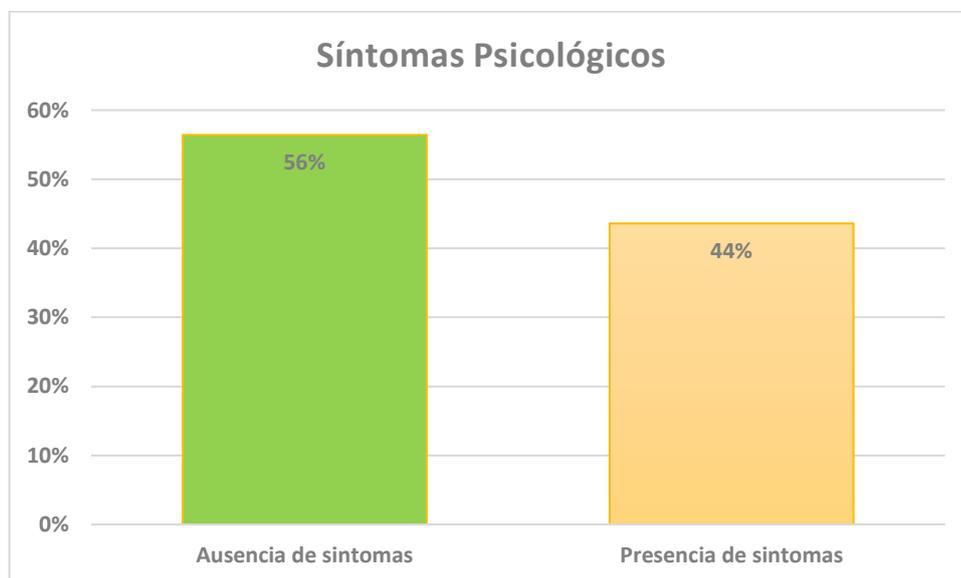
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 08: Síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Categoría	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de síntomas	8-20	44	56%
Presencia de síntomas	21-32	34	44%
Total		78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 08: Síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



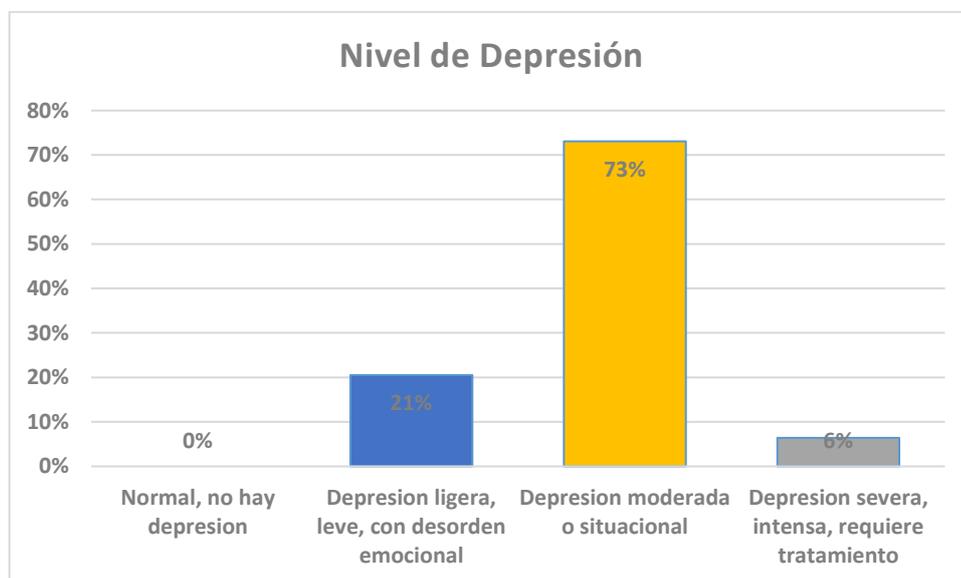
Fuente: elaboración propia

Cuadro N° 09: Niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.

Diagnostico	Rang o	Frecuenci a	Porcentaj e
Normal, no hay depresión	20-32	0	0%
Depresión ligera, leve, con desorden emocional	33-48	16	21%
Depresión moderada o situacional	49-56	57	73%
Depresión severa, intensa, requiere tratamiento	57-80	5	6%
Total		78	100%

Fuente: elaboración propia

Figura N° 09: Niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia, CEM-Alto Laran, 2020.



Fuente: elaboración propia

5.2 Interpretación de resultados

En relación con los resultados presentados se puede observar lo siguiente respecto a ellos.

- En relación con la edad, el cuadro y figura N° 01 indica que el rango en el que más cantidad de mujeres encontramos es el de 32-43 años (53 %), seguido por 20-31 años (36 %), 44-55 años (9 %) y de 56-67 (3 %).
- En lo que respecta al estado civil, el cuadro y figura N° 02 presenta que hay más mujeres solteras (72 %) participando en esta investigación, que casada (27 %), solo una con 1 % es divorciada.
- Para el grado de instrucción, el cuadro y figura N° 03 señalan que la gran mayoría de mujeres llegan a tener secundaria completa (40 %), un 32 % secundaria incompleta, un 13 % primaria incompleta, un 9 % primaria completa, solo 3 personas (4 %) superior completo y en 1 % un técnico incompleto y alguien que no consigno el dato.
- En el caso del cuadro y figura N° 04 muestran que tanto las amas de casa, como las obreras, alcanza la misma cantidad de 39 mujeres evaluadas.
- Para el cuadro y figura N° 05 se muestra que del 100 % de evaluados, la gran mayoría (92 %, 72) no muestran síntomas afectivos de depresión, mientras que solo un 8 % (06) presentan estos síntomas.
- En cuanto el cuadro y figura N° 06 se evidencia que el 64 % (50) presentan síntomas fisiológicos relacionados con la depresión, mientras que un 36 % (28) no muestran esos síntomas.
- Con respecto a el cuadro y figura N° 07 se tiene por resultados que la gran mayoría (85 %, 66) no presentan síntomas psicomotores propios de la depresión, mientras que solo un 15 % (12) muestran estos síntomas.
- Asimismo, en el cuadro y figura N° 08 se indican niveles similares de síntomas psicológicos, siendo así un 56 % (44) no muestran síntomas y 44 % (34) quienes si muestran.

- Por último, en el cuadro y figura N° 09 se observa que del 100 % de evaluados, un 21 % (16) muestra un nivel de depresión leve, es decir que podría existir desorden emocional; 73 % (57) muestra depresión moderada, es decir que su situación actual es depresiva, aunque eso puede ser circunstancial; por último solo un 6 % (5) mostraron niveles de depresión severa, por lo que requieren tratamiento.

VI ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1 Análisis descriptivos de los resultados

La discusión de resultados se realizará al contrastar los resultados propuestos en los antecedentes, como también en las bases teóricas, respaldándose en los aportes que ofrece aquel apartado.

Es muy importante contrastar los resultados con lo ya propuesto, no necesariamente para confirmar y reafirmar nuestros hallazgos, sino para ampliar el análisis y encontrar otros enfoques y explicaciones sobre los datos obtenidos. Otras realidades y factores podrían estar afectando los resultados y comparar con otras metodologías e instrumentos ampliaría la visión e interpretación de los resultados enriqueciendo el conocimiento.

6.2 Comparación resultados con marco teórico

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede inferir que existe una relación significativa entre manejo de bioseguridad Dentro del trabajo de investigación realizado podemos mencionar que el 73% de mujeres víctima de violencia presenta una depresión moderada o situacional, 21% depresión ligera leve con desorden emocional, 6% depresión severa intensa, requiere tratamiento, así mismo el 92% de mujeres víctimas de violencia tiene ausencia de síntomas afectivas y un 8% la presencia de síntomas afectivas, el 36% de mujeres víctimas de violencia tienen ausencia de síntomas fisiológicos y un 64% la presencia de síntomas fisiológicas, el 85% de mujeres víctima de violencia tienen ausencia de síntomas psicomotores, el 56% de las mujeres víctima de violencia tienen ausencia de síntomas psicológicos y un 44% la presencia de síntomas psicológicos y un 15% la presencia de síntomas psicomotores estos resultados se comparan con los resultados de los antecedentes obtenida por Camacho (2019), es similar a la investigación donde menciona que el 26.5% presentan niveles leves de depresión, 55.1% depresión moderada y 18.4% niveles graves. Ante ello Shaw, Lewinsohn y Weinstein (1969) menciona que la

depresión desencadena posteriormente conductas depresivas y de sentimientos de disforicos, después las reacciones del medio social (atención, interés).

Por otro lado, el trabajo de Garay (2005) es similar ya que los resultados mostraron que en un 45% de encuestadas muestran niveles normales de depresión, un 29% depresión ligera, 18% depresión moderada y el 8% de depresión severa. Ante ella la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) nos indica como un trastorno de la mente muy frecuente, que se caracteriza por la presencia de la tristeza, pérdida del interés o placer de las cosas.

Así mismo Patro, Corbalan & Limiñana (2007) se anteponen a la investigación donde muestra que un 28.6% presenta ausencia de depresión, 18.1% depresión leve, 35.2% depresión moderada y 18.1% depresión grave por lo que un 49.5% de mujeres se le puede considerar dentro de la depresión. Ante ella la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995), La cual dice que se trata de un trastorno del estado de ánimo o afectivo con su característica principal (la tristeza, melancolía y el desánimo), con dificultad para pensar o concentrarse e ideas recurrentes de muerte, también de ideas o intentos de suicidio.

Ante ello Salazar (2020), su estudio es similar ya que los resultados arrojaron que el 40.9% registro depresión grave, un 26.9% moderada, un 24% mínima y 8.3% leve. Ante ello Alberdi (2006) indica que es un síndrome, susceptible de valoración y ordenamientos de unos criterios diagnósticos, deterioro en la apariencia, lentitud en los movimientos.

En el trabajo de Moreno (2014) su estudio es similar ya que Consistió en una muestra de 114 mujeres, dividieron la muestra en dos grupos: casos y controles siendo los resultados: de las 57 mujeres con trastorno depresivo, 40 (35.1%) padecían de trastorno leve, 14 (12.3%) moderado y 3 (2.6%) grave. Ante ello Taboada (2006), menciona que es una enfermedad frecuente en todo el mundo, ya que puede convertirse en una enfermedad de salud muy seria.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se ha logrado determinar que existe el nivel de depresión moderada o situacional en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Laran-2020, ya que los resultados muestran que el 73% de mujeres víctimas de violencia presentan depresión moderada, el 21% presentan depresión ligera, leve con desorden emocional y el 6% depresión severa.

SEGUNDA: Se ha logrado determinar que existe presencia de síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020, ya que los resultados nos muestran ausencia de síntomas afectivos en un 92%, y la presencia de síntomas afectivos en un 8%.

TERCERA: Se ha logrado determinar que existe presencia de síntomas fisiológicos en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Laran-2020, ya que los resultados no muestran la ausencia de síntomas fisiológicos en un 36%, y la presencia de síntomas fisiológicos en un 64%.

CUARTA: Se ha logrado determinar que existe presencia de síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020, ya que los resultados nos muestran ausencia de síntomas psicomotores en un 85%, y la presencia de síntomas psicomotores en un 15%.

QUINTA: Se ha logrado determinar que existe presencia de síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020, ya que los resultados nos muestran ausencia de síntomas psicológicos en un 56%, y la presencia de síntomas psicológicos en un 44%.

RECOMENDACIONES

- Al encargado del Centro Emergencia Mujer se le recomienda establecer estrategias de prevención e intervención en los casos detectados de depresión y sus niveles para la mejora de la salud mental.
- Al encargado de la Municipalidad de Alto Laran se recomienda promover charlas y cursos para mejorar síntomas afectivos a las mujeres que han sido víctimas de violencia.
- Al encargado del Centro Emergencia Mujer se le recomienda emprender campañas para mejorar los síntomas fisiológicos de las víctimas de violencia
- Al encargado del Centro Emergencia Mujer se le recomienda curso de estimulación para incrementar el área psicomotor.
- Al encargado del centro emergencia Mujer se le recomienda mejorar a través de sesiones psicológicas los síntomas psicológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia.
- A las mujeres víctimas de violencia buscar ayuda psicológica para no caer en depresión
- A los investigadores emplear diversas metodologías para ampliar los resultados no solo con relaciones a las variables de caracterización para identificar y disminuir los casos en bases a nuevas propuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, J. (2006). *Depresión y ansiedad en mujeres con estrés*, complejo hospitalario “Juan Canalejo” SERGAS – La Coruña – España. <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Andina. (07 de agosto de 2011). *Depresión es una de las secuelas más graves ocasionadas a mujeres maltratadas*. Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia-depresion-es-una-las-secuelas-mas-graves-ocasionadas-a-mujeres-maltratadas-372890.aspx>.
- Antonuccio et al. (1989). *Teoría conductual de la depresión*. *Psicología conductual*, 8 (3), 417–449.
- APA. (1995). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4ª edición. España: Masson.
- Barbaran, M. & Apaza, R. (2015). *Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014*. (Trabajo de grado). Universidad Peruana Unión, Lima.
- Beato, M. (1993). *Teorías de la depresión*. Del conductismo al cognitivismo. *Historia de la Psicología*, 12 (3,4), 385 – 394
- Calero, D. & Vaca, E. (2019). *Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia*. (Trabajo de grado). Universidad Internacional SEK, Quito.
- Camacho, A. (2019). *Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar que acuden a la Fundación Ayllu Huarmicuna*. (Tesis de grado). Universidad Central del Ecuador, Quito.
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 8 (2), 36-62.
- CIE-10. (1992). *Código internacional de enfermedades*. Trastornos relacionados con la salud mental. Correspondiente a la versión en español.
- Díaz, R. & Miranda, J. (2010). Aproximación del costo económico y determinantes de la violencia doméstica en el Perú. *Economía y Sociedad*, 75, 56-62.

- DSM-5. (2013). *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales*. Volumen estandarizado que detalla y clasifica los trastornos mentales. EE.UU.
- EsSalud. (12 de septiembre de 2016). *Mujeres violentadas pueden llegar al suicidio*. Recuperado de <http://www.essalud.gob.pe/mujeres-violentadas-pueden-llegar-al-suicidio/>
- Endes, (2018). *Depresión y violencia doméstica contra la mujer*. Estudio observacional y analítico. Universidad Ricardo Palma.
- Europa Press. (10 de junio de 2011). *La mitad de las mujeres maltratadas sufre de depresión y ansiedad*. Recuperado de <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-mitad-mujeres-maltratadas-sufre-depresion-ansiedad-20110610171942.html>.
- Garay, J. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)*. (Tesis doctoral). Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.
- García, J. (2019). *Violencia familiar y niveles de depresión en estudiantes de la facultad de derecho de la Universidad San Pedro – Sede Huacho*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, Huacho.
- Huerta, R. et al. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema – UNMSM*, 1 (1), 123-136.
- Jaucala, G. (2020). *Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de Lima en el año 2018*. (Tesis de grado). Universidad Ricardo Palma, Lima.
- Lara, E. et al. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista argentina de ciencias del comportamiento*, 11 (1), 1-8.
- Lewinsohn, Weinsteinn y Shaw. (1969). *Depresión de una reducción prolongada de los reforzadores sociales positivos*. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/275/S%C3%81>

- NCHEZ-S%C3%81NCHEZ-1-Trabajo-Depresi%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Llosa, S. & Canetti, A. (2018). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, Preprint*, 1-27.
- MINSA. (2005). *Modelo de atención integral en salud mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: la depresión*. Dirección general de promoción de la salud.
- Moreno. (2014) “*Violencia intrafamiliar como causa de trastorno depresivo*” Universidad Ricardo Palma – Lima-Perú.
- Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familia. (09 de noviembre de 2018). *Impacto y consecuencia de la violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://observatorioviolencia.pe/impacto-y-consecuencia-de-la-violencia-contra-las-mujeres/>.
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2018). Trastornos mentales. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Palomar, N. et al. (2016). Valoración forense del riesgo psicológico inicial en víctimas de violencia de género. *Cuad. Med. Forense*, 22, (3-4), 64-72.
- Patró, R. Corbalán, F. & Limiñana, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con los estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23 (1), 118-124.
- RAE. (2014). *Depresión*. Recuperado de <https://dle.rae.es/depresi%C3%B3n>.
- RAE. (2014). *Violencia*. Recuperado de <https://dle.rae.es/violencia>.
- RPP. (10 de enero de 2019). OMS: *Mujeres que sufren violencia tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión*. Recuperado de [.tienen-el-doble-de-probabilidades-de-sufrir-depresion-noticia-1165696](https://www.rpp.com.pe/20190110-nacional/comunicacion-oms-mujeres-violencia-tienen-doble-probabilidades-sufrir-depresion-noticia-1165696).

- RPP. (08 de marzo de 2019). La violencia contra la mujer es un problema sociocultural. Recuperado de <https://rpp.pe/vital/salud/la-violencia-contra-la-mujer-es-un-problema-sociocultural-noticia-1119750>.
- Salazar, V. (2020). *Dependencia emocional y su relación con la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en un instituto de medicina legal, Nuevo Chimbote-2019*. (Tesis doctoral). Universidad Cesar Vallejo, Chimbote.
- Salom, A. (24 de septiembre de 2019). *El síndrome de la mujer maltratada*. Recuperado de <https://elderecho.com/sindrome-la-mujer-maltratada>.
- Taboada, O. (2006). *Depresión y autoestima*, complejo hospitalario “Juan Canalejo” SERGAS – La Coruña – España. <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Távora, L. et al. (2003). Detección de violencia basada en género tres servicios de atención de salud reproductiva. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 49 (1), 31-38.
- Thase & Howland. (1995). Teoría biológica de la depresión. *Psicología conductual*, 8 (3), 417–449.
- Valentín, M. (2018). *Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017*. (Trabajo de grado). Universidad Continental, Huancayo.
- Vásquez, F. et al. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3) ,417-449.
- Walker, L. et al. (1979). *Síndrome de llevar y aceptar la situación normal llevándolo al grado de ansiedad*. (Ciclo de tres fases). Universidad rutgers, city college of new york.
- Zapata, S. (12 de diciembre de 2018). *Fiscalías especializadas en violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. Recuperado de <https://observatorioviolencia.pe/fiscalias-especializadas-en-violencia-contra-las-mujeres-y-los-integrantes-del-grupo-familiar/>.
- Zung & Zung. (1965). *Escala de automedición de la depresión (EAMD)*. Instrumento de medición. Adaptada en Perú en 1985.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Depresión en mujeres víctimas de violencia, Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020

Responsables: María Hayde Bardelli Cahuas y Gustavo Xavier Solari Saravia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general		
¿Cuál es el nivel de depresión en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Laran-2020?	Determinar el nivel de depresión en las mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia mujer de Alto Laran-2020.	No aplica. Varia	Depresión Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> - D.1: síntomas afectivos. - D.2: síntomas fisiológicos. - D.3: síntomas psicomotores. - D.4: síntomas psicológicos. 	Enfoque: Cuantitativo. Tipo de investigación: Básica. Nivel de investigación: Descriptivo. Diseño de investigación: Descriptivo simple. Población: Está conformada por las mujeres que han sido víctimas de violencia y han denunciado el hecho en el Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran durante el periodo 2020. Muestra: Estará conformada por 80 mujeres que han sido víctimas de violencia y han denunciado el hecho, desde enero del 2020, en el Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran. Técnica e instrumentos: Se hará uso de la encuesta mediante la aplicación de la escala de autoevaluación de depresión de Zung, creada por Zung (1965) y validada en el Perú por Novara et al (1985), se encuentra conformada por 20 ítems. Métodos de análisis de datos: 3Descripción univariada. Para el procesamiento de datos y formulación de gráficos y tablas, se hará uso del programa Microsoft Excel.
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
P.E.1. ¿Cuál es el nivel de síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020? P.E.2. ¿Cuál es el nivel de síntomas fisiológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020? P.E.3. ¿Cuál es el nivel de síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia del centro de emergencia mujer de Alto Laran-2020? P.E.4. ¿Cuál es el nivel de síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia del centro emergencia mujer de Alto Laran-2020?	O.E.1. Determinar el nivel de síntomas afectivos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020 O.E.2. Determinar el nivel de síntomas fisiológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020. O.E.3. Determinar el nivel de síntomas psicomotores en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020. O.E.4. Determinar el nivel de síntomas psicológicos en mujeres víctimas de violencia del Centro de Emergencia Mujer de Alto Laran-2020.	No aplica.		

Anexo 2: Instrumento de medición

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo 3: Escala de valoración del instrumento

CATEGORIAS DIAGNOSTICO EAMD												
Puntajes	DIAGNOSTICO											
De 25 a 40	No hay Depresión Presente											
De 41 a 60	Con Desorden Emocional											
De 61 a 70	Depresión Situacional											
De 71 a 100	Presenta Depresión Ambulatoria											

TABLA DE CONVERSION DE PUNTAJES TOTALES A INDICES EAMD																		
Dentro de Límites Normales. No hay Depresión presente																		
Total	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32					
Indice EAMD	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40					
Con Desorden Emocional																		
Total	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
Indice EAMD	41	43	44	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59	60		
Depresión Situacional																		
Total	49	50	51	52	53	54	55	56										
Indice EAMD	61	63	64	65	66	68	69	70										
Presenta Depresión Ambulatoria (Tratamiento)																		
Total	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Indice EAMD	71	73	74	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92
Total	75	76	77	78	79	80												
Indice EAMD	94	95	96	98	99	100												

Anexo 5: Base de datos

Nº	Edad	Estado Civil	Nivel Escolar	Condicion Labor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Sintomas Afectivos	Sintomas Fisilogicos	Sintomas Psicomotor	Sintomas Psicologicos	Puntaje Total	Nivel de Depresion	
2	40	2	3	1	1	4	1	1	4	4	1	1	1	1	4	4	2	3	1	4	4	3	2	4	5	14	6	25	50	3	
3	38	2	4	1	3	2	3	4	2	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	3	4	4	2	4	5	26	5	23	59	4	
4	42	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	1	4	4	19	5	21	49	3	
5	20	1	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	3	1	4	4	19	5	21	49	3	
6	38	1	2	2	1	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	4	1	3	2	4	4	2	3	4	19	5	24	52	3	
7	45	2	3	1	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	1	1	4	1	5	26	5	14	50	3	
8	27	1	4	1	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	4	1	4	4	4	1	4	5	19	5	24	53	3	
9	39	2	3	2	4	1	4	4	2	1	4	4	3	3	2	1	4	1	4	1	3	3	3	4	5	25	5	21	56	3	
10	38	1	4	2	3	2	3	1	1	1	4	4	4	3	2	2	3	3	2	2	4	1	2	4	5	21	5	20	51	3	
11	40	2	4	1	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	4	1	3	2	1	3	4	4	1	4	5	17	4	22	48	2	
12	25	1	4	2	3	2	3	1	1	1	4	3	2	2	4	1	4	1	4	1	2	3	1	4	5	17	5	20	47	2	
13	20	1	2	1	4	1	4	4	2	4	4	4	4	3	2	2	4	1	4	1	1	3	3	4	5	29	6	19	59	4	
14	40	2	4	1	2	3	2	2	3	1	4	3	3	3	3	4	2	3	2	3	4	4	1	4	5	21	6	24	56	3	
15	14	20	1	1	1	4	2	3	3	3	1	1	4	4	1	1	4	1	3	4	4	4	1	4	6	23	5	22	56	3	
16	21	1	3	1	4	3	2	2	4	1	3	2	1	4	3	1	3	4	1	4	4	4	1	4	7	19	4	25	55	3	
17	26	1	3	2	1	4	2	1	1	4	2	3	1	2	2	4	4	3	1	3	1	4	1	4	5	16	8	19	48	2	
18	34	2	4	2	2	3	4	4	1	2	4	4	4	4	1	2	2	1	3	1	1	3	4	1	5	27	4	15	51	3	
19	33	1	3	2	4	1	4	3	2	2	4	4	2	3	1	2	4	1	3	2	2	1	4	2	5	24	6	16	51	3	
20	31	1	3	2	1	4	1	1	1	1	3	2	4	4	2	1	4	3	3	3	2	1	3	2	5	17	5	19	46	2	
21	38	1	1	2	3	2	3	3	1	1	4	4	4	2	3	2	4	2	4	4	3	4	1	3	5	22	6	24	57	4	
22	39	2	2	2	2	3	2	1	4	3	1	2	2	2	2	2	1	4	2	2	3	4	2	2	5	17	3	21	46	2	
23	35	2	4	1	1	4	1	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	4	4	1	4	5	16	5	23	49	3	
24	21	1	1	1	3	2	3	3	1	1	4	4	4	3	1	1	4	1	4	1	3	3	2	4	5	23	5	19	52	3	
25	42	2	3	1	4	2	3	4	3	3	2	3	2	3	3	1	3	3	3	2	1	4	1	4	6	23	4	21	54	3	
26	56	1	5	2	2	3	2	2	3	2	3	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	1	5	18	5	18	46	2	
27	32	1	3	2	3	2	3	3	2	1	4	4	3	4	1	1	4	1	4	1	1	3	2	4	5	24	5	17	51	3	
28	21	1	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	5	21	5	19	50	3	
29	44	1	1	1	4	1	4	4	1	1	4	4	3	3	2	2	3	1	4	1	4	3	3	3	5	24	5	21	55	3	
30	40	2	4	1	4	1	4	4	1	2	4	4	3	4	1	1	3	1	4	1	2	1	4	3	5	26	4	17	52	3	
31	42	2	4	1	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	1	4	2	4	4	3	2	3	5	18	5	26	54	3	
32	30	1	3	2	1	4	4	3	1	1	3	4	4	4	2	1	4	1	1	1	2	1	4	1	5	24	5	13	47	2	
33	33	1	4	2	1	4	1	1	3	4	1	2	1	1	4	3	1	3	1	4	4	4	3	2	5	14	4	25	48	2	
34	39	1	2	1	1	4	2	3	2	1	4	4	3	4	1	1	3	1	4	1	1	1	4	1	5	23	4	14	46	2	
35	66	1	8	1	2	3	2	2	3	4	1	2	1	1	3	4	1	3	2	3	3	3	1	4	5	16	5	22	48	2	
36	48	1	4	2	2	3	3	3	1	1	4	4	4	3	1	1	4	1	4	1	2	2	3	2	5	23	5	16	49	3	
37	36	1	4	1	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	1	1	4	1	5	26	5	14	50	3	
38	38	1	4	1	1	3	2	3	2	1	3	4	2	3	2	1	4	1	4	1	1	1	4	1	4	4	20	5	15	44	2
39	33	2	1	2	1	3	2	3	2	1	3	4	2	3	2	1	4	1	4	1	1	1	4	1	4	4	20	5	15	44	2
40	39	1	4	1	1	4	1	2	3	3	3	2	2	1	4	4	4	3	2	4	4	3	2	3	5	17	8	25	55	3	
41	40	29	1	4	1	1	2	4	4	1	1	4	4	3	2	3	3	3	1	4	2	1	1	4	4	3	23	6	20	52	3
42	41	23	1	3	2	1	2	4	4	1	1	4	4	3	2	3	3	3	1	4	2	1	1	4	1	3	23	6	17	49	3
43	44	2	3	2	3	2	3	3	2	1	4	4	3	4	1	3	3	2	3	1	4	4	1	4	5	24	6	20	55	3	
44	43	28	1	3	1	3	3	1	1	4	4	2	2	2	3	3	1	4	1	4	4	4	1	4	6	18	4	25	53	3	
45	44	37	3	5	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	1	1	1	4	1	5	18	5	15	43	2	
46	45	33	1	3	2	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	3	3	4	1	4	1	1	1	4	1	5	26	7	16	54	3
47	46	26	2	4	1	3	2	3	3	2	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	4	3	3	3	5	25	5	20	55	3
48	47	25	1	3	2	3	3	2	1	4	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	4	3	3	3	3	5	25	5	19	54	3
49	48	50	2	2	1	3	2	3	3	2	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	3	2	3	3	5	25	5	18	53	3
50	49	38	1	4	1	2	3	4	4	1	1	4	4	4	4	1	4	1	4	1	1	1	4	1	5	26	8	14	53	3	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	
1	Nº	Edad	Estado Civil	Nivel Escolar	Condición Laboral	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Sintomas Afectivos	Sintomas Fisiológicos	Sintomas Psicomotor	Sintomas Psicológicos	Puntaje Total	Nivel de Depresión	
51	50	34	1	3	2	4	1	4	4	1	1	4	4	4	2	3	1	4	1	4	1	1	1	4	4	5	24	5	19	53	3	
52	51	22	1	1	2	3	2	3	4	1	1	4	4	4	4	1	1	1	4	4	4	4	1	4	4	5	25	2	26	58	4	
53	52	23	1	3	2	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	2	2	3	1	4	1	4	3	3	3	5	26	5	21	57	4	
54	53	42	1	1	2	2	3	2	2	3	3	2	2	4	2	3	3	2	3	2	3	2	3	1	2	4	5	20	5	21	51	3
55	54	23	1	4	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	3	2	5	23	5	19	52	3		
56	55	35	2	4	1	4	1	4	4	1	1	4	4	3	3	2	2	3	1	4	1	4	3	3	3	5	24	5	21	55	3	
57	56	45	1	5	2	4	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2	3	6	22	5	19	52	3		
58	57	23	1	4	1	1	4	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	4	5	18	5	21	49	3	
59	58	27	1	4	1	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	4	1	1	3	4	5	18	5	20	48	2	
60	59	31	2	7	1	3	2	3	3	2	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	4	3	3	3	5	25	5	20	55	3	
61	60	34	1	4	1	1	4	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	4	1	4	5	18	5	22	50	3	
62	61	34	1	3	2	4	1	4	3	2	2	3	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	3	2	4	5	23	3	21	52	3	
63	62	38	1	3	1	1	4	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	4	4	4	1	4	5	18	5	24	52	3	
64	63	33	1	3	2	1	4	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	4	1	4	5	18	5	22	50	3	
65	64	31	1	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	4	4	4	23	5	20	52	3	
66	65	23	1	4	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	4	5	23	5	20	53	3		
67	66	36	1	2	1	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	3	2	1	4	1	1	1	3	3	5	26	5	15	51	3	
68	67	38	1	3	2	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	3	2	1	4	1	1	1	4	1	5	26	5	14	50	3	
69	68	45	1	3	1	1	2	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	3	2	4	2	1	4	1	1	3	26	4	16	49	3	
70	69	23	1	3	1	1	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	3	2	4	2	1	4	1	1	2	26	4	16	48	2	
71	70	43	1	3	1	3	2	4	4	1	1	3	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	3	2	4	5	22	3	21	51	3	
72	71	39	1	3	2	4	1	4	4	1	1	3	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	3	2	4	5	22	3	21	51	3	
73	72	43	1	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	1	1	4	1	4	1	4	4	1	3	5	24	5	19	53	3	
74	73	24	1	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	1	1	4	1	4	1	1	3	1	4	5	24	5	16	50	3	
75	74	38	1	2	1	2	3	4	4	1	1	4	4	4	4	1	1	4	1	4	1	1	1	4	1	5	26	5	14	50	3	
76	75	33	1	3	1	4	1	4	4	1	1	4	4	4	4	1	3	2	1	4	1	1	1	4	1	5	26	5	14	50	3	
77	76	41	1	2	1	1	4	1	1	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	3	4	1	4	5	16	5	22	48	2	
78	77	35	2	3	2	4	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	2	2	3	6	22	5	22	55	3	
79	78	38	2	4	2	3	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	3	5	21	5	19	50	3	

Anexo 6: Documentos administrativos

carta de presentación y constancia de aplicación



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

SOLICITO: Autorización para aplicación de instrumentos de investigación.

LIC. PSICOLOGIA ROSALIN VILLEGAS NUÑEZ
COORDINADORA CEM COMISARIA CHINCHA

Yo, Maria Hayde BARDELLI CAHUAS, identificado con DNI N° 42508946, estudiante del programa académico de Psicología en la Universidad Autónoma de Ica, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo un requisito indispensable la aplicación de los instrumentos de recolección de datos para el procesamiento estadístico y así poder culminar la investigación titulada: "Depresión en mujeres víctimas de violencia, Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán-2020", a fin de obtener el título de Licenciado en Psicología, solicito a su persona la AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN, a cada una de las unidades de análisis que confirman la muestra de estudio.

Por lo tanto:

Pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Chincha, 26 de octubre del 2020.

Atte,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Bardeelli Cahuas", written over a horizontal line.

Maria Hayde BARDELLI CAHUAS
DNI: 42508946

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

SOLICITO: Autorización para aplicación de instrumentos de investigación.

LIC. PSICOLOGIA ROSALIN VILLEGAS NUÑEZ
COORDINADORA CEM COMISARIA CHINCHA

Yo, Gustavo Xavier SOLARI SARAVIA, identificado con DNI N° 47170986, estudiante del programa académico de Psicología en la Universidad Autónoma de Ica, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo un requisito indispensable la aplicación de los instrumentos de recolección de datos para el procesamiento estadístico y así poder culminar la investigación titulada: "Depresión en mujeres víctimas de violencia, Centro de Emergencia Mujer de Alto Larán-2020", a fin de obtener el título de Licenciado en Psicología, solicito a su persona la AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN, a cada una de las unidades de análisis que confirman la muestra de estudio.

Por lo tanto:

Pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Chincha, 26 de octubre del 2020.

Atte,



Gustavo Xavier SOLARI SARAVIA
DNI: 47170986

AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD

CONSTANCIA DE APLICACIÓN

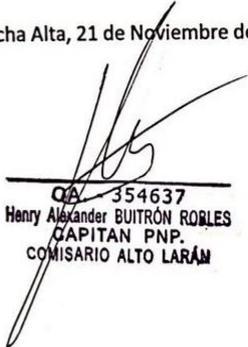
**CAPITAN PNP HENRY ALEXANDER BUITRON ROBLES,
COMISARIO DE ALTO LARAN DEL DEPARTAMENTO DE
ICA, QUE SUSCRIBE**

HACE CONSTAR:

QUE LA SRA: BARDELLI CAHUAS, MARIA HAYDE IDENTIFICADA CON DNI N°42508946 Y EL SR: GUSTAVO XAVIER SOLARI SARAVIA IDENTIFICADO CON DNI N°47170986, han aplicado su instrumento de recolección de datos del trabajo de investigación científica durante el 26 de octubre hasta el 18 de noviembre 2020, cuya tesis se titula: "DEPRESIÓN EN MUJERES VICTIMA DE VIOLENCIA, CENTRO EMERGENCIA MUJER DE ALTO LARAN 2020" la misma que fue aplicada a mujeres con violencia y maltrato psicológico , demostrando **PUNTUALIDAD, EFICIENCIA Y RESPONSABILIDAD**

Se expide la presente constancia para los fines que los interesados estimen conveniente.

Chincha Alta, 21 de Noviembre del 2020


CA 354637
Henry Alexander BUITRÓN ROBLES
CAPITAN PNP.
COMISARIO ALTO LARAN

Anexo 7: Informe de turnitin al 28% de similitud