



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de
violencia doméstica en Lima Metropolitana**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Agüero Piazzini, Carmen del Rosario (orcid.org/0000-0003-1444-0210)
Torres Pare, Diana Carolina (orcid.org/0000-0001-5965-6387)

ASESOR:

Mg. Olivas Ugarte, Lincol Orlando (orcid.org/0000-0001-7781-7105)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A nuestras familias, por ser el pilar más importante de nuestras vidas, por su incondicional apoyo moral y emocional en cada una de las etapas que atravesamos, sobre todo por enseñarnos a no rendirnos y persistir en nuestros sueños y propósitos a lo largo de este camino, tanto en nuestra formación personal como profesional.

AGRADECIMIENTO

A nuestro asesor Mg. Lincol Orlando Olivas Ugarte, por el apoyo, paciencia y guía constante en este largo trayecto. A cada una de las participantes, quienes colaboraron con esta investigación, y nos brindaron su valioso tiempo, finalmente, a nuestras familias por brindarnos las herramientas necesarias que nos permitieron avanzar y no desistir.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, OLIVAS UGARTE LINCOL ORLANDO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana", cuyos autores son TORRES PARE DIANA CAROLINA, AGÜERO PIAZZINI CARMEN DEL ROSARIO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de %, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 09 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
OLIVAS UGARTE LINCOL ORLANDO DNI: 43102056 ORCID: 0000-0001-7781-7105	Firmado electrónicamente por: LOLIVAS el 09-07- 2023 21:46:39

Código documento Trilce: TRI - 0582442





Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, AGÜERO PIAZZINI CARMEN DEL ROSARIO, TORRES PARE DIANA CAROLINA estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
TORRES PARE DIANA CAROLINA DNI: 46750605 ORCID: 0000-0001-5965-6387	Firmado electrónicamente por: DTORRESPA11 el 09-07-2023 21:57:14
AGÜERO PIAZZINI CARMEN DEL ROSARIO DNI: 41552513 ORCID: 0000-0003-1444-0210	Firmado electrónicamente por: CDRAGUERO el 09-07-2023 22:03:14

Código documento Trilce: INV - 1332337

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DE LAS AUTORAS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1 Tipo y diseño de investigación	15
3.2 Operacionalización de las variables.....	15
3.3 Población, muestra y muestreo.....	17
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5 Procedimientos	22
3.6 Método de análisis de datos	22
3.7 Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN.....	28
VI. CONCLUSIONES	32
VII. RECOMENDACIONES.....	33

REFERENCIAS.....	34
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Reporte de mujeres con indicadores y sin indicadores de violencia doméstica	18
Tabla 2. Distribución de la muestra final de acuerdo a rango	18
Tabla 3. Prevalencia de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.....	25
Tabla 4. Niveles de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.....	26
Tabla 5. Tablas de contingencia	26
Tabla 6. Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, coeficiente V de Cramer y razón de proporción.....	27
Tabla 7. Matriz de consistencia.....	50
Tabla 8. Matriz de operacionalización de la variable estrés postraumático.....	51
Tabla 9. Matriz de operacionalización de la variable depresión.....	52
Tabla 10. Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) – Frecuencia.....	64
Tabla 11. Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) – Gravedad.....	65
Tabla 12. Análisis estadístico de los ítems del Inventario (BDI-II).....	66
Tabla 13. Análisis estadístico de los ítems del Instrumento (WAST).....	67
Tabla 14. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS – Frecuencia.....	67
Tabla 15. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS – Gravedad.....	68
Tabla 16. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Inventario (BDI-II).....	68
Tabla 17. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Instrumento (WAST).....	69
Tabla 18. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) – F.....	72
Tabla 19. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) – G.....	72
Tabla 20. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Inventario (BDI-II).....	72

Tabla 21. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Instrumento (WAST).....	72
Tabla 22. Jueces expertos.....	73
Tabla 23. Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) – Frecuencia.....	75
Tabla 24. Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) – Gravedad.....	76
Tabla 25. Análisis estadístico de los ítems del Inventario (BDI-II).....	77
Tabla 26. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS – Frecuencia.....	78
Tabla 27. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS – Gravedad.....	78
Tabla 28. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Inventario (BDI-II).....	79
Tabla 29. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) – F.....	79
Tabla 30. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) – G.....	80
Tabla 31. Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Inventario (BDI-II).....	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala (DTS) subescala Frecuencia.....	70
Figura 2. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala DTS subescala Gravedad.....	70
Figura 3. Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Inventario (BDI-II).....	71
Figura 4. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del Instrumento (WAST).....	71
Figura 5. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala (DTS) subescala Frecuencia.....	81
Figura 6. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala DTS subescala Gravedad.....	81
Figura 7. Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del Inventario (BDI-II).....	82

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad explorar la asociación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana. Es un estudio empírico, de tipo básico, con estrategia asociativa y de diseño predictivo-correlacional simple. Se trabajó con una muestra de 193 mujeres con indicadores de violencia, entre 18 y 59 años ($M=33.05$, $DE=9.08$), seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional. Para la recolección de datos se utilizaron la Escala del Trauma de Davinson (DTS), y la Escala de Depresión de Beck (BDI-II). Para el tamizaje se utilizó el cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST). En los resultados, se encontró que, el 92% de mujeres con indicadores de violencia doméstica, reportaron estrés postraumático, 98% presentaron depresión grave y 2% depresión moderada. En conclusión, se identificó que sí existe asociación entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión, un tamaño del efecto mediano: V de Cramer= .38. Además, las mujeres con indicadores de violencia doméstica que presentaron estrés postraumático tienen 70.54 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión grave, respecto de aquellas que no lo presentaron ($OR=70.54$).

Palabras clave: Estrés postraumático, depresión, mujeres con indicadores de violencia doméstica, estrategia asociativa.

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the association between post-traumatic stress disorder and depression in women with indicators of domestic violence in Metropolitan Lima. It is a basic empirical study, with an associative strategy and a simple predictive-correlational design. We worked with a sample of 193 women with indicators of violence, between 18 and 59 years of age ($M=33.05$, $SD=9.08$), selected by means of a non-probabilistic intentional sampling. The Davinson Trauma Scale (DTS) and the Beck Depression Scale (BDI-II) were used for data collection. The Woman Abuse Screening Tool (WAST) was used for screening. The results showed that 92% of women with indicators of domestic violence reported post-traumatic stress disorder, 98% had severe depression and 2% had moderate depression. In conclusion, it was identified that there is an association between post-traumatic stress disorder and depression, with a medium effect size: Cramer's $V = .38$. In addition, women with indicators of domestic violence who had PTSD were 70.54 times more likely to develop major depression than those who did not ($OR=70.54$).

Keywords: Post-traumatic stress disorder, depression, women with indicators of domestic violence, associative strategy.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia puede causar daño físico, psicológico o sexual, amenazar o privar la libertad, afectar gravemente la salud, el bienestar personal, familiar y/o social, este acto puede producir síntomas de depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), ideación suicida y ansiedad, considerados hechos con un alto costo social y económico (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La violencia principalmente contra la mujer y su agravante, el feminicidio, es un problema generalizado a nivel global (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2022), que inicia a una edad altamente temprana, ya que 1 de cada 4 (24%) adolescentes entre 15 y 19 años, ha sido víctima de abusos sexuales o físicos por parte de su pareja sentimental (OMS, 2022), por lo cual es un tema relevante en los asuntos problemáticos a tratar en salud pública y derechos humanos (OMS, 2021).

En el Perú las cifras no son más alentadoras ya que según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el 54.9% de mujeres entre 15 y 49 años a nivel nacional, ha sufrido maltrato por parte de su pareja (INEI, 2022). También, se ha identificado que las mujeres tienen más probabilidades de ser violentadas al comportarse de manera diferente a sus roles de género socialmente establecidos (Álvarez et al., 2021). Asimismo, la violencia ejercida hacia la mujer esta normalizada por estructuras familiares que se basan en el patriarcado, fomentando el infantilismo y originando la subordinación (Namy et al., 2017), ya que esta se produce principalmente en un entorno de desigualdad de las relaciones de poder existente entre los géneros femenino y masculino, y sosteniéndose sobre una cultura edificada en función a las dominaciones culturales y políticas, que involucra un fenómeno social universal (Jaramillo y Canaval, 2020). Dentro de estos, se ha destacado al machismo, pues aún persiste cierta superioridad otorgada culturalmente al hombre, lo que refuerza las desigualdades entre ambos géneros, limitando la autonomía de la mujer y reforzando su sumisión (Tonsing y Tonsing, 2019).

El año 2020, las llamadas a la línea 100 (servicio telefónico gratuito de información, asesoramiento, orientación y apoyo emocional) aumentaron un 97% en comparación con 2019, al registrarse más solicitudes de ayuda y denuncias de

violencia contra las mujeres (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2021), este aumento puede atribuirse al aislamiento social forzoso provocado por la emergencia sanitaria. A nivel mundial y cultural, es necesario tomar medidas para asegurar una vida sin violencia ya que los indicadores no son favorables en este aspecto, pues, por lo general 1 de cada 3 (30%) mujeres en el mundo es víctima de agresión sexual y/o física, especialmente dentro de una relación íntima (OMS, 2022) cuyo impacto tiene un efecto directo en la salud mental generando síntomas depresivos, y estrés postraumático como resultado del hecho violento [ONU-Mujeres], 2022).

Acorde a ello, Colque (2020) en su estudio, señaló que uno de los principales síntomas observados en las personas expuestas a violencia doméstica es la depresión, al cual se suma frecuentemente también cuadros clínicos de TEPT (Saquinaula-Salgado et al., 2020; Jonker et al., 2019).

Por otro lado, para la OMS (2022), la depresión está caracterizada por una constante tristeza, además de la pérdida del placer o la satisfacción en la realización de tareas que solían ser gratificantes, acompañada de problemas con el sueño y el apetito, fatiga y dificultad para concentrarse, y todo ello es agravado si se expone a actos violentos (Vásquez y Torres, 2007), en particular cometidos por la pareja (Lara et al., 2019).

En el caso del TEPT, éste suele manifestarse luego de experimentar un evento traumático, el cual se comporta como un agente estresante de nivel crónico en diversas redes neuronales del cerebro, es por ello que la sobreexposición constante a un hecho de violencia, incrementa la posibilidad de padecer problemas de salud mental e incluso adicciones (Ministerio de Salud [MINSAL], 2021). El TEPT también se muestra como una respuesta a emociones profundas, dónde se evidencia la percepción alterada del sentido, la conducta y la conciencia, con efectos que impactan en la vida y bienestar de la persona (Bermúdez et al., 2022).

En adición, Pérez-Benítez et al. (2009) en su estudio refiere que el TEPT es un cuadro que tiene una alta comorbilidad con otros trastornos, lo cual es consistente con sus resultados dónde se muestra que las personas que desarrollan TEPT a lo largo de la vida, tienen mayor probabilidad de tener otro diagnóstico

psiquiátrico comórbido, siendo la depresión el trastorno de mayor presencia en personas que presentaron TEPT, convirtiéndose el TEPT en un factor de riesgo en las mujeres que lo presentan. También, (Herrera-López y Cruzado, 2014) muestran que los principales trastornos psiquiátricos asociados al TEPT fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión.

De la misma manera, Herrera y Cañas (2020) reportaron que los actos violentos deterioran las capacidades cognitivas y tienen efectos nocivos en el sistema nervioso provocando daños neurológicos que van a repercutir en la salud mental de las personas, especialmente, cuando producto de ello, se desarrolla el TEPT que es considerado por sus características nocivas dando inicio a otros trastornos psiquiátricos posteriores, tales como la depresión. Por este motivo, una persona que es víctima de violencia, tendrá grandes repercusiones en su salud mental, y en áreas cognitivas que se interpondrán en un normal desarrollo de su vida cotidiana.

Es importante destacar también que el 80% de personas diagnosticadas con TEPT desarrollan a su vez otro trastorno mental, y un 50% presenta de tres a más trastornos, sobre todo los afectivos como la depresión, la cual está más asociada al TEPT crónico, por lo que es fundamental que el diagnóstico y tratamiento de estas personas, se lleve a cabo por un equipo interdisciplinario siendo el psicólogo el que cumple el papel más representativo como especialista (Mingote, 2011). Del mismo modo, se han propuesto varias explicaciones para el diagnóstico de la comorbilidad del TEPT y la depresión, incluyendo enfoques en el que ambos cuadros clínicos son reacciones frente a acontecimientos traumáticos, donde la depresión es una reacción a la gravedad y cronicidad del TEPT, o que el hecho de que coincidan los síntomas, es una explicación para la concurrencia de estos trastornos (Oquendo et al., 2005). Finalmente, se corrobora que la depresión correlaciona significativamente con el TEPT y con ello, se evidencia la estrecha y fuerte asociación de comorbilidad sintomática entre los trastornos mencionados, los cuales producen graves implicaciones en la salud mental, que se agudizan con la concurrencia y énfasis que produce la sintomatología asociada a dichas alteraciones (Díaz et al., 2012).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue explicar la asociación entre estas variables. Como resultado y a la luz de la investigación, se formuló la siguiente pregunta: ¿Existe asociación entre estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana?

Por consiguiente, esta investigación presenta justificación a nivel teórico, con el fin de que sirva como documento informativo, para dar a conocer la asociación entre estos trastornos en la población de estudio. A nivel social, pretende colaborar con distintas organizaciones para apoyar el desarrollo de campañas o programas de promoción y prevención relacionados con las variables investigadas y contribuir posteriormente con investigaciones que utilicen los mismos constructos. A nivel práctico, la realización de esta investigación contribuye a la sociedad al arrojar luz sobre la relación y prevalencia de estos trastornos en situaciones violentas, lo que permite comprender mejor los efectos de dichas situaciones, brindando información a la comunidad investigadora y a las familias. Finalmente, cabe resaltar que no se presenta justificación metodológica, al respecto Ñaupas et al. (2014) afirma que este tipo de justificación se genera cuando se crea una nueva herramienta de recogida o análisis de datos, lo que no es el caso de nuestra investigación.

Consecuentemente, se propone como objetivo general: establecer la asociación entre estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana; también, se propusieron como objetivos específicos: a) Identificar la prevalencia de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana y b) Describir los niveles de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.

Por esta razón, se desprende como hipótesis general, existe una asociación significativa entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión, en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana; además, las hipótesis específicas son: a) Predominan los niveles altos de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana y b) Predominan los niveles altos de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

Seguidamente, presentamos diversos antecedentes asociados a la investigación, donde diferentes autores aportan datos importantes. A nivel internacional, en Egipto, Sabri (2021), evaluó la prevalencia de diferentes subtipos de acciones violentas sobre mujeres casadas víctimas de su pareja. Asimismo, se examinó la correspondencia de los trastornos depresivos y de estrés postraumático en situación de violencia. Los resultados destacaron los subtipos de violencia identificados entre la muestra estudiada, según la Escala Compuesta de Abuso (CAS). El abuso sexual fue la forma de violencia menos frecuente (7.8%), seguida de la violencia física (57.8%), la violencia combinada grave (54.4%), la violencia emocional (53.3%) y el acoso (72.2%). La distribución del TEPT, arrojó mayor prevalencia $n=37$ (41.1%) obteniendo un TEPT leve, seguido de 23 (25.6%) que eran normales, y luego $n=20$ (22.2%) que tenían un TEPT grave, mientras que la menor prevalencia $n=10$ (11.1%) tenía un TEPT moderado. Sobre la distribución de los trastornos depresivos, la mayor prevalencia $n=33$ (36.7%) fue normal, seguida de 29 (32.2%) que tenían depresión moderada, y luego $n=12$ (13.1%) tenían depresión grave, $n=9$ (10%) tenían depresión leve, mientras que la menor prevalencia $n=7$ (7.8%) tuvieron síntomas depresivos muy graves. Se llegó a la conclusión de que la prevalencia de violencia de pareja fue alta. Además, de presentar una fuerte relación entre todos los subtipos de violencia de pareja, el diagnóstico de TEPT y el trastorno depresivo, ya que se obtuvo correlación significativa positiva, sobre todo en los tipos de violencia emocional con TEPT ($r=.554$; $p<.001$) y depresión ($r=.607$; $p<.001$); violencia física con TEPT ($r=.649$; $p<.001$) y depresión ($r=.650$; $p<.001$), y acoso con TEPT ($r=.589$; $p<.001$); y depresión ($r=.637$; $p<.001$), mostrando índices de correlación similares entre la violencia con cada una de las variables TEPT y depresión respectivamente.

Otros autores como, Signorelli et al. (2020) en su trabajo sobre la depresión, TEPT y alexitimia en mujeres afectadas por hechos de violencia doméstica, realizaron estudios casuísticos con un grupo de control, en Italia. Cuyo objetivo fue evaluar las diferencias entre un grupo de mujeres maltratadas y otro grupo de población general (grupo de control), así como los posibles predictores de depresión y TEPT en el grupo que estuvo expuesto a violencia de pareja.

Reclutaron 57 mujeres que sufrieron violencia de pareja, administrándoles las escalas: Escala de Trauma de Davidson (DTS), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), Escala Revisada de Tácticas de Conflicto (CTS-2) y Calificación de la Depresión de Hamilton (HDRS). Sus resultados mostraron que la depresión y los síntomas de estrés postraumático representan problemas psiquiátricos significativos, debido a las altas tasas de prevalencia obtenidas del grupo de mujeres que sufrieron violencia de pareja, principalmente por la disimilitud significativa en la incidencia del trastorno depresivo, y TEPT al comparar ambos grupos, destacando que, en el grupo de mujeres con indicadores de violencia, el 58% evidenció depresión de moderada a severa y el 87.7% manifestaron síntomas de estrés postraumático. De igual modo, al aplicar la regresión lineal para identificar predictores de la depresión y TEPT, se evidenciaron datos que señalaron a la alexitimia como hecho predictivo directo a ambos trastornos.

Mientras tanto, Jonker et al. (2019) analizaron los factores relacionados con la depresión y el TEPT sobre mujeres maltratadas en centros de acogida. Usaron un análisis de regresión lineal de efectos mixtos para probar si las variables sociodemográficas asociadas con el maltrato y las de bienestar se relacionaban con los síntomas de depresión y de TEPT. Fueron reclutadas en 18 de los 39 centros de acogida para mujeres de los Países Bajos, para ello se estratificaron las cuatro regiones (norte, este, sur y oeste) y se abordaron por estrato en una lista ordenada al azar. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos severos se asociaron de manera positiva con el origen migratorio y la experiencia de violencia física y negativamente con la autoestima y el apoyo social. Los síntomas de TEPT se asociaron positivamente con la experiencia de abuso sexual y negativamente con la autoestima. Finalmente, dentro de las correlaciones de variables, también se asociaron la depresión y el estrés postraumático que obtuvieron una relación positiva significativa ($r=.58$; $p<.001$).

Por su parte, Lara (2019) se planteó como objetivo examinar la asociación de haber experimentado maltrato por parte del cónyuge o expareja, y la presencia de múltiples trastornos, principalmente asociados a sintomatología depresiva y TEPT. Para ello, el autor realizó un estudio comparativo entre mujeres que sufrieron agresiones entre los años 2012 y 2018 ($n=170$) y mujeres que no declararon haber

sufrido violencia (n=170). Los resultados mostraron que la edad promedio del grupo de mujeres que sufrió violencia fue de 38.5 años (DE=9.72). Por otro lado, también, fueron las mujeres maltratadas quienes obtuvieron datos más elevados en sintomatología depresiva de nivel moderado a grave en 54%, y prevalencia de TEPT de 49%, en comparación al grupo no victimizado que obtuvo 3% y 0.5%, respectivamente. Asimismo, principalmente los síntomas de depresión, y TEPT alcanzaron una asociación estadísticamente significativa con la violencia de pareja (chi cuadrada de Pearson $p=.001$). Finalmente, se determinó que existe una relación entre haber experimentado violencia y presentar psicopatología psiquiátrica asociada a los trastornos mencionados, destacando que las mujeres víctimas de violencia por su pareja o expareja presentaron síntomas más severos en relación de aquellas que no sufrieron maltrato.

De igual manera, Rivera et al. (2018) en su investigación cualitativa estudiaron de forma longitudinal, los síntomas depresivos y TEPT en madres según el impacto del daño de los hombres agresores a sus hijos. En este estudio, se reclutaron a 40 mujeres maltratadas por su pareja, quienes se habían separado, o planeaban separarse, de una pareja abusiva con la que tenían hijos en común. De las cuales, fueron entrevistadas cuatro veces a lo largo de un año. Obteniendo como resultado, que las mujeres quienes habían experimentado niveles más altos de cualquier forma de abuso reportaron peores síntomas de depresión y TEPT. Además, las reducciones en el abuso se relacionaron con la disminución de los síntomas de ambos trastornos.

A continuación, se describirán los fundamentos teóricos, los cuales abarcan definiciones y teorías referentes a las variables estrés postraumático y depresión.

La definición de estrés incluye reacciones a eventos externos o internos e implica reacciones físicas o psicológicas que manifiestan cambios en casi todo el cuerpo. Son comunes síntomas como: dificultad para respirar, sudoración, taquicardia, sequedad en la boca, inquietud y fatiga, persistencia y escalada de emociones negativas. El cuerpo y la mente de una persona afectada por una experiencia de estrés severo, genera cambios significativos, lo que afecta su

equilibrio físico y emocional, llegando a degradar su calidad de vida (American Psychological Association [APA], 2010).

La palabra trauma deriva del griego antiguo *τραῦμα*, “herida”, que se compone de la raíz verbal *πῑρῶσκω* (tritosko = yo hiero, yo lastimo), que está conectada a la raíz indoeuropea **terə-* (frotar, moler girando), y los términos tribulación, triturar y trigo, y el sufijo *-μα* (-ma = resultado de la acción). Trauma en medicina significa lesión causada por contusión local o violencia externa, ya sea de origen físico o psíquico (Al.Amar, 2018). Un evento traumático es aquel en el que se vivencia o percibe una amenaza para sí mismo o para los demás, donde se pone en peligro su integridad física, mental o su vida, sumado a la angustia emocional, sentimientos de impotencia y pánico. También pueden estar acompañados de confusión, ansiedad, disociación, entre otros, y a menudo se experimentan efectos psicológicos más severos (APA, 2010).

Se entiende por estrés postraumático o TEPT a los cambios de sentido, de conciencia o de conducta después de haber experimentado un acontecimiento inesperado que supone un riesgo para el bienestar o vida de un individuo, y le imposibilita adaptarse de forma satisfactoria, exponiéndose a una disfunción conductual, psicológica o biológica (Ruiz y Guerrero, 2017). Caracterizado por intensa ansiedad, miedo, comportamiento autodestructivo, flashbacks, evitación, insomnio, aislamiento, desapego emocional, pensamientos no deseados, pesadillas y un impacto social y personal significativo que conduce a un declive.

El "shell shock" de la Primera Guerra Mundial, denominado posteriormente por Kardiner “neurosis de guerra”, fue un diagnóstico psiquiátrico que dio origen a la idea del trastorno de estrés postraumático. A partir de allí, las guías diagnósticas la incluyeron en el DSM-III como Neurosis Traumática, finalizando su evolución en el tiempo, y en 1994 apareció en el DSM-IV como TEPT, conservando este nombre en el DSM-V (Vargas y Coria, 2017). Este trastorno actualmente se reconoce como una enfermedad médica que se desarrolla como resultado a situaciones estresantes que ponen en peligro la vida y la integridad de alguien. Los acontecimientos traumáticos ocurridos durante episodios de guerra se han relacionado históricamente con el TEPT. En las últimas décadas, el concepto ha

tenido connotaciones emocionales igualmente estresantes y amenazantes, en casos de maltrato infantil, abuso sexual, catástrofes, desastres naturales, terrorismo, entre otros (González-González, 2014).

Sobre los cambios emocionales, el TEPT posee una característica específica, ya que por lo general, las personas pueden enfrentar situaciones amenazantes a lo largo de las etapas de su vida, sin embargo en el TEPT se presentan recuerdos pasados sobre un evento vívido que ha sido perturbador, generando una calidad de vida reducida, al ser eventos que se repiten y las personas evitan que se les recuerde o ser expuestas a situaciones que amenazan su propia identidad, lo cual lleva a asociarlos con otras perturbaciones mentales como el trastorno depresivo, el consumo de sustancias, problemas de sueño, entre otros, perjudicando no solo la vida familiar y social, sino también la capacidad laboral (Vargas y Coria, 2017).

Para ser diagnosticado el TEPT, una persona debe haber visto o presenciado un incidente peligroso y haber mostrado una impotencia y un terror abrumador en respuesta al mismo (Caballo, 2002). Por otro lado, tiene una causa subyacente a eventos catastróficos, traumáticos o potencialmente mortales en una persona, o presenciar estos eventos en otra. Las principales caracterizaciones de la gravedad dependen del momento, el tipo de acontecimiento y si la vida de una persona estuvo comprometida. Los factores más relevantes son los ambientales o psicosociales, sumados al número y la gravedad de los diversos traumas experimentados que pueden o no acentuar la situación (Vargas y Coria, 2017).

Conforme al DSM-IV, estudios del TEPT en poblaciones en el mundo, expuestas a hechos traumáticos reportaron una prevalencia del 58%, aunque los varones estén más expuestos a eventos traumáticos, las mujeres tienen mayor probabilidad de recibir este diagnóstico. Aunque el acercamiento al hecho traumático es claramente la causa principal del desarrollo del trastorno, también interceden otros factores directos que son el proceso individual del trauma, la fragilidad y la resiliencia de la persona (Santacruz y Muñoz, 2014).

Se han propuesto importantes enfoques psicológicos que tienen mayor validez empírica sobre el TEPT, como la teoría de Foa y Kozak (1986) referente a

las redes asociativas, señalando que eventos relacionados a experiencias previas ocasionan una respuesta patológica lo cual se describe como síntomas de TEPT, ello significa que, el cerebro cuenta con estructuras que almacenan experiencias negativas de amenaza, originando temor ante eventos peligrosos, siendo incapaces de procesar éstas emociones como corresponde, dando como consecuencia que los componentes de estos hechos que generan temor se magnifiquen como trastornos patológicos, causando hipersensibilidad a hechos que no generan peligro, sumado a respuestas de evasión a ellos.

Asimismo, la teoría del procesamiento emocional (Foa et al., 1993; Foa y Rothbaum, 1998) coincide fuertemente con la teoría de redes de asociación de Foa y Kozak (1986) descrita recientemente, pero de forma adicional, agrega información significativa. En esta teoría, se expone que la información recibida de eventos traumáticos es procesada de forma inadecuada generando percepción disruptiva y desproporcionada, lo que deriva en una falta de coherencia y confusión en los registros de la memoria traumática, llevando a que los procesos cognitivos se ejecuten reiteradamente de forma inadecuada, provocando emociones extremas en todos aquellos que han participado de algún hecho traumático (Navarro, 2021).

Por su parte, la teoría cognitiva social, señala que los individuos traumatizados en su mayoría se recuperan espontáneamente mediante respuestas psicológicas y la somatización luego de un evento impactante (Resick et al., 2008). También explican que, esta superación natural del hecho de trauma, no se llega a concretar en la totalidad de personas, pretendiendo demostrar que existe una asociación entre el TEPT y las fallas generadas en el proceso de superación de estos hechos (León, 2021). La propuesta brinda relevancia a las percepciones que surgen producto del evento de trauma y los pensamientos distorsionados manifestados en aquellos que mostraron TEPT en expresiones tanto en su conducta como en sus emociones, incluidos los esquemas de temor desmedido, que rechazan manifestaciones asociadas con la cólera, el terror, la culpa, la tristeza o la humillación, que se presentan en este trastorno (Guzmán et al., 2014).

La teoría conductual del trastorno de estrés postraumático, estudiada por Sosa y Capafòns (2005), que persigue a la teoría bifactorial de Mowrer, donde se

afirma que tanto la teoría del aprendizaje operante como los modelos de condicionamiento clásico pueden utilizarse para explicar la actuación postraumática. El primero, se argumenta y explica la conexión entre los estímulos traumáticos y las reacciones hipervigilantes, los pensamientos intrusivos y la activación autonómica relacionada con el miedo (Sosa y Capafòns, 2005). De esta forma, el aprendizaje operante señala que las víctimas muestran comportamientos desadaptativos que buscan evadir la experiencia del hecho traumático, aislándose de su entorno o separándose socialmente, reforzando con ello, los síntomas del TEPT.

Finalmente, la teoría cognitiva de Ehlers y Clark (2000) describe la posibilidad de recuperación natural de las personas, frente a situaciones traumáticas, sin embargo, existirán algunas que no podrán superar los síntomas y efectos generados. Según estos autores, las personas con estrés postraumático afrontan este hecho con sensaciones similares a la experiencia de amenazas en el momento presente de forma constante. Esta percepción se justifica a que se ha asimilado excesivamente el trauma o las secuelas posteriores, y que la memoria autobiográfica está alterada por déficits en la elaboración y contextualización del evento, y una fuerte asociación de estas.

Para Beck (1979), la depresión puede ser explicada por medio de tres ideas distintas: 1) La triada cognitiva, que radica en las opiniones desfavorables de uno mismo, propensión a ver lo peor de todo y predicciones desfavorables para el futuro, 2) Esquemas cognitivos, que sirven de base a las interpretaciones, pueden permanecer inactivos durante largos periodos de tiempo y se disparan en situaciones provocadas por la ansiedad, y 3) Errores en el tratamiento de la información, causados por aferrarse a una idea en el esquema cognitivo a pesar de contar con evidencia contraria.

La APA (2010) define la depresión como los cambios afectivos que se producen en el estado de ánimo típico, que pueden ir desde la insatisfacción y la miseria hasta el sentimiento de tristeza, pesimismo o desánimo extremo. Las emociones negativas no solo afectan las esferas emocionales y psicológicas, sino que los individuos se ven abrumados por pensamientos nocivos, opiniones

negativas sobre sí mismos e insatisfacción general con su entorno, lo que lleva a la insatisfacción social, el deterioro de las relaciones personales, la negligencia y el abandono personal. Pese a los avances en la investigación sobre las dimensiones, etiología y tratamientos alternativos, debido a su alta prevalencia, la depresión sigue siendo un importante problema de salud pública en todo el mundo y uno de los trastornos más graves que existen. Diversos estudios psicosociales indican que la depresión está asociada a problemas del comportamiento como, la violencia, uso de drogas, entre otros (Wagner et al., 2012).

Según estimaciones de la OMS, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, es considerado uno de los trastornos más incapacitantes, afectando el 4.4% de la población a nivel mundial y al 4.7% en América Latina. Los pacientes con trastorno depresivo tienen un riesgo cuatro veces mayor de suicidio que la población general (Salas et al., 2021). Debido a su alta prevalencia es un problema de salud pública, con un estimado de 50 millones de personas en todo el mundo quienes sufren de depresión, afectando a uno de cada diez adultos. Sin embargo, el 60% de quienes la sufren no llevan tratamiento. Los datos epidemiológicos revelan que la frecuencia de los trastornos depresivos difiere en todo el mundo, 16.9% en EE.UU., 3% en Japón, con una prevalencia a nivel global que oscila entre el 8% y el 12%. Como sucede en la mayoría de los trastornos mentales, el género femenino presenta más probabilidad de recibir este diagnóstico en comparación del género masculino (Pérez-Padilla et al., 2017).

Los factores psicológicos indican que puede existir causas determinantes en el desarrollo de la depresión, como eventos con excesiva carga emocional relativamente severa. Si bien todos manejan sus experiencias personales de manera diferente, este trastorno puede poseer un origen psico-traumático y rastrearse hasta quienes experimentaron algún trauma o fueron víctimas de cualquier abuso infligido durante la infancia (Saldivia, 2017).

Respecto a la etiología de la depresión, se desarrolla en base a muchos factores, incluidos los factores genéticos, biológicos y ambientales. Debido a que controla la regulación de las emociones, muchos estudios han encontrado que puede ser desencadenada por una serie de eventos negativos, así como alteración

en los neurotransmisores (Quito, 2018). Suele suceder que el primer episodio depresivo ocurre después de un evento estresante, generando cambios duraderos en la fisiología cerebral. En relación a los factores genéticos, aproximadamente 200 genes influyen en su desarrollo, como también la vulnerabilidad genética y las interacciones con el medio ambiente pueden causar su desarrollo. Por su parte, los factores biológicos, evidencian alteraciones en los neurotransmisores, produciendo en el sistema nervioso central cambios de tipo estructural y funcional (Pérez-Padilla et al., 2017).

La presencia de sintomatología depresiva no solo es atribuida a los cambios ambientales y cotidianos de la vida, sino también a las expectativas negativas sobre el futuro y al pensamiento y/o comportamiento autodestructivo. Esto ilustra la tríada cognitiva negativa del modelo cognitivo convencional: el yo imperfecto, el mundo hostil, el futuro desesperanzado y la depresión, que se produce y se mantiene por la forma en que la persona se percibe a sí misma, al mundo y al futuro. Estas interpretaciones se basan en imágenes mentales de la persona y en recuerdos de experiencias pasadas que, una vez ocurridas, se vuelven cruciales y se rememoran en el presente y el futuro, formando una tríada cognitiva negativa (Toro et al., 2016).

Para Díaz (2021) los trastornos depresivos provocan alteraciones psicológicas, sociales y emocionales, formando una constelación de síntomas que sustentan y deterioran la salud física y mental. Los episodios depresivos son una característica que los define, según su intensidad: leve, moderado o grave. Según la OMS (2000), ya sean leves, moderados o graves, los episodios depresivos, generan estado de ánimo decaído, depreciación de la energía, reducida capacidad para sentir placer, fatiga excesiva, somnolencia, trastornos del apetito, frecuentes episodios de culpa, pensamientos indignos, humor variable acompañado de síntomas físicos asociados al desarrollo precoz, deterioro del humor depresivo al levantarse, retraso psicomotor y decrecimiento de la libido. Para realizar el diagnóstico acertado de un cuadro de depresión, la persona no debe haber tenido un episodio maníaco o hipomaníaco durante al menos dos semanas y no puede deberse al consumo de psicoestimulantes, ni a una enfermedad mental intrínseca subyacente (OMS, 2000).

Existen diversos enfoques, respecto a la depresión, por lo que se describirán aquellos que destacan como la teoría de Lewinsohn et al. (1986) de la disminución del refuerzo positivo, la cual puede ser causada por una disminución en el refuerzo positivo del comportamiento del individuo. La cantidad total de refuerzo positivo recibido por el sujeto está relacionada con: a) el número de eventos potencialmente reforzadores para el sujeto; b) el número de posibles agravantes ocurridos; y c) el conglomerado de habilidades que tiene una persona, para provocar refuerzo en sus conductas provenientes del entorno. La presencia de factores cognitivos del trastorno depresivo tales como, autodesvaloración, culpa, pensamientos negativos, etc., resultan de las atribuciones propias que se hace una persona sobre su malestar.

La reformulación de la teoría de la indefensión aprendida dada por Seligman (1975) conjeturó que los síntomas depresivos aparecen cuando una persona no puede separar e identificar el vínculo existente entre su accionar y los hechos consecuentes, pudiendo ser estos positivos o negativos. Lo que Seligman calificó como indefensión aprendida, cuya denominación hace referencia a una situación de inacción, sumado a otras posturas que surgen en una persona cuando ha estado expuesta a una serie de acontecimientos donde no existe ocurrencia entre el actuar y el efecto de ello. Mas adelante, Abramson et al. (1978) enfatizaron su interés en los tipos de atribuciones que una persona refiere respecto al origen de su respuesta pasiva e inacción y reiteraron la tesis de Seligman al centrarse en las atribuciones que el sujeto hace respecto a la causa de su indefensión.

En la actualidad, los estudios empíricos sobre trastornos depresivos se apoyan principalmente en la teoría cognitiva propuesta por Beck et al. (1979), mostrando que este trastorno es fundamentalmente consecuencia de un análisis incorrecto o percepción inadecuada de hechos y experiencias vividas por los individuos (Habigzang et al., 2019). La teoría cognitiva (Perris, 1989) propone que existen cuatro componentes principales que determinan la depresión: 1) la tríada cognitiva, que corresponde a una autopercepción errada y negativa de sí, del entorno y sobre hechos futuros; 2) las ideas negativas recurrentes; 3) apreciación distorsionada y errada de la información; y 4) alteración en los esquemas cognitivos.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

De tipo básico (Álvarez-Risco, 2020) ya que se orientó para adquirir nuevos conocimientos de modo sistemático con el único fin de mejorar la comprensión de una realidad concreta, analizando elementos esenciales de sucesos, hechos observados o acontecimientos que ocurren entre sujetos (Rodríguez, 2005).

Diseño de investigación:

Estudio empírico, con estrategia asociativa y de diseño predictivo-correlacional simple, ya que examina la relación funcional entre dos o más variables sin hacer distinciones entre ellas y sin utilizar ningún tipo de control sobre estas (Ato et al., 2013).

3.2 Operacionalización de las variables

Variable 1: estrés postraumático

Definición conceptual: de forma similar a la definición de esta categoría diagnóstica de la Cuarta Edición (APA, 1994), el DSM-IV revisado (APA, 2000) establece que el TEPT se produce cuando una persona exhibe, manifiesta o informa de uno o más acontecimientos que implicaron la muerte o una amenaza para su seguridad física o la de los demás, y cuando la respuesta emocional percibida denota una intensa sensación de miedo, terror o impotencia.

Definición operacional: los puntajes se obtendrán de la Escala de Trauma de Davidson (DTS), la cual ha sido adaptada por Guerra et al. (2013).

Dimensiones: síntomas intrusivos, síntomas evitativos, y activación fisiológica.

Indicadores: síntomas intrusivos: involucran pesadillas y flashbacks, los cuales se consideran como los más patognomónicos del TEPT; síntomas evitativos referidos a la constante acción de evitar estímulos relacionados al hecho traumático (ideas, acciones, emociones, lugares, o individuos que promueven recuerdos acerca del

hecho) y activación fisiológica: que considera situaciones como inconveniente para conciliar el sueño, estado constante de vigilia y enojo. Valoración de acuerdo al puntaje de corte de 40 en las subescalas de frecuencia y gravedad que determina presencia de estrés postraumático.

Escala de medición: ordinal. (ver anexo 2.1)

Variable 2: depresión

Definición conceptual: para entender la depresión puede ser explicada mediante tres ideas distintas: 1) Triada cognitiva, que reside en visiones negativas de uno mismo, propensión a interpretar negativamente las propias experiencias y visiones negativas futuras, 2) Errores en el procesamiento de la información que se producen en pacientes deprimidos que se aferran obstinadamente a su modelo cognitivo a pesar de las pruebas contrarias, y 3) Los esquemas cognitivos, base de las interpretaciones, pueden permanecer inactivos durante largos periodos de tiempo y activarse en situaciones de ansiedad (Beck, 1979).

Definición operacional: estos puntajes se obtendrán a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), adaptado por Sanz (2003), y analizado en población peruana por Sánchez-Villena et al. (2022).

Dimensiones: unidimensional.

Indicadores: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo. Valorado de acuerdo a la puntuación: a) depresión mínima (0 a 13 puntos), b) depresión leve (14 a 18 puntos), c) depresión moderada (19 a 27 puntos), y d) depresión grave (28 a más puntos).

Escala de medición: ordinal. (ver anexo 2.2)

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: la población puede ser especificada como un conjunto, que cuente con las mismas particularidades las cuales son posibles de ser observadas (Salas, 2018). De acuerdo al censo realizado en el año 2017 por el INEI, en Lima habitan 4 406 411 mujeres. Asimismo, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2021, se sabe que la proporción (%) de mujeres de todo el país que sufrieron de violencia en la relación íntima es de 54.9%. Entonces, se determinó que la población (N) para el presente estudio es de 2 419 120 mujeres víctimas de violencia familiar. Además, se cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión: mujeres mayores de edad (18 a 59 años), que radiquen en distritos de Lima Metropolitana, que se encuentren expuestas a cualquier forma de maltrato cometido por su pareja, y acepten participar de manera voluntaria brindando su consentimiento, el cual ha sido debidamente informado.

Criterios de exclusión: mujeres que no quisieron ser partícipes voluntariamente de este estudio, que no lograron cumplir y concluir apropiadamente los protocolos de evaluación y, cuyas parejas no son heterosexuales.

Muestra:

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa G*Power 3.1, considerando un nivel de significancia de .05 y una potencia estadística de .80, sugeribles para alcanzar asociaciones estadísticamente significativas (Cárdenas y Arancibia, 2016), considerando también el estudio previo de Sabri (2021) y el tamaño del efecto obtenido ($r^2=.60$), estableciendo la cantidad de muestra en 193. Inicialmente se obtuvo 206 participantes a quienes se les aplicó el cuestionario de tamizaje Woman Abuse Screening Tool (WAST), y de las cuales fueron excluidas 13, debido a sus puntajes por debajo del punto de corte (15 puntos), quedando finalmente 193 mujeres con indicadores de violencia.

Tabla 1

Reporte de mujeres con indicadores y sin indicadores de violencia doméstica

<i>Muestra</i>	Frecuencia (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
Con indicadores de violencia doméstica	193	93.69
Sin indicadores de violencia doméstica	13	6.31
Total	206	100.00

Nota: Para identificar a las participantes que reportaron indicadores de violencia doméstica se estableció 15 como punto de corte.

Tabla 2

Distribución de la muestra final de acuerdo a rango de edad

Variables sociodemográficas	n	Porcentaje (%)
Rango de edad	18 a 28 años	39%
	29 a 38 años	37%
	39 a 48 años	15%
	49 a 59 años	9%
Total	193	100%

Nota: n: tamaño de la muestra

Muestreo:

Fue no probabilístico intencional, pues se eligieron a las participantes de acuerdo a características específicas, ya que aceptaron ser parte del estudio, limitando la muestra a estas condiciones (Otzen y Manterola, 2017).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

En este estudio se empleó la técnica cuantitativa, que se basó en una encuesta autoadministrada. La cual nos permitió recopilar, procesar, analizar e interpretar información relevante para la investigación (Sánchez et al., 2018).

Instrumentos:

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Brown et al. (1996) desarrollaron el instrumento WAST y fue adaptado al español en población general por Binfa et al. (2018) con el objetivo de ser usado en la identificación de indicios de violencia de pareja contra las mujeres, obteniendo los valores de validez en población general. La escala adaptada consta de 8 preguntas y las respuestas se presentan en una escala tipo Likert de tres opciones (muchas veces, a veces y nunca) con la finalidad de valorar la existencia de violencia. No tiene límite de tiempo, pero la duración para resolverla puede ser de aproximadamente 15 minutos. En el caso de la versión original se identificaron los coeficientes de confiabilidad $\alpha=.95$; asimismo, también demostró adecuada validez de constructo y discriminante. Referente a la versión traducida al español y adaptada, se descubrió un coeficiente alfa de Cronbach de .92. En cuanto al potencial de discriminación del instrumento se halló un área bajo la curva de ROC del 99.6% (IC: 98,6-100%). Para el punto de corte de 15, se fijó con una sensibilidad de 100%, una especificidad de 96.4% y un LR+ de 28. La adaptación del instrumento demostró tener una gran especificidad y sensibilidad al identificar mujeres víctimas de violencia usando la puntuación de corte 15, concluyendo así que el instrumento puede contribuir en la discriminación de mujeres en las cuales se muestre indicadores de haber experimentado hechos violentos, además, se precisa que una mujer no ha sufrido necesariamente ninguna forma de violencia si tiene una puntuación final inferior a 15 puntos. (ver anexo 3.1)

Propiedades psicométricas del piloto

El estudio piloto se realizó con 107 mujeres que cumplían los indicadores de violencia al obtener una puntuación superior al punto de corte de 15 puntos. En cuanto al análisis de los ítems, se consideró que los 8 ítems eran adecuados porque cumplían los criterios psicométricos. Los coeficientes omega de McDonald y alfa de Cronbach obtuvieron valores de .85 respectivamente, y la validez basada en la estructura interna: CFI=.927, TLI=.918, RMSEA=.016 y SRMR=.013. (ver anexo 7)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Beck et al. (1961) crearon el inventario inicial. Más adelante, Beck et al. (1979) actualizaron el nombre a BDI-IA. Para Perú, fue adaptada por Novara et al. (1985), donde hallaron un coeficiente de correlación de Pearson de .74 utilizando la validez relacionada con el criterio. Posteriormente, Beck et al. (1996) realizaron una segunda edición, para medir la gravedad de los síntomas depresivos con 21 ítems divididos en dos dimensiones denominadas somático-afectivo y cognitivo para una muestra de población clínica; cognitivo-afectivo y somático para estudiantes, reemplazando algunos ítems para contar con datos actualizados relacionados al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV), por lo que cambiaron cuatro ítems para identificar los síntomas típicos del trastorno de depresión severa, y dos ítems relacionados con el sueño y el apetito. Posteriormente, Sanz (2003) realizó una adaptación española de esta segunda versión, logrando niveles de fiabilidad de $\alpha=.87$, el instrumento presento una dimensión general de depresión compuesta por dos factores estrechamente vinculados (cognitivo-afectivo y somático-motivacional) según los análisis factoriales. El BDI-II presenta cuatro opciones en una escala tipo Likert, donde 0 indica síntomas leves y 3 indica síntomas graves. Brenlla y Rodríguez (2006) validaron esta versión modificada en Perú mediante análisis factorial confirmatorio (AFC) y análisis factorial exploratorio (AFE). Los resultados de esta versión han sido variados. A diferencia de Barreda (2019), que descubrió una estructura unidimensional, Carranza (2013), Rodríguez y Farfán (2017) y otros, proponen una solución factorial para dos dimensiones vinculadas (somático-motivacional y cognitivo-afectivo). Por último, Carranza (2013) reportó una confiabilidad de $\alpha=.88$; Rodríguez y Farfán (2015) revelaron una fiabilidad global de $\alpha=.89$, para la dimensión cognitivo-afectiva $\alpha=.84$, y para la somático-motivacional $\alpha=.81$; Barreda (2019) $\alpha=.93$. Finalmente, Sánchez-Villena et al. (2022) establecieron una estructura unidimensional con 21 ítems, datos normativos aceptables para el conjunto de la población peruana en la cual se trabajó, un nivel de fiabilidad del modelo unidimensional de $\omega=.93$, y validez basada en la estructura interna de CFI=.955, TLI=.950, RMSEA=.055 y SRMR=.054. (ver anexo 3.2)

Propiedades psicométricas del piloto

Para la presente investigación, se realizó un estudio piloto con 107 mujeres que presentaban indicadores de maltrato en la relación de pareja. Se halló un valor de .94 en el coeficiente omega de McDonald y de igual manera .94 en el alfa de Cronbach, y la validez basada en la estructura interna: CFI=.910, TLI=.900, RMSEA=.045 y SRMR=.051. (ver anexo 7)

Escala del Trauma de Davinson (DTS)

La escala original fue elaborada por Davidson et al. (1961) compuesta por 17 ítems, que miden cada síntoma del estrés postraumático categorizados sobre la base acorde a los criterios especificados en el DSM-IV con una medida de escala de Likert de 5 alternativas, con valores de 0 a 4 en ambas subescalas tanto de frecuencia como gravedad, produciéndose dos puntuaciones correspondiente a las respectivas subescalas, y acorde a 3 criterios: criterio B (ítems 1 al 4, y 17), criterio C (ítems 5 al 11) y criterio D (ítems 12 al 16) generándose también dos puntajes diferentes y totales que van de 0 a 68, en cada subescala de frecuencia y gravedad, donde el 0 denota un nulo grado de frecuencia y gravedad, y el 68 denota un grado de frecuencia y gravedad máximo. Por su parte, Mason et al., (2013) indican que la suma de las puntuaciones de las respuestas dadas en las escalas frecuencia y gravedad de cada síntoma se puede utilizar para calcular una puntuación total, que oscila entre 0 y 136, donde cuanto más alta es la puntuación, más común es el TEPT. Davidson et al. (1997) fijan el umbral en 40 puntos. Además, esta escala mostró adecuada confiabilidad (.86). Posteriormente, Bobes et al. (2008) adaptaron el instrumento al español, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach (.90). Finalmente, Guerra et al. (2013) realizó una adaptación de la versión española en población chilena, logrando adecuados niveles, alfa de Cronbach de .92 para la escala frecuencia, .94 para gravedad, y .94 para la escala total. (ver anexo 3.3)

Propiedades psicométricas del piloto

En esta investigación, se desarrolló una prueba piloto con 107 mujeres que presentaban indicadores de violencia por parte de su pareja. Se verificó la validez de la prueba a través de un análisis factorial confirmatorio, encontrando adecuados índices de ajuste: CFI=.952, TLI=.944, RMSEA=.047 y SRMR=.048 para la escala

de frecuencia, y para la escala de gravedad: CFI=.941, TLI=.931, RMSEA=.045 y SRMR=.053. Asimismo, se corroboró su confiabilidad en sus tres dimensiones: .88, .88 y .90 para los coeficientes omega de McDonald y alfa de Cronbach en la escala de frecuencia, mientras que, para la escala de gravedad, los valores fueron de: .82, .85 y .84 respectivamente. (ver anexo 7)

3.5 Procedimientos

Inicialmente, se preparó un formulario online de recojo de datos, a través de la herramienta Google forms, encabezado por una presentación breve acerca de la investigación, donde, además, se brindó información sobre la participación, cuya naturaleza fue anónima y voluntaria, complementado por un consentimiento informado (ver anexo 6), ficha de información sociodemográfica y los instrumentos con sus respectivas instrucciones. Finalizada la elaboración, se difundió el formulario online entre personas sobre las cuales se tenía información previa, que fueron víctimas de violencia de pareja debido a que acudieron a una comisaría o solicitaron apoyo psicológico por esta causa, a las cuales se les invitó a participar. Se utilizó como herramienta de difusión contactos de conocidos, familiares de nuestro entorno social, así como datos referentes de personas que trabajan en el área psicológica con mujeres que han sido víctimas de violencia, a quienes se les facilitó el enlace del formulario. La recolección de información se ejecutó durante un periodo de seis meses. Después de culminado ello, los datos se pasaron a formato Microsoft Excel, donde se seleccionaron de acuerdo con los criterios de filtrado requeridos para construir una base de datos (Rambal y Henao, 2009). Terminada la recolección de data, esta información fue trasladada a un proceso de análisis descriptivo, inferencial y asociativo de acuerdo a los objetivos planteados.

3.6 Método de análisis de datos

En principio, se trabajó con los datos recopilados correspondientes a 206 mujeres, de ello se utilizó como referencia el punto de corte de 15 en el puntaje obtenido en el instrumento de tamizaje (WAST) para considerar únicamente a aquellas mujeres con indicadores de violencia, dando como resultado una muestra de 193. Posteriormente, se usó la estadística descriptiva para caracterizar el

comportamiento de las variables de estudio. Por un lado, para evaluar a las mujeres que habían sufrido malos tratos y padecían TEPT, se seleccionó el punto de corte de 40 como referencia (Davidson et al., 1997). Por otro lado, se utilizaron las valoraciones del instrumento BDI-II para establecer los niveles de depresión (Beck et al., 1996). Estos hallazgos se presentaron en tablas con frecuencias y porcentajes en formato APA 7.

Para la estadística inferencial, se optó por utilizar pruebas no paramétricas por ser las más adecuadas para trabajar en muestras pequeñas de variables categóricas sin considerar la distribución que siga la muestra a contrastar (Tomkins-Lane, 2006). Se utilizó el programa Jamovi para la prueba chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher, cuyos datos permiten determinar si existe asociación entre las variables de estudio, la tabla de contingencia para mostrar las frecuencias de las variables categóricas, el coeficiente V de Cramer para medir la forma en que están asociados los campos categóricos y para obtener el tamaño del efecto y la Odds ratio (OR) que mide la razón de proporción (Levin et al., 2014). Asimismo, se utilizó como referencia un intervalo de confianza del 95% y un nivel de probabilidad del .05 como criterio para la prueba de significación de la hipótesis nula.

3.7 Aspectos éticos

Este trabajo, cumplió con las normas y técnicas que se estipulan necesarias (APA, 2020) en los trabajos de investigación, para, además, certificar y asegurar la exactitud de información científica provista, sumado a la legislación correspondiente y cuidando los derechos de autor, se citaron las referencias bibliográficas correspondientes a información como tesis, artículos científicos, libros, revistas científicas y demás, bajo sus propios criterios. Adicionalmente, se tuvo en cuenta el código de ética orientado a investigación de la Universidad César Vallejo, con énfasis en las normas que regulan las buenas prácticas buscando garantizar el bienestar y la autonomía de las participantes, y la responsabilidad y honestidad de los investigadores. Además, se consideró lo señalado por el Colegio de Psicólogos del Perú (2017) sobre el código de ética profesional, en los artículos referidos a las actividades de investigación. Finalmente, se debe resaltar que los resultados obtenidos no han sido manipulados ni alterados. Además, con el objetivo

de preservar los derechos y la credibilidad de las voluntarias, la decisión de participar voluntariamente fue determinada y debidamente informada en una declaración de consentimiento informado.

IV. RESULTADOS

Para presentar los resultados, se inicia con un desglose del análisis descriptivo de las variables estrés postraumático y depresión, seguido del análisis inferencial y finalmente un análisis de asociación entre las variables de estudio.

4.1 Análisis descriptivo

Tabla 3

Prevalencia de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana (n=193)

<i>Estrés postraumático</i>	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Con estrés postraumático	168	91.71
Sin estrés postraumático	25	8.29
Total	193	100.00

Nota: Se estableció 40 como punto de corte para identificar a las participantes que manifestaron TEPT.

En la tabla 3, correspondiente a la variable estrés postraumático, las mujeres que no superaron el puntaje de corte (40 puntos) fueron 25 (8.29%), cuya sintomatología presentada no fue de tipo disfuncional y llegaron a normalizarla, y aquellas que superaron el puntaje de corte fueron 168 (91.71%).

En cuanto a la sintomatología evidenciada en las mujeres que llegaron a superar el puntaje de corte, se destacan los síntomas intrusivos, recuerdos de imágenes dolorosas del evento con una gravedad marcada (re-experimentación). Los síntomas evitativos, están dominados por el aislamiento social y la pérdida del disfrute de las actividades. Finalmente, la activación fisiológica donde predomina las perturbaciones del sueño, irritabilidad, falta de concentración y nerviosismo.

Tabla 4

Niveles de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana (n=193)

Niveles	Depresión	
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Depresión moderada	4	2.07
Depresión grave	189	97.93
Total	193	100.00

Nota: depresión mínima 0 y 13 puntos; depresión leve 14 y 18 puntos; depresión moderada 19 y 27 puntos; y depresión grave 28 y 63 puntos.

En la tabla 4, se puede apreciar que, del total de la muestra, 4 (2.07%) de las participantes obtuvieron un nivel de depresión moderada, mientras que 189 (97.93%) presentaron un nivel de depresión grave, siendo este el que más frecuencia obtuvo. Esto indica que en la muestra de estudio predomina un nivel de depresión grave.

4.2 Análisis inferencial

Tabla 5

Tablas de contingencia

DTS	BDI		Total
	Depresión grave	Depresión moderada	
Con estrés postraumático	168	0	168
	100%	0%	100%
	89%	0%	87%
Sin estrés postraumático	21	4	25
	84%	16%	100%
	11%	100%	13%
Total	189	4	193
	98%	2%	100%
	100%	100%	100%

La tabla 5, muestra la gran asociación que existe entre la presencia de estrés postraumático y la depresión grave, donde se observa que el 100% de mujeres con indicadores de violencia que han desarrollado sintomatología de TEPT, también han manifestado depresión grave. Sumado a ello, debido a que 2 casillas (50%) han presentado un frecuencia menor que 5, se ha considerado usar también la prueba exacta de Fisher como estadístico, además de la Chi-cuadrada, para determinar la asociación de variables.

Tabla 6

Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, coeficiente V de Cramer y razón de proporción

	Valor	df	p	V de Cramer	Odds ratio (OR)
X ²	27.449	1	< .001		
Test exacto de Fisher			.002		
n	193			0.377	70.54

Nota: n: tamaño de la muestra; X²: Chi cuadrado; Intervalos de Confianza al 95%

La tabla 6, muestra que el nivel de significancia de chi-cuadrado es menor a .05 (.001), asimismo se ha calculado también la prueba exacta de Fisher obteniendo un nivel de significancia menor a .05 (.002), en ambos casos los valores indican que se rechaza la hipótesis nula. Por consiguiente, se infiere que existe una asociación entre el TEPT y la depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica. Asimismo, el valor del coeficiente V de Cramer revela que esta asociación tiene un tamaño del efecto mediano (.377), es decir que la relación de asociación de las variables es moderada. Finalmente, se evidencia también que, la razón de proporción (OR=70.54) demuestra que las mujeres con indicadores de violencia doméstica que presentan estrés postraumático tienen 70.54 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión grave, respecto de aquellas que no presentan estrés postraumático.

V. DISCUSIÓN

Luego de analizar los resultados, podemos destacar que la violencia no es ajena a nuestra realidad, estos actos generan consecuencias graves en las víctimas, quienes desarrollan una serie de trastornos como la depresión y el TEPT. Por ello, es de suma importancia investigar y ahondar en esta problemática, ya que una intervención temprana permitirá detectar actos de violencia en las primeras etapas de una relación, y reducirá los índices de violencia actuales junto con sus consecuencias en la salud emocional. A continuación, se detalla las semejanzas halladas en nuestra investigación, en contraste con otros estudios realizados previamente, al comparar los resultados obtenidos en función de los objetivos previamente planteados.

En la investigación realizada y referida al objetivo general, se encontró que existe una asociación moderada entre el estrés postraumático y la depresión (tamaño de efecto mediano V de Cramer=.38) en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana, sobre todo, entre la presencia del TEPT y el nivel grave de depresión. De igual modo, las mujeres con indicadores de violencia con estrés postraumático tienen un 70.54 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión grave, en comparación a aquellas sin estrés postraumático. Los resultados obtenidos se ajustan a lo encontrado por Jonker et al. (2019), quienes en su estudio mostraron que existen factores relacionados entre la depresión y el TEPT sobre mujeres maltratadas en centros de acogida. Dentro de las correlaciones de variables analizadas en este estudio, destacaron la depresión y el TEPT que obtuvieron una relación positiva significativa directa ($r=.58$; $p<.001$). Este resultado refiere a los altos niveles de incidencia que tienen la depresión y el estrés postraumático en las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja, así como el impacto que genera en su salud emocional, sumado a las consecuencias que ello conlleva en su calidad de vida y bienestar personal. Por otro lado, demuestra la alta incidencia de trastornos depresivos y de estrés postraumáticos en gravedad y frecuencia, generados en un entorno de violencia, por lo cual resultará necesario prestar importancia a su prevención, principalmente en los casos donde el agresor es la pareja, sobre los cuales, uno de los asuntos a considerar en ello, será poder aprender a identificar de forma oportuna cualquier

actitud que pueda asociarse a actos violentos, desde las primeras señales percibidas en un entorno familiar, que en muchos casos se consideran parte de lo cotidiano, ya que como podemos evidenciar, en este entorno, la incidencia de estos trastornos es elevada y significativa. Estos resultados concuerdan también con lo encontrado por Lara (2019), donde las mujeres con indicadores de violencia doméstica mostraron síntomas de depresión y TEPT en mayor intensidad. Asimismo, Rivera et al. (2018) identificaron resultados similares ya que los niveles de depresión y TEPT se agravaron con la violencia, además que la disminución de estos síntomas en ambos trastornos se redujo con la disminución del abuso. Este dato es importante a la hora de considerar las necesidades actuales de las poblaciones vulnerables como son las mujeres víctimas de violencia, ya que está documentado que los síntomas del TEPT están relacionados con el miedo a volver a revivir el acto violento, por lo que es prioritario evitar el contacto con el agresor y brindarles una protección especial a las víctimas, de forma oportuna, lo cual se suma a la gravedad del desarrollo de depresión grave que puede afectar de forma directa con el riesgo de poner en peligro la vida de las mujeres que experimentan estos trastornos. Además, las investigaciones demuestran que los síntomas desarrollados producto de estos trastornos requieren de estrategias y tratamientos específicos orientados a este contexto. A pesar de que la muestra incluyó a mujeres con indicadores de violencia doméstica, el predominio de los síntomas postraumáticos y la gravedad de la depresión desarrollados, demuestra la necesidad urgente de la ejecución de intervenciones dirigidas a tratarlos de forma efectiva, priorizando los casos dónde la sintomatología desarrollada ha afectado significativamente a la víctima, así como orientarla a proceder de forma legal contra el agresor con el fin de evitar a futuro que los actos violentos ejecutados se repitan.

Con respecto al primer objetivo específico, sobre la prevalencia de TEPT existe una alta incidencia de este trastorno, ya que el porcentaje es de 92% en las participantes con indicadores de violencia que presentaron sintomatología de TEPT en sus diversas manifestaciones de acuerdo a los criterios de DSM-IV. Esto se asocia a los estudios de Signorelli et al. (2020) quienes encontraron que el 87.7% de las mujeres con indicadores de violencia presentaron TEPT. Asimismo, en las investigaciones realizadas por Jonker et al. (2019) los niveles de TEPT en mujeres

que padecieron violencia por parte de su pareja, oscilaron entre 40 y 84%. Así, se corrobora que el desarrollo de síntomas postraumáticos es altamente frecuente en las mujeres víctimas que han experimentado violencia doméstica. La presencia de estos cuadros clínicos se genera a causa de las conductas amenazantes y el miedo que se instaura en las mujeres que lo padecen ante el temor de que los actos de violencia se repitan, sobre todo en los casos en los que no se corta con el círculo violento al cual se encuentran expuestas de forma frecuente. Los altos niveles de prevalencia de TEPT reflejado en las mujeres con indicadores de violencia, es un indicador del riesgo que trae consecuencias emocionales que van afectar el bienestar personal, desarrollo social y familiar mientras persista, por otro lado, considerando que los casos de violencia contra la mujer se encuentran altamente generalizados, se agrava esta condición, por lo cual resulta importante tomar las acciones necesarias de forma oportuna para regular el impacto negativo que traen consigo estas manifestaciones.

Con respecto al segundo objetivo específico, de describir los niveles de depresión, no se identificaron participantes con nivel mínimo y leve de depresión, el 2% de las participantes evidenció un nivel moderado de depresión y el 98% presentó un nivel grave de depresión. Estos resultados se asocian a lo identificado por Sabri (2021) quien evaluó la correspondencia de los trastornos de depresión sobre mujeres casadas víctimas de su pareja, donde los resultados destacaron la distribución de los trastornos depresivos con la mayor prevalencia de 32.2% de mujeres con depresión moderada, el 13.1% con depresión grave y el 7.8% tuvieron síntomas depresivos muy graves. Igualmente, Signorelli et al. (2020), quienes obtuvieron que el 58% de mujeres con indicadores de violencia evidenciaron depresión de moderada a severa. De los datos presentados, se puede observar que más del 50% de mujeres víctimas de violencia muestran niveles de depresión de moderado a grave, lo que refiere altos índices en gravedad de depresión desarrollados en un contexto de violencia doméstica, donde el agresor principal es la pareja. El nivel de gravedad de depresión presentado es significativo, lo cual denota que en los casos de violencia, existe una alta recurrencia de presencia de sintomatología de depresión grave, y con ello el desarrollo de los riesgos que trae consigo este trastorno en el bienestar emocional de las mujeres, afectando de

forma directa su calidad de vida e incluso poniendo en riesgo su vida, la cual es afectada en los diversos aspectos en que se manifiesta este trastorno, como lo es un intento de suicidio. Resulta importante reconocer que las mujeres que sufren violencia son personas altamente vulnerables al ser afectadas en su bienestar y salud, por lo que requieren atención especializada que les permita superar estos trastornos que les impide alcanzar un desarrollo adecuado a nivel personal y social.

Por otro lado, se quiere hacer mención que éste estudio presenta algunas limitaciones, entre las cuales están el tamaño de la muestra debido a la dificultad de recopilar información considerando que las participantes de la muestra son mujeres en estado vulnerable con respecto a su salud emocional, por lo cual, su identificación no fue visible de forma directa, y por lo que una recolección de datos de forma electrónica, de algún modo, facilitó a la aceptación de su participación. Otra de las limitaciones fueron el tipo de muestreo no probabilístico intencional, en el cual se dirige la participación a las mujeres sobre los cuales se tiene un conocimiento previo de presentar indicadores de violencia y que acepten participar en la investigación, considerando que la muestra estuvo condicionada al cumplimiento de los criterios de edad y residencia, lo cual no permite hacer generalizaciones de los resultados y finalmente, la cantidad reducida de estudios previos con diseños de investigación semejantes, que se han encontrado sobre las variables analizadas en una población similar en contexto peruano y Latinoamericano.

Finalmente, después de revisar los hallazgos y considerar las limitaciones, se determina que el presente trabajo hace una contribución teórica al proporcionar datos sobre la asociación entre estos trastornos en mujeres que han vivido violencia; una contribución social al brindar datos relevantes que permiten fomentar el desarrollo de campañas o programas para la prevención y promoción de la salud emocional en mujeres que han vivido violencia; y una contribución práctica al proporcionar datos sobre la asociación entre estos trastornos.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: se estableció una asociación moderada (tamaño de efecto mediano V de Cramer=.38) entre el estrés postraumático y la depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana, sobre todo, entre la asociación del estrés postraumático y el nivel grave de depresión, dónde la razón de proporción (OR=70.54) mostró que las mujeres con indicadores de violencia doméstica que presentan estrés postraumático tienen 70.54 veces mayor probabilidad de desarrollar depresión grave, respecto de aquellas que no presentan estrés postraumático.

SEGUNDA: se describió una alta prevalencia de TEPT con valores de 92% de mujeres con indicadores de violencia doméstica que mostraron presencia de TEPT y 8% que no desarrollaron el TEPT.

TERCERA: se describieron los niveles de depresión, obteniendo un 98% de mujeres con indicadores de violencia doméstica con un nivel de depresión grave y 2% con nivel de depresión moderado.

VII. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación, se realizan las siguientes recomendaciones:

PRIMERA: realizar estudios en base a la problemática presentada, teniendo en cuenta nuevas variables sociodemográficas como el contexto socioeconómico, el nivel de educación, el tiempo de exposición a la violencia, entre otros.

SEGUNDA: elaborar investigaciones con un mayor número de muestra, que permita obtener resultados más puntuales respecto a la asociación de estas variables en situaciones de violencia familiar, y así obtener resultados más representativos.

TERCERA: fomentar la ejecución de acciones solidarias, a través de campañas, programas, charlas, y talleres, que permitan sensibilizar a la población en general y reconocer manifestaciones sutiles que muchas veces pasan desapercibidas incluso para la propia familia y/o miembros más cercanos.

CUARTO: promover la difusión de investigaciones sobre esta problemática para que las autoridades competentes intervengan adecuadamente, brindando soluciones oportunas y así evitar consecuencias que afectan el bienestar físico, psicológico y emocional de las víctimas.

REFERENCIAS

- Abramson, L., Seligman, M., y Teasdale, J. (1978). *Learned helplessness in humans: critique and reformulation*. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., y Vidal, P. (2010). *Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia*. *Rev. Chil. Neuro. psiquiatr*; 48(2), 114-122.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Al.Amar, A. (2018). La experiencia traumática y la violencia sexual: las lágrimas del desierto de halima bashir. *Revista Internacional de Culturas y Literaturas*, (21), 135-149.
<https://revistascientificas.us.es/index.php/CulturasyLiteraturas/article/view/3536/4553>
- Álvarez-Risco, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales.
- American Psychological Association (2010). *APA diccionario conciso de Psicología* (J. Núñez y M. Ortiz, Trad., 1.^a ed.). El Manual Moderno.
- Álvarez, C., Lameiras-Fernandez, M., Holliday, C., Sabri, B., y Campbell, J. (2021). *Latina and Caribbean Immigrant Women's Experiences With Intimate Partner Violence: A Story of Ambivalent Sexism*. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7–8), 3831–3854. <https://doi.org/10.1177/0886260518777006>
- Ato, M., López-García, J., y Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 29(3), 1038–1059.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

- Barreda, D. (2019). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica*. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), 39–52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. *Arch Gen Psychiatry*; 4, 561-571.
- Beck, A. (1963). *Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. (1964). *Thinking and depression. II. Theory and therapy*. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NY: International Universities Press.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression NY: Guilford Press*.
- Beck, A. (1991). *Cognitive therapy: A 30-year retrospective*. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II*. Psychological assessment.
- Bermúdez, L., Barrantes, M., Bonilla, G. (2022). *Trastorno por estrés postrauma*. *Rev.méd.sinerg*; 5(9), 568. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/568>
- Betancourt-Ocampo, D., Andrade-Palos, P., y González-González, A. (2021). *Depresión y ansiedad en hombres y mujeres por tipo y nivel de violencia que han recibido de su pareja*. *Universitas Psychologica*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.dahm>

- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., y Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista médica de Chile*, 146(3), 331-340. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Blanco, M., y Canto de Souza, A. (2018). *Ansiedad, Memoria y el Trastorno de Estrés Post-Traumático*. *CES Psicología*, 11(2), 53–65. <https://doi.org/10.21615/cesp.11.2.5>
- Brenlla, M., y Rodríguez, C. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. *BDI-II. Inventario de depresión de Beck*, 11-37.
- Bobes, J., Bascarán, M., García-Portilla, M., Bousoño, M., Sáiz, P., Wallance, D., y Hidalgo, R. (2008). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (5ª Ed)*. Barcelona: Ars. Médica.
- Brown, J., Lent, B., Brett, P., Sas, G., y Pederson, L. (1996). *Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice*. *Family Medicine-Kansas City-*, 28, 422-428.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Vol. 1 (2nd ed.). Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Cabrera, G., Zanazzi, J. F., Zanazzi, J. L., y Boaglio, L. (2017). *Comparación de potencias en pruebas estadísticas de normalidad, con datos escasos*. *Revista De La Facultad De Ciencias Exactas, Físicas Y Naturales*, 4(2), 47. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/FCEFyN/article/view/16775>
- Cárdenas, J., y Arancibia, H. (2016). *Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología*. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-244. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0002.00006>

- Carranza, R. (2013). *Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck universitarios de Lima. Revista De Psicología (Trujillo)*, 15(2), 170–182. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
- Casado, M., y Castellano, M. (2013). *Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. Rev. Esp. Med. Legal*; 39(1), 12-8. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.004>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdate, NJ: LEA.
- Colque, J. (2020). *Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. Revista EDUCA UMCH*, (15), 64-79. <https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.129>
- Cumming, G. (2014). *The New Statistics: Why and How. Psychological Science*, 25(1), 7–29. <https://doi.org/10.1177/0956797613504966>
- Davidson, J., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J., Smith, R., Davison, R., Katz, R., y Feldman, M. (1997). *Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Díaz, C., Quintana, G., y Vogel, E. (2012). *Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. Terapia psicológica*, 30(1), 37-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100004>
- Díaz, R. (2021). *Estudio documental sobre las alteraciones de la memoria en adultos mayores con depresión*. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Dspace. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24204>
- Ehlers, A., y Clark, D. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.

- Ehlers, A., Clark, D., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., y Foa, E. (1998). *Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation*. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 457-471. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024448511504>
- Foa, E. y Kozak, M. (1986). *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information*. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., y Rothbaum, B. (1993). *Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490060405>
- Foa, E., y Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.
- Foa, E., Hembree, E., y Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
- González-González, C. (2014). *Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT)*. *Salud Jalisco*, 1(2), 128-134. <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj142k.pdf>
- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., y Díaz, M. (2013). *Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos*. *Summa psicológica UST*, 10(2), 41-48. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es.
- Guerrero, D., García, D., Peñafiel, D., Villavicencio, y L., Flores, V. (2021). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión*. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818; 7(3), 667-688. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>

Guzmán, M., Padrós, F., García, T. y Laca, F. (2014). *Modelos cognitivos conductuales del trastorno por estrés postraumático*. *Uaricha*, 11(25), 35-54.
http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/63

3

Habigzang, L., Gomes F., y Maciel, Z. (2019). *Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples*. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 149 – 264.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v13n2/1688-4221-cp-13-02-249.pdf>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1era. Edición). Editorial Mc Graw Hill Education.

Herrera, E. y Cañas, D. (2020). *El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 311-323.
<https://doi.org/10.15332/22563067.6297>

Herrera-López, V., y Cruzado, L. (2014). *Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú*. 2013. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 144-159.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000300003&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022). *Perú: Femicidio y Violencia contra la Mujer 2015-2020*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3426556/Per%C3%BA%3A%20Femicidio%20y%20Violencia%20contra%20la%20Mujer%202015-2020%28Parte%201%29.pdf?v=1658174691>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2021. Nacional y Departamental*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). *Lima supera los 9 millones 846 mil habitantes en el año del Bicentenario de la Independencia del Perú*. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/limasupera-los-9-millones-846-mil-habitantes-en-el-ano-del-bicentenario-dela-independencia-del-peru-12591/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Perú: *Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012 – 2019*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). *63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de violencia familiar alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero*. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/63-de-cada-100-40mujeres-de-15-a-49-anos-de-edad-fue-victima-de-violencia-familiaralguna-vez-en-su-vida-por-parte-del-esposo-o-companero-11940/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: *Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Censos Nacionales 2017: XVII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Redatam*. <https://censos2017.inei.gob.pe/bininei/RpWebStats.exe/Frequency?BASE=CPV2017DI&ITEM=FREQPOB&lang=esp>

Jaramillo, C., y Canaval, G. (2020). *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. *Univ. Salud*; 22(2), 178-85. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/4060>

Jonker, I., Lako, D., Beijersbergen, M., Sijbrandij, M., Van Hemert, A., y Wolf, J. (2019). *Factors related to depression and post-traumatic stress disorder in shelter-based abused women*. *Violence against women*, 25(4), 401-420. <https://doi.org/10.1177/1077801218790700>

- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C., y Alarcón, R. (2019). *Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja*. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*; 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lara, E. (2019). *Daño psicológico a mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja* (Doctoral dissertation, Universidad de Almería). https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=nc_oWjY%2BI6oQ%3D
- León, J. (2021). *Efectos del estrés postraumático en víctimas de violencia sexual: Revisión sistemática de literatura de los años 2017 a 2021* (tesis doctoral). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76584/Le%c3%b3n_FJG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Levin, R., Rubin, D., Rastogi, S., y Hussain, M. (2014). *Statistics for Management*. Pearson. <https://www.amazon.in/Statistics-Management-7e-IEVIN-Rastogi/dp/8131774503>
- Livingston, S. (1972). *A criterion-referenced application of classical test theory*. *Journal of Educational Measurement*, 9(1), 13-26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-3984.1972.tb00756.x>
- Lewinsohn, P. (1974). *A behavioral approach to depression*. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.
- Lewinsohn, P. (1975). *The behavioral study and treatment of depression*. In *Progress in behavior modification* (Vol. 1, pp. 19-64). Elsevier.
- Lewinsohn, P., Youngren, M., y Grosscup, S. (1979). *Reinforcement and depression*. En R.A. Depue (dir.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-315).

- Lewinsohn, P., Antonuccio, D., Breckenridge, J., y Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P., Antonuccio, D., Steinmetz-Breckenridge, J., y Teri, L. (1984). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P., Hoberman, H., Teri, L., y Hautzinger, M. (1985). *An integrative theory of depression*. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.331-359). Orlando, FL: Academic Press.
- Lewinsohn, P., Duncan, E., Stanton, A., y Hautzinger, M. (1986). *Age at first onset for nonbipolar depression*. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 378-383.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M., y Zeiss, A. (1978/1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P., y Gotlib, I. (1995). *Behavioral theory and treatment of depression*. En E.E. Becker y W.R. Leber (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 352-375).
- Lewinsohn, P., Gotlib, I., y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar*. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1* (pp. 493-541).
- López, M., Arenas, M., y González, A. (2018). *Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes del Módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar*. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*; 53(4), 229-30. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.007>
- Mason, S., Lauterbach, D., McKibben, J., Lawrence, J. y Fauerbach, J. (2013). *Confirmatory Factor Analysis and Invariance of the Davidson Trauma Scale (DTS) in a Longitudinal Sample of Burn Patients*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 10- 17.

- Matud, M., Aguilera, L., Marrero, R., Moraza, O., y Carballeira, M. (2003). *El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 439-459. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33730302.pdf>
- Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R., y García, M. (2022). *Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres. Psicumex*, 12(1), 1–20. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.400>
- Mingote, J. (2011). *Diagnóstico diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. Clínica Contemporánea*, 2(2), 121-124. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a2>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021). *Línea 100 del MIMP incrementó en 97 % las atenciones de llamadas durante el 2020*. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/325922-linea-100-del-mimp-incremento-en-97-las-atenciones-de-llamadas-durante-el-2020>
- Ministerio de Salud (2021). *Minsa: Más de 70 % de mujeres víctimas de violencia no busca ayuda*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/482423-minsa-mas-de-70-de-mujeres-victimas-de-violencia-no-busca-ayuda>
- Montero, I., y León, O. (2002). *Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 503-508. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720308>
- Murphy, J. (2000). *The impact of shelter intervention on posttraumatic stress disorder, depression and perception of control among battered women. Dissertation Abstracts International: Section A*, 61, 367.
- Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., Namakula, S., Nanyunja, B., Wainberg, M., Naker, D., y Michau, L. (2017). *Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. Social Science y Medicine*, 184, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.042>

- Navarro, R. (2021). *Desarrollo de un instrumento para la evaluación de las creencias disfuncionales específicas en víctimas del terrorismo que sufren Trastorno de Estrés Postraumático*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- Novara, J., Sotillo, C y Warthon D. (1985). *Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para Depresión en población de Lima Metropolitana*. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Lima.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E. y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación Cuantitativa y Cualitativa y redacción de tesis*. Cuarta Edición. Ediciones de la U LTDA.
- ONU (2022). *Violencia de género: Cinco mujeres son asesinadas cada hora por alguien de su propia familia*. <https://news.un.org/es/story/2022/11/1517077>
- ONU-Mujeres (2022). *Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). *Sampling techniques on a population study*. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Oquendo, M., Brent, D., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Burke, A., Firinciogullari, S., Ellis, S., y Mann, J.M.D. (2005). *Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior*. *American Psychiatric Publishing*, 162(3), 560-566. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.3.560>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Depresión*. https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

- Organización Mundial de la Salud (2022). *Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2022/11/25/default-calendar/international-day-to-eliminate-violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer. Datos y cifras*. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*.
- Pérez-Benítez, C., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., y Rioseco, P. (2009). *Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile*. *Salud mental*, 32(2), 145–153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21113425/>
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, N., Pineda-Cortés, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor*. *Biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with the adult depressed patient*. En A. Freedman, K.M. Simon, L.E. Bleutler y H. Arkowitz (Dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 299-319). NY: Plenum.
- Quito, D. (2018). *Etiología y diagnóstico clínico de la depresión en adolescentes (examen complejo)*. UTMACH, Unidad Académica de Ciencias Químicas Y De La Salud. Machala, EC. http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12588/1/E-3267_QUITO%20VEGA%20DIANA%20CAROLINA.pdf

- Rambal, R., y Henao, L. L. (2009). *Manual básico de Excel*.
- Ranielle, S., y Franciéle, L. (2020). *Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors*. *Revista de Saude Publica*, 54, 97. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002103>
- Resick, P., Monson, C. y Chard, K. (2008). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veteran´s Affairs.
- Ríos, R. (2017). *Metodología para la investigación y redacción*. Servicios Académicos Intercontinentales S.L. <https://www.eumed.net/libros-gratis/2017/1662/index.html?id=1662>
- Rivera, E. A., Sullivan, C. M., Zeoli, A. M., y Bybee, D. (2018). *A Longitudinal Examination of Mothers' Depression and PTSD Symptoms as Impacted by Partner-Abusive Men's Harm to Their Children*. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(18), 2779–2801. <https://doi.org/10.1177/0886260516629391>
- Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la Investigación*. Univ. J. Autónoma de Tabasco.
- Rodríguez, E., y Farfán, D. (2017). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*.
- Ruiz, A. y Guerrero, E. (2017). *Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario?*. *Revista puertorriqueña de psicología*, 28(2), 252-265. <http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363>
- Sabri, Y. (2021). *Depression and post-traumatic stress disorder in females exposed to intimate partner violence*. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00157-x>
- Saquinaula-Salgado, M. ., Castillo-Saavedra, E. F. ., y Rosales Márquez , C. (2020). *Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas*. *Duazary*, 17(4), 23–31. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>

- Salas, C., Aguilar, M., Giraldo, T., Muñoz, M., Torres, A., Uribe, A. y Uribe, A. (2021). *Depresión mayor en población general de Envigado (Colombia): prevalencia y factores asociados*. *Rev. CES Psico*, 14(3), 117-133. <https://doi.org/10.21615/cesp.5283>
- Salas, A. (2018). *Métodos estadísticos para la Investigación Científica*. Guayaquil: Editorial Grupo Compás.
- Salcioglu, E., Urhan, S., Pirinccioglu, T., y Aydin, S. (2017). *Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 117–125. <https://doi.org/10.1037/tra0000200>
- Saldivia, L. (2017). *“Percepción de mujeres con diagnóstico de depresión, respecto al rol de sus familias en el proceso de su recuperación”* [Tesis de pregrado, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Biblioteca Digital UAHC. <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/4841>
- Sánchez, H., Reyes, C., y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima: Universidad Ricardo Palma Departamento de Investigación.
- Sánchez-Villena, A., Farfán, E., De La Fuente-Figuerola, V., y Chávez-Ravines, D. (2022). *Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana*. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158-170. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>
- Santacruz, H. y Muñoz, J. (2014). *Trastorno de estrés postraumático*. En J. Escobar y M. Uribe. (Eds.). *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (pp. 141-160). Uniandes.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., y Vázquez, C. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>

- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M., y Peterson, C. (1986). *A learned helplessness perspective on childhood depression: theory and research*, M. Rutter, C.E. Izard y P.B. Read (Eds.): *Depression in young people: clinical and development perspectives*. NY: Guilford Press.
- Signorelli, M., Fusar-Poli, L., Arcidiacono, E., Caponnetto, P., y Aguglia, E. (2020). *Depression, PTSD and alexithymia in victims of intimate partner violence: a case-control study*. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*; 47(2), 45-50. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000230>
- Stark, E. (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1177/1077801207304805>
- Sosa, C., y Capafóns, J. (2005). *Estrés postraumático*. Madrid: Síntesis.
- Stein, M. y Kennedy, C. (2001). *Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence*. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 133-138. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00301-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00301-3)
- Tomkins-Lane, C. (2006). *An Introduction to Non-parametric Statistics for Health Scientists*. University of Alberta Health Sciences Journal. 3.
- Tonsing, J. y Tonsing, K. (2019). *Understanding the role of patriarchal ideology in intimate partner violence among South Asian women in Hong Kong*. *International Social Work*, 62(1), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0020872817712566>
- Torres, Y., Mejía, L., Conde, C. y Botelho, S. (2019). *Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM)*. *Informes psicológicos*, 21(1), 133-149. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6955/6525>

Toro, R., Grajales, F. y Sarmiento, J. (2016). *Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión*. *Aquichan*, 16(4), 473-486.

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5002/pdf>

Vargas, A. y Coria, K. (2017). *Estrés postraumático tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso*. *Manual Moderno*.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3XFUDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=estr%C3%A9s+postraum%C3%A1tico&ots=rplde9rHBz&sig=Aq5iC3TKkdzeelB8Vx6tsdgDJIE#v=onepage&q=estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico&f=false>

Vázquez, F., y Torres, Á. (2007). *Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión*. *Clínica y Salud*, 18(2), 221-246.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006&lng=es&tlng=es.

Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. y Gallo, J. (2012). *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México*. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Tabla 7

Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	
<p>General</p> <p>¿Existe asociación entre estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana?</p>	<p>General</p> <p>Establecer la asociación entre estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p>	<p>General</p> <p>Existe una asociación significativa entre el trastorno de estrés postraumático y la depresión, en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p>	<p>Variables</p> <p>Estrés postraumático. Depresión.</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>Básico (Álvarez-Risco, 2020) ya que se orientó para adquirir nuevos conocimientos de modo sistemático con el único fin de mejorar la comprensión de una realidad concreta.</p>	<p>Población: 2 419 120 mujeres víctimas de violencia de pareja. Muestra: 193 mujeres con indicadores de violencia doméstica, mayores de edad residentes en Lima Metropolitana. Técnica: Encuesta.</p>
<p>Específicos</p> <p>a) ¿Cuál es la prevalencia del estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana?</p> <p>b) ¿Cuáles son los niveles de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana?</p>	<p>Específicos</p> <p>a) Identificar la prevalencia de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p> <p>b) Describir los niveles de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p>	<p>Específicos</p> <p>a) Predominan los niveles altos de estrés postraumático en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p> <p>b) Predominan los niveles altos de depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana.</p>		<p>Diseño de investigación:</p> <p>Estudio empírico, con estrategia asociativa y de diseño predictivo-correlacional simple, ya que examina la relación funcional entre dos o más variables sin hacer distinciones entre ellas y sin utilizar ningún tipo de control sobre estas (Ato et al., 2013).</p>	<p>Instrumentos:</p> <p>1. Woman Abuse Screening Tool (WAST)</p> <p>2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)</p> <p>3. Escala del Trauma de Davinson (DTS)</p>

Anexo 2: Operacionalización de variables

Anexo 2.1

Tabla 8

Matriz de operacionalización de la variable estrés postraumático

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional		Ítems	Instrumento	Sub-escalas / valores	
		Criterios DSM-IV	Indicadores			Frecuencia	Gravedad
Estrés postraumático	Según el DSM-IV revisado (APA, 2000), con una definición similar a esta categoría diagnóstica en la Cuarta Edición (APA, 1994), el TEPT ocurre cuando una persona está sufriendo, presencia o informa uno o más eventos caracterizados por la muerte o una amenaza a su integridad física o la de otros, y cuando la respuesta emocional experimentada signifique una fuerte respuesta de miedo, terror o indefensión	CRITERIO B	Síntomas intrusivos: incluyen pesadillas y flashbacks y han sido considerados como los más patognómicos del TEPT	1, 2, 3, 4, 17	Escala de Trauma de Davidson (DTS) constituida por 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas pertenecientes a los criterios B, C y D, recogidos del DSM IV para el diagnóstico de TEPT, donde el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o gravedad nula, a 4, a diario o gravedad extrema). Valoración de acuerdo a puntaje de corte de 40 en las subescalas de frecuencia y gravedad que determina presencia de estrés postraumático. El marco de referencia temporal a considerar es la semana previa.	0 = Nunca	0 = Nada
		CRITERIO C	Síntomas evitativos: se refiere a la evitación persistente de estímulos asociados al trauma (pensamientos, actividades, sentimientos, lugares, o personas que motivan recuerdos del trauma)	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11		1 = A veces	1 = Leve
		CRITERIO D	Activación fisiológica: incluye síntomas tales como dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad	12, 13, 14, 15 y 16		2 = 2-3 veces	2 = Moderada
						3 = 4-6 veces	3 = Marcada
						4 = A diario	4 = Extrema
						Ordinal / Likert	

Anexo 2.2

Tabla 9

Matriz de operacionalización de la variable depresión

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional Indicadores	Instrumento	Escala / valores
Depresión	<p>La depresión se describe mediante tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva, conformado por opiniones negativas de uno mismo, una tendencia a interpretar negativamente las experiencias propias y las visiones negativas del futuro, 2) Los esquemas cognitivos, que forman la base de las interpretaciones, llegando a estar inactivos durante periodos prolongados y ser activados en situaciones generadas por ansiedad, y 3) Los errores en el procesamiento de la información, esto ocurre en pacientes depresivos que mantienen la creencia en el esquema cognitivo a pesar de la evidencia contraria (Beck, 1979)</p>	<p>Los puntajes se obtendrán a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), adaptado por Sanz (2003), y analizado en población peruana por Sánchez-Villena et al. (2022). Cuyos indicadores son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo. Valorado de acuerdo a la puntuación: a) depresión mínima (0 a 13 puntos), b) depresión leve (14 a 18 puntos), c) depresión moderada (19 a 27 puntos), y d) depresión grave (28 a más puntos).</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Creado por Beck et al. (1961), adaptado por Sanz (2003), analizado por Sánchez-Villena et al. (2022). Consta de 21 grupos de afirmaciones, que describen el modo como la persona se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Cuyos puntajes tienen cuatro opciones en una escala de Likert, donde 0 indica síntomas leves y 3 indica síntomas graves.</p>	<p>La escala contiene 21 reactivos con alternativas de respuesta categórica ordenadas jerárquicamente desde 0 hasta 3.</p> <p>Ordinal / Likert</p>

Anexo 3: Instrumentos

Anexo 3.1

Instrumento Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Autor Brown et al. (1996), adaptado por Binfa et al. (2018)

Edad: _____ Distrito: _____
Grado de Instrucción: _____

INSTRUCCIONES: A continuación, encontraras preguntas sobre formas de violencia doméstica. Lee cada una con mucha atención; luego, marca la respuesta que mejor describa tu relación de pareja con una X según corresponda. Recuerda, no hay respuestas buenas, ni malas. Contesta todas las preguntas con la verdad.

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?
 - Estresante
 - Un poco estresante
 - Nada estresante
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:
 - Mucha dificultad
 - Algo de dificultad
 - Sin dificultad
3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
5. ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
6. Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
7. Su pareja ¿la insulta, garabatea, grita, humilla y descalifica verbalmente?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca

Anexo 3.2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Autor Beck et al. (1961), adaptado por Sanz (2003), analizado por Sánchez-Villena et al. (2022)

Nombre: Estado Civil: Edad: Sexo:
Ocupación: Fecha:

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 3.3

Escala de Trauma de Davidson DTS

Autor Davidson et al. (1997), adaptado por Guerra et al. (2013)

Cada una de las siguientes preguntas se refieren a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la *última semana*. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

Preguntas	Frecuencia	Gravedad
<ol style="list-style-type: none"> 1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento. 2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento. 3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo 4. Hay cosas que me han hecho recordar. 5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea) 6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento. 7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento. 8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento. 9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas. 10. Me he sentido distante o alejado de la gente. 11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto. 12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos. 13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño. 14. He estado irritable o he tenido accesos de ira. 15. He tenido dificultades para concentrarse 16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia". 17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente 		

Formulario virtual para la recolección de datos



Sección 1 de 6

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEPRESIÓN EN MUJERES CON INDICADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LIMA METROPOLITANA

Estimada colaboradora queremos brindarle nuestro más cordial saludo y agradecimiento por su iniciativa de prestar su apoyo a nuestra investigación, la cual tiene como objetivo determinar la relación entre el estrés posttraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana. Somos estudiantes de la carrera de Psicología y nos encontramos realizando este trabajo para obtener nuestro grado de licenciatura. Finalmente le invitamos a ser participe de este proyecto.

Nota: Llenar este cuestionario únicamente si tiene entre 18 y 59 años de edad y reside en algún distrito de Lima Metropolitana.

Enlace de formulario:

<https://forms.gle/WHKxBAY9Dg43YnVRA>

Anexo 4: Ficha sociodemográfica

DNI: _____

Estado civil:

Soltera (1)

Casada (2)

Separada / Divorciada (3)

Conviviente (4)

Sexo:

Femenino (1)

Masculino (2)

Edad: _____

Zona de residencia:

Lima centro (1)

Lima norte (2)

Lima sur (3)

Lima este (4)

Callao (5)

Ocupación:

Estudia (1)

Trabaja (2)

Estudia y trabaja (3)

Estudia, trabaja y tiene responsabilidad familiar (4)

Responsabilidad familiar (5)

Grado de instrucción:

Primaria (1)

Secundaria (2)

Técnica (3)

Universitaria (4)

Otro (5)

Anexo 5: Autorización de uso de los instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Re: Autorización para el uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Buenos días estimado:

Nos dirigimos a usted con el propósito de obtener su consentimiento para poder usar su versión adaptada del inventario en mención, ya que estamos realizando un estudio sobre Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana. Toda la investigación será meramente académica sin lucro ni beneficio, ya que la única intención de esta investigación es poder realizar nuestra tesis de grado.

Somos dos investigadoras:

- Agüero Piazzini, Carmen del Rosario (ORCID: 0000-0003-1444-0210)

- Torres Pare, Diana Carolina (orcid.org/0000-0001-5965-6387)

Agradecemos de antemano su atención prestada y quedamos a la espera de su pronta respuesta.

Saludos Cordiales,

Carmen Agüero Piazzini

Re: Autorización para el uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)



Andy Sánchez <andysavi92@gmail.com>

Para: Usted

CC: Diana Carolina Torres Pare



Sáb 19/11/2022 16:44

Estimadas Carmen y Diana:

Espero que se encuentren bien de salud. En primer lugar, les agradezco el interés en nuestra investigación. Claro que pueden utilizar el instrumento, ya que es de acceso libre.

De todos modos, quedo atento a sus consultas, en caso tengan alguna duda al respecto del instrumento.

Muchos éxitos en su tesis.

Un saludo.

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Re: Autorización para el uso de la Escala de Trauma de Davidson DTS

Buenos días estimado:

Nos dirigimos a usted con el propósito de obtener su consentimiento para poder usar su versión adaptada de la escala en mención, ya que estamos realizando un estudio sobre Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana. Toda la investigación será meramente académica sin lucro ni beneficio, ya que la única intención de esta investigación es poder realizar nuestra tesis de grado.

Somos dos investigadoras:

- Agüero Piazzini, Carmen del Rosario (orcid.org/0000-0003-1444-0210)
- Torres Pare, Diana Carolina (orcid.org/0000-0001-5965-6387)

Agradecemos de antemano su atención prestada y quedamos a la espera de su pronta respuesta.

Saludos Cordiales,

Carmen Agüero Piazzini

Re: Autorización para el uso de la Escala de Trauma de Davidson DTS

 Respondió el Lun 21/11/2022 13:10.



Cristobal Armando Guerra Vio <crisobalguerra@santotomas.cl>

Para: Usted

CC: Diana Carolina Torres Pare

Iniciar respuesta con:  Comentarios

Estimadas,

No hay problema con que la usen

saludos

Cristobal Guerra

Enviado desde mi Movistar

Obtener [Outlook para Android](#)

Instrumento Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Re: Autorización para el uso del instrumento WAST 

Buenas noches estimados:

Nos dirigimos a ustedes con el propósito de obtener su consentimiento para poder usar su versión adaptada del instrumento en mención, ya que estamos realizando un estudio sobre Estrés postraumático y depresión en mujeres con indicadores de violencia doméstica en Lima Metropolitana. Toda la investigación será meramente académica sin lucro ni beneficio, ya que la única intención de esta investigación es poder realizar nuestra tesis de grado.

Somos dos investigadoras:

- Agüero Piazzini, Carmen del Rosario (orcid.org/0000-0003-1444-0210)
- Torres Pare, Diana Carolina (orcid.org/0000-0001-5965-6387)

Agradecemos de antemano su atención prestada y quedamos a la espera de su pronta respuesta.

Saludos Cordiales,

Carmen Agüero Piazzini

Re: Autorización para el uso del instrumento WAST 

 Respondió el Jue 24/11/2022 7:14.



Lorena Mercedes Binfa <lbinfa@uchile.cl>

Para: Usted



Jue 24/11/2022 6:56

Estimada Carmen

Un gusto saludarte y muchas gracias por tu contacto. No hay inconveniente que utilicen el WAST, justamente para ello fué validado y publicado. Solo te pediría si fueras tan gentil, de una vez terminado el estudio, me pudieses contar sobre los resultados obtenidos.

Un abrazo y los mejores deseos de éxito en el estudio

Lorena

--



Lorena Binfa Esbir

Prof. Titular MSP PhD
☎ (56 2) 29786616 (56 2) 29786618
lbinfa@uchile.cl | www.medicina.uchile.cl
Departamento de Promoción de la Salud
de la Mujer y el Recién Nacido
Escuela de Obstetricia | Desde 1834
Directora Centro Colaborador OMS / OPS

Anexo 6: Consentimiento informado

Estimada participante:

Quisiéramos contar con su valiosa participación en esta investigación, el proceso consiste en responder tres instrumentos con una serie de preguntas durante 15 minutos aproximadamente. Para su participación se requiere su conformidad. Es importante mencionarle que los datos recogidos serán tratados confidencialmente, no se comunicarán a terceras personas, no tienen fines diagnósticos y se utilizarán únicamente para propósitos de investigación. De aceptar participar, debe marcar "Sí, acepto" y responder la información solicitada.

En caso tenga alguna duda en relación a la investigación, solo debe comunicarse con dtorrespa11@ucvvirtual.edu.pe o cdraguero@ucvvirtual.edu.pe (encargadas de esta investigación).

Gracias por su gentil colaboración.

Anexo 7: Resultados del piloto

Tabla 10

Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) - Frecuencia

Dimensiones	Ítems	FR					M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	id	Aceptable
		0	1	2	3	4								
D1	Ítem01	0.9	0.0	22.4	46.7	29.9	3.05	0.78	-0.57	0.70	.74	.71	.00	Sí
	Ítem02	0.0	1.9	18.7	53.3	26.2	3.04	0.73	-0.36	-0.15	.70	.66	.00	Sí
	Ítem03	0.0	0.9	18.7	55.1	25.2	3.05	0.69	-0.24	-0.31	.77	.74	.00	Sí
	Ítem04	0.0	1.9	19.6	54.2	24.3	3.01	0.72	-0.32	-0.14	.70	.67	.00	Sí
	Ítem17	0.0	0.0	28.0	43.9	28.0	3.00	0.75	0.00	-1.22	.67	.62	.00	Sí
	Ítem05	0.0	1.9	20.6	52.3	25.2	3.01	0.73	-0.31	-0.27	.64	.55	.00	Sí
D2	Ítem06	0.0	0.0	26.2	48.6	25.2	2.99	0.72	0.01	-1.05	.65	.56	.00	Sí
	Ítem07	0.0	0.9	28.0	46.7	24.3	2.94	0.75	-0.04	-0.87	.73	.67	.00	Sí
	Ítem08	0.0	1.9	30.8	48.6	18.7	2.84	0.74	-0.02	-0.59	.65	.56	.00	Sí
	Ítem09	0.0	0.9	26.2	49.5	23.4	2.95	0.73	-0.07	-0.73	.61	.52	.00	Sí
	Ítem10	0.9	0.0	23.4	53.3	22.4	2.96	0.74	-0.51	1.15	.67	.59	.00	Sí
	Ítem11	0.9	0.9	28.0	46.7	23.4	2.91	0.80	-0.40	0.42	.68	.60	.00	Sí
D3	Ítem12	0.0	1.9	24.3	51.4	22.4	2.94	0.74	-0.20	-0.42	.62	.54	.00	Sí
	Ítem13	0.0	0.9	30.8	45.8	22.4	2.90	0.75	0.04	-0.90	.80	.78	.00	Sí
	Ítem14	0.0	0.9	30.8	43.0	25.2	2.93	0.77	0.01	-1.02	.78	.75	.00	Sí
	Ítem15	0.0	0.0	35.5	38.3	26.2	2.91	0.78	0.17	-1.35	.81	.79	.00	Sí
	Ítem16	0.0	0.0	29.0	45.8	25.2	2.96	0.74	0.06	-1.15	.74	.71	.00	Sí

Nota: FR: Formato de respuesta; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación por el método de grupos extremos ($p < .001$).

Tabla 11

Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) - Gravedad

Dimensiones	Ítems	FR					M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	id	Aceptable
		0	1	2	3	4								
D1	Ítem01	0.0	1.9	21.5	40.2	36.4	3.11	0.81	-0.43	-0.73	.66	.65	.00	Sí
	Ítem02	0.0	1.9	18.7	36.4	43.0	3.21	0.81	-0.61	-0.58	.60	.58	.00	Sí
	Ítem03	0.0	1.9	20.6	42.1	35.5	3.11	0.79	-0.44	-0.64	.60	.57	.00	Sí
	Ítem04	0.0	0.9	23.4	44.9	30.8	3.06	0.76	-0.23	-0.87	.62	.60	.00	Sí
	Ítem17	0.0	0.0	26.2	40.2	33.6	3.07	0.77	-0.13	-1.31	.54	.50	.00	Sí
	Ítem05	0.0	1.9	19.6	40.2	38.3	3.15	0.80	-0.50	-0.61	.71	.66	.00	Sí
	Ítem06	0.0	0.9	19.6	45.8	33.6	3.12	0.75	-0.34	-0.71	.62	.52	.00	Sí
D2	Ítem07	0.0	1.9	24.3	46.7	27.1	2.99	0.77	-0.24	-0.64	.63	.56	.00	Sí
	Ítem08	1.9	0.9	18.7	45.8	32.7	3.07	0.85	-0.97	1.65	.52	.51	.00	Sí
	Ítem09	0.0	0.9	29.0	40.2	29.9	2.99	0.80	-0.10	-1.12	.65	.58	.00	Sí
	Ítem10	0.0	0.0	17.8	54.2	28.0	3.10	0.67	-0.12	-0.76	.51	.51	.00	Sí
	Ítem11	0.9	0.9	21.5	37.4	39.3	3.13	0.85	-0.73	0.36	.62	.55	.00	Sí
	Ítem12	0.0	0.0	24.3	46.7	29.0	3.05	0.73	-0.07	-1.11	.73	.71	.00	Sí
	Ítem13	0.0	0.0	18.7	53.3	28.0	3.09	0.68	-0.12	-0.81	.57	.52	.00	Sí
D3	Ítem14	0.0	0.9	22.4	47.7	29.0	3.05	0.75	-0.22	-0.75	.64	.61	.00	Sí
	Ítem15	0.0	0.9	17.8	45.8	35.5	3.16	0.74	-0.41	-0.61	.63	.60	.00	Sí
	Ítem16	0.0	0.9	21.5	43.9	33.6	3.10	0.76	-0.31	-0.83	.63	.59	.00	Sí

Nota: FR: Formato de respuesta; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación por el método de grupos extremos ($p < .001$).

Tabla 12

Análisis estadístico de los ítems del Inventario (BDI-II)

Dimensiones	Ítems	FR				M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	id	Aceptable
		0	1	2	3								
D1	Ítem01	0.0	11.2	56.1	32.7	2.21	0.63	-0.20	-0.58	.67	.72	.00	Sí
	Ítem02	0.0	14.0	60.7	25.2	2.11	0.62	-0.07	-0.39	.59	.64	.00	Sí
	Ítem03	0.0	14.0	57.9	28.0	2.14	0.64	-0.13	-0.54	.55	.67	.00	Sí
	Ítem04	0.9	10.3	51.4	37.4	2.25	0.67	-0.54	0.08	.53	.71	.00	Sí
	Ítem05	0.0	9.3	60.7	29.9	2.21	0.60	-0.09	-0.37	.62	.84	.00	Sí
	Ítem06	0.0	27.1	41.1	31.8	2.05	0.77	-0.08	-1.30	.53	.65	.00	Sí
	Ítem07	0.0	18.7	57.9	23.4	2.05	0.65	-0.05	-0.59	.71	.84	.00	Sí
	Ítem08	0.0	12.1	56.1	31.8	2.20	0.64	-0.19	-0.59	.63	.77	.00	Sí
	Ítem09	22.4	39.3	13.1	25.2	1.41	1.10	0.30	-1.24	.66	.84	.00	Sí
	Ítem10	0.0	7.5	59.8	32.7	2.25	0.58	-0.10	-0.44	.69	.73	.00	Sí
	Ítem11	0.0	12.1	58.9	29.0	2.17	0.62	-0.13	-0.47	.73	.82	.00	Sí
	Ítem12	0.0	7.5	60.7	31.8	2.24	0.58	-0.08	-0.40	.69	.75	.00	Sí
	Ítem13	0.0	10.3	59.8	29.9	2.20	0.61	-0.12	-0.42	.68	.82	.00	Sí
	Ítem14	0.0	9.3	62.6	28.0	2.19	0.59	-0.05	-0.27	.52	.74	.00	Sí
	Ítem15	0.0	7.5	65.4	27.1	2.20	0.56	0.05	-0.12	.69	.85	.00	Sí
	Ítem16	0.0	27.1	41.1	31.8	2.30	0.57	-0.09	-0.55	.52	.62	.00	Sí
	Ítem17	0.0	6.5	58.9	34.6	2.28	0.58	-0.11	-0.51	.64	.73	.00	Sí
	Ítem18	0.9	15.9	57.9	25.2	2.07	0.67	-0.28	-0.04	.67	.52	.00	Sí
	Ítem19	18.7	50.5	15.0	15.9	1.28	0.95	0.55	-0.55	.64	.85	.00	Sí
	Ítem20	0.9	15.0	55.1	29.0	2.12	0.68	-0.34	-0.15	.64	.72	.00	Sí
	Ítem21	1.9	12.1	55.1	30.8	2.15	0.70	-0.55	0.40	.60	.71	.00	Sí

Nota: FR: Formato de respuesta; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación por el método de grupos extremos ($p < .001$).

Tabla 13

Análisis estadístico de los ítems del Instrumento (WAST)

Dimensiones	Ítems	FR				M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	id	Aceptable
		0	1	2	3								
D1	Ítem01	0.0	0.00	9.30	70.70	2.91	0.29	-2.83	6.14	.67	.73	.00	Sí
	Ítem02	0.0	0.00	31.80	68.20	2.68	0.47	-0.79	-1.40	.56	.84	.00	Sí
	Ítem03	0.0	0.00	36.40	63.60	2.64	0.48	-0.57	-1.71	.52	.69	.00	Sí
	Ítem04	0.9	0.90	46.70	52.30	2.51	0.52	-0.26	-1.47	.76	.71	.00	Sí
	Ítem05	0.0	0.00	27.10	72.90	2.73	0.45	-1.05	-0.93	.54	.63	.00	Sí
	Ítem06	0.0	0.90	46.70	52.30	2.51	0.52	-0.26	-1.47	.57	.75	.00	Sí
	Ítem07	0.0	0.90	42.10	57.00	2.56	0.52	-0.46	-1.32	.73	.68	.00	Sí
	Ítem08	0.0	6.50	47.70	45.80	2.39	0.61	-0.47	-0.63	.77	.74	.00	Sí

Nota: FR: Formato de respuesta; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad; ID: Índice de discriminación por el método de grupos extremos ($p < .001$).

Tabla 14

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS - Frecuencia

Muestra	n=107	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
		χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	Valores	1.504	.047	.048	.953	.952	.944	.901
aceptables	Guerra et al.							
	(2013)	≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: X²: Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; X²/gl: Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker-Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 15

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS - Gravedad

Muestra	n=107	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
		χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original aceptables	Valores Guerra et al. (2013)	1.444	.045	.053	.905	.941	.931	.934
		≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker- Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 16

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Inventario (BDI-II)

Muestra	n=107	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
		χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original aceptables	Valores Sánchez-Villena et al. (2022)	1.488	.045	.051	.900	.910	.900	.773
		≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker- Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 17

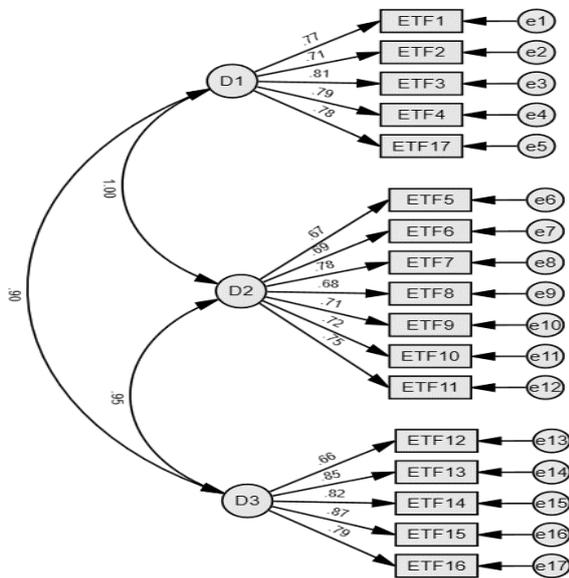
Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Instrumento (WAST)

Muestra	n=107	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
		χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original aceptables	Valores Binfa et al. (2018)	2..232	.016	.013	.902	.927	.918	.908
		≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker- Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Figura 1.

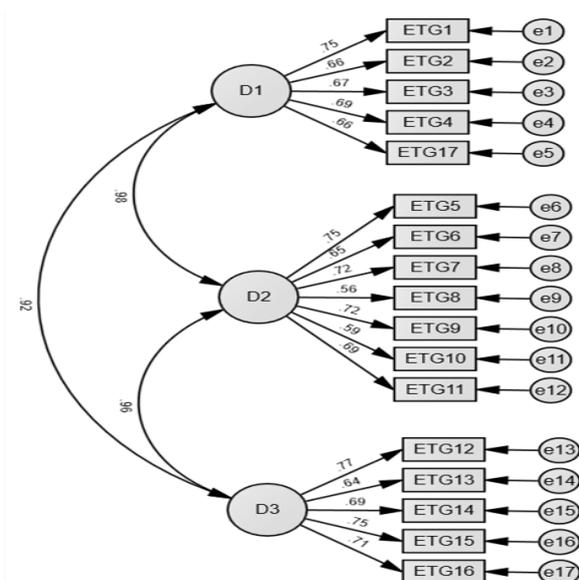
Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala (DTS) subescala Frecuencia



Se examinó el ajuste del modelo de tres dimensiones mediante el AFC (n = 107).

Figura 2.

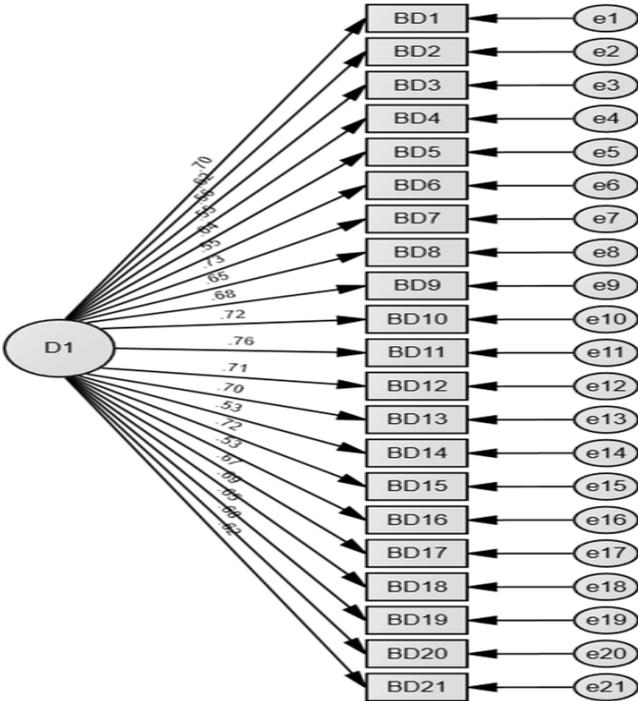
Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala DTS subescala Gravedad



Se examinó el ajuste del modelo de tres dimensiones mediante el AFC (n = 107).

Figura 3.

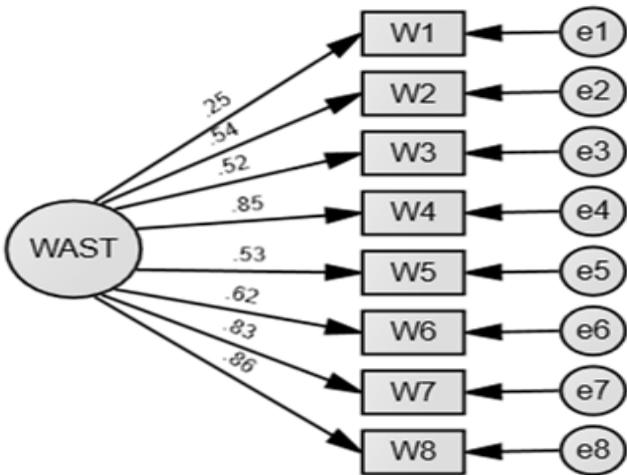
Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del Inventario (BDI-II)



Se examinó el ajuste del modelo unidimensional mediante el AFC (n = 107).

Figura 4.

Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del Instrumento (WAST)



Se examinó el ajuste del modelo unidimensional mediante el AFC (n = 107).

Tabla 18

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) - F

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
D1	5	.88	.88
D2	7	.88	.88
D3	5	.90	.90

Tabla 19

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) - G

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
D1	5	.82	.82
D2	7	.85	.85
D3	5	.84	.84

Tabla 20

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Inventario (BDI-II)

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
General	21	.94	.94

Tabla 21

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Instrumento (WAST)

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
General	8	.85	.85

Anexo 8: Criterio de jueces expertos

Tabla 22

Jueces expertos

JUEZ	NOMBRE	GRADO	CARGO
1	DÍAZ GAMARRA PATRICIA C.Ps.P. 8057	DOCTOR EN PSICOLOGÍA	DOCENTE UNIVERSITARIA UCV
2	HURTADO ZAMUDIO JESUS PÁNFILO C.Ps.P. 15769	Ph.D. MAJOR IN PSYCHOLOGY	EJERCE CÁTEDRA UNIVERSITARIA PSICÓLOGO CLÍNICO
3	CUBAS PETI MARÍA MILAGROS C.Ps.P. 21036	DOCTOR EN PSICOLOGÍA	DOCENTE UNIVERSITARIA UCV
4	VILLAVICENCIO FLORES JULIA MAXIMINA C.Ps.P. 0110691343	MAGISTER EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA	DOCENTE – COORDINADORA DE GRADO
5	AGUIRRE BALBOA LIZBETH YESSENIA C.Ps.P. 24148	MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA	PSICÓLOGA CLÍNICA

Criterios solicitados para elección de jueces expertos:

1. Ser psicólogo habilitado
2. Ser Magister y/o Doctor
3. Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)
4. Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)

N°	JUEZ EXPERTO	CRITERIOS	SÍ	NO
1	Dra. DÍAZ GAMARRA PATRICIA (C.Ps.P. 8057)	Ser psicólogo habilitado	X	
		Ser Magister y/o Doctor	X	
		Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
		Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	
CRITERIOS			SÍ	NO
2	Dr. HURTADO ZAMUDIO JESUS PÁNFILO (C.Ps.P. 15769)	Ser psicólogo habilitado	X	
		Ser Magister y/o Doctor	X	
		Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
		Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

		CRITERIOS	SÌ	NO
3	Dra. CUBAS PETI MARÍA MILAGROS (C.Ps.P. 21036)	Ser psicólogo habilitado	X	
		Ser Magister y/o Doctor	X	
		Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
		Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	
		CRITERIOS	SÌ	NO
4	Mg. VILLAVICENCIO FLORES JULIA MAXIMINA (C.Ps.P. 0110691343)	Ser psicólogo habilitado	X	
		Ser Magister y/o Doctor	X	
		Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
		Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	
		CRITERIOS	SÌ	NO
5	Mg. AGUIRRE BALBOA LIZBETH YESSENIA (C.Ps.P. 24148)	Ser psicólogo habilitado	X	
		Ser Magister y/o Doctor	X	
		Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
		Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

Anexo 9: Resultados muestra final

Tabla 23

Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) - Frecuencia

D	Ítems	FR					M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	Ítems																
		0	1	2	3	4							1	2	3	4	17	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
D1	1	0.0	1.04	22.80	51.81	24.35	3.00	0.72	-0.16	-0.61	.82	.79	1	.72	.78	.61	.61	.62	.58	.66	.5	.52	.57	.59	.48	.6	.54	.63	.59
	2	0.0	2.07	21.76	50.26	25.91	3.00	0.75	-0.30	-0.45	.72	.59	.72	1	.65	.56	.5	.58	.51	.54	.49	.44	.42	.53	.43	.56	.44	.48	.49
	3	0.0	2.59	20.73	52.33	24.35	2.98	0.75	-0.35	-0.24	.78	.70	.78	.65	1	.63	.54	.67	.53	.59	.5	.57	.5	.57	.44	.5	.51	.52	.6
	4	0.0	2.59	21.24	53.89	22.28	2.96	0.74	-0.33	-0.18	.72	.58	.61	.56	.63	1	.65	.56	.62	.65	.59	.67	.52	.64	.53	.61	.61	.55	.58
	17	0.0	0.52	25.39	47.67	26.42	3.00	0.74	-0.08	-0.95	.67	.49	.61	.5	.54	.65	1	.47	.63	.73	.54	.65	.53	.62	.53	.72	.72	.75	.64
	5	0.0	3.11	22.28	47.67	26.94	2.98	0.79	-0.36	-0.45	.66	.49	.62	.58	.67	.56	.47	1	.58	.63	.47	.45	.5	.55	.41	.51	.54	.54	.56
	6	0.0	2.07	22.28	54.92	20.73	2.94	0.72	-0.26	-0.22	.68	.52	.58	.51	.53	.62	.63	.58	1	.65	.53	.45	.51	.54	.46	.57	.53	.58	.45
D2	7	0.0	1.55	25.39	46.63	26.42	2.98	0.76	-0.18	-0.77	.82	.77	.66	.54	.59	.65	.73	.63	.65	1	.57	.68	.59	.7	.5	.68	.64	.7	.57
	8	0.0	3.11	23.32	51.30	22.28	2.93	0.76	-0.30	-0.32	.67	.51	.5	.49	.5	.59	.54	.47	.53	.57	1	.59	.58	.49	.54	.56	.5	.55	.51
	9	0.0	1.55	23.32	49.22	25.91	3.00	0.75	-0.22	-0.62	.69	.53	.52	.44	.57	.67	.65	.45	.45	.68	.59	1	.54	.58	.56	.6	.6	.65	.54
	10	0.0	1.55	17.10	55.96	25.39	3.05	0.70	-0.34	-0.09	.69	.53	.57	.42	.5	.52	.53	.5	.51	.59	.58	.54	1	.6	.53	.7	.63	.67	.59
	11	0.0	1.55	23.32	50.26	24.87	2.98	0.74	-0.21	-0.58	.73	.60	.59	.53	.57	.64	.62	.55	.54	.7	.49	.58	.6	1	.53	.63	.62	.68	.6
	12	2.03	18.78	53.81	23.35	2.03	3.01	0.72	-0.34	-0.13	.68	.51	.48	.43	.44	.53	.53	.41	.46	.5	.54	.56	.53	.53	1	.63	.6	.62	.55
	13	0.52	1.04	23.83	52.33	22.28	2.95	0.74	-0.38	0.33	.83	.79	.6	.56	.5	.61	.72	.51	.57	.68	.56	.6	.7	.63	.63	1	.72	.76	.73
D3	14	1.53	22.45	48.47	26.02	1.53	3.01	0.75	-0.23	-0.61	.77	.66	.54	.44	.51	.61	.72	.54	.53	.64	.5	.6	.63	.62	.6	.72	1	.71	.64
	15	1.03	26.67	48.72	22.56	1.03	2.94	0.73	-0.06	-0.77	.82	.76	.63	.48	.52	.55	.75	.54	.58	.7	.55	.65	.67	.68	.62	.76	.71	1	.71
	16	0.52	1.55	21.24	52.33	24.35	2.98	0.75	-0.48	0.45	.76	.64	.59	.49	.6	.58	.64	.56	.45	.57	.51	.54	.59	.6	.55	.73	.64	.71	1

Nota: D: Dimensiones; FR: Formato de respuesta; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad.

Tabla 24

Análisis estadístico de los ítems de la Escala (DTS) - Gravedad

D	Ítems	FR					M	DE	g ¹	g ²	IHC	h ²	Ítems																
		0	1	2	3	4							1	2	3	4	17	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
D1	1	2.03	18.27	47.21	30.46	2.03	3.08	0.76	-0.42	-0.39	.75	.71	1	.63	.62	.62	.49	.62	.56	.61	.5	.59	.58	.52	.58	.55	.52	.61	.62
	2	2.53	21.72	35.35	37.88	2.53	3.11	0.84	-0.48	-0.79	.65	.52	.63	1	.53	.48	.46	.6	.44	.54	.5	.45	.4	.5	.4	.43	.39	.45	.54
	3	2.03	21.32	42.13	32.49	2.03	3.07	0.79	-0.38	-0.69	.68	.57	.62	.53	1	.57	.47	.58	.54	.51	.44	.51	.41	.48	.53	.45	.44	.51	.54
	4	0.52	1.55	23.83	47.15	26.94	2.98	0.79	-0.42	0.03	.65	.52	.62	.48	.57	1	.43	.6	.64	.44	.57	.49	.42	.42	.41	.42	.48	.42	.43
	17	0.52	23.71	42.78	32.47	0.52	3.08	0.76	-0.20	-1.07	.56	.37	.49	.46	.47	.43	1	.52	.53	.61	.49	.56	.46	.64	.59	.65	.67	.64	.62
	5	2.53	18.69	39.90	36.36	2.53	3.13	0.81	-0.53	-0.53	.72	.61	.62	.6	.58	.6	.52	1	.49	.7	.41	.64	.48	.58	.54	.42	.51	.55	.65
	6	3.02	18.09	46.73	29.15	3.02	3.05	0.78	-0.48	-0.27	.66	.49	.56	.44	.54	.64	.53	.49	1	.48	.61	.52	.45	.5	.49	.49	.52	.54	.46
D2	7	2.03	19.29	46.70	29.95	2.03	3.07	0.76	-0.39	-0.46	.72	.62	.61	.54	.51	.44	.61	.7	.48	1	.38	.66	.51	.58	.62	.6	.59	.57	.59
	8	1.04	2.59	16.06	49.74	30.57	3.06	0.81	-0.86	1.15	.61	.41	.5	.5	.44	.57	.49	.41	.61	.38	1	.55	.47	.43	.46	.46	.4	.47	.48
	9	1.53	25.51	40.31	31.12	1.53	3.03	0.80	-0.23	-0.97	.74	.64	.59	.45	.51	.49	.56	.64	.52	.66	.55	1	.5	.52	.61	.57	.49	.54	.63
	10	1.53	13.27	51.53	32.14	1.53	3.16	0.71	-0.50	-0.02	.60	.41	.58	.4	.41	.42	.46	.48	.45	.51	.47	.5	1	.43	.53	.59	.51	.54	.55
	11	1.53	18.37	43.37	35.20	1.53	3.14	0.77	-0.45	-0.59	.65	.49	.52	.5	.48	.42	.64	.58	.5	.58	.43	.52	.43	1	.43	.48	.6	.67	.51
	12	1.03	18.97	48.21	30.77	1.03	3.10	0.73	-0.31	-0.62	.78	.72	.58	.4	.53	.41	.59	.54	.49	.62	.46	.61	.53	.43	1	.56	.63	.7	.67
	13	0.52	0.52	17.62	49.74	31.61	3.11	0.74	-0.56	0.50	.67	.51	.55	.43	.45	.42	.65	.42	.49	.6	.46	.57	.59	.48	.56	1	.59	.52	.6
D3	14	1.53	18.88	45.41	32.65	1.53	3.11	0.76	-0.40	-0.58	.72	.60	.52	.39	.44	.48	.67	.51	.52	.59	.4	.49	.51	.6	.63	.59	1	.56	.63
	15	1.53	17.35	47.96	31.63	1.53	3.11	0.74	-0.41	-0.42	.69	.55	.61	.45	.51	.42	.64	.55	.54	.57	.47	.54	.54	.67	.7	.52	.56	1	.54
	16	0.52	2.07	16.06	46.63	34.72	3.13	0.79	-0.74	0.56	.73	.62	.62	.54	.54	.43	.62	.65	.46	.59	.48	.63	.55	.51	.67	.6	.63	.54	1

Nota: D: Dimensiones; FR: Formato de respuesta; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h²: Comunalidad.

Tabla 25

Análisis estadístico de los ítems del Inventario (BDI-II)

D	Ítems	FR				M	DE	g1	g2	IHC	h ²	Ítems																				
		0	1	2	3							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	1	0.52	8.81	56.48	34.20	2.24	0.63	-0.36	-0.06	.71	.55	1	.53	.48	.39	.5	.38	.6	.42	.44	.53	.48	.49	.47	.3	.47	.39	.46	.47	.4	.5	.36
	2	11.06	41.94	35.94	11.06	2.28	0.67	-0.39	-0.83	.65	.46	.53	1	.5	.56	.42	.4	.57	.43	.34	.46	.57	.35	.57	.36	.38	.24	.43	.33	.35	.39	.06
	3	8.96	45.75	36.32	8.96	2.30	0.64	-0.36	-0.72	.60	.39	.48	.5	1	.47	.45	.39	.55	.22	.28	.43	.39	.43	.5	.41	.18	.29	.4	.42	.4	.36	.13
	4	0.52	8.29	47.15	44.04	2.35	0.65	-0.60	-0.15	.52	.30	.39	.56	.47	1	.43	.22	.41	.39	.26	.41	.17	.34	.49	.25	.27	.24	.41	.31	.24	.35	.07
	5	8.10	48.10	35.71	8.10	2.30	0.62	-0.31	-0.69	.60	.39	.5	.42	.45	.43	1	.31	.43	.39	.41	.46	.48	.42	.39	.3	.39	.35	.43	.26	.31	.36	.19
	6	0.52	13.47	32.64	53.37	2.39	0.74	-0.83	-0.43	.51	.29	.38	.4	.39	.22	.31	1	.5	.33	.34	.25	.35	.32	.45	.33	.36	.16	.29	.37	.45	.29	.12
	7	0.52	8.29	52.85	38.34	2.29	0.64	-0.45	-0.11	.71	.56	.6	.57	.55	.41	.43	.5	1	.45	.41	.54	.56	.33	.45	.44	.55	.29	.44	.38	.47	.52	.2
	8	6.31	46.60	40.78	6.31	2.37	0.61	-0.39	-0.69	.55	.33	.42	.43	.22	.39	.39	.33	.45	1	.27	.37	.46	.27	.37	.29	.39	.3	.39	.32	.46	.48	.12
	9	16.06	35.75	16.06	32.12	1.64	1.10	0.00	-1.39	.60	.38	.44	.34	.28	.26	.41	.34	.41	.27	1	.5	.4	.39	.37	.44	.42	.55	.48	.4	.5	.19	.26
	10	5.85	47.32	40.98	5.85	2.37	0.60	-0.37	-0.70	.68	.50	.53	.46	.43	.41	.46	.25	.54	.37	.5	1	.49	.37	.49	.33	.47	.47	.48	.45	.4	.51	.26
D1	11	6.76	48.31	38.16	6.76	2.34	0.61	-0.33	-0.69	.64	.46	.48	.57	.39	.17	.48	.35	.56	.46	.4	.49	1	.4	.31	.23	.36	.25	.51	.53	.48	.58	.24
	12	6.76	53.62	32.85	6.76	2.28	0.59	-0.16	-0.59	.58	.36	.49	.35	.43	.34	.42	.32	.33	.27	.39	.37	.4	1	.31	.36	.42	.34	.53	.42	.34	.36	.26
	13	0.52	7.25	49.22	43.01	2.35	0.64	-0.56	-0.06	.65	.45	.47	.57	.5	.49	.39	.45	.45	.37	.37	.49	.31	.31	1	.31	.34	.46	.44	.54	.38	.34	.33
	14	6.76	51.21	35.27	6.76	2.31	0.60	-0.24	-0.65	.51	.28	.3	.36	.41	.25	.3	.33	.44	.29	.44	.33	.23	.36	.31	1	.37	.25	.28	.37	.38	.34	.28
	15	3.02	55.78	38.19	3.02	2.36	0.54	-0.03	-0.91	.58	.36	.47	.38	.18	.27	.39	.36	.55	.39	.42	.47	.36	.42	.34	.37	1	.32	.38	.32	.36	.41	.3
	16	11.87	42.92	33.33	11.87	2.24	0.68	-0.33	-0.85	.53	.29	.39	.24	.29	.24	.35	.16	.29	.3	.55	.47	.25	.34	.46	.25	.32	1	.39	.59	.3	.19	.43
	17	6.31	50.00	37.38	6.31	2.33	0.60	-0.28	-0.68	.66	.46	.46	.43	.4	.41	.43	.29	.44	.39	.48	.48	.51	.53	.44	.28	.38	.39	1	.48	.37	.47	.31
	18	0.52	12.95	59.07	27.46	2.14	0.64	-0.24	-0.15	.65	.44	.47	.33	.42	.31	.26	.37	.38	.32	.4	.45	.53	.42	.54	.37	.32	.59	.48	1	.43	.43	.45
	19	7.25	27.46	31.61	33.68	1.92	0.95	-0.35	-0.98	.59	.38	.4	.35	.4	.24	.31	.45	.47	.46	.5	.4	.48	.34	.38	.38	.36	.3	.37	.43	1	.43	.16
	20	0.52	7.77	54.40	37.31	2.29	0.63	-0.42	-0.05	.61	.41	.5	.39	.36	.35	.36	.29	.52	.48	.19	.51	.58	.36	.34	.34	.41	.19	.47	.43	.43	1	.34
	21	0.52	19.69	58.03	21.76	2.01	0.66	-0.12	-0.39	.37	.15	.36	.06	.13	.07	.19	.12	.2	.12	.26	.26	.24	.26	.33	.28	.3	.43	.31	.45	.16	.34	1

Nota: D: Dimensiones; FR: Formato de respuesta; g1: coeficiente de asimetría de Fisher; g2: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida; h2: Comunalidad

Tabla 26

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS - Frecuencia

Muestra / n=193	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original Valores aceptables Guerra et al. (2013)	2.07	.08	.05	.95	.97	.97	.90
	≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker- Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 27

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la Escala DTS - Gravedad

Muestra / n=193	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original Valores aceptables Guerra et al. (2013)	1.91	.07	.06	.91	.97	.97	.93
	≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker- Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 28

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Inventario (BDI-II)

Muestra / n=193	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	χ^2/gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original aceptables	1.48	.05	.07	.96	.96	.96	.77
Valores Sánchez-Villena et al. (2022)	≤ 3	$\leq .05$	$\leq .05$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$	$\geq .90$

Nota: χ^2 : Chi-cuadrado robusto; gl: Grados de libertad; χ^2/gl : Chi-cuadrado sobre grado de libertad robusto; CFI: Índice de ajuste comparativo; TLI: Índice Tucker-Lewis; SRMR: Raíz residual estandarizada cuadrática media; RMSEA: Raíz cuadrada del error medio cuadrático. Se omite el nivel de probabilidad asociado a todos los χ^2 de la tabla ($p < .05$).

Tabla 29

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) - F

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
D1	5	.86	.86
D2	7	.87	.87
D3	5	.87	.87

Tabla 30

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald de la Escala (DTS) - G

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
D1	5	.82	.82
D2	7	.87	.87
D3	5	.85	.85

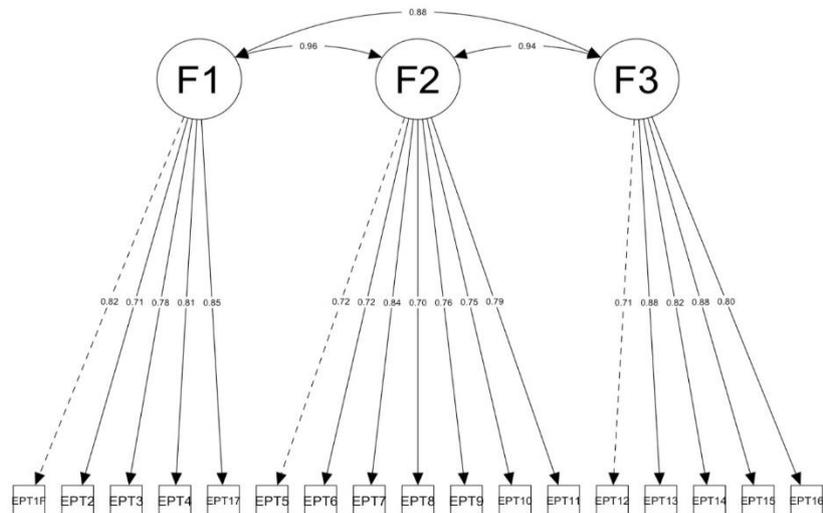
Tabla 31

Evidencias de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald del Inventario (BDI-II)

	N° de ítems	Coeficiente alfa de Cronbach (α)	Coeficiente omega de McDonald (ω)
General	21	.92	.92

Figura 5.

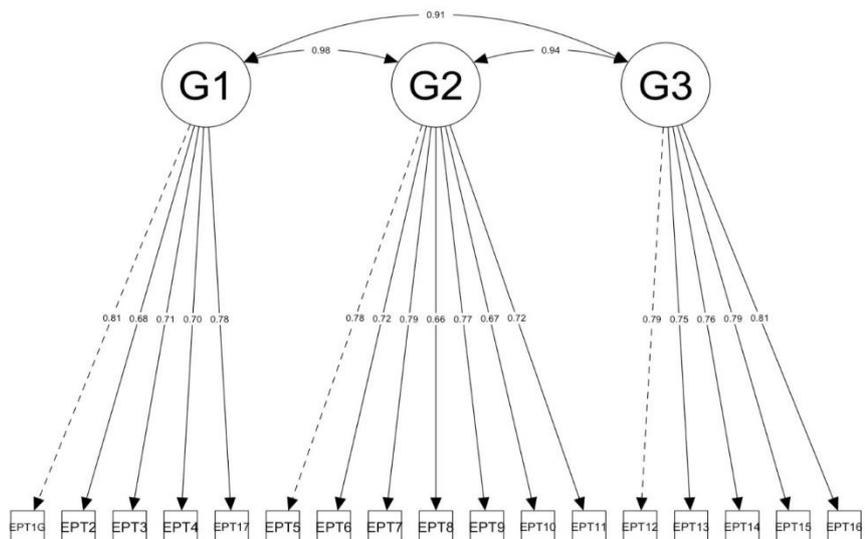
Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala (DTS) subescala Frecuencia



Se examinó el ajuste del modelo de tres dimensiones mediante el AFC (n = 193).

Figura 6.

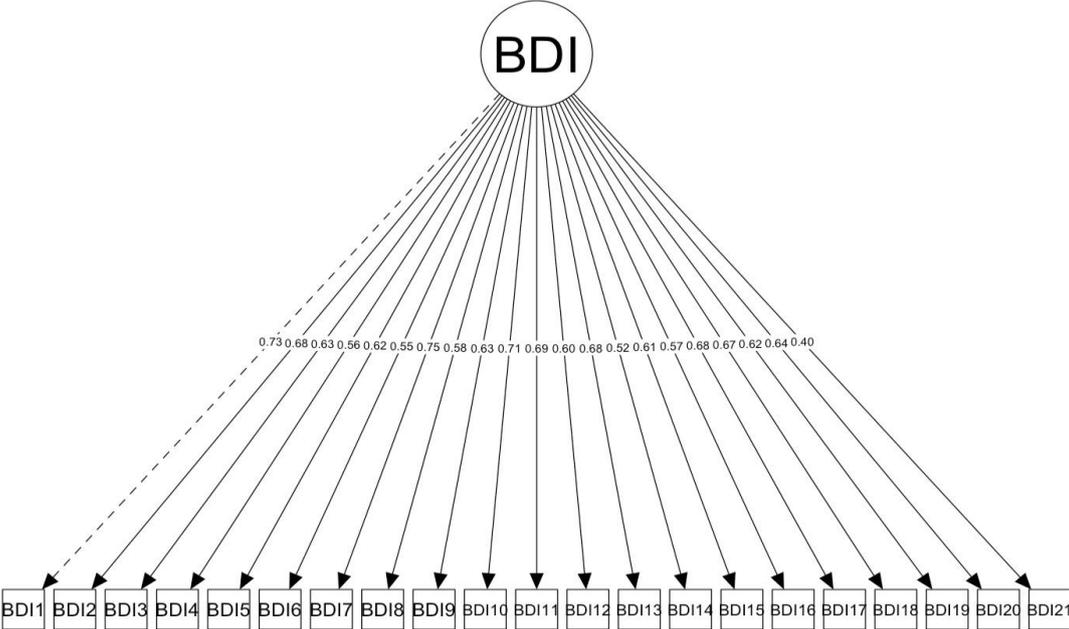
Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico de la Escala DTS subescala Gravedad



Se examinó el ajuste del modelo de tres dimensiones mediante el AFC (n = 193).

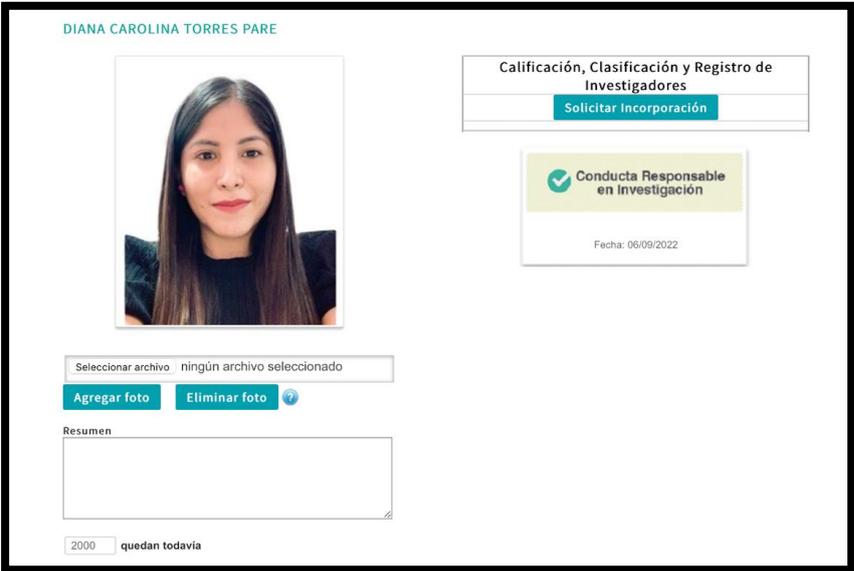
Figura 7.

Análisis factorial confirmatorio del modelo teórico del Inventario (BDI-II)

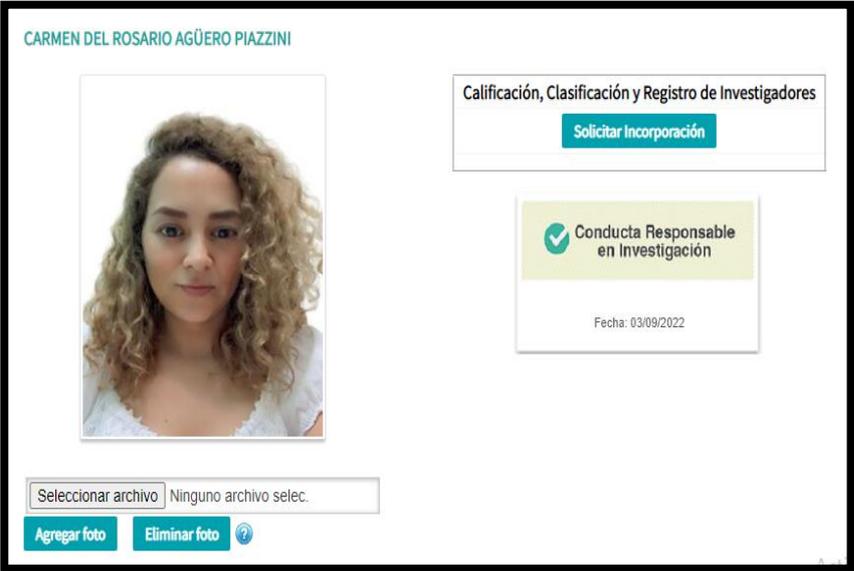


Se examinó el ajuste del modelo unidimensional mediante el AFC (n = 193).

Anexo 10: Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación



Enlace: https://ctivtae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=307065



Enlace: https://ctivtae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=306509