



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la
pareja de Yurimaguas**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORA:

Del Aguila Valdivieso, Paula Anthuanett (ORCID:0000-0001-8249-3555)

ASESOR:

Dr. Reyes Baca, Gino Job (ORCID:0000-0001-5869-4218)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

TARAPOTO – PERÚ

2020

Dedicatoria

Dedicado a mi abuelita mis logros y las veces que falle y supe levantarme para poder continuar con mis estudios, a mi hija y a mi padre por ser mi principal apoyo y motor para este logro, con amor y cariño.

Paula Anthuanett

Agradecimiento

A mis docentes de aula quienes forjaron en mi la formación necesaria para poder enfrentarme en el mundo laboral, a la Universidad César Vallejo, con la oportunidad brindada.

Paula Anthuanett

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I.INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Tipo y diseño de la investigación	18
3.2. Variables, operacionalización.....	18
3.3. Población, muestra, muestro, unidad de análisis.....	18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad..	19
3.5. Procedimientos.....	20
3.6. Métodos de análisis de datos	20
3.7. Aspectos Éticos.....	20
IV. RESULTADOS.....	21
V.DISCUSIÓN	22
VI. CONCLUSIONES	24
VII. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS	26
ANEXOS	31

Índice de tablas

Tabla 1. Análisis de correlación entre la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas...	21
Tabla 2. Relación entre las dimensiones de la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia, Yurimaguas	21
Tabla 3. Relación entre la depresión con las dimensiones de la ansiedad en mujeres víctimas de violencia, Yurimaguas.....	22

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes mujeres que sufren violencia en la pareja de Yurimaguas. El estudio fue de tipo básico, utilizando un diseño de correlación no experimental, transversal y descriptivo, y su población fueron mujeres del Centro de Emergencia Mujer Yurimaguas, se aplicaron dos cuestionarios como la Escala de Depresión de Hamilton y el Cuestionario de Ansiedad y Rasgo (STAI) que se utilizó como herramienta para medir depresión y ansiedad en dicha población. Los resultados muestran que existe un vínculo entre la depresión y la ansiedad en las mujeres del Centro de Emergencias para Mujeres Yurimaguas debido al coeficiente de correlación de Spearman de 0.741. Donde se detecta un valor positivo y significativa entre depresión y ansiedad.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, víctimas.

Abstract

This study aims to determine the relationship between depression and anxiety in female patients who suffer violence in Yurimaguas in 2020. The study was a basic type, using a non-experimental, cross-sectional and descriptive correlation design, and its population was 479 women. With a sample of 200 from the Yurimaguas Women's Emergency Center, the data collection technique was two Hamilton and Stai questionnaires that were used as a tool to measure depression and anxiety. The results showed that there is a link between depression and anxiety in patients of the Yurimaguas Women's Emergency Center 2020 due to the Spearman correlation coefficient. The obtained value is 0.741, which indicates a moderately positive correlation, the p-value is 0.000 and the value is less than.

Keywords: Depression, anxiety, victims.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (2016) indicó que los trastornos del estado de ánimo denominados depresión se consideran una de las primordiales causas de la mortandad. Además de ser la tercera causa principal de suicidio en las personas. En este sentido, Beck y Clark (2010) señalaron que es necesario realizar las tareas psicológicas relacionadas y permitirles intervenir de manera oportuna, por lo que se necesita un medio necesario para apoyar la evaluación de estos problemas. Además, la depresión se considera una patología común alrededor del mundo porque se calcula que la depresión está afectando a 350 millones de habitantes a nivel laboral, familiar, académico, social y personal. En este sentido, el trastorno afectivo conocido como trastorno de ansiedad se ha incrementado significativamente, afectando directamente su desempeño en el entorno familiar, personal, emocional, laboral y social. Según estimaciones el 8% de casos confirmados requieren tratamiento clínico (Lozano et al., 2011).

A nivel nacional, el Ministerio de Salud (2012) señaló que en el Perú se presentaban problemas de salud mental que afectaban a cuatro de cada diez personas, siendo el más común la depresión. De 137.000 casos, se registraron 70 mil personas y en los últimos 238 mil casos la ansiedad se presentó en 71 mil personas de los 238 mil casos estudiados en los últimos años, la conclusión es que las áreas geográficas más lastimadas son Lima, La Libertad, Callao y Cusco. Estudios en diferentes países han demostrado que pobreza, machismo, infidelidad, cultura, mala comunicación dentro de la familia, discriminación, miedo y complejidad, falta de información y lo más importante la indiferencia relacionada con la violencia, en cuanto a las mujeres son víctimas de violencia doméstica. El desarrollo personal suele estar restringido, su vida cotidiana está sufriendo cambios importantes, que pueden ir desde la pérdida del apetito hasta la pérdida de la voluntad de vivir, están restringidos a hacer contribuciones positivas a la sociedad, su autoestima está comprometida y viven bajo la tiranía. Esto les dificulta lograr sus objetivos.

En este caso, diversas encuestas han demostrado que, en comparación con un mismo grupo de personas, los problemas psicológicos están más relacionados con las féminas que son violentadas por sus parejas sentimental. El promedio registrado es: el trastorno de estrés postraumático representó el 63,8%, el cual ocupó el primer lugar, siguiendo la depresión con el 47,6%, luego el suicidio el 17,9%, el alcoholismo el 18,5%, y por último se registró el uso o dependencia de drogas el 8,9%.

Además, a nivel local el Centro de emergencia mujer, Yurimaguas, a setiembre del año 2020, él ha recepcionado 497 casos de violencia contra la mujer, dando a comprender que el aumento de la violencia va en escala elevada, dicha informaciones proporcionadas tanto a nivel regional y local pone manifiesto la existencia de un nivel alto de violencia en Alto Amazonas, siendo unos de los departamentos proclives o vulnerables en cuanto a temas de violencia familiar.

Sin embargo, del total de casos registrados por las diferentes tipologías de violencia solo se han resuelto cerca al 50%, quedando pendiente el resto y muchos de estas se archivan por desmotivaciones de los representantes del ministerio público, de todos ellos, en el 2019 solo se tuvo 15 tipos de atención por salud mental, incluidos 7 tipos de ansiedad y 3 tipos de depresión, representaron el 67% de los casos.

Desde enero de 2020 hasta septiembre de 2020, este número ha aumentado significativamente, alcanzando un total de 90 atenciones por tipos de trastornos mentales, incluidos 10 casos causados por trastorno de ansiedad, y 15 casos son causados por depresión. En este sentido, el aumento de este fenómeno se evidencia y refleja cifras impactantes, lo que hace que el estudio impacte en el bienestar de la ciudadanía, teniendo, así como como problema ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad en mujeres víctimas de violencia de pareja en la pareja de Yurimaguas?

La presente investigación permitirá a nivel social concientizar a la población acerca de los temas abordado, e incentivar a las demás instituciones relacionadas al tema de prevención de violencia articular acciones y esfuerzos para reducir dichos índices en el distrito. Así mismo teóricamente

se apoyó en aportes teóricos que describen cada variable de estudio, así mismo dichos autores justifican teóricamente la investigación y los objetivos a lograr. Además, prácticamente permitió a la institución tener un diagnóstico situacional, para poder mejorar su servicio y poder aplicar estrategias articuladoras con las demás instituciones con el objetivo de poder atender de manera adecuada a las víctimas y su utilidad metodológica, se basa en la metodología científica de Hernández, et al., (2014) autores que guiaron la presente investigación.

En cuanto al objetivo principal, es determinar la relación entre la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas. Como objetivos específicos se tiene: determinar la relación entre las dimensiones de la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas, determinar la relación entre la ansiedad con las dimensiones de la depresión en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas

II. MARCO TEÓRICO

El presente estudio está sustentado a nivel internacional por Llosa y Canetti (2019). Llevaron a cabo una investigación cuantitativa transversal, descriptiva, no experimental y no causal para comprender la frecuencia de la depresión y los pensamientos suicidas bajo el control de la violencia y las parejas emocionales en Uruguay, fue un trabajo diseñado de forma no experimental, tanto la población como la muestra estuvo conformada por 58 participantes, 30 casos y 28 controles, la técnica de recolección de datos fue la entrevista clínica y el instrumento empleado fue Woman Abuse Screening Tool (WAST) corto. Los principales resultados fueron que: Se utilizó la prueba de chi-cuadrado / prueba exacta de Fisher y odds ratio, la razón para que compara la frecuencia de depresión en casos violentos con la frecuencia del grupo de control.

Llosa y Canetti (2019) realizaron una comparación con el grupo de control, las víctimas de violencia de pareja íntima tienen una incidencia significativamente mayor de depresión: el 56,7% de los casos violentos mostraron depresión, mientras que la incidencia de depresión en el grupo de control fue del 14,3% (prueba exacta de Fisher $p = 0,001$) La conclusión es: de una muestra de 30 casos y 28 grupos de control, los tipos de violencia encontrados presentan las siguientes frecuencias: 90% de violencia psicológica, 50% de violencia física, 6,7% de violencia sexual y 26,7% de violencia económica.

Llegando a una conclusión que la mayoría de las personas que han tenido una violencia por su pareja sentimental en el pasado (71%) y aproximadamente una cuarta parte de las víctimas de violencia por su pareja sentimental actual (Llosa y Canetti,2019)

Arroyo y Castro (2015). Ha realizado investigaciones tipológicas afines en Quito (Ecuador), diseñadas de forma no experimental, y su método es cuantitativo. En cuanto a la población, está conformada por mujeres víctimas

de violencia intrafamiliar de 15 a 60 años en la zona central de Quito, compuesta por 30 mujeres, mientras que la muestra solo comprendió a 30 pacientes de género femenino, los métodos generales basados en estándares que utilizan técnicas psicométricas son suficientes para evaluar si existen variables discontinuas y como instrumento se utilizó el test de Beck (ansiedad y depresión).

Los principales resultados que observaron Arroyo y Castro (2015) fueron que: La ansiedad es el principal impacto emocional ante la depresión, la proporción de mujeres que participan con violencia intra familiar que participan en la organización CAI "Tres Manueles" es aún mayor, con un porcentaje de 40%. Concluyó que: Se ha definido que entre las féminas con violencia intrafamiliar existe correlación entre distintos grados de ansiedad y depresión por efectos emocionales, en la mayoría de los casos las mujeres que participaron del estudio llegan a instituciones con ansiedad moderada y propensas a la depresión.

Borges (2018) realizó en Venezuela una investigación que fue de tipo descriptivo-explicativo, de diseño descriptivo, tanto la población como la muestra estuvo constituida por 441 participantes, la técnica empleada fue el cuestionario y el instrumento utilizado es el Cuestionario Universal de Goldberg (GHQ-28, Goldberg, 1972, 1978) con 28 ítems. El principal resultado es que el procedimiento utilizado para estudiar la evidencia de la efectividad de GHQ28, PHQ-9 y GAD-7 en la población es suficiente y es evidencia preliminar del uso de la herramienta en la atención primaria en Caracas, Venezuela.

Para Borges (2018) la conclusión es: la prevalencia de depresión es mayor que la prevalencia observada en el estudio de la OMS. Por su parte, la prevalencia de ansiedad es menor que en otros estudios realizados a nivel mundial y en atención primaria. Por otro lado, estos resultados pueden verse afectados por las dificultades políticas, económicas y sociales que se iniciaron en el país en ese momento, y aparecen en el discurso de los participantes en las distintas etapas de esta investigación.

A nivel nacional está respaldado por Aldave (2016) quien realizó un análisis, observación, de sección transversal, e investigación transversal en Trujillo. La población incluye pacientes que asisten a servicios ambulatorios de Psiquiatría del Centro Médico EsSalud– Ascope – La Libertad – Perú, consto de 125 pacientes adultos divididos en dos grupos: aquellos con y sin violencia doméstica, y se especifican sus asociaciones y significancia estadística.

Donde para Aldave (2016) el resultado principal es que, en comparación con aquellas sin violencia doméstica, la frecuencia de género y el nivel socioeconómico y de las mujeres del grupo con violencia doméstica son significativamente mayores entre los pacientes tratados en los centros de servicios psiquiátricos, la incidencia de violencia doméstica fue del 82%. Entre los pacientes tratados en el departamento de psiquiatría, la incidencia de depresión fue del 35%. La conclusión es que existe un vínculo entre la depresión y la violencia doméstica en pacientes del departamento de servicios psiquiátricos del Centro Médico EsSalud-Ascope.

Aldave (2016) no encontraron diferencias de edad significativas entre pacientes con y sin violencia doméstica. No se encontró diferencias significativas en el nivel de educación entre los pacientes con y sin violencia doméstica.

Barbaran (2015) realizó el siguiente estudio es descriptivo, transversal en Lima, con una muestra no probabilística de 73 parejas de pacientes femeninas que sufren abusos; la recopilación de datos se realiza a través de una lista de verificación: la Escala de Depresión de Beck (Beck & Cols, 1961), y clínicamente Y el Formulario de evaluación de psicología de la salud (Decisión ministerial, 2007) para hacer frente a la violencia doméstica. El resultado principal es: el 26,7% (23) de los pacientes tenía relación matrimonial con el agresor. Además, es comprensible que el 63,0% (46) de los pacientes hayan sufrido maltrato hace entre 0 y 5 años.

Por otro lado, Barbaran (2015), puedo observar que el 94,5% (69) de los pacientes sufren depresión. Además, debe comprenderse que la incidencia de violencia psicológica es superior al 98,6% (72) del total de participantes, mientras que el 89,0% (65) dijo haber vivido violencia física, mientras que el 11,0% (8) sufrió violencia sexual violenta, concluyendo que en las pacientes que estudiamos, las tres dimensiones de la violencia doméstica (mental, física y sexual) no se asociaron con la depresión ($p > 0.05$).

Sobrado (2017) realizó una investigación de tipo descriptiva comparativa, se desarrolló bajo el diseño transeccional correlacional y comparativo en Huánuco, la población estuvo constituida por 220 mujeres víctimas de distintos tipos de violencia, en tanto la muestra, solo contemplo a 140 mujeres, la técnica empleada fue la encuesta, mientras que Instrumentos de recolección de datos fue el Inventario de depresión de Beck II.

Donde para Sobrado (2017) los principales resultados fueron que: El 72,1% se clasificó como depresión leve; el 6,4% expresó depresión leve; el 13,6% expresó depresión moderada, mientras que el 7,9% expresó depresión grave. Conclusión: Existe una correlación moderadamente negativa entre depresión y autoestima ($\rho = 0.-492$), y es altamente significativa ($p > 0.001$).

4. Existe una correlación negativa significativa entre los factores de autoestima y la depresión. Cuanto menor sea la puntuación para la depresión, mayor será la puntuación para el factor de autoestima.

Bartra y Padilla (2018) realizaron un estudio descriptivo y relacional no experimental, fue de nivel descriptivo y relacional, diseñada de forma no experimental en Tarapoto, tanto la población como la muestra estuvo constituida por 30 pacientes, se empleó como técnica a la encuesta y como instrumento se empleó el cuestionario. Los resultados fueron que: El rango de edad frecuente en el estudio fue de 51 a 77 años, lo que representa el 66,7% de la muestra total.

Para Bartra y Padilla (2018) las mujeres representaron el 63,3%, de las cuales el 43% tenían depresión moderada, y la ansiedad leve y moderada representaron el 23,3%. En etiología, el 70% de los pacientes padece hipertensión arterial y el 63,3% de los pacientes padece diabetes. Concluyeron que: En cuanto a la depresión, el 3,3% de las personas expresó depresión leve; el 30% de los encuestados tenía depresión leve; el porcentaje de depresión moderada aumentó a 56,7%.

Según Bartra y Padilla (2018) que realizaron la evaluación de depresión severa, el resto se encontró el siguiente 10%. Las manifestaciones más comunes son "Ahora mi apetito está muy reducido", "Siempre que me siento cansado" y "Me despierto una o dos horas antes de lo habitual, tengo dificultad para conciliar el sueño", el 46,7% de las cuales es la manifestación más común de depresión mayor. Hay un 40% de pacientes "He perdido totalmente el interés por la intimidad".

Vera y Centurión (2016). Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto, Perú. Fue un estudio de tipología cuantitativo, descriptivo, correlacional, se desarrolló bajo un diseño no experimental, cuya población estuvo conformada por todas las puérperas, en tanto, la muestra estuvo conformada por 95 puérperas, se elaboró una encuesta como técnica de estudio y dos cuestionarios como instrumento de investigación. Los principales resultados fueron: El 37% de los usuarios de EsSalud fluctúa entre los 31 y 40 años en el MINSA, mientras que el 33,7% fluctúa entre los 26 y los 30 años en el MINSA; el 74,1% y el 72,6% conviven; el 59,3% y el 64,2% son amas de casa; el 31,5% Y el 30,5% de los estudiantes completó el plan de estudios de la escuela secundaria.

Calculado por ingreso familiar mensual, > 1,600 soles son 48.1%, y los entre 501 y 800 son 58.9%; los cónyuges del principal contribuyente son 70.4% y 64.3%, respectivamente. Tarapoto representó 44,4% y 40,3%; 77,8% y 85,2% tenían casa propia; 92,6% y 91,3% de los familiares recibieron apoyo en el cuidado de su salud y bebés. La conclusión es: el nivel educativo ($X^2 = 11.887$; $p = 0.0360000$) y la ocupación de la pareja ($X^2 = 16.871$; $p =$

0.0180000) tienen un impacto significativo en la depresión posparto en mujeres posparto tratadas en hospitales MINSA II-2 Tarapoto.

En cuanto a las teorías relacionadas con este tema, el autor representativo de la variable depresión es Aranda (2020), quien la define como un trastorno emocional caracterizado por un pensamiento distorsionado o sesgo cognitivo que se enfoca en la autocrítica y el fracaso. Sobre los síntomas psicológicos y físicos. Estas evaluaciones irracionales se adoptan en base a la experiencia previa y constituyen un plan mental, que luego se desencadena la depresión.

Para Berenzon, et al. (2013), la depresión es una causa importante de la carga universal de patología. Es una de las primordiales razones de discapacidad, se cree que perjudica a 350 millones de habitantes en el planeta, con una prevalencia entre el 3,3% y el 21,4%. Esta enfermedad generalmente comienza en una etapa temprana, lo que reduce en gran medida las funciones de las personas, las afecciones recurrentes y genera relevantes costos económicos y sociales. Esta es el motivo por el que la depresión ocupa el primer sitio en medio de las patologías de discapacidad y se convirtió en un objetivo clave de la atención internacionalmente.

Según una investigación de Navarro, Moscoso y Calderón (2017), la depresión pertenece a los trastornos mentales con más grande prevalencia en distintas situaciones alrededor de todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) señaló que para 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa primordial de discapacidad internacionalmente.

Especialmente en naciones desarrolladas ocupará el tercer sitio, mientras tanto que, en naciones en vías de desarrollo como Perú, esta patología ocupará el primer sitio. Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud apunta que bastante más de 350 millones de habitantes sufren esta patología, aun cuando la depresión es un trastorno de la mente tratable, la mayor parte de los individuos que han experimentado depresión no solicitan

ni reciben el procedimiento que requieren. (Navarro, Moscoso y Calderón, 2017)

Para Calero y Vaca (2019) la violencia contra la dama en las interacciones es un inconveniente humano universal que perjudica la salud física y a la mente de las víctimas. La violencia se desarrolla por medio de agresión física, coacción sexual y abuso psicológico. Estas conductas limitan las tácticas de soberanía y control del dinero, lo cual perjudica la salud física y mental de las víctimas. El 30% de las damas que en cualquier momento tuvieron una interacción han experimentado algún tipo de maltrato de pareja o maltrato sexual. Aparte, poseen el doble de posibilidades de padecer depresión y abuso de alcohol.

En este sentido, las secuelas psicológicas de Calero y Vaca (2019) son el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la baja autoestima y la ansiedad, ocasionando un desajuste social y familiar. Su efecto se ha aumentado gracias a las próximas propiedades: La violencia es constantemente una conjunción de abuso físico, psicológico y / o sexual, generalmente es progresiva y crónica, ocurre repetida e intermitentemente y ocurre en forma de violencia. Posee tu propia casa y apta para personas que conviven todos los días.

Según Huerta, et al (2014) se vuelve significativo estudiar la depresión y la ansiedad relacionadas con el abuso en las relaciones entre marido y mujer porque incluye todos los abusos físicos, psicológicos, sexuales y económicos que sufren las féminas en la familia y que son cometidos por el marido, la pareja o la pareja. Este tipo de violencia es el más insidioso de los modelos culturales e ideológicos que se manejan en la sociedad.

Existen pocos estudios sobre el comportamiento violento en las relaciones íntimas y solo recogen denuncias. Pocos estudios han intentado vincular la depresión y la ansiedad con el comportamiento violento en las relaciones íntimas, aunque esta es una variable multidimensional, afectada por los siguientes factores, cultura, características, Las características de los

patrones familiares y sociales y los tipos de convivencia, la mayor parte de la investigación existente se centra en recoger el número de casos y denuncias y si existe violencia. (Huerta, et al., 2014)

García y Matud (2015) señalaron que la violencia contra las mujeres es un fenómeno social reconocido por la comunidad internacional como representativo de preguntas de salud pública y derechos humanos. La violencia infligida por parte de la pareja es la manera más concurrente del maltrato contra la mujer y en cuanto al 30% de la población femenina del mundo que vive con su pareja sufre violencia conyugal. Este fenómeno afecta a mujeres de todas las nacionalidades, clases sociales y niveles educativos.

Aunque las proporciones varían en diferentes estudios, los inconvenientes de salud psicológica más frecuentes para las féminas abusadas por sus parejas íntimas son el trastorno de estrés postraumático y la depresión, continuos de indicios físicos y de ansiedad. Además, está referente con pensamientos y comportamientos suicidas. Se ha sugerido que la violencia de parte de una pareja íntima puede conducir a una interacción de dependencia y sumisión entre la dama y su pareja, lo cual significa una baja autoestima. Una vez que hablamos de maltrato psicológica, además de incapacitarla para defenderse, además le causa trastornos del sueño, pérdida de antojo, temor, confusión y tristeza. (García y Matud, 2015).

Castillo (2017) sostiene que la dependencia emocional y la depresión son protestas psicopatológicas, que presentan patrones cognitivos disfuncionales y procesamiento de información exclusivo. Hay diferencias significativas en las distorsiones cognitivas, que generan angustia emocional entre los individuos que las sufren, y están afectando su desarrollo personal y su desenvolvimiento dentro de la relación.

En este sentido, las personas con dependencia emocional presentan características psicológicas únicas en cuanto a cognición, emoción, motivación y comportamiento, características que toman a su pareja como fuente de satisfacción y seguridad personal. Esto significa un sistema de creencias falsas sobre el esposo y la esposa y su propia vida, y le hace pensar que la vida solo se puede concebir en una relación, incluso si esta relación le produce dolor e insatisfacción. (Castillo, 2017)

Colque (2020) hace un resumen bastante interesante sobre el impacto del violencia psicológica, por ejemplo: el aislamiento puede crear en la víctima dependencia y privación de apoyo social; el abuso verbal, la intimidación y las amenazas producen intimidación, temor, ansiedad, terror y sumisión; el abuso emocional (desvalorización, intentar a la persona como una persona inferior, etcétera.), puede crear inseguridad y baja autoestima; la negación y la culpabilización tienen la posibilidad de producir en la víctima inseguridad e indefensión; y el acoso produce intimidación, temor y ansiedad.

Para Ochoa, Cruz y Moreno (2015) Las mujeres han luchado por la igualdad de género durante la historia, pareciendo lograr la igualdad otorgándoles más roles. La dama presente lleva a cabo el papel de mamá, pareja, cabeza de familia y patrona de un conjunto laboral, pese a ello, todavía asume las responsabilidades familiares clásicas. Su batalla por la estabilidad abrió áreas de acción para que las mujeres pusieran un pie en una tierra por la que nunca antes habían viajado. Sin embargo, su desigualdad con los hombres continúa, porque está claro que la responsabilidad del pasado sigue siendo responsabilidad de las mujeres.

Las investigaciones sobre la situación actual de las mujeres muestran que se encuentran en un estado de vulnerabilidad; el suicidio ha sido identificado como una causa importante de muerte para las mujeres entre 20 y 59 años;

factores como la falta de oportunidades educativas, la carga laboral excesiva y la violencia de la que son víctimas están aumentando. Afecta en gran medida la aparición de trastornos mentales y depresión. (Ochoa, Cruz y Moreno, 2015)

Para Aranda (2020) las dimensiones que componen la depresión son: Dimensión1: Área Afectiva: Hace referencia a la distorsión de la capacidad emocional de la persona, que por lo general provoca inestabilidad emocional. *Sus principales Indicadores son:* Tendencias de tristeza, interioridad, llanto e irritabilidad. Dimensión 2: Campo de motivación: La dificultad insuperable radica en la deformación errónea de las contramedidas. *Sus principales Indicadores son:* Insatisfacción e ideas suicidas. Dimensión 3: Área Cognitiva: la poca capacidad de percibir correctamente los eventos adversos en la realidad. Indicador: Pesimismo hacia el futuro.

Con respecto a la variable de ansiedad de tomó como autora bandera a Huapaya (2019) quien lo conceptualiza como sentimientos de malsana o futura desgracia, acompañados de malestar (desagradable) y / o nerviosismo. Esta sensación de daño esperado puede ser interno o externo, que es una advertencia de un evento y lleva a los humanos a tomar u obtener ciertas acciones. Estas acciones realizadas por los individuos pueden ser importantes para las necesidades del día, pero si exceden el rango normal, dañarán la capacidad del individuo para adaptarse.

Una de las premisas del modelo conductual es que los trastornos conductuales son causados por algún tipo de regulación condicionada o aprendizaje desadaptativo, en forma de respuesta emocional condicionada, y la terapia conductual es impotente excepto para el desarrollo de planes de intervención (declive, descondicionamiento o reaprendizaje). Es coherente con estos conocimientos. En cuanto a las fobias y los trastornos de ansiedad, la responsabilidad de su adquisición se ha atribuido al modelo clásico de ajuste (Galletero, Guimón, Echeburúa, Yllá & González, 2015)

Según Martínez y López (2011) los trastornos de ansiedad se caracterizan por un temor desmesurado y la evitación de objetos o situaciones específicos que no son realmente peligrosos. Estas condiciones están afectando en monumental medida el manejo gremial, académico y social, consumen varios recursos de salud y son componentes de peligro de enfermedad cardiovascular. Cuando se manifiestan como comorbilidades de depresión severa, abuso de drogas, trastornos alimentarios y trastornos severos de la personalidad, se convierten en los primordiales obstáculos para el procedimiento de estas patologías.

Las manifestaciones de la ansiedad en psicopatología según Berrios (2008) citado por Sarudiansky (2013) explicó que los comportamientos "ansiosos", "inquietos e inquietos" se remontan a la bibliografía en diferentes momentos históricos. En efecto, del primer lote de documentos atribuibles a las disciplinas médicas occidentales, se mencionan el dolor o estados dolorosos que acompañan a diferentes enfermedades físicas, aunque no necesariamente se restringen a condiciones patológicas específicas. También es posible observar condiciones comparables a los estados de ansiedad.

Con referencia a los trastornos mentales y del comportamiento, según Instituto Nacional de Salud (2018) son: Patologías adictivas por el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias legales o ilegales (uso nocivo o dependencia). El MINI se utiliza para la medición y la medición se utiliza para el diagnóstico psiquiátrico basado en el estándar de investigación ICD-10 en una escala nominal. Trastorno afectivo.

Episodios depresivos moderados a graves, arritmias y episodios maníacos. Usando MIC para la medición, el MINI puede realizar un diagnóstico psiquiátrico en una escala nominal de acuerdo con el estándar de investigación CIE-10. Incluye todos los trastornos de ansiedad clínicamente

diagnosticables, como ansiedad generalizada, fobia social, fobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

El MINI se utiliza para la medición y la medición se utiliza para el diagnóstico psiquiátrico basado en el estándar de investigación ICD-10 en una escala nominal. Trastornos de la alimentación. Además, se incluyen la bulimia y la anorexia nerviosa. Evaluar MINI y realizar diagnósticos psiquiátricos a través de los estándares de investigación ICD-10 en una escala nominal. También se ha utilizado el cuestionario EDI-2. Síndrome psicótico. Una prueba nominal con MINI puede diagnosticar el síndrome psiquiátrico. Se cree que cuando aparece al menos un síntoma de psicosis MINI, está totalmente condenado y los síntomas duran al menos un mes, la persona tiene el síndrome.

Para el Boletín de Información Clínica Terapéutica (2013) los síntomas durante un período de seis meses, pueden ser diferentes, incluida la atención constante a su salud, familia, trabajo y situación financiera. Esta situación suele tener un impacto negativo en las relaciones sociales y laborales. Varios pacientes muestran indicios físicos inespecíficos (insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, fatiga y indicios de malestar gastrointestinal). Ciertas sustancias como la cafeína, el alcohol, las anfetaminas y la pérdida del hambre tienen la posibilidad de provocar indicios de ansiedad.

Según el DSMIV-R, los criterios de diagnóstico incluyen: 1. Ansiedad severa y preocupación o preocupación excesiva que dura 6 meses. 2. Esta persona no puede controlar sus preocupaciones. 3. La ansiedad y la preocupación están relacionadas con 3 o más de los 6 síntomas siguientes: inquietud y fatiga recurrente, es difícil concentrarse, la irritabilidad, tensión muscular y desorden del sueño.

Según el Ministerio de sanidad y consumo (2018) La causa de la ansiedad no se comprende completamente, pero involucra componentes biológicos, del medio ambiente y psicosociales. Entre los componentes biológicos, se han encontrado cambios en los sistemas neurobiológicos GABAérgico y serotoninérgico, así como anomalías estructurales en el sistema límbico (una de las zonas más dañadas del cerebro). Además, se han observado ciertos cambios físicos y más grande frecuencia de uso y / o abstinencia de drogas, alcohol, drogas y / o sedantes y otras sustancias. Finalmente, la aparición de estas enfermedades tiene una cierta susceptibilidad genética. (Ministerio de sanidad y consumo, 2018)

Entre los componentes del medio ambiente, se ha encontrado la predominación de ciertos componentes de estrés ambiental, más grande hipersensibilidad y respuesta de aprendizaje. Los componentes de peligro psicosocial de estas patologías incluyen el estrés, el grupo familiar, las vivencias que amenazan la vida y la inquietud desmesurada por los inconvenientes cotidianos. Como componente predisponente se ha observado la predominación de características de personalidad. (Ministerio de sanidad y consumo, 2018)

Generalmente, intentar con medicamentos, tipos específicos de psicoterapia o los dos. La elección del tratamiento depende del problema y las preferencias del individuo. Antes de iniciar el tratamiento, los médicos deben hacer una evaluación de diagnóstico cuidadosa para establecer si los indicios de una persona son provocados por ansiedad o inconvenientes físicos. Si se diagnostica un trastorno de ansiedad, se debería establecer el tipo o mezcla de patologías, y además se debería detectar cualquier patología coexistente, como depresión o abuso de drogas. El tratamiento del trastorno de ansiedad es: medicación. (Ministerio de sanidad y consumo, 2018)

La medicación no puede curar la ansiedad, pero puede mantener al paciente bajo control mientras recibe tratamiento psicológico. Los medicamentos deben ser recetados por un médico; los principales medicamentos utilizados para los trastornos de ansiedad son los antidepresivos, los ansiolíticos (trastornos de ansiedad / medicamentos neurológicos) y los betabloqueantes. Antidepresivos Han sido desarrollados para intentar la depresión, sin embargo, además son efectivos para la ansiedad. el principio, se requieren una serie de cambios para que sean completamente efectivos. Por lo general, los síntomas tardan de 4 a 6 semanas en desaparecer. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009)

Para Huapaya (2019) las principales dimensiones de la ansiedad son:
Dimensión 1: El estado de ansiedad es un estado emocional de corta duración del cuerpo humano, que se caracteriza por la sensación subjetiva de tensión consciente y ansiedad. Su principal indicador es: la presencia o ausencia de ansiedad.

Dimensión 2: Se expresa sobre el trastorno depresivo surge en aquellas personas cuya visión de la realidad se encuentra errónea o deformada, donde nos menciona la triada cognitiva, donde esta teoría tiene como base de la depresión, la distorsión cognitiva, donde usualmente se realiza una visión negativa del yo, el entorno y el futuro. (Beck, 1976)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Tipo

La presente investigación se realiza de tipo correlacional, ya que ayudó a la descripción de la realidad y el conocimiento teórico, teniendo un alcance descriptivo correlaciona, por la asociación de variables usando patrones para la evaluación de un grupo o población (Hernández et al., 2014)

Diseño de la investigación

No experimentales, de corte transversal, porque son estudios realizados sin manipulación deliberada de variables, y solo pueden analizarse cuando se observan fenómenos en el medio a investigar. (Hernández et al., 2014, p.152)

3.2. Variables, operacionalización

Las variables con las que trabajamos fueron depresión y ansiedad en mujeres

3.3. Población, muestra, muestro, unidad de análisis

Población.

La población fueron las mujeres víctimas de violencia por sus parejas emocionales, quienes presentaban una denuncia en el Centro de Emergencia de la Mujer en Yurimaguas, teniendo en cuenta que nuestra muestra consto el área de psicología del centro y tuvimos a 200 mujeres seleccionadas para el estudio.

Criterios de inclusión:

Se incluyó a mujeres mayores de 18 años y menores de 65 años que ha sufrido de violencia por parte de su pareja sentimental y ha denunciado ante el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas durante enero y octubre del año 2020

Criterios de exclusión:

Se excluyó a personas que viven fuera de la zona urbana del distrito. Toda mujer que ha sufrido violencia por parte de su pareja sentimental y no ha denunciado durante el año 2020 y las mujeres que llevan más de un año lejos de la violencia causada por su ex pareja.

Muestra

Se ha seleccionado a 200 mujeres del área de psicología que han realizado su denuncia dentro del año 2020 en el Centro de Emergencia Mujer de Yurimaguas.

Muestreo

No probabilístico: se trata de una técnica de muestreo en la que el proceso de recolección de muestras no brinda las mismas oportunidades para todos los individuos de la población. (Hernández, et al., 2014, p. 177)

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

La encuesta se utilizó como técnica de investigación. De igual forma, la función de la encuesta es que permitió que las opiniones o percepciones de las unidades de información se obtengan directamente a través de su herramienta que fue cuestionario. (Hernández, et al., 2014, p.217)

Instrumento

El instrumento fue el cuestionario, para la variable de depresión se utilizó la escala de depresión de Hamilton. El cuestionario tiene un total de diferentes puntos de corte, teniendo en cuenta que de 0 a 7 no observa presencia de depresión, de 8 a 12 estamos hablando de una depresión ligera o menor, de 13 a 17 podemos identificar una depresión moderada, de 18 a 29 lo consideramos depresión severa y

de 30 a 52 estaríamos hablando de una depresión crónica o más que una depresión mayor la cual tiene riesgo de suicidio.

Para la segunda variable, se utilizó el cuestionario de ansiedad estado – rasgo. En la aplicación del STAI se ha aplicado siempre primero la parte A/E y luego la A/R, y se recomienda este orden. El cuestionario evalúa dos conceptos de ansiedad: estado y rasgo. En los ítems de la ansiedad-estado tenemos una puntuación asignada a la intensidad como 3 es nada, 2 es algo, 1 es bastante, 0 es mucho, donde ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. En cambio, en los ítems de la ansiedad-rasgo tenemos una puntuación asignada a la frecuencia de presentación donde 3 es casi nunca, 2 es a veces, 1 es a menudo, y 0 es casi siempre, donde ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

3.5. Procedimientos

Se gestionó el permiso correspondiente para poder recolectar información de acuerdo cada variable de estudio a las mujeres víctimas de violencia. En ese sentido, se les solicitó su colaboración generando previamente el asentimiento informado. Esto implicó que expresaran su voluntad de participar o no. A los que aceptaron, se les entregó los cuestionarios, se les otorgó un tiempo razonable para su llenado y al final se les agradeció su participación.

3.6. Métodos de análisis de datos

La recolección de datos se analizó a través de tablas y figuras estadísticas por cada variable haciendo uso de hojas de Excel, además se hizo uso de programas estadísticos como el programa SPSS v.25 mediante el coeficiente de Rho de Spearman.

3.7. Aspectos Éticos

En los aspectos éticos, nos vamos a referir a los principios que se cumplirán para el desarrollo de esta investigación, Como el código de ética profesional y teniendo presente el art. 79 del título XI sobre actividades de investigación, al realizará el estudio de investigación,

donde el profesional tiene el compromiso, obligación y responsabilidad de mantener la práctica ética honesta, comprometiéndose que la información que se obtenga deberá de ser de total confidencialidad, como también respetando la dignidad, preservando y protegiendo los derechos humanos.

IV. RESULTADOS

En la tabla 1, se puede apreciar la correlación entre la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas. Dicha correlación resulta ser directa, significativa y con un tamaño del efecto mediano.

Tabla 1.

Análisis de correlación entre la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia e la pareja en el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas.

	Ansiedad
Depresión	0.741

Nota N=200 p = 0.000

En la tabla 2 se puede apreciar en las mujeres víctimas de violencia, Yurimaguas, la existencia de correlación directa, significativa, y tamaño del efecto mediano de la ansiedad con las dimensiones área afectiva y área cognitiva. Asimismo, se detecta correlación directa, significativa y tamaño del efecto pequeño de la ansiedad con el campo de motivación.

Tabla 2.

Relación entre las dimensiones de la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas

Depresión	Ansiedad
Área Afectiva	0.812
Campo de motivación	0.623
Área Cognitiva	0.783

Nota N=200 p = 0.000

En la tabla 3 se puede apreciar en las mujeres víctimas de violencia, Yurimaguas, la existencia de correlación directa, significativa, y tamaño del efecto mediano de la depresión con las dimensiones de estado emocional y trastorno depresivo.

Tabla 3.

Relación entre la depresión con la dimensión de la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la pareja de Yurimaguas

Ansiedad	Depresión
estado emocional	0.563
trastorno depresivo	0.591

Nota N=200 p = 0.000

V. DISCUSIÓN

En este apartado, se contrasta los resultados obtenidos tanto del objetivo general como específicos, con los resultados de las investigaciones citadas, teniendo como resultado que la depresión se relaciona con un (nivel moderado) con la ansiedad en féminas víctimas de violencia en la pareja de en el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas, ya que el análisis estadístico Rho de Spearman obtuvo un coeficiente de 0,741 (correlación positiva moderada) y un p valor igual a 0,000 ($p\text{-valor} \leq 0.05$), dichos resultados se deben a que menor nivel de depresión, la ansiedad será menor. En ese contexto, a diferencia de otro tipo de situaciones traumáticas, la violencia de género muchas veces se basa en una gama de eventos violentos, donde se combinan los abusos físicos, psicológico y/o sexual, los cuales acostumbran ir en crecimiento progresivamente y poseen carácter crónico, produciéndose de manera repetitiva e intermitente dentro del propio hogar. En dichos casos hay una disolución del marco de estabilidad que implica el hogar, lo cual conlleva un estado de persistente hiperactivación e hipervigilancia. Ello puede acarrear la experiencia de un grave fracaso personal al influir la interacción de pareja y familiar, lo cual frecuente producir sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima. A menudo conduce al desamparo

de muchas de las ocupaciones diarias, con la consecuente disminución de ocupaciones placenteras y la aparición de indicios depresivos.

No obstante, aprender la depresión y ansiedad, asociados a la violencia familiar se hace importante, puesto que esta incluye a cada una de las agresiones físicas, psicológicas, sexuales y económicas que padecen las féminas en el núcleo familiar, ejercida por los esposos, convivientes o compañeros. A través de los modelos culturales e ideológicos tratados, este abuso es el más escondido en la sociedad. Hay pocos estudios sobre el abuso en las interacciones de pareja, solo recogen quejas, y muy pocos intentos de vincular la depresión y la ansiedad con la violencia en las interacciones de pareja, aunque esta es una variable multidimensional, influenciada por patrones culturales, rasgos, relevancia e influencia social., Y la naturaleza de los tipos de convivencia, centrándose en la mayoría de los estudios existentes para recoger las demandas, el número de denuncias y si hay abuso.

Las investigaciones citadas que gradan relación o muestran coincidencia con los resultados obtenidos son las siguientes, Llosa & Canetti (2019) quienes mencionan que la incidencia de depresión en las víctimas de su pareja sentimental fue significativamente mayor: el 56,7% de los casos violentos mostraron depresión, mientras que la incidencia de depresión en el grupo de control fue del 14,3% (prueba exacta de Fisher $p = 0,001$) La conclusión es: de una muestra de 30 casos y 28 grupos de control, los tipos de violencia encontrados presentan las siguientes frecuencias: 90% de violencia psicológica, 50% de violencia física, 6,7% de violencia sexual y 26,7% de violencia económica. La mayoría de las personas que han tenido una violencia por su pareja sentimental en el pasado (71%) y aproximadamente una cuarta parte de las víctimas de violencia por su pareja sentimental actual (en los últimos 12 meses), además, Arroyo & Castro (2015) mencionan que la ansiedad es el principal impacto emocional ante la depresión, la proporción de mujeres que participan con violencia intra familiar que participan en la organización CAI "Tres Manuelas" es aún mayor, con un porcentaje de 40% y que se ha determinado que entre las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar existe correlación entre distintos grados de ansiedad

y depresión por efectos emocionales, en la mayoría de los casos las mujeres participantes del estudio llegan a la institución con ansiedad moderada y propensas a la depresión. Leve moderada y severa en diversos grados. Esto se debe a que los síntomas de ansiedad aparecen por primera vez antes de entrar en depresión.

Además, Borges (2018) manifiesta que la prevalencia de depresión es mayor que la prevalencia observada en el estudio de la OMS. Por su parte, la prevalencia de ansiedad es menor que en otros estudios realizados a nivel mundial y en atención primaria. Por otro lado, estos resultados pueden verse afectados por las dificultades políticas, económicas y sociales que se iniciaron en el país en ese momento, y aparecen en el discurso de los participantes en las distintas etapas de esta investigación y por último, Aldave (2016) menciona que existe un vínculo entre la depresión y la violencia doméstica en pacientes del departamento de servicios psiquiátricos del Centro Doctor EsSalud-Ascope. 2016. No se encontraron diferencias significativas en la edad entre pacientes con y sin maltrato doméstica. No se encontraron diferencias significativas en el grado educativo entre pacientes con y sin maltrato doméstica.

VI. CONCLUSIONES

- Se establece relación directa entre la depresión con la ansiedad en mujeres víctimas de violencia en el Centro de Emergencia Mujer, Yurimaguas.
- Se establece relación directa la depresión con las dimensiones de estado emocional y trastorno depresivo.
- Se establece relación directa entre la ansiedad y las dimensiones de área afectiva y área cognitiva.

VII. RECOMENDACIONES

- Implementar y ejecutar un plan de acción para el área de psicología del Centro de Emergencias Mujeres para brindar mayor apoyo emocional y brindar estabilidad a las mujeres víctimas de abuso doméstico, y establecer albergues de atención multidisciplinaria y gratuita (Psicólogos, médicos, psiquiatras, abogados) Intentan proteger y avanzar hacia la recuperación para eliminar el ciclo de abuso y depresión.
- Promover y prevenir la salud mental a través de campañas publicitarias en el Centro de Emergencia Mujer, y también buscar nuevas estrategias para detectar mujeres violentas que no pueden expresar y / o denunciar su comportamiento violento a través de señales codificadas por amenazas de muerte, Además, las líneas telefónicas de emergencia gratuitas deben hacerse públicas y funcionar las 24 horas del día, todas las cuales sirven como medidas preventivas y de apoyo.
- Implementar un plan a los psicólogos del Centro de Emergencia de la Mujer para fortalecer las habilidades sociales para reducir la ansiedad excesiva de las víctimas y generar nuevas habilidades que permitan a las mujeres desarrollarse y ser independientes de la sociedad.

REFERENCIAS

- Aldave, J. (2016). "Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico EsSalud - ASCOPE". Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2108/1/RE_MED.HUMA_JORGE.ALDAVE_DEPRESION.Y.VIOLENCIA.FAMILIAR.EN.CENTRO_MEDICO_DATOS.PDF
- Aranda, F. (2020). "*Violencia y Depresión en Mujeres del Asentamiento Humano Satélite de la Banda de Shilcayo - 2017.*". Tarapoto, Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40122/Aranda_TF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arroyo, J. & Castro, A. (2015). "*Ansiedad y depresión como efectos emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Apoyo Integral "Tres Manueles" de la ciudad de Quito*". Quito, Ecuador: Universidad Central de Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7128/1/T-UCE-0007-276c.pdf>
- Barbaran, M. (2015). *Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014*. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/245/Mila_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bartra, T. & Padilla, R. (2018). "*Manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a diálisis peritoneal en el hospital II - ESSALUD TARAPOTO Noviembre 2016 – Marzo 2017*". Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín. Obtenido de <http://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2651/MEDICINA%20-%20Teobaldo%20Bartra%20Jimenez%20%26%20Roy%20Carlos%20Padilla%20Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Becerra, J. & Pachamora, R. (2015). *Ansiedad y Depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015*. Tarapoto, Perú: Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/147/Jhenny_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Berenzon, S., Lara, M., Robles R. & Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México*, 7. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Boletín de Información Clínica Terapéutica. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Boletín de la ANMM*, 3. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- Borges, T. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid .
- Calero, D. & Vaca, E. (2019). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia. *Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador*, 7. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3513/3/Cristina%20Calero%20PROYECTO.pdf>
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 27. Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735/645>
- Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 17. Obtenido de <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/129/97>
- Galletero, J., Guimón, J., Echeburúa, E. Yllá, J. & González, J. (2015). Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 11. Obtenido de http://www.psicoter.es/pdf/etiolog_ansiedad.pdf

- García, M. & Matud, P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 7. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00321.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación. Sexta edición*. México: McGRAW-HILL. Obtenido de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Huapaya, K. (2019). “*Ansiedad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019*”. Lima, Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40633/Huapaya_RK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 14. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/download/11945/10690/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. *DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS*, 34. Obtenido de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015. *Biblioteca Nacional del Perú*, 185. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>

- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R. & Bretones, C. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8. Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/racc/article/view/21864/pdf>
- Llosa, S. & Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 27. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-138.pdf>
- Martínez, M. & López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 7. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Ministerio de sanidad y consumo. (2018). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS*, 162. Obtenido de https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Navarro, J., Moscoso, M., & Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 18. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v23n1/a05v23n1.pdf>
- Ochoa, C., Cruz, F. & Moreno, N. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Fundación Universitaria Luis Amigó, Colombia*, 23. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5123749.pdf>
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 11. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Sobrado, F. (2017). “Factores de depresión y de autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar asistidas en un centro de emergencia mujer de la provincia de Huánuco”. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Obtenido de <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/1706/PPIP%2000008%20S63.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vera, J. & Centuri3n, D. (2016). *“Influencia de las caracter3sticas sociodemogr3ficas en la depresi3n posparto en pu3rperas atendidas en el hospital II Essalud Tarapoto y hospital Minsa II - 2 Tarapoto, setiembre 2015 - enero 2016”*. Tarapoto, Per3: Universidad Nacional de San Mart3n. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1860/ITEM%4011458-996.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN
Depresión	Aranda (2020) q define como un trastorno emocional caracterizado por un pensamiento distorsionado o sesgo cognitivo que se enfoca en la autocrítica y el fracaso. Sobre los indicios a los síntomas psicológicos y físicos. Estas evaluaciones irracionales se adoptan con base a la experiencia previa y constituyen un plan mental, que luego se desencadena la depresogeno.	La depresión es considerada un trastorno mental, es una enfermedad grave y común que afecta nuestro cuerpo y mente en cómo nos sentimos y pensamos, se medirá por su tamaño e indicadores.	Área Afectiva	ORDINAL
			Campo de motivación	
			Área Cognitiva	
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ESCALA DE MEDICIÓN
Ansiedad	Huapaya (2019) lo conceptualiza como sentimientos de malsana o futura desgracia, acompañados de malestar (desagradable) y / o nerviosismo. Esta sensación de daño esperado puede ser interno o externo, que es una advertencia de un evento y lleva a los humanos a tomar u obtener ciertas acciones.	La ansiedad es solo un indicador de una posible enfermedad que se vuelve excesiva en cualquier momento e interfiere con la vida diaria, se medirá por su tamaño e indicadores.	estado emocional	ORDINAL
			trastorno depresivo	

Anexo: Instrumento de Recolección de Datos

Instrumentos de recolección de datos

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICO

Genero		Estado Civil		Edad	
Femenino	()	Soltera	()	20-30	()
		Casada	()	31-40	()
		Viuda	()	41-50	()
		Divorciada	()	51-60	()
		Conviviente	()	61 a más	()

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

Cuestionario de depresión

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea Ud. atentamente las siguientes preguntas, seguidamente marque con un ó (x) la respuesta que más se de acuerdo con su estado de ánimo en este momento. Asegúrese que sólo haya una respuesta por pregunta. Gracias.

	NADA	UN POCO	MODERADO	MUCHO	SUMAMENTE
1. ¿Me siento decepcionado, triste e infeliz?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3. ¿Ha perdido interés en su trabajo o pasatiempo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. ¿Le parece que es usted más lento que su velocidad normal o habitual?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. ¿Estado ansioso o lento?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6. ¿Le preocupa que podría padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7. ¿Ha perdido peso recientemente (aparte de las dietas)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. ¿Le cuesta más tiempo dormirse?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
	NO	AVECES	SIEMPRE		
9. ¿Duerme a ratos? ¿Se despierta a menudo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
10. Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar otra vez el sueño?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
11. ¿Sufre de algún síntoma físico?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
12. ¿Ha perdido interés en el sexo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
13. ¿Esta peor temprano por la mañana, pero mejora a medida que pasa el día?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2		
	NO	SI			
14. ¿Le encuentra sentido a la vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			
15. ¿Ha pensado en ponerle fin a todo?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			
16. ¿Ha hecho planes para quitarse la vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			
17. ¿Ha intentado o intenta quitarse la vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1			

TOTAL PUNTAJE

0 - 7 Normal

8 - 15 Depresión Menor

> 16 Depresión Mayor

**Cuestionario de ansiedad estado – rasgo
(Stai)**

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy Tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3

15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3

33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Encuestas para medir Depresión y Aseidad

Hola, con las siguientes baterías mediremos el nivel de depresión y ansiedad que pueda estar pasando, se les pide responder con total sinceridad

*Obligatorio

Genero *

Femenino

Estado Civil *

Soltera

Casada

Viuda

Divorciada

Conviviente



Encuestas para medir Depresión y Aseidad

*Obligatorio

Escala de Depresión de Hamilton

1. ¿Me siento decepcionado, triste e infeliz? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

Edad *

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61 a más

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

Siguiente

2. ¿Se siente culpable de las cosas que ha hecho o pensado? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

3. ¿Ha perdido interés en su trabajo o pasatiempo? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

4. ¿Le parece que es usted mas lento que su velocidad normal o habitual? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

5. ¿Estado ansioso o lento? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

6. ¿Le preocupa que podría padecer una enfermedad grave como cáncer o venérea? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

7. ¿Ha perdido peso recientemente (aparte de las dietas)? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

8. ¿Le cuesta mas tiempo dormirse? *

- Nada
- Un Poco
- Moderado
- Mucho
- Sumamente

9. ¿Duerme a ratos? ¿Despierta a menudo? *

- No
- A veces
- Siempre

10. ¿Se despierta antes de lo habitual y luego no puede conciliar otra vez el sueño? *

- No
- A veces
- Siempre

11. ¿Sufre de algún síntoma físico? *

- No
- A veces
- Siempre

12. ¿Ha perdido el interés en el sexo? *

- No
- A veces
- Siempre

13. ¿Esta peor temprano por la mañana, pero mejor a medida que pasa el día? *

- No
- A veces
- Siempre

14. ¿Le encuentra sentido a la vida? *

No

Si

15. ¿Ha pensado en ponerle fin a todo? *

No

Si

16. ¿Ha hecho planes para quitarse la vida? *

No

Si

17. ¿Ha intentado o intenta quitarse la Vida? *

No

Si

Atrás

Siguiente



Encuestas para medir Depresión y Aseidad

*Obligatorio

Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAI)

1. Me siento calmado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

2. Me siento seguro *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

3. Estoy Tenso *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

4. Estoy contrariado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

5. Me siento cómodo (estoy a gusto) *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

6. Me siento alterado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

8. Me siento descansado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

9. Me siento angustiado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

10. Me siento comfortable *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

11. Tengo confianza en mi mismo *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

12. Me siento nervioso *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

13. Estoy desasosegado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

14. Me siento muy "atado" (como oprimido) *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

15. Estoy relajado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

16. Me siento satisfecho *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

17. Estoy preocupado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

18. Me siento aturdido y sobreexcitado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

19. Me siento alegre *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

20. En este momento me siento bien *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

21. Me siento bien *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

22. Me canso rápidamente *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

23. Siento ganas de llorar *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

24. Me gustaría ser tan feliz como otros *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

26. Me siento descansado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

30. Soy feliz *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

32. Me falta confianza en mí mismo *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

33. Me siento seguro *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

34. No suelo afrontar las crisis o dificultades *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

35. Me siento triste (melancólico) *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

36. Estoy satisfecho *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

39. Soy una persona estable *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado *

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

¡Muchas Gracias Por su Participación!

Atrás

Enviar