



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en la depresión de
mujeres víctimas de violencia, San Juan de Lurigancho, 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctor en Psicología**

AUTOR:

Perez Perez, Miguel Angel (ORCID: 0000-0002-7333-9879)

ASESOR:

Dr. Guerra Torres, Dwithg Ronnie (ORCID: 0000-0002-4263-8251)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LIMA - PERÚ

2021

DEDICATORIA

La gesta y el fruto de esta investigación se lo debo a mis padres y en especial a mi madre por ser ejemplo de vida y de amor por sus hijos.

AGRADECIMIENTO

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente sumando con su aporte al desarrollo y culminación de la presente indagación. De modo muy especial a todas las participantes que contribuyeron desinteresadamente y al personal del centro de salud, así como también a la colega Noemí Julca por sus valiosas contribuciones.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Resumo	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	12
III. METODOLOGÍA	41
3.1 Tipo y diseño de investigación	41
3.2 Operacionalización de las variables	41
3.3 Población, muestra y muestreo	45
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.5 Procedimientos	49
3.6 Método de análisis de datos	49
3.7 Aspectos éticos	50
IV. RESULTADOS	51
V. DISCUSIÓN	73
VI. CONCLUSIONES	77
VII. RECOMENDACIONES	81
VIII. PROPUESTA	82
REFERENCIAS	85
ANEXOS	92

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Matriz de operacionalización de la variable estrategias de Afrontamiento	42
Tabla 2: Matriz de operacionalización de la variable calidad de vida	43
Tabla 3: Matriz de operacionalización de la variable depresión	44
Tabla 4: Distribución de la población	45
Tabla 5: Consistencia interna de Estrategias de Afrontamiento	48
Tabla 6: Consistencia interna de Calidad de vida	49
Tabla 7: Consistencia interna de Depresión	49
Tabla 8: Distribución de frecuencia de la variable Depresión	51
Tabla 9: Distribución de frecuencia de la variable Estrategias de Afrontamiento	52
Tabla 10: Distribución de frecuencia de la variable Calidad de vida	53
Tabla 11: Distribución de frecuencias de las dimensiones de Estrategias de Afrontamiento	54
Tabla 12: Distribución de frecuencias de las dimensiones de calidad de Vida	55
Tabla 13: Información de ajuste de los modelos HG	56
Tabla 14: Pseudo R cuadrado HG	57
Tabla 15: Información de ajuste de los modelos HE 1	57
Tabla 16: Pseudo R cuadrado HE 1	58
Tabla 17: Información de ajuste de los modelos HE 2	58
Tabla 18: Pseudo R cuadrado HE 2	59
Tabla 19: Información de ajuste de los modelos HE 3	59
Tabla 20: Pseudo R cuadrado HE 3	60
Tabla 21: Información de ajuste de los modelos HE 4	60
Tabla 22: Pseudo R cuadrado	61

Tabla 23: Información de ajuste de los modelos HE 5	61
Tabla 24: Pseudo R cuadrado HE 5	62
Tabla 25: Información de ajuste de los modelos HE 6	62
Tabla 26: Pseudo R cuadrado HE 6	63
Tabla 27: Información de ajuste de los modelos HE 7	63
Tabla 28: Pseudo R cuadrado HE 7	64
Tabla 29: Información de ajuste de los modelos HE 8	64
Tabla 30: Pseudo R cuadrado H8	65
Tabla 31: Información de ajustes de los modelos HE 9	65
Tabla 32: Pseudo R cuadrado HE 9	66
Tabla 33: Información de ajuste de los modelos HE 10	66
Tabla 34: Pseudo R cuadrado HE 10	67
Tabla 35: Información de ajuste de los modelos HE 11	67
Tabla 36: Pseudo R cuadrado HE 11	68
Tabla 37: Información de ajuste de los modelos HE 12	68
Tabla 38: Pseudo R cuadrado HE 12	69
Tabla 39: Información de ajuste de los modelos HE 13	69
Tabla 40: Pseudo R cuadrado HE 13	70
Tabla 41: Información de ajuste de los modelos HE 14	70
Tabla 42: Pseudo R cuadrado HE 14	71
Tabla 43: Información de ajuste de los modelos HE 15	71
Tabla 44: Pseudo R cuadrado HE 15	72

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Esquema del proceso de afrontamiento frente al estrés	26
Figura 2: Diagrama de la respuesta cognitiva y conductual de la persona frente al afrontamiento	28
Figura 3: Diagrama de la respuesta del afrontamiento	31
Figura 4: Diagrama de la dinámica del trastorno depresivo	35
Figura 5: Diagrama de los factores críticos que agravan la depresión	39
Figura 6: Distribución porcentual de la variable depresión	51
Figura 7: Distribución porcentual de la variable Estrategias de Afrontamiento	52
Figura 8: Distribución porcentual de la variable Calidad de vida	53
Figura 9: Distribución porcentual de las dimensiones de Estrategia de Afrontamiento	54
Figura 10: Distribución porcentual de las dimensiones de Calidad de vida	55

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar en qué medida las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de la zona este de la ciudad de Lima en donde se presentaron la mayor cantidad de casos de acuerdo a los reportes oficiales del gobierno nacional. El tipo de investigación fue básica, correlacional causal y el diseño de la investigación no experimental en razón a que no hubo manipulación de la variable independiente y porque, además, las causas y los efectos fueron anteriores al inicio de la indagación. Asimismo, la población de estudio estuvo compuesta por 82 participantes de sexo femenino atendidas en el consultorio de psicología. Se aplicó el censo. En cuanto a los hallazgos se encontró que el valor de $\text{sig} = 0.348 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Vale decir, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja. Sin embargo, se encontró incidencia de las dimensiones autocrítica, expresión emocional y salud en la depresión con valores de $\text{sig} = 0.025 < 0.05$, $0.040 < 0.05$ y $0.005 < 0.05$ respectivamente.

Palabras claves: *estrategias de afrontamiento, calidad de vida, depresión.*

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine to what extent coping strategies and quality of life affect the depression of women who are victims of intimate partner or ex-partner violence and who are treated in the psychology service of a health center in the eastern part of Lima, where most cases occurred according to official reports from the national government. The type of research was basic, causal correlation and the design of the non-experimental research because there was no manipulation of the independent variable and because, in addition, the causes and effects were prior to the beginning of the investigation. Likewise, the study population was composed of 82 female participants who were seen in the psychology office. The census was applied. As for the findings, it was found that the value of $\text{sig} = 0.348 > 0.05$, so the H_0 was accepted. In other words, coping strategies and quality of life do not affect the depression of women who are victims of partner or ex-partner violence. However, we found incidence of the self-critical, emotional expression and health dimensions in depression with values of $\text{sig} = 0.025 < 0.05$, $0.040 < 0.05$ and $0.005 < 0.05$ respectively.

Keywords: *coping strategies, quality of life, depression*

RESUMO

O objectivo desta investigação era determinar até que ponto as estratégias de sobrevivência e a qualidade de vida afectam a depressão das mulheres vítimas de violência de parceiros íntimos ou ex-parceiros e que são tratadas no serviço de psicologia de um centro de saúde na parte oriental de Lima, onde a maioria dos casos ocorreram de acordo com relatórios oficiais do governo nacional. O tipo de investigação foi básico, a correlação causal e o desenho da investigação não experimental deveu-se ao facto de não ter havido manipulação da variável independente e porque, além disso, as causas e efeitos foram anteriores ao início da investigação. Da mesma forma, a população do estudo era composta por 82 participantes do sexo feminino no gabinete de psicologia. O recenseamento foi aplicado. Quanto aos resultados, descobrimos que o valor da $IG = 0,348 > 0,05$, pelo que o H_0 foi aceite. Por outras palavras, as estratégias de sobrevivência e a qualidade de vida não afectam a depressão das mulheres vítimas de violência de parceiros ou ex-parceiros. Contudo, a incidência das dimensões auto-crítica, de expressão emocional e de saúde na depressão foi encontrada com valores de $g_s = 0,025 < 0,05$, $0,040 < 0,05$ e $0,005 < 0,05$ respectivamente.

Palavras-chave: *estratégias de sobrevivência, qualidade de vida, depressão.*

I. INTRODUCCIÓN

Realidad problemática

La violencia de género aumentó sus cifras pese a las políticas de gobierno desplegadas en los últimos años. Este esfuerzo parece ser insuficiente en razón a los esfuerzos que demanda una intervención conjunta de los actores involucrados en su solución del problema. Como parte de esta discusión uno de los pioneros en abrir el debate fue el iniciado por la filosofía con el debate de la condición humana y el tema de género, así como también los alcances de la psicología en la comprensión de la conducta y de las terapias encaminadas a tratar a los pacientes afectados. El ámbito jurídico también ha hecho lo suyo con la positivización normativa, así como otras ciencias que han tratado de responder cuáles son los factores que dan origen a esta forma de violencia y cuáles son los mecanismos más adecuados para prevenir y enfrentar el problema.

En ese contexto han intervenido distintas voces. Una de ellas es la propuesta en la esfera pública por la Junta de Galicia-España (2018), en donde la cuestión ha sido definida de tal modo que demarca el sentido de este tipo de violencia como aquella que está dirigida hacia la mujer en el ámbito psicológico, físico o sexual. Ello incluye, además, si estos hechos han ocurrido en la esfera personal, familiar o pública.

Sin embargo, a pesar de contar con una legislación que sanciona penalmente a este tipo de delitos con una pena elevada, parece no ser suficiente para frenar su incidencia incluyendo los esfuerzos y la sensibilidad que tiene actualmente la población frente a este tipo de hechos reprobados a nivel mundial. Su recurrencia nos pone al frente de una labor compleja que quizás no basta o dependa solamente de una tarea de carácter punitivo, sino que también demanda un abordaje integral si pretendemos ganar terreno o aspirar a mejorar el panorama actual.

Uno de ellos es el referido a la salud mental y de cómo, a pesar de la grave afectación que marca a la víctima a lo largo de su vida y de que algunas veces termina lamentablemente con la muerte de la agredida, amerita hacer hincapié y examinar en qué medida la calidad de vida, principalmente en poblaciones que son

más frágiles por su situación económica, y con ello el despliegue de cierto tipo de afrontamiento que pone en marcha el afectado para paliar los efectos negativos, inciden en la aparición e incremento de la depresión como uno de los trastornos más recurrentes en las personas víctimas de violencia.

Ahora bien, si nos aproximamos a la realidad del viejo continente tal vez esta no constituya el común denominador de la población, sin embargo, incluimos a la variable calidad de vida por cuanto en países como el nuestro, en donde la pobreza va de la mano de otras carencias que, según el último reporte de la institución gubernamental encargada de recabar los datos estadísticos en nuestro país (2018), muestran un aumento de la depresión en mujeres envueltas en situaciones de violencia familiar o de pareja de acuerdo a lo sostenido por el Ministerio de Salud (MINSA, 2017); lo cual se agrava muchas veces el cuadro o lo posibilita al punto de ser un factor clave para desencadenar el trastorno.

La situación no parecer ser tan distinta en Latinoamérica. Por ejemplo: Honduras y El Salvador reportaron la mayor cantidad de casos, incluido el feminicidio de acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de Naciones Unidas (ONU, 2018). Asimismo, los informes anuales de salud mental dan cuenta de que un 15% de la población hondureña sufre de un trastorno de tipo mental, cifra que puede llegar hasta un 30%. El trastorno más recurrente es la depresión, cuyo origen obedece generalmente a factores de naturaleza biológica, otras veces se desencadenan por un suceso de índole personal y en otros por el impacto que tiene la situación económica, social, económica y política del país.

Como se puede observar la atención a la salud mental en la región tiene un rol clave en la práctica de acciones de prevención y en el control de este tipo de trastornos que afectan a la población. Su descuido repercute negativamente, y es muy probable que esto se agudice en los casos en donde la salud mental se resquebraja a consecuencia de un acto de violencia como puede ser una violación sexual u otros de afectación cercana.

¿Qué alternativas proponen los gobiernos para enfrentar el problema? ¿Acaso las medidas no son efectivas y dejan vacíos respecto a cómo se está abordando la

problemática descrita? Lo positivo es que existe un consenso respecto a que se trata de un problema que involucra a la sociedad en su conjunto y en esa magnitud hay que entenderlo. Sin embargo, falta aún desplegar mayores estrategias que involucren a los distintos sectores y propongan una acción integral como se ha señalado anteriormente. Sin ir muy lejos, en Argentina, por ejemplo, del 2008 hasta el 2017 se han presentado 2679 feminicidios de acuerdo a la información proporcionada por el Grupo Informativo de Buenos Aires Económico (Infobae, 2018), situación que ha conducido al gobierno a tomar serias medidas que van desde el endurecimiento de la normativa penal hasta campañas orientadas a la opinión pública y el despliegue de acciones de sensibilización en los distintos sectores de la población. A pesar de ello todavía esto no resulta suficiente.

En nuestro país el contexto no es muy distinto. Las cifras actuales señalan un incremento de hechos de violencia contra la mujer en sus diversas modalidades, así como también de agresiones que terminaron en feminicidio. Asimismo, se ha estimado que el 80 % de pacientes con trastornos de la mente no reciben atención médica (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 32). La situación resulta de igual modo preocupante porque de un aproximado de 6 millones solamente el 20 % estaría recibiendo tratamiento, siendo la depresión y la ansiedad, de manera semejante a lo que acontece en la región de Latinoamérica, los principales trastornos mentales con más incidencia en el Perú.

Las cifras citadas por el diario el Comercio (2018), que fueron proporcionadas por el Instituto Nacional de Salud Mental, corroboran este hecho: se estima que dos millones de pobladores padecen de depresión. En la ciudad de Lima se calcula que asciende a unos 600 mil aproximadamente. Asimismo, del total de la población afectada solamente unos 500 mil reciben algún tipo de atención, lo cual deja a 1,5 millones (25%) sin ningún tipo de tratamiento médico.

Ahora bien, qué sucede si estos trastornos se presentan a consecuencia de un acto de violencia sexual o de otros eventos con características similares. Allí no es suficiente llevar a la víctima a un centro de salud, en esos casos se requiere de un acompañamiento sostenido en el tiempo. Es por ello que resulta clave el tratamiento

del paciente, y entre otros objetivos el desarrollo de estrategias de afrontamiento, las cuales son direccionadas por los especialistas y tienen como propósito, además, afrontar las consecuencias del evento traumático.

De especial interés y preocupación es lo que sucede en San Juan de Lurigancho, distrito de la zona este de la capital, en donde se observaron la cifra más alta de casos de feminicidios del país. Un informe del presente año elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2018) señala que en todo el país la cantidad de feminicidios aumentó en un 26%, siendo este distrito el que presentó la mayor cantidad de casos: 40 en total. La misma fuente resalta la necesidad de tomar en cuenta el peligro en que afrontan los menores de edad al ser más vulnerables a los victimarios.

Urge trazar una línea de intervención bastante amplia, pues como hemos podido observar son varias las aristas en juego; sin embargo, en nuestro caso delimitamos el problema intentando responder de qué modo la calidad de vida y el afrontamiento indican en los niveles de depresión en una población compuesta por mujeres de la zona este de la ciudad de Lima.

Formulación de preguntas

General

¿De qué modo las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

Específicos

¿En qué medida la resolución de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida el pensamiento desiderativo incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida el apoyo social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la reestructuración cognitiva incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la evitación de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la retirada social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida el hogar y el bienestar económico inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida los amigos, vecindario y comunidad inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la vida familiar y la familia extensa inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la educación y el ocio inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida los medios de comunicación inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la religión incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

¿En qué medida la salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020?

Justificación de la investigación

Justificación teórica

La indagación llevada a cabo se justifica en sentido de corroborar si los postulados de la teoría permiten explicar el fenómeno en nuestra realidad considerando una población de sexo femenino que ha sido víctima de violencia. La validación de los presupuestos teóricos se discutirá luego de tener los resultados (observación empírica).

Justificación metodológica

En el plano del método la relevancia de la indagación consiste en la obtención de datos actualizados que permitan confirmar o desechar lo propuesto en la planificación metodológica. Asimismo, los aspectos del diseño y la determinación

del procedimiento para la obtención de la información permitirá establecer la efectividad y pertinencia de los instrumentos en poblaciones que son víctima de violencia ocasionada por pareja o expareja.

Justificación práctica

El aporte en el ámbito práctico se justifica en la información actualizada que brindará para el abordaje de la depresión. Primero a nivel de la institución hospitalaria y segundo en la elaboración de programas de intervención que, acorde a los resultados que se obtendrán, permitirá actualizar las estrategias que emplea el personal en la atención de los pacientes.

Asimismo, estos datos serán de importancia para orientar y reorientar los futuros programas de intervención partiendo de la información obtenida en los resultados.

Objetivos de la indagación

General

Determinar en qué medida las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Específicos

Identificar en qué medida la resolución de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Establecer en qué medida la autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida la expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Establecer en qué medida el pensamiento desiderativo incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida el apoyo social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Establecer en qué medida la reestructuración cognitiva incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida la evitación de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Establecer en qué medida la retirada social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida el hogar y el bienestar económico inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Determinar en qué medida los amigos, vecindario y comunidad inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Establecer en qué medida la vida familiar y la familia extensa inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida la educación y el ocio inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Establecer en qué medida los medios de comunicación inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Identificar en qué medida la religión incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Determinar en qué medida la salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Hipótesis de investigación

General

Las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Específicas

La resolución de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

El pensamiento desiderativo incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

El apoyo social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La reestructuración cognitiva incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La evitación de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La retirada social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

El hogar y el bienestar económico inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Los amigos, vecindario y comunidad inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La vida familiar y la familia extensa inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La educación y el ocio inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Los medios de comunicación inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La religión incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

La salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

II. MARCO TEÓRICO

Indagaciones en el ámbito Internacional

Hisasue, Kruse, Raitanen, Paavilainen y Rissanen (2020) elaboraron una investigación que tuvo como finalidad examinar el grado de asociación entre tres variables como son la calidad de vida, la exposición a la violencia y la angustia psicológica en Finlandia. La población de estudio estuvo compuesta por 22398 mujeres entre los 19 y 54 años que fueron expuestas a violencia por pareja cercana y mujeres que no fueron expuestas a alguna forma de violencia (sexual, física y emocional) entre los años.2013 a 2016. Se empleó el instrumento de calidad de vida (EUROHIS-QOL), una encuesta para exposición a la violencia y el cuestionario para medir la salud mental (MHI-5) que detecta índice de angustia psicológica. Cabe precisar que el procedimiento incluyó una regresión múltiple multivariada para identificar el nivel de asociación de las variables. Los resultados mostraron que las mujeres que sufrieron violencia principalmente de tipo física (7.6 % del total de encuestadas) presentaron peores resultados en su calidad de vida, así como también de angustia psicológica. Es decir, presentaron una baja calidad de vida y un nivel alto de angustia psicológica en comparación con las participantes que no habían sido expuestas a situaciones de violencia.

Los resultados obtenidos revelan de qué modo la violencia es un factor clave en la calidad de vida, así como en la salud mental. La relación entre las variables es un dato que nos permite acercarnos comparativamente en el análisis de los resultados de nuestra investigación.

Esle, Osypuk, Schuler y Bates (2019) publicaron una indagación que tuvo como propósito establecer si la violencia de pareja íntima aumenta el riesgo de padecer depresión en mujeres. La investigación se llevó a cabo en una zona rural en Bangladesh, lo cual presenta una realidad semejante al grupo poblacional compuesto por mujeres que han sido parte de nuestra investigación. Específicamente se encuestó a 3290 mujeres de hogares correspondientes a 77 aldeas de la zona cuyas edades estuvieron en un rango de 16 a 37 años. Los instrumentos fueron la escala de depresión posnatal conocido como Edimburgo y la

Escala de táctica de conflicto, así como la escala de la Organización Mundial de la Salud para detectar Violencia íntima de pareja. El análisis de datos empleó una estadística de carácter descriptivo, posterior a ello se aplicó el análisis de las asociaciones bivariadas entre todas las variables inmersas en el estudio. Los resultados mostraron que el 82.2% de mujeres presentaron cualquier modalidad de violencia íntima de pareja en el siguiente orden: psicológica 72.2 %, sexual 58.8 % y física 44.4. % En el caso de la prevalencia de depresión se encontró un 16.8 % principalmente en mujeres jóvenes. Asimismo, todos los tipos de violencia antes señalados se asociaron con episodios recientes de depresión siendo los más altos en violencia física. Es decir, a mayor exposición a violencia física mayor riesgo de padecer de depresión.

Hsiu-Fen y Bih-Ching (2019) llevaron a cabo una indagación centrada en detectar las causas que inciden en los niveles de depresión de mujeres que fueron víctima de violencia sexual por parte de sus parejas. La investigación fue de corte transversal y participaron 72 mujeres mayores de edad de los centros de atención de víctimas de violencia en Taiwán. Las participantes firmaron el consentimiento informado. Se aplicó el cuestionario CES-D para medir depresión, así como otro para personalidad de Eysenck en su versión para el país de China. El primer cuestionario tuvo una fiabilidad de 0.86 mientras que el segundo cuestionario 0.90 en ambos casos se obtuvo el resultado esperado con el Alfa de Cronbach. En el análisis de la información se empleó un software estadístico, así como una estadísticas descriptiva e inferencial aplicando un modelo de regresión lineal múltiple. Al final quedaron 66 participantes: 5 se negaron a completar los datos y una se retiró. Los resultados mostraron que un 83.3 % presentaron síntomas depresivos. Un dato importante fue que el resultado resultó ser más alto que la media obtenida en estudios realizados en la región con un 74.4 % Otro dato importante fue que la presencia de síntomas depresivos en mujeres, se asociaron con niveles altos de neuroticismo. En cambio, niveles bajos de neuroticismo, acompañados de altos niveles de extraversión, incidieron de modo positivo en la mejora de los cuadros depresivos.

Los resultados de esta investigación contribuyen en mostrar el grado de asociación entre la personalidad y la aparición de síntomas depresivos en mujeres agredidas por su pareja. Asimismo, este dato permite esclarecer el comportamiento de una variable similar a nuestro estudio propuesto, lo cual ha servido como insumo para analizar la consistencia externa de la investigación.

Mathew, Goud, y Pradeep (2019) propusieron un estudio que tuvo como propósito identificar los niveles de violencia de pareja en pacientes mujeres tratadas por depresión. La población que formó parte del estudio estuvo compuesta por 100 mujeres casadas mayores de edad atendidas en un centro de salud de un distrito de una zona rural de la India. En la recopilación de la información se aplicó la escala de medición de Hamilton para depresión, así como el cuestionario de WHOQOL para calidad de vida. También se complementó la información con la aplicación de un cuestionario para medir abuso físico y no físico de pareja. Los resultados revelaron la prevalencia de abuso físico de un 18% respecto a un 7 % de abuso no físico en mujeres atendidas por depresión. Asimismo, conviene tomar en cuenta que las mujeres con esposos que tuvieron historial de consumo de alcohol presentaron más posibilidad de experimentar abuso físico, sin embargo, otros factores como edad, calidad de vida o la situación ocupacional de las mujeres no evidenciaron una relación significativa a diferencia de otros estudios en donde el porcentaje fue más alto y se observó una relación significativa con la situación socio económica. En esa línea en este estudio la dimensión social no se vio tan afectada en comparación con el ámbito físico y psicológico de las mujeres que fueron parte del estudio.

La investigación previa contribuyó a nuestra indagación en ser un insumo de análisis que permitió comparar poblaciones con características semejantes y con una problemática muy cercana como es el caso de mujeres atendidas por depresión en un centro de salud. Además de mostrar los resultados con una variable similar con calidad de vida.

Gomes y Ferreira (2018) examinaron el grado de asociación de violencia de pareja íntima con los trastornos mentales más recurrentes en mujeres como la depresión. La investigación tuvo un carácter transversal y contó con una población

de estudio de 369 mujeres de 20 a 59 años pertenecientes a ciudades de Brasil. Se aplicó el cuestionario de autoinforme que agrupa los síntomas de los trastornos mentales comunes en cuatro ámbitos dentro de los cuales están los pensamientos depresivos entre otros. Además, se empleó la escala táctica de conflicto que detecta violencia de pareja. Los datos indicaron que un número de casos de mujeres con un porcentaje de 59.10 % presentaron violencia de pareja. Al cruzar los datos con los obtenidos en el cuestionario de autoinforme se observó que las mujeres que indicaron haber padecido abuso físico con secuelas menores fue mayor respecto a los que indicaron no haber presentado secuelas producto del abuso físico. En el primer caso tuvieron 3.7 más posibilidades de presentar cuadros depresivos mientras que en el segundo caso 1.82 y 2.58.

Es importante señalar que este dato es un insumo que permite comparar estos resultados con los de nuestra investigación mostrando de qué modo las mujeres que han sufrido agresión son más propensas a presentar síntomas de depresión en entornos con realidades semejantes.

Kopcavar y Selic (2018) desarrollaron una investigación centrada en identificar los niveles de depresión en víctimas de violencia de pareja en Eslovenia. Para ello entrevistaron a un total de 471 entre mujeres y varones con el propósito de identificar en qué género prevalece más la depresión. Entre los conceptos claves que maneja el estudio está la noción de violencia íntima de pareja IPV desde la interpretación de Varshney (2016), Reisenhofer (2013) y de la OMS (2016) entre otros. Esta indagación empleó un cuestionario dirigido a detectar la exposición de violencia doméstica, la escala de autoevaluación para depresión de Zung (ZDS) y preguntas orientadas a identificar modelos de comportamiento en casos de violencia íntima de pareja. Los resultados mostraron que la depresión se relaciona directamente en personas expuestas a violencia doméstica, especialmente en mujeres. Asimismo, se pudo detectar consecuencias asociadas directamente con la exposición de IPV en dos planos: psicológico y físico. En el plano psicológico se observó baja autoestima, ansiedad y ataques de pánico, así como intentos de suicidio, entre otros. En plano físico principalmente afectación del rendimiento físico.

La relevancia de esta investigación está en que contribuye en mostrar de qué modo la depresión constituye una de los factores de mayor incidencia en la salud mental de mujeres agredidas por su pareja. Además, los datos proporcionados nos permitirán compararlos con los resultados descriptivos que examina nuestro estudio.

Shahrbanoo, Nooshin, Siamak, Hajar y Raoofeh (2018) presentaron los hallazgos de una indagación llevada a cabo en la ciudad de Babol-Irán a 120 mujeres tratadas en un centro de salud de la ciudad por cuadros de ansiedad y depresión. Se comparó los niveles de ambas variables entre mujeres que han sido víctima de violencia y las que no había sido víctima de violencia. El fundamento teórico tomó las definiciones de Vives y Cases para definir el concepto de violencia y sus consecuencias en los seres humanos. Para la recopilación de datos aplicaron los inventarios de Beck para ansiedad y depresión respectivamente. Los resultados mostraron niveles de ansiedad media y un puntaje alto de depresión en mujeres que han sido víctima de violencia y abuso por parte de sus parejas respecto a las que no han sufrido maltrato. Asimismo, dicho grupo presenta mayores posibilidades de padecer trastornos psiquiátricos como consecuencia de la violencia sufrida.

El aporte de la investigación está en que los instrumentos de medición son semejantes y permiten recopilar información en una población afectada también por violencia de pareja.

Tarzia, Thuraisingam, Novy, Valpied, Quake y Hegarty (2018) publicaron los hallazgos de un estudio enfocado en la violencia sexual en adultos y su relación con la salud mental en mujeres atendidas en una clínica de Australia. Tomaron como referencia el estudio de Wall, L. (2012) acerca de la vergüenza y sus facetas en la violencia sexual de la pareja íntima llevado a cabo en Melbourne y lo sostenido por la Organización Mundial de Salud (2013) respecto a la violencia de pareja. La metodología fue de corte transversal y aplicó una encuesta que recopiló datos sobre niveles de depresión, ansiedad y estrés postraumático. El estudio incluyó una muestra final de 305 mujeres de siete clínicas de la zona de Victoria, Australia. Los resultados mostraron que 126 (41%) habían sido víctima de alguna forma de

violencia sexual desde los 15 años y 48 (16%) habían sufrido violación sexual. Asimismo, 56 (18%) habían sido víctima de algún tipo de acoso de tipo sexual. En cuanto a la relación de la violencia y agresión sexual con la salud mental se comprobó que las mujeres que han sido víctima de este tipo de violencia presentan niveles más altos de ansiedad y depresión respecto a las que no lo han sido.

Peltzer y Pengpid (2017) llevaron a cabo una indagación que midió el grado de asociación entre depresión y conducta suicida en mujeres que han sido víctima de violencia de pareja íntima. El estudio fue de tipo básico con diseño no experimental y tuvo una población de 14,288 mujeres adultas. De ellas 3,779 asisten al servicio prenatal y 10,409 asisten a los servicios ambulatorios de un hospital público de Tailandia. Se aplicaron Cuestionarios con escalas de medición de violencia contra las mujeres, depresión postnatal y comportamiento suicida. Los resultados arrojaron que el 49,3% de mujeres manifestaron cuadros depresivos, mientras que el 17,6% reportó intentos de suicidio en el último año. Asimismo, se concluyó en que las mujeres que han sido víctima de pareja íntima presentan riesgo de padecer depresión y conducta suicida (ambas variables se correlacionaron). Es decir, a mayor gravedad de violencia de pareja íntima mayor será el riesgo de afectación en la salud mental.

Cabe precisar que esta investigación contribuye a explicar la afectación de la salud mental en mujeres que han sido víctima de violencia por parte de sus parejas a partir del examen de tres variables, lo cual constituye una aproximación metodológica y una realidad de estudio cercana a la que desarrolla la propuesta de tesis.

Stake (2016) llevó a cabo una indagación sostenida en el paradigma tradicional de violencia íntima de violencia IPV y en el modelo ecológico. La indagación se desarrolló en la ciudad de Bangladesh y fue de corte transversal reclutando a un total de 4,430 mujeres casadas que se encontraban en estado de gestación. Al final quedaron disponibles 3,966 para responder los cuestionarios: una para medir depresión y otro para medir el nivel de violencia. Los resultados indicaron que el 28,8% de mujeres habían sufrido violencia física o sexual por parte de su cónyuge

y el 13.2% alguna forma de violencia sexual. De ellas, las más vulnerables fueron las que tenían menos educación y las mujeres que tenían esposos con menor grado de instrucción, así como las mujeres más jóvenes. La mayoría de esta población es de zonas rurales del noreste de Bangladesh y tienen mayor riesgo de padecer síntomas depresivos, así como trastornos mentales asociados.

El estudio se enmarca en un contexto cercano al que propone nuestra investigación y permite tomar la experiencia metodológica como una ruta de trabajo en la recopilación de datos.

Lokhmatkina, Agnew-Davies, Costelloe, Kuznetsova, Nikolskaya y Feder (2015) presentaron una investigación que examinó la violencia de pareja íntima (IPV) y las estrategias de afrontamientos en mujeres rusas. En la esfera teórica el estudio tomó como punto de partida lo sostenido por la Organización Mundial de la Salud (2013) respecto a violencia de pareja íntima y violencia sexual, así como los postulados de Lázarus y Folkman (1984). En la metodología se trató de un estudio transversal con la aplicación de un cuestionario para medir modos afrontamiento (WCQ-R) y la escala de abuso compuesto (CAS-R), ambos adaptados a Rusia. La población estuvo compuesta por una muestra final de 159 mujeres que respondieron a los cuestionarios de modo completo. Sus edades estuvieron en un rango de 18 a 67 años. Cabe precisar que en la confiabilidad estuvo en 0.87 (Alfa de Cronbach). El resultado permitió probar la hipótesis de que las mujeres que han padecido IPV como las que no emplean generalmente formas de afrontamiento centradas en problemas y emociones. Es decir, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. La segunda hipótesis mostró que no hay asociación entre el nivel de instrucción, situación laboral y buena salud de las mujeres con el afrontamiento basado en el problema y la emoción. En ambos grupos se observa que utilizan estrategias de afrontamiento para manejar la situación de estrés provocada por la violencia íntima de pareja.

Esta investigación incluyó referentes teóricos referidos a la variable: afrontamiento. Asimismo, cuenta con instrumentos confiables cuyos resultados son insumo para la discusión de resultados en una población femenina víctima de violencia ocasionada por la pareja.

Reverté (2017) realizó una investigación doctoral que tuvo como propósito central examinar las estrategias de afrontamiento, las conductas de salud y la calidad de vida en pacientes diagnosticados con ictus isquémico que se encuentran en la fase aguda, tratados con tratamiento común o con terapia endovascular. Las teorías de afrontamiento se fundamentaron en la propuesta de Suls, David, Harvey, Lazarus, Folkman y Vollrath entre otros. Para las teorías de la salud se consideraron los postulados de Rosenstock, Becker y Maiman (creencias sobre la salud) y Fishbein y Ajzen (presupuestos de la acción razonada). Respecto a la calidad de vida se tomó como eje la propuesta de la organización mundial de la salud, lo cual fue dirigida al ámbito de salud considerando tres dimensiones. La metodología tuvo un corte longitudinal con una muestra de 83 pacientes, de los cuales 42 estaban con tratamiento endovascular (grupo experimental) y 40 con tratamiento común (grupo de control). Se empleó la escala de afrontamiento COPE, y la escala de EQ-5D para medir calidad de vida. Los resultados arrojaron que el afrontamiento en el grupo de control presentó puntajes más altos a los tres meses y al año; así como conductas favorables referidas en la adherencia al tratamiento. En cuanto a la calidad de vida, los puntajes fueron más altos en el grupo experimental (con tratamiento endovascular) en lo referido a cuatro dimensiones. Sin embargo, la percepción de la salud en ambos grupos fue baja. Como conclusión se observó que los pacientes del grupo experimental presentaron una mejor evolución en el componente neurológico y en el estado de salud a corto y largo plazo; lo cual puede ser generalizado a una población que son tratados con esta patología.

Torrecilla, Casari y Rivas (2016) presentaron una indagación cuyo propósito fue identificar la correlación entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en mujeres con diagnóstico oncológico. Cabe señalar que la indagación giró en torno a la identificación del factor psicológico en el proceso de la enfermedad. En cuanto a los fundamentos teóricos se revisó diversa literatura, para lo referido al factor psicológico en pacientes diagnosticados con cáncer se examinó la propuesta de Engel y Matarazzo, así como Arbizu y Palacios. En cuanto a la noción de calidad de vida se tomó lo sostenido por Schwartzmann, Oblitas, Brannon y Feist. La metodología tuvo un diseño de tipo ex post facto y de nivel descriptivo correlacional.

Se aplicó un tipo de muestro no probabilístico que incluyó a 80 mujeres mayores de edad atendidas en un hospital público de la ciudad de Mendoza, Argentina, con diagnóstico de cáncer en cualquiera de sus etapas. Los instrumentos de medición estuvieron compuestos por el cuestionario EORTC QLQ-C30 en su versión adaptada para España por Arraras, Illarramendi y Valerdi, el mismo está compuesto por cinco escalas de tipo funcional del entrevistado. Y el inventario CRI-A que evalúa las respuestas de afrontamiento compuesto por ocho estrategias. Ambos presentaron propiedades psicométricas con fiabilidad y validez adecuada.

Los resultados se agruparon en dos etapas: la primera descriptiva, en donde las estrategias de afrontamiento que obtuvieron mayor puntuación fueron la evitación cognitiva (60,13) y descarga emocional (56,32) respectivamente. Respecto a los puntajes obtenidos de la segunda variable se encontró que están dentro del promedio las escalas funcionales, las de síntomas y las de salud. Mientras que el funcionamiento físico, del rol, el emocional, el cognitivo y el social se encontraron por debajo del puntaje esperado. Asimismo, obtuvieron puntajes elevados las escalas referidas a síntomas e ítems individuales. Por ejemplo: fatiga, dolor, dificultad para respirar, entre otras. La segunda etapa (correlacional), en donde se observan correlaciones entre ambas variables.

Indagaciones en el plano nacional:

Terrones (2019) consideró establecer el grado de relación entre la ansiedad y los estilos de afrontamiento en personas de sexo femenino que han sido víctima de violencia en el departamento de Cajamarca. En cuanto al fundamento teórico se tomó como referente para la primera variable a Clark y Beck (2012) y para la segunda variable a Lazarus y Folkman (1986). La muestra estuvo compuesta por 50 mujeres que respondieron el cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE) y la escala de ansiedad elaborada por Zung. Un aspecto relevante a considerar es que algunas de las dimensiones de la segunda variable como es la búsqueda de apoyo social y acudir a la religión coincide con las del instrumento de nuestra investigación. Los resultados descriptivos por variable mostraron que en este caso

la estrategia de afrontamiento más empleada fue precisamente uno de los antes mencionados: acudir a la religión, mientras que el estilo más usado fue el centrado en la emoción (64%). En cuanto a la prueba de hipótesis se probó la existencia de una relación inversa con un presentados indicaron la existencia de una relación inversa ($r = -.223, p < .05$).

Araujo (2018) presentó los resultados de una indagación con el propósito detectar las estrategias de afrontamiento de mujeres que sufrieron violencia de pareja en la zona norte del Perú (departamento de Tumbes). En el plano teórico se cita a Lazarus y Folkman (1986), pero el peso de fundamento se halla en la Moss (1993), quien también es autor del instrumento aplicado en la indagación. La muestra estuvo compuesta por 50 participantes que respondieron el inventario para adultos (CRI-A). El instrumento cuenta con dimensiones semejantes a las empleadas en esta investigación como son la solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación entre otras. Precisamente los resultados arrojaron que ésta última obtuvo mayor porcentaje (50%) seguida de la descarga emocional con un 36%. Cabe señalar finalmente que los resultados nos permiten comparar los resultados con los nuestros en el ámbito de la variable afrontamiento.

Carmona (2017) El propósito central del trabajo consistió en detectar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la violencia conyugal tomando una muestra compuesta por 100 mujeres que forman parte de un programa de atención familiar de carácter privado. El fundamento teórico estuvo basado en la propuesta de Folkman y Lazarus, así como en Frydemberg y Lewis respectivamente. En lo referido a violencia conyugal el teórico fue Grijalba. En la metodología el método aplicado fue el hipotético deductivo, mientras que la muestra incluyó a mujeres casadas o convivientes. La recopilación de los datos en la población tomó en primer lugar la escala de afrontamiento adaptada para el Perú por Canessa, así como, en segundo lugar, el cuestionario de evaluación de abuso doméstico adaptado para el Perú por Aponte. Los resultados permitieron mostrar una relación inversa entre las estrategias de afrontamiento con la variable violencia conyugal, específicamente la estrategia preocuparse (-,275) y fijarse en lo positivo (-,268) con la violencia de tipo

física con un nivel de significancia de $p < .01$. Asimismo, se obtuvo una relación inversa entre la estrategia preocuparse (-, 229) y fijarse en lo positivo (-, 197) con la violencia no física con un similar nivel de significancia de $p < .01$.

La relevancia de esta investigación radica en proporcionar datos en una muestra compuesta por mujeres víctima de violencia conyugal, permitiendo precisar, además, cuál es la estrategia de afrontamiento con mayor presencia en este tipo de población.

Sobrado (2017) presentó los resultados de un estudio que tuvo como finalidad identificar la relación entre depresión y autoestima, además de comparar los niveles de cada una de las variables en mujeres víctima de violencia que han sido atendidas en un centro de emergencia de la ciudad de Huánuco. En cuanto a los fundamentos de la primera variable tomó la clasificación del CIE 10 (1992), así como la teoría cognitiva de Beck (2010) y para la definición de la segunda variable y sus cuatro factores lo sostuvo por Coopersmith (1981). Para la recopilación de datos se aplicó el inventario de depresión de Beck y la escala de Coopersmith de autoestima. La población que respondió los cuestionarios estuvo compuesta por 140 personas de sexo femenino entre los 18 y 50 años de edad. Los resultados mostraron que los niveles de depresión mínima son los más altos (72.1%) frente a los niveles más graves que representan menos del diez por ciento (7.9%). Estos datos nos permitirán comparar los resultados con los que obtengamos dado que también examinamos la problemática en una población con características semejantes.

Lostanau, Torrejon, y Cassaretto (2013) desarrollaron una indagación que tuvo como propósito determinar de qué modo contribuye dos tipos de estrés (traumático y percibido), así como el afrontamiento en la calidad de vida (componentes físico y mental) de 53 personas de sexo femenino con diagnóstico de cáncer de mama. Para la fundamentación teórica del afrontamiento se partió de los postulados de Lazarus y Folkman, en tanto que para calidad de vida se consideraron los planteamientos de Atef-vahid, Schwartzmann, la Organización Mundial de la Salud, entre otros. La metodología aplicó un muestreo de tipo intencional que incluyó a 53 mujeres entre 30 y 69 años con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en un

hospital público. Los instrumentos incluyeron el cuestionario de la calidad de vida relacionada a la salud CVRS (adaptación española) que está compuesta por 36 ítems con un alfa de Cronbach de .81 y .83 para los componentes referidos al ámbito físico y mental. En el caso de la variable afrontamiento se aplicó el inventario de COPE adaptado a la versión española compuesto por 53 ítems y con una fiabilidad que fluctúa entre el .54 y .91 respectivamente. Asimismo, se aplicaron la escala de estrés percibido, así como la escala de estrés traumático.

Los resultados mostraron a nivel descriptivo que la valoración realizada por los pacientes es favorable respecto a su calidad de vida. Los puntajes arrojaron que el componente físico y mental se ubicaron en el promedio, el primero con 62.14 y el segundo con 73.00. Ahora bien, se presentaron diferencias al comparar los resultados entre las pacientes que migraron del interior del país respecto a las provenientes de la ciudad de Lima. Respecto al afrontamiento se obtuvo que el estilo mayormente empleado por las pacientes es la emoción, el cual obtuvo un puntaje de 63.37, mientras que la estrategia con mayor puntaje fue apelar a la religión, la cual obtuvo un puntaje de 15.06. Finalmente, se pudo constatar que ciertos factores como las condiciones de atención médica, personales, culturales, entre otros, son los que impactan directamente en la calidad de vida vinculada a la salud de las personas diagnosticadas con cáncer de mama.

El estudio aporta en la identificación de los estilos y estrategias de afrontamientos, y de qué modo pueden influir en personas de sexo femenino aquejadas por el cáncer de mama, lo cual es un insumo que contribuye en la comparación de los resultados referidos a dos variables inmersas en la investigación que proponemos llevar a cabo.

Teorías relacionadas

VARIABLE 1: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definición

De acuerdo a Rubio (2015, p. 27), que cita a Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento consiste en las actividades de origen “cognitivo y conductual” que están dirigidas a responder las exigencias de tipo internas o externas que desbordan los recursos del individuo. En esa perspectiva se puede entender que hay un reconocimiento de situaciones que escapan al manejo de la persona y, además, de la respuesta que se toma ante la situación de estrés.

Dimensiones de la variable 1:

Dimensión 1:

Resolución de problemas: se refiere a las estrategias de orden cognitivo y del comportamiento dirigidas a reducir o suprimir la causa del evento estresante.

Dimensión 2:

Autocrítica: habilidades centradas en la decisión voluntaria de aceptar la culpa y la autocrítica frente al evento estresante y su desacertada conducción.

Dimensión 3:

Expresión emocional: estrategias dirigidas a descargar las emociones que suceden en el evento estresante.

Dimensión 4:

Pensamiento desiderativo: habilidades cognitivas que manifiestan la voluntad de que el entorno no sea estresante.

Dimensión 5:

Apoyo social: estrategias dirigidas a la búsqueda de ayuda o soporte emocional.

Dimensión 6:

Reestructuración cognitiva: elaboración de estrategias de carácter cognitivo que transforman el sentido del suceso.

Dimensión 7:

Evitación de problemas: estrategias que consisten en la negación y alejamiento de ideas o acciones vinculadas con el evento estresante.

Dimensión 8:

Retirada social: estrategias direccionadas al apartamiento de amigos, parientes, compañeros y conocidos.

Fundamentos teóricos

En esta indagación partimos de los presupuestos del denominado interaccionismo de Lazarus y Folkman, posición con la que explicamos el fenómeno del afrontamiento y su proceso.

De acuerdo a Vázquez y Ring (1996), a partir de la década de los ochentas se produjo un giro en cuanto al concepto psicológico que se tenía de las situaciones estresantes. Desde ese momento su intensidad es vista por algunos teóricos, entre ellos Lazarus (1986), Labrador y Crespo (2003), en relación directa con la estimación o valoración de la persona. Es así que ante el surgimiento de un estado de estrés se puede distinguir dos tipos de estimaciones: una estimación primaria dirigida fundamentalmente a valorar si el evento es positivo o no para el individuo, y una estimación secundaria en donde se sopesan las posibilidades de resistencia ante el evento estresante.

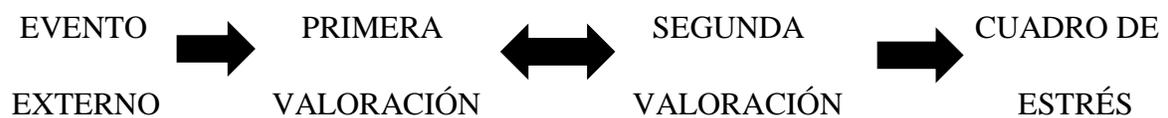
Bajo esta perspectiva la noción de afrontamiento marca una posición activa y no pasiva ante el suceso externo, apuntando a un entendimiento del problema como un conjunto de acciones en donde la persona es capaz de evaluar los aspectos

favorables o desfavorables del suceso, pero también de identificar con qué elementos cuenta para enfrentarlo.

Así podemos detallar el proceso en el siguiente gráfico:

Figura 1

Esquema del proceso de afrontamiento frente al estrés



Nota. Las flechas indican la secuencia que va desde el suceso externo y cómo se desencadena el estrés (agudo, agudo episódico y crónico).

Un punto clave en la comprensión de este proceso es la acción recíproca que ejercen elementos involucrados. Al respecto, Lazarus (1986) va más allá al concebirla no sólo como una respuesta determinada por factores externos, sino que en ella la evaluación juega un papel decisivo. Así, en su definición sostiene que: “el afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que esto genera” (p. 16).

Esta respuesta tiene un componente cognitivo y de la conducta, los cuales se constituyen como pensamientos y acciones que el individuo toma para afrontar la situación de estrés.

Cabe precisar que el afrontamiento, en inglés traducido como *coping*, denota la reacción del individuo (esfuerzo) en una circunstancia determinada, así como la producción de cambios si la situación permuta. En esos términos es razonable la idea de un proceso como propone Lazarus (1986), a diferencia de “conductas

adaptativas automatizadas” (p. 142), en el sentido de no determinarse por sus efectos; es más, son autónomas de ellas porque no incluyen aquellos pensamientos o comportamientos carentes de esfuerzo.

El proceso de evaluación en el que se enmarca el afrontamiento de acuerdo a este modelo teórico incluye tres aspectos referidos en primer lugar a las estimaciones vinculadas con lo que el individuo verdaderamente concibe o realiza, a diferencia de lo que generalmente practicaría bajo ciertas circunstancias; lo cual corresponde más exactamente a una cualidad propia del individuo.

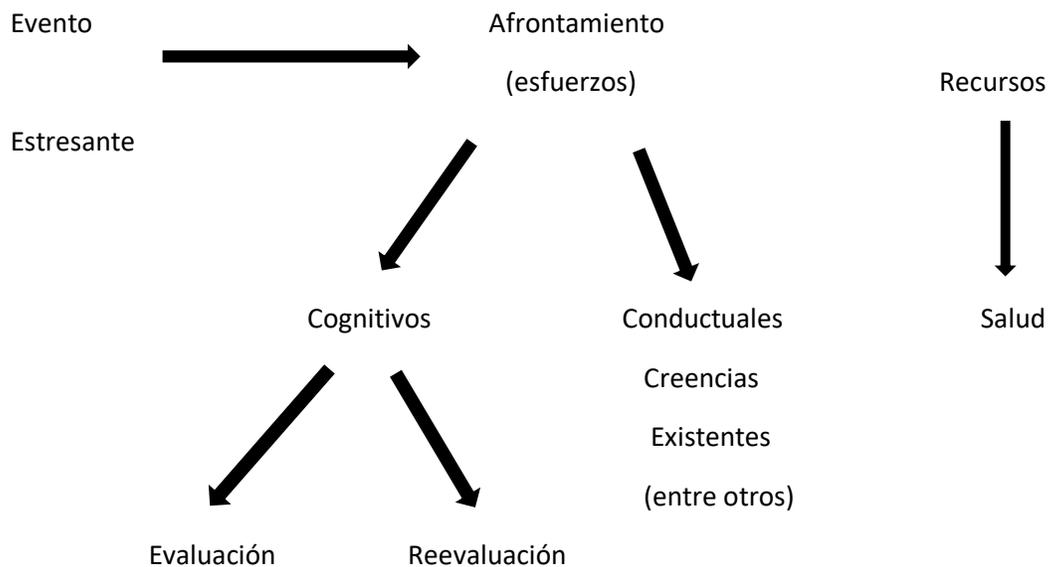
En segundo lugar, lo que realmente hace la persona (afrontamiento) es entendido en el contexto en que sucede el evento, esto le permite vincular el suceso a determinadas circunstancias, así como las acciones tomará ante dicho suceso.

En tercer lugar, el afrontamiento como proceso significa entender el fenómeno como transformación de juicios y acciones conforme a los vínculos que el sujeto desarrolla en su entorno y genera estrategias para enfrentar de mejor manera las situaciones de estrés. Esta dinámica supone que el proceso de cambio es fruto de evaluaciones que se generan en el entorno. El esfuerzo que realiza el individuo permite modificar su contexto en un proceso dinámico en donde el afrontamiento se muestra como una interacción entre los impulsos estresores y los medios que tiene la persona para modificar su entorno.

El siguiente gráfico muestra lo propuesto:

Figura 2.

Diagrama de la respuesta cognitiva y conductual de la persona frente al afrontamiento



Proceso de evaluación cognitiva

Rubio (2015, p. 24), que cita a Lazarus y Folkman (1986), distingue tres tipos de evaluaciones: evaluación inicial, evaluación secundaria, y una tercera evaluación que más exactamente sería una "reevaluación".

La primera evalúa el impacto positivo o negativo que tiene para la persona. Por ejemplo: una estimación positiva coadyuva a la tranquilidad del individuo, mientras que una evaluación negativa del acontecimiento identifica al suceso como un peligro. La segunda evaluación se centra en la determinación de los elementos necesarios para mitigar o sortear los efectos contraproducentes de la situación estresante.

Esta evaluación ejerce influencia sobre las emociones permitiendo distinguir, además, dos momentos: el primero se focaliza en las acciones dirigidas a enfrentar

la situación estresante, y el segundo estima las potencialidades que tiene la persona para concretar las acciones de afrontamiento.

La tercera evaluación obra sobre las evaluaciones previas, poniendo énfasis sobre aquellas acciones, y la capacidad de realizarlas, de modo tal que puede corregir lo establecido previamente. De ese modo, por ejemplo, un evento estresante puede ser valorado como un desafío mayor o menor por parte del individuo. Al respecto

Estrategias de afrontamiento

En la perspectiva propuesta por Lazarus (2000) las estrategias tienen que ver con el manejo y la manera con el que las personas solucionan o superan las situaciones estresantes (p. 114). Cabe precisar que esta noción se refiere a la capacidad de conducir y de establecer estrategias que permiten afrontar dichos eventos. Esta capacidad permite la realización de acciones concretas y de respuesta que, en términos de un proceso que evalúa y reevalúa el evento estresor, permite distinguir una focalizada en el problema y otra focalizada en la emoción.

Para Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento se determina por el resultado de la estrategia, en este caso en la manera cómo se afronta el problema. El primero se dirige a intentar controlar el problema que es motivo de la situación estresante. Para ello la persona establece por lo general un objetivo dirigido al medio en donde sucede el evento y la formulación de un conjunto de estrategias dirigidas a la solución del problema. La segunda se sitúa al interior de la persona afectada.

Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) citan a Kahn (1964), precisando que, con una posición cercana a ellos, el autor distingue dos tipos de estrategias direccionadas al problema: la primera tiene como propósito el control de las barreras o impedimentos relacionados al entorno del problema. La segunda se centra en el ámbito de la cognición y de la motivación, permitiendo al individuo establecer normas de conducta y conocimientos nuevos aplicables en el manejo de los eventos

estresantes. Todas ellas dependientes del tipo de problema al que pretenden controlar.

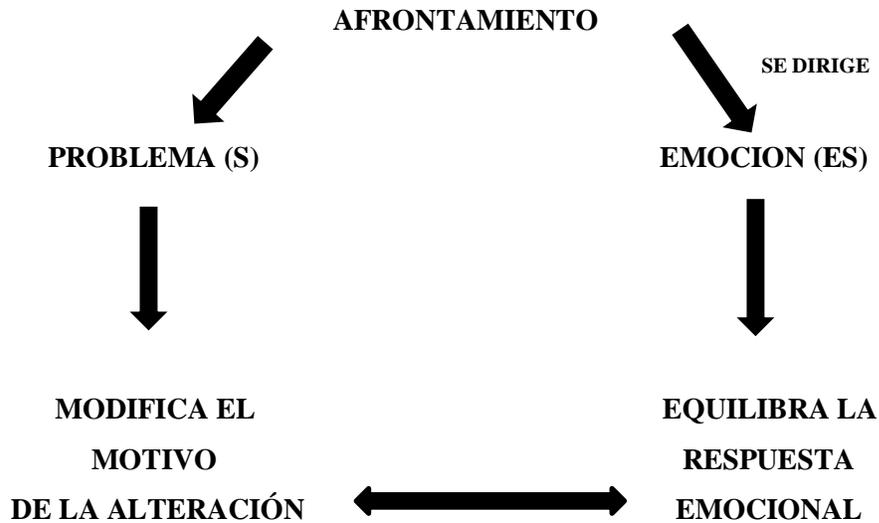
El segundo modo de afrontamiento se direcciona a las emociones, y consiste en reducir las alteraciones negativas en el plano emocional, estableciendo estrategias que generan, contrariamente a lo anterior, estímulos favorables a la persona. Un aspecto clave, propone Rubio (2015), es la “reevaluación” (p. 29), aunque Lazarus y Folkman disienten en que este tipo de afrontamiento se pueda reducir sólo a una reevaluación. Sin embargo, podemos notar que un modo de reducir el nivel de afectación emocional tiene mucho que ver con la actitud con la que se afronta el problema. Por ejemplo: comprender que es posible afrontar el problema de un modo menos negativo permite reducir la sensación de peligro incidiendo sobre la regulación de la emoción.

El propósito es manejar las emociones negativas a partir de una estrategia del pensamiento que revaloriza la situación de peligro (Lazarus, 2000) y permite la reducción de la situación de angustia de la persona. Por ejemplo, ante una situación de enfermedad.

Cabe señalar que de acuerdo a la perspectiva del afrontamiento como proceso en el que podemos ubicar a esta posición teórica, el manejo referido al problema y a la emoción se relaciona favoreciendo la interacción de ambas o también puede obstaculizarlo. Por ejemplo, una persona toma una decisión drástica que cree es la mejor alternativa respecto a un problema emocional que padece. Si bien su decisión se ha dirigido a reducir los efectos negativos del problema emocional ha interferido en el desarrollo de estrategias direccionadas al problema. Quizás por su dictamen apresurado y ausente de análisis.

Figura 3

Diagrama de la respuesta del afrontamiento



Factores del afrontamiento

A partir de las teorías clásicas, entre ellas lo propuesto por Lazarus y Folkman (1986), así como de otros teóricos que, según sostiene Rubio (2015, p. 29) refiriéndose a Carver (1989) y Tobin (1989), replantean el problema proponiendo otras categorías de clasificación entre ellas las que formula Skinner que guían el instrumento adaptado por Cano, Rodríguez y García (2007) para la medición de la variable. En las siguientes líneas se detalla lo referido a los factores:

- Resolución de problemas: se refiere a las estrategias de orden cognitivo y del comportamiento dirigidas a reducir o suprimir la causa del evento estresante.
- Autocrítica: habilidades centradas en la decisión voluntaria de aceptar la culpa y la autocrítica frente al evento estresante y su desacertada conducción.
- Expresión emocional: estrategias dirigidas a descargar las emociones que suceden en el evento estresante.

- Pensamiento desiderativo: habilidades cognitivas que manifiestan la voluntad de que el entorno no sea estresante.
- Apoyo social: estrategias dirigidas a la búsqueda de ayuda o soporte emocional.
- Reestructuración cognitiva: elaboración de estrategias de carácter cognitivo que transforman el sentido del suceso.
- Evitación de problemas: estrategias que consisten en la negación y alejamiento de ideas o acciones vinculadas con el evento estresante.
- Retirada social: estrategias direccionadas al apartamiento de amigos, parientes, compañeros y conocidos.

VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA

Definición

De acuerdo a la OMS (1996) la calidad de vida es la percepción valorativa que tiene el sujeto respecto al contexto cultural en donde habita, y la relación que esto tiene con sus expectativas de vida en el ámbito de la salud mental y física, así como en su interacción con medio social, natural y artificial que lo rodea.

De acuerdo a Grimaldo (2003, p. 9), que cita a Olson y Barnes (1982), calidad de vida se refiere a la satisfacción de la persona respecto a elementos claves en su vida como son la familia, las amistades, el trabajo, la formación académica y la salud.

Dimensiones de la variable 2:

Dimensión 1

Hogar y bienestar económico: recursos económicos para cubrir las necesidades económicas como son la de alimentación, vivienda, salud, vestido de la familia (Grimaldo, 2003, p.26).

Dimensión 2

Amigos, vecindario y comunidad: satisfacción que proporcionan las amistades (se incluye también las del centro laboral), así como las que también proporciona el lugar en donde reside para desarrollar diversas actividades como recreativas y de deportes (Grimaldo, 2003, p.27).

Dimensión 3

Vida familiar y familia extensa: desarrollo de vínculos afectivos con los hijos y entre los miembros de la familia (Grimaldo, 2003, p.27).

Dimensión 4

Educación y ocio: disponibilidad de tiempo libre para su formación y el desarrollo de actividades de recreación como las deportivas y culturales (Grimaldo, 2003, p.28).

Dimensión 5

Medios de comunicación: satisfacción en el uso de la televisión y la radio (Grimaldo, 2003, p.28).

Dimensión 6

Religión: disponibilidad del tiempo para desarrollar actividades religiosas y de culto de Dios (Grimaldo, 2003, p.28).

Dimensión 7

Salud: bienestar físico y mental (Grimaldo, 2003, p.28).

VARIABLE 3: DEPRESIÓN

Definición

Para Sanz existen diversas teorías que explican en qué consiste la depresión y éstas pueden clasificarse en teorías psicodinámicas, teorías conductuales, teorías cognitivas e interpersonales. También se incluye a las que explican los trastornos bipolares (Sanz y Vázquez, 1995).

En el enfoque de la denominada teoría cognitiva se encontró (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000, citado por Vázquez, 2002, p. 516) que una idea clave es que la

persona con depresión tiene una percepción equívoca de sí mismo, de los demás y de los hechos, lo cual posibilita el surgimiento del cuadro depresivo.

La visión negativa del paciente repercute en las operaciones mentales y en las respuestas de orden emocional y de naturaleza afectiva que se vinculan con las primeras. Por ejemplo: la percepción de los hechos y el procesamiento de la información se ven afectados por esquemas mentales que alteran la percepción y sesgan el tratamiento de los datos.

Desde la interpretación de Beck, Rush, Shaw, Emery (2010), que de acuerdo a la clasificación de Sanz, concebida como una teoría enmarcada dentro del paradigma del procesamiento de información, la depresión consiste en la alteración del estado de ánimo caracterizado por la manifestación de sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración. Además, expresa una visible pérdida de interés e incapacidad para sentir placer que repercute en la calidad de vida de las personas con el trastorno.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) clasifica a la depresión como un desorden de tipo mental en el que la persona presenta generalmente melancolía, baja autoestima, abatimiento, trastorno del sueño entre otros. Dependiendo de la gravedad del trastorno a veces requiere de medicación y del abordaje psicoterapéutico profesional del caso.

Dimensiones de la variable 3:

Dimensión 1: Factor cognitivo-afectivo, que incluye tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamiento o deseos suicidas, y llanto.

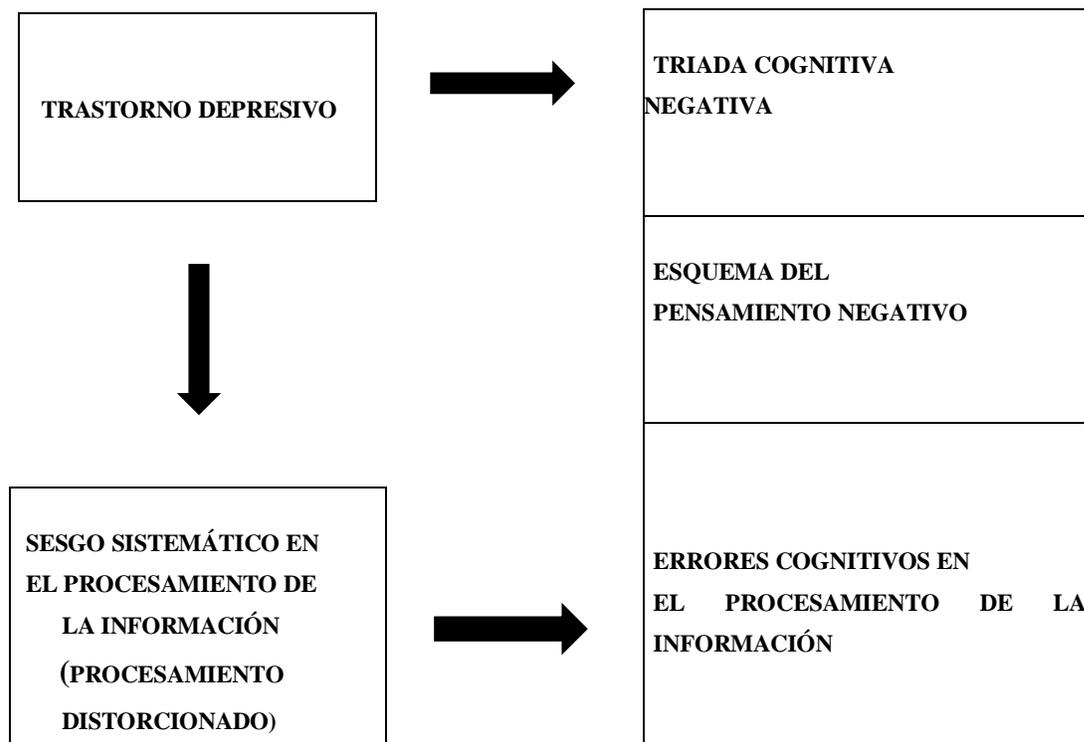
Dimensión 2: Factor somático-motivacional, que incluye sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.

Fundamentos del enfoque teórico de la depresión

La teoría de Beck et al (2010) propone los siguientes tópicos que obran como soporte en la explicación del *modus operandi* de la depresión: El primero se refiere a la noción de la denominada tríada cognitiva. El segundo al esquema del pensamiento depresivo. Y el tercero a los errores cognitivos referidos al procesamiento de la información. Así, por ejemplo:

Figura 4:

Diagrama de la dinámica del trastorno depresivo



El primer concepto de la tríada cognitiva propuesta por Beck (2010) está conformado por tres esquemas cognitivos caracterizados por una visión negativa que tiene el paciente acerca de sí mismo, de su futuro, y de sus experiencias.

En el primer componente la persona se siente incapaz y disminuido, atribuyendo la causa de esta condición a un “defecto suyo” (p. 20). Su percepción negativa hace

que, además, tienda a sentirse imposibilitado de alcanzar la felicidad al sentirse dominado por una sensación de desventura y desencanto consigo mismo.

El segundo componente señala que la persona tiende a calificar siempre sus experiencias como negativas. Piensa que el mundo establece propósitos que son imposibles de alcanzar, y pondera los obstáculos antes que la búsqueda de alternativas de solución. Asimismo, sus razonamientos contienen sesgos que conducen a conclusiones negativas.

El tercer componente manifiesta la mirada negativa que tiene el paciente acerca de su futuro. Por ejemplo: los proyectos que establece están sujetos a dificultades que se tornan con suma facilidad en fracasos. Las consecuencias son un sentimiento de frustración y pensamientos erróneos acerca de lo que vendrá.

Hay otros síntomas y manifestaciones que conviene tener en cuenta para explicar este trastorno de acuerdo al modelo cognitivo de Beck (2010). El modo en que los pacientes conciben o tienen ciertos “patrones cognitivos negativos” (p. 20) manifiesta uno de ellos. Por ejemplo: los pacientes piensan erróneamente que van a ser rechazados sin contar con una base real para esta afirmación. A ello se suma una sintomatología centrada en la poca motivación para la realización de actividades, ya que éstas son percibidas como obstáculos infranqueables que dan origen a deseos de evasión y de suicidio en su caso más extremo.

Asimismo, la dependencia de la persona en el sentido de que, al sentirse limitado para resolver obstáculos u otros problemas, busca obtener en otros lo que él no cree capaz de solucionar.

También se observan síntomas físicos: abatimiento y astenia, que según Beck et al (2010) pueden ser explicados por una percepción negativa del paciente y tiene como consecuencia una “inhibición psicomotriz” (p.21).

El segundo concepto del modelo cognitivo corresponde a la “organización estructural del pensamiento depresivo” (Beck, 2010, p.21). El supuesto teórico parte de que toda persona tiene ciertos patrones que intervienen en la transformación de datos en el proceso cognitivo. Por ejemplo, frente a un conjunto de estímulos el

individuo tiende a ubicar, diferenciar y conceptualizar bajo determinadas ideas. En el caso de los pacientes con depresión la conceptualización y el modo de responder se distorsionan debido a que intervienen ciertos esquemas o pensamientos negativos (idiosincráticos) que tuercen la interpretación de los hechos.

La presencia de ideas negativas genera que las interpretaciones del paciente depresivo se vean más afectadas respecto a lo que sucede en la realidad. Incluso en los casos más complejos su pensamiento se muestra más autónomo respecto a los estímulos externos. En este nivel, el imperio de los esquemas idiosincráticos es total (Beck et al, 2010)

El tercer concepto de este modelo se refiere a fallas en la transformación de datos. Este proceso se vincula directamente con el pensamiento del paciente depresivo, el cual se encuentra subyugado por esquemas idiosincráticos que propician: Inferencias arbitrarias (referentes a la respuesta), abstracción selectiva (concernientes al estímulo), generalización excesiva (referido a la respuesta), maximización y minimización (relativo a la respuesta), personalización (concerniente a la respuesta) y pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta) (Beck et al 2010).

La supremacía de ideas negativas en el pensamiento del paciente depresivo, por lo general, son causa de errores en el adelanto de una conclusión sin tener evidencia de respaldo, o cuando se centra en un detalle y elabora un concepto que resume toda la experiencia frente a otros aspectos que sí ameritan su consideración, incluso teniendo pruebas objetivas que demuestran lo contrario. Son equívocos que manifiestan una relación directa con esquemas mentales y conceptualizaciones negativas de la realidad. Así también en las respuestas que manifiestan, por ejemplo, la tendencia a formular reglas a partir de hechos aislados o de sobredimensionar los hechos sin que el suceso amerite una evaluación de tal magnitud (Beck et al, 2010).

La distorsión en la conceptualización de la realidad revela la conveniencia de distinguir un “pensamiento primitivo” (Beck et al, 2010, p. 23) de otro que organiza la realidad (organiza sus experiencias) de modo reflexivo y equilibrado. Esta

precisión apunta a establecer, de acuerdo al modelo cognitivo, ciertas diferencias entre una interpretación unidimensional de otra con carácter multidimensional. La primera tiene un aspecto significativo del pensamiento depresivo: conceptualización de la realidad en pocas categorías. En cambio, un pensamiento maduro la estructura de modo tal que incluye no solamente diversas dimensiones sino también tiene la capacidad de examinar y tomar decisiones sensatas.

La distinción de rasgos opuestos de uno y otro pensamiento permite elaborar una estrategia cognitiva frente al absolutismo, la invariabilidad, el diagnóstico fundado en el carácter y la irreversibilidad en la conceptualización del pensamiento no reflexivo propio de la persona que padece de depresión.

Otra de las lecturas dentro de la perspectiva de las teorías cognitivas que abordan este trastorno, y el papel del proceso de información (Sanz y Vázquez, 1995) la encontramos en la propuesta de Teasdale y la hipótesis de la activación diferencial. El argumento descansa en que la aparición de un acontecimiento estresante activa el denominado “nodo de la depresión” (p. 22).

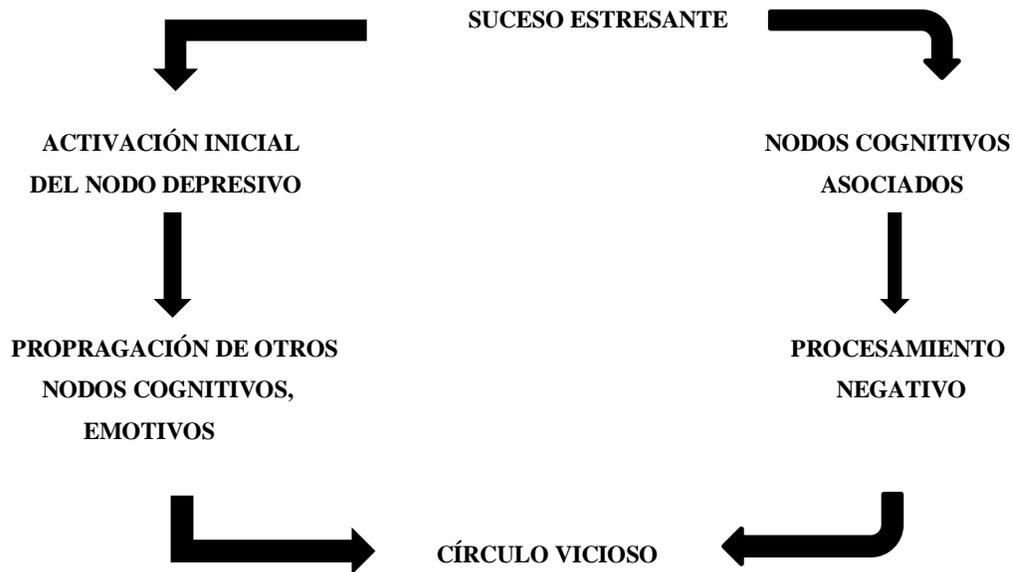
Teasdale distingue ciertos nexos que se establecen entre las emociones y la cognición en la mente partiendo de lo propuesto por Bower (1981), que citado por Sanz y Vázquez (1995, p. 21), plantea que un estado de alteración del ánimo asociado a la adquisición de prácticas de conductas más o menos duraderas (aprendizajes) activa los denominados nodos de la depresión.

Cabe precisar que la noción de nodo es entendida como un espacio en el que confluyen y se establece una comunicación entre las emociones y las cogniciones del individuo. Por ejemplo, cuando se activa el nodo de la depresión se ven afectados (se alteran) los nodos cognitivos.

En términos de Sanz y Vázquez (1995) este proceso es entendido como el establecimiento de un “círculo vicioso” (p.23) en donde la clave de su abordaje no está en la fase inicial del trastorno sino en los factores críticos que determinan su agravamiento o continuidad en el tiempo.

Figura 5

Diagrama de los factores críticos que agravan la depresión



Con un enfoque cercano a Teasdale se encuentra la teoría de la indefensión aprendida. Al respecto Seligman (1975), citado por Sanz y Vázquez (1995, p.25), propuso que la depresión se origina por la incapacidad de la persona para sopesar las consecuencias de su conducta. Producto de ello es el estado de desamparo en el que se encuentra.

Partiendo de esta propuesta, pero dando un giro a la interpretación de la indefensión aprendida de Seligman, encontramos que Abramson, Seligman y Teasdale (1978), citado por Sanz y Vázquez (1995, p. 26), se centran en las atribuciones que concede la persona al origen de su pasividad o estado de indefensión agrupándolas en tres categorías a partir de su incidencia negativa en la autoestima, la continuidad y la extensión de la depresión.

La primera atribuye la causa del desenlace negativo a factores externos o internos según sea el caso. Por ejemplo: si una persona desapruueba el examen de admisión de una universidad y atribuye su revés a factores externos su respuesta

es que dicha prueba no era para él. En cambio, si atribuye la causa a factores internos su respuesta que su fracaso ha dependido de su propia incapacidad. Además, estos factores se vinculan y completan la explicación con otros factores que permiten distinguir las atribuciones a la percepción negativa del evento como lo global o específico y lo estable o inestable.

Factores de la depresión

Se compone de cinco factores:

Trastorno cognitivo, que incluye culpabilidad, disgusto hacia sí mismo, insatisfacción, pesimismo, fracaso, acusación hacia sí mismo, y dificultad para tomar decisiones.

Deterioro en el rendimiento, que incluye cansancio, preocupación por la salud, pérdida de apetito, disminución en el trabajo, y dificultad para dormir.

Déficits afectivos, que incluye tristeza, llanto, pensamientos suicidas, irritabilidad y sentirse castigado.

Actitudes negativas, que incluye pérdida de interés en la gente y auto-imagen negativa.

Trastornos somáticos, que incluye pérdida de peso y pérdida de la libido.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y Diseño de investigación

La indagación es básica y el diseño corresponde al no experimental en razón a que no hubo manipulación de la variable independiente porque las causas y los efectos acontecieron previamente. Al respecto Tamayo (2003) sostiene que el diseño puede entenderse como un conjunto de actividades acordes a los propósitos de la investigación, tanto a nivel del planteamiento del problema como de los supuestos contenidos en las hipótesis.

Una posición cercana es la que sostiene Vara (2012), que concibe un conjunto de acciones derivadas de un proyecto con metas y objetivos que guían el trabajo de investigación.

3.2 Variables y operacionalización

Es un proceso de desglose con el propósito de medir la variable. En este caso contamos con tres:

Estrategias de afrontamiento: de acuerdo a lo que propone Lazarus (2000) consiste en la manera como las personas solucionan o superan las situaciones estresantes (p. 114).

Calidad de vida: partiendo de lo que señala Muchotrigo (2003, p. 9), que cita a Olson y Barnes (1982), calidad de vida es entendida como el estado de satisfacción de la persona respecto a ciertos elementos claves en su vida como son la familia, las amistades, el trabajo, la formación académica y la salud.

Depresión: para Beck, Rush, Shaw, Emery (2010), que de acuerdo a la concepción de Sanz consiste en un concepto enmarcado en la teoría del procesamiento de información, la depresión es la alteración del estado de ánimo que se manifiesta con sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración. Asimismo, expresa una pérdida de interés e incapacidad para sentir placer que repercute en la calidad de vida del sujeto afectado.

Tabla 1*Matriz de operacionalización de la variable estrategias de afrontamiento*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Estrategias de Afrontamiento	Consiste en las actividades de origen cognitivo y conductual que están dirigidas a responder las exigencias de tipo internas o externas que desbordan los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986)	Se aplicará un instrumento compuesto por 41 ítems agrupados en 8 dimensiones	Resolución de problemas Autocrítica Expresión emocional Pensamiento desiderativo Apoyo social Reestructuración cognitiva Evitación de problemas Retirada social	1,9,17,25,33 41 2,10,18,26,34 3,11,19,27,35 4,12,20,28,36 5,13,21,29,37 6,14,22,30,38 7,15,23,31,39 8,16,24,32,40	Ordinal

Nota: Elaborado a partir del inventario de afrontamiento

Tabla 2*Matriz de operacionalización de la variable calidad de vida*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Calidad de vida	De acuerdo a Grimaldo (2013), que cita a Olson y Barnes (1982), calidad de vida se refiere a la satisfacción de la persona respecto a elementos claves en su vida como son la familia, las amistades, el trabajo, la formación académica y la salud.	Se aplicará un instrumento compuesto por 24 ítems agrupados en 7 dimensiones	Hogar y bienestar económico Amigos, vecindario y comunidad Vida familiar y familia extensa Educación y ocio Medios de comunicación Religión Salud	1,2,3,4,5 6,7,8,9 10,11,12,13 14, 15,16 17,18,19,20 21,22 23,24	Ordinal

Nota: Elaborado a partir del inventario de calidad de vida

Tabla 3*Matriz de operacionalización de la variable depresión*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición	Rangos
Depresión	Consiste en la alteración del estado de ánimo caracterizado por la manifestación de sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración (Beck, 2010)	Se medirá a través a través de un cuestionario de 21 ítems agrupados en 2 dimensiones	Factor cognitivo-afectivo Factor somático-motivacional	1,2,3,4, 5 8, 9,10 6,7,11,12,13 14,15,16,17, 18,19,20,21	Ordinal	De 0 a 13 (depresión mínima) De 14 a 19 (depresión leve) De 20 a 28 (depresión moderada) De 29 a 33 (depresión grave)

Nota: Adaptado del inventario de depresión de Beck

3.3 Población, muestra y muestreo

Población

Estuvo compuesta por 82 pacientes de sexo femenino que han sido víctima de violencia de pareja o expareja atendidas en el consultorio de psicología del centro de salud José Carlos Mariátegui del distrito de San Juan de Lurigancho en el año 2020.

Muestra

No hubo muestra ya que al tener acceso a toda la población se aplicó el censo. La misma estuvo compuesta por todas las participantes atendidas en el consultorio de psicología y que estuvieron presentes el día de la aplicación de los cuestionarios.

Tabla 4

Distribución de la población

Incluidos	Excluidos	Cantidad
82	0	82

Criterios de selección

Están incluidas:

Mujeres mayores de edad atendida en el consultorio de psicología por un período mayor a un mes y que estuvieron presentes el día de la aplicación del cuestionario.

Están excluidas:

Mujeres atendidas en el consultorio con otro diagnóstico.

Mujeres atendidas en el consultorio con un período menor a un mes.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Consiste fundamentalmente en una operación que permite recabar y examinar información referida al objeto (s) de investigación. Tenemos algunas técnicas como la observación, las encuestas entre otras. Específicamente hablamos de la encuesta como un procedimiento que permite identificar el modo de sentir y de ver (percibir) de los sujetos que son parte del estudio (Grasso, 2006).

Instrumentos de recolección de datos

Un cuestionario se orienta a las preguntas que se formulan a los participantes del estudio. Con ese propósito se sigue una secuencia que, en razón a la conversión de las variables, se generan ítems con la intención de obtener datos certeros que puedan ser analizados estadísticamente (Casas, Repullo, y Donado, 2003).

Cuestionario de estrategias de afrontamiento

Ficha Técnica

El inventario es una versión abreviada y adaptada por Cano, Rodríguez y García (2007) a partir de la propuesta original de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). El cuestionario está compuesto por 40 ítems agrupadas en 8 estrategias que valora la percepción del afrontamiento por parte del entrevistado.

Para la dimensión resolución de problemas (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.86

Para la dimensión autocrítica (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.89

Para la dimensión expresión emocional (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.84

Para la dimensión pensamiento desiderativo (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.78

Para la dimensión apoyo social (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.80

Para la dimensión reestructuración cognitiva (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.80

Para la dimensión evitación de problemas (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.63

Para la dimensión retirada social (compuesta por 5 ítems) el Alfa de Cronbach arrojó 0.65

Cuestionario calidad de vida

Ficha Técnica

Denominación: Escala de Calidad de vida.

Creadores: Olson y Barnes.

Adaptación al Perú: Grimaldo Muchotrigo.

Aplicación: De modo individual o colectivo.

Tiempo de aplicación: 20 minutos aproximadamente.

Edad de aplicación: A partir de los 13 años.

Objetivo: Identificación de los niveles de Calidad de vida.

Baremos: 7 factores.

Cuestionario de depresión

Ficha Técnica

Los autores del inventario fueron Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emery (1978). La versión original se denominó *Beck Depression Inventory, amended version* (BDI-IA). Posteriormente se publicó una segunda edición del BDI (BDI-II; Beck, Steer y Brown (1996) que presenta modificaciones respecto a las anteriores versiones, incluyendo criterios sintomáticos contenidos en el DSM-IV para la detección de los trastornos depresivos.

La adaptación española del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) estuvo a cargo de Sanz y García (2013), Sanz, Navarro y Vásquez (2003), y Sanz, Perdigón y Vásquez (2003), quienes obtuvieron niveles elevados de consistencia interna de 0.89 entre otros puntajes de consideración.

El cuestionario tiene como propósito valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad en pacientes clínicos como no clínicos. Se compone de 21 ítems y su calificación es manual.

Validación y confiabilidad de los instrumentos

Validez:

La indagación empleó instrumentos estandarizados que cuentan con fiabilidad y validez previa, lo cual está detallado en la ficha técnica que registra datos específicos por cada una de las variables como son: estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión.

Confiabilidad

Se aplicaron instrumentos estandarizados que cuentan con fiabilidad y validez previa. En este caso se precisa lo siguiente por cada variable:

Estrategias de afrontamiento

Tabla N°5

Consistencia interna de Estrategias de Afrontamiento

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,923	41

Calidad de vida

Tabla N°6

Consistencia interna de Calidad de vida

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,928	24

Depresión

Tabla N°7

Consistencia interna de Depresión

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,901	21

3.5 Procedimientos

En un primer momento se recopilaron los datos que se obtuvieron de los instrumentos de medición de cada una de las variables. Luego, en un segundo momento, los datos se procesaron aplicando la estadística de tipo inferencial en las pruebas de hipótesis respectivas.

3.6 Métodos de análisis de datos

Vara (2012, p.347-349). En primer lugar, los datos se analizan desde el momento en que se aplican los instrumentos con una lógica descriptiva, lo cual exige, además,

la elaboración de la matriz con el propósito de examinar la información de cada variable inmersas en el estudio.

Bajo esa perspectiva se examinó la validez de los instrumentos de medición merced al criterio de jueces con Aiken. En cuanto a los resultados descriptivos se evalúa la coherencia en el uso de la media como medida de tendencia central, así como la desviación estándar como medida de variabilidad entre otros.

Sobre el análisis inferencial se aplicó las pruebas estadísticas correspondientes a una regresión logística ordinal en razón del origen de las variables de estudio empleadas.

El software que se usó a fin de realizar los procedimientos descriptivos e inferenciales es el IBM SPSS Statistics en su versión 25.

3.7 Aspectos Éticos

En la esfera ética la originalidad de la indagación se sostiene en el reporte emitido por el software Turnitin, cuyo resultado fue menor al 25% de similitud. Asimismo, se ha contado con el consentimiento informado de cada uno de los entrevistados (se adjunta modelo en anexos).

Siguiendo la interpretación sostenida por Cortina (2010), la ética versa en la práctica de acciones buenas llevadas a cabo por deber y sostenida en los postulados de la razón práctica. En esa perspectiva, asumiendo que uno de los objetos claves del quehacer de la ciencia es la producción de conocimiento, se procuró en todo momento la reserva de los datos y la confidencialidad de la información brindada por los participantes.

IV. RESULTADOS

Análisis Descriptivo

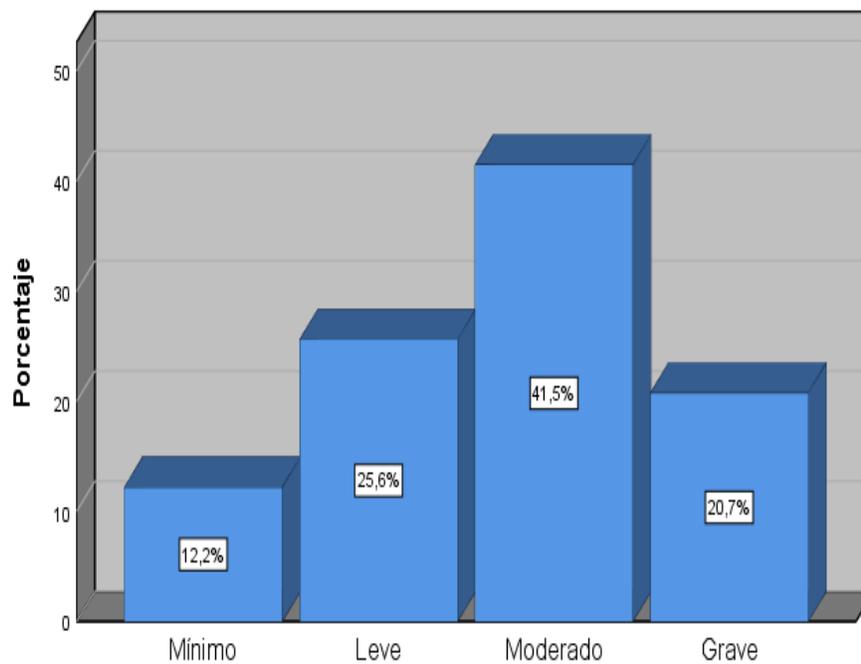
Tabla N°8

Distribución de frecuencia de la variable Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	10	12,2	12,2	12,2
	Leve	21	25,6	25,6	37,8
	Moderado	34	41,5	41,5	79,3
	Grave	17	20,7	20,7	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Figura 6

Distribución porcentual de la variable depresión



Nota. Del 100% de los encuestadas, el 41.5% el nivel de depresión es moderado, mientras que el 25.8% tienen depresión leve, así mismo el 20.7% el nivel de depresión es grave y el 12.2% su nivel de depresión es mínimo.

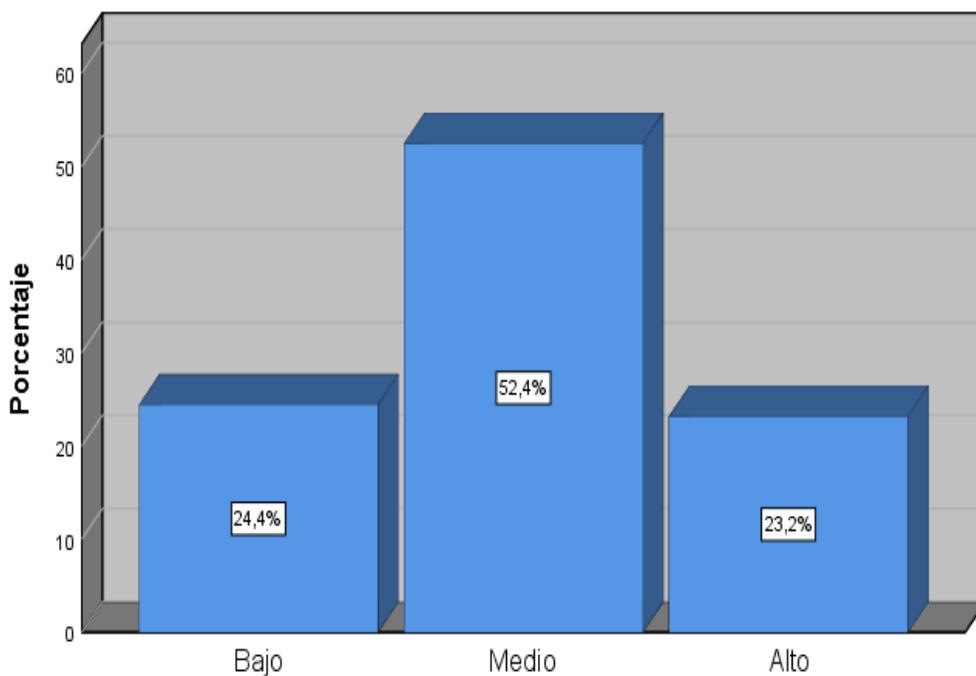
Tabla N°9

Distribución de frecuencia de la variable Estrategias de Afrontamiento

		Porcentaje			
		Frecuencia	Porcentaje	válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	20	24,4	24,4	24,4
	Medio	43	52,4	52,4	76,8
	Alto	19	23,2	23,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Figura 7

Distribución porcentual de la variable Estrategias de Afrontamiento



Nota. Del 100% de los encuestadas, el 52.4% su nivel de afrontamiento es medio, mientras que el 24.4% tienen afrontamiento bajo, y el 23.2% su nivel de afrontamiento es alto.

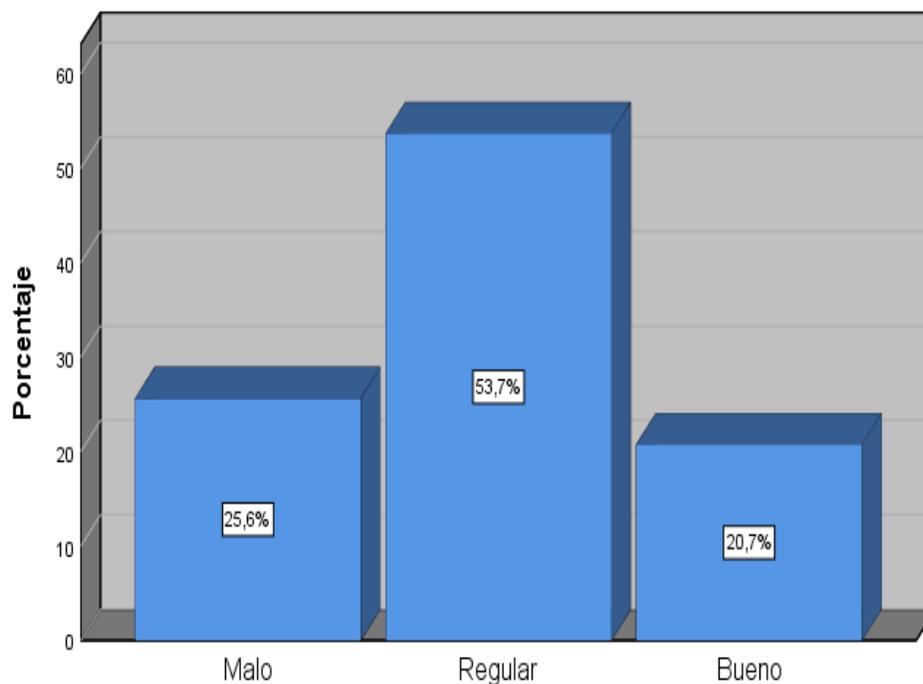
Tabla N°10

Distribución de frecuencia de la variable Calidad de vida

		Porcentaje			
		Frecuencia	Porcentaje	válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	21	25,6	25,6	25,6
	Regular	44	53,7	53,7	79,3
	Bueno	17	20,7	20,7	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Figura 8

Distribución porcentual de la variable Calidad de vida



Nota. Del 100% de los encuestados, el 53.7% su calidad de vida es regular, mientras que el 25.6% tienen calidad de vida malo, y el 20.7% su nivel de calidad de vida es bueno.

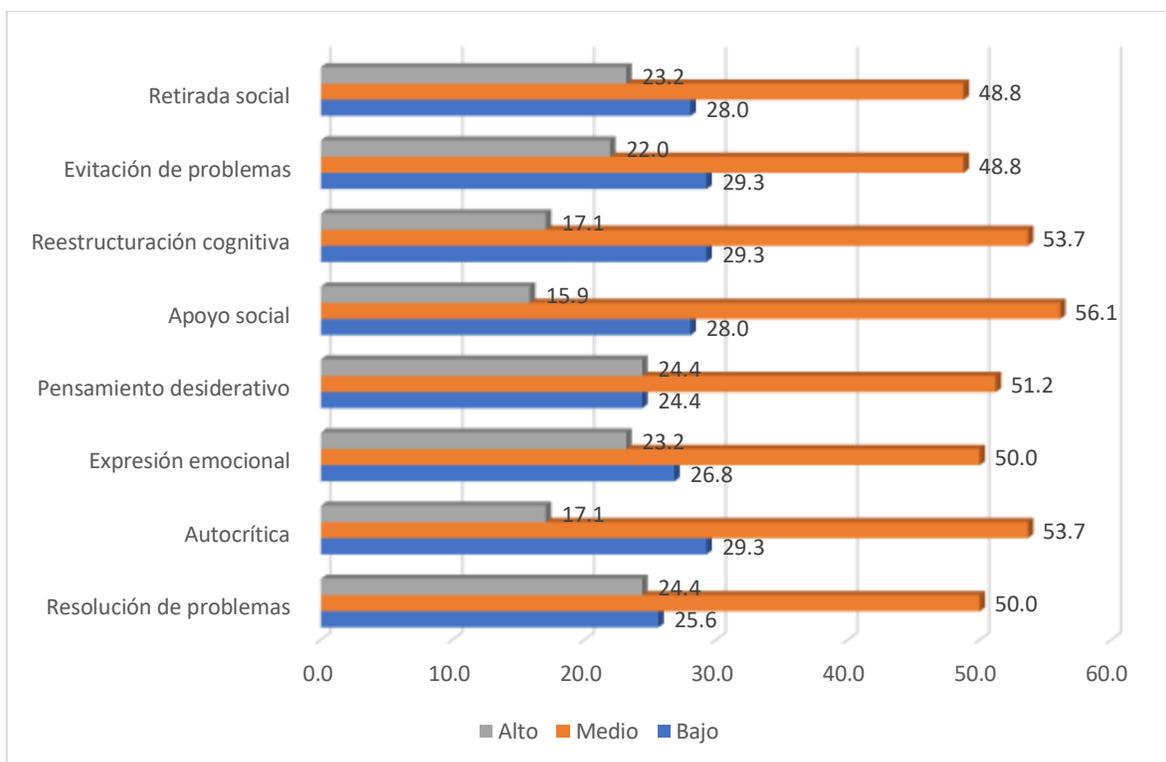
Tabla N°11

Distribución de frecuencias de las dimensiones de Estrategia de Afrontamiento

	Resolución de problemas	Autocrítica	Expresión emocional	Pensamiento desiderativo	Apoyo social	Reestructuración cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social
Bajo	25.6	29.3	26.8	24.4	28.0	29.3	29.3	28.0
Medio	50.0	53.7	50.0	51.2	56.1	53.7	48.8	48.8
Alto	24.4	17.1	23.2	24.4	15.9	17.1	22.0	23.2

Figura 9

Distribución porcentual de las dimensiones de Estrategia de Afrontamiento



Nota. Del 100% de los encuestadas, respecto a las dimensiones de afrontamiento, el nivel de resolución de problemas (50%), la autocrítica (53.7%), expresión emocional (50%), Pensamiento desiderativo (51.2%), apoyo social (56.1%), reestructuración cognitiva (53.7%), evitación de problemas (48.8%) y retirada social (48.8%) es de nivel medio.

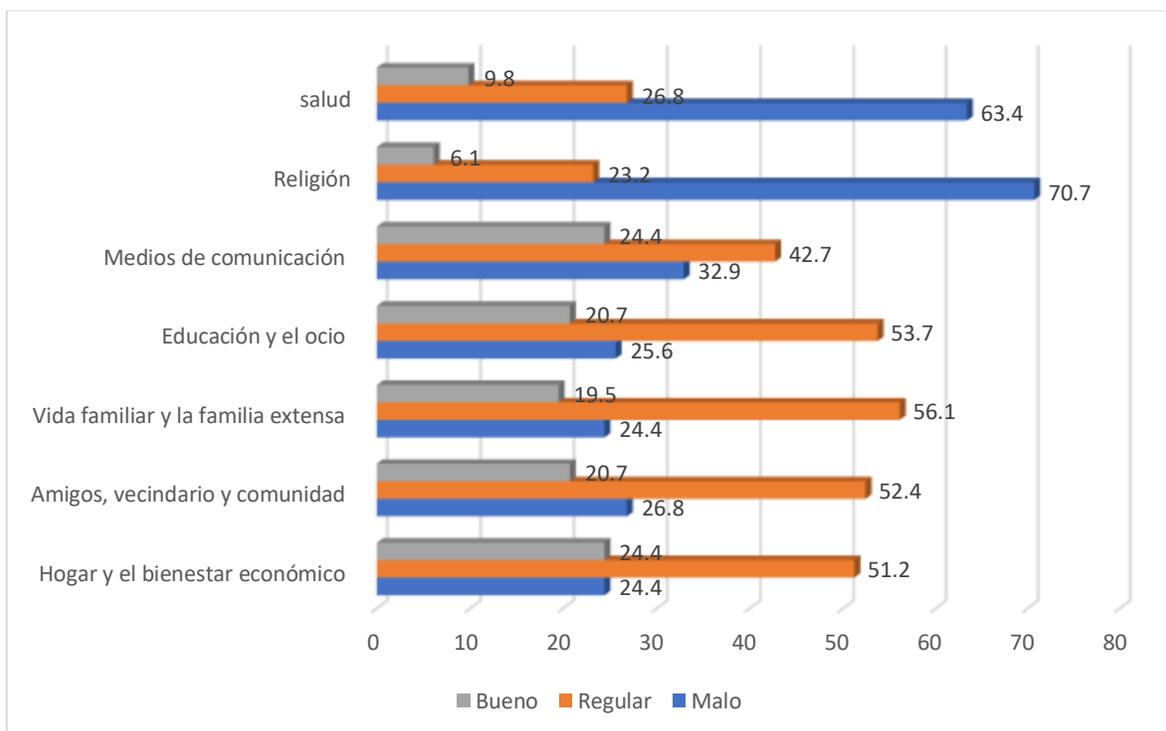
Tabla N°12

Distribución de frecuencias de las dimensiones de calidad de vida

	Hogar y el bienestar económico	Amigos, vecindario y comunidad	Vida familiar y la familia extensa	Educación y el ocio	Medios de comunicación	Religión	salud
Malo	24.4	26.8	24.4	25.6	32.9	70.7	63.4
Regular	51.2	52.4	56.1	53.7	42.7	23.2	26.8
Bueno	24.4	20.7	19.5	20.7	24.4	6.1	9.8

Figura 10

Distribución porcentual de las dimensiones de Calidad de vida



Nota. Del 100% de los encuestadas, respecto a las dimensiones de calidad de vida, el nivel de hogar y el bienestar económico (51.2%), amigos vecindario y comunidad (52.4%), vida familiar y la familia extensa (56.1%), educación y el ocio (53.7%), y medios de comunicación (42.7%) se encuentran en un nivel regular, mientras que las dimensiones religión (70.7%) y salud (63.4%) se encuentran en un nivel malo.

Análisis Inferencial

Hipótesis de investigación

General

H₀: Las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H_g: Las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Nivel de significancia: 0.05

Tabla N°13

Información de ajuste de los modelos HG

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	69,061			
Final	64,610	4,451	4	,348

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.348 > 0.05 se acepta H₀, se acepta que las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°14

<u>Pseudo R cuadrado HG</u>	
Cox y Snell	,053
Nagelkerke	,057
McFadden	,021

Función de enlace: Logit.

la variabilidad o la incidencia de las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en la depresión es del 5.7%.

Específica 1

H0: La resolución de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H_{E1}: La resolución de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°15

Información de ajuste de los modelos HE 1

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	33,514			
Final	31,815	1,698	2	,428

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.428 > 0.05 se acepta H0, se acepta que la resolución de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°16

Pseudo R cuadrado HE 1

Cox y Snell	,020
Nagelkerke	,022
McFadden	,008

Función de enlace: Logit.

la variabilidad o la incidencia de la resolución de problemas incide en la depresión en 2.2%

Específica 2:

H0: La autocrítica no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H_{E2}: La autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°17

Información de ajuste de los modelos HE 2

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	35,509			
Final	28,111	7,398	2	,025

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.025 < 0.05 se rechaza la H0, se acepta que la autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°18

Pseudo R cuadrado HE 2

Cox y Snell	,086
Nagelkerke	,093
McFadden	,035

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la autocrítica en la depresión en 9.3%

Específica 3

H0: La expresión emocional no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H1: La expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°19

Información de ajuste de los modelos HE 3

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	37,491			
Final	31,045	6,446	2	,040

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.040 < 0.05 se rechaza la H0, se acepta que la expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°20

Pseudo R cuadrado HE 3

Cox y Snell	,076
Nagelkerke	,082
McFadden	,030

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la expresión emocional en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja en 8.2%

Específica 4:

H0: El pensamiento desiderativo no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H1: El pensamiento desiderativo incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°21

Información de ajuste de los modelos HE 4

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	31,536			
Final	29,924	1,613	2	,446

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.446 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que el pensamiento desiderativo no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°22

Pseudo R cuadrado HE 4

Cox y Snell	,019
Nagelkerke	,021
McFadden	,008

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia del pensamiento desiderativo en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 2.1%

Específica 5

H0: El apoyo social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H1: El apoyo social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°23

Información de ajuste de los modelos HE 5

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	30,846			
Final	30,217	,629	2	,730

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.730 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que el apoyo social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°24

Pseudo R cuadrado HE 5

Cox y Snell	,008
Nagelkerke	,008
McFadden	,003

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia del apoyo social en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 0.8%

Específica 6

H0: La reestructuración cognitiva no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H 1: La reestructuración cognitiva incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°25

Información de ajuste de los modelos HE 6

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	34,260			
Final	32,115	2,145	2	342

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.342 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la reestructuración cognitiva no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°26

Pseudo R cuadrado HE 6

Cox y Snell	,026
Nagelkerke	,028
McFadden	,010

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la reestructuración cognitiva en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 2.8%

Específica 7

H0: La evitación de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H 1: La evitación de problemas incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°27

Información de ajuste de los modelos HE 7

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	31,928			
Final	30,153	1,775	2	,412

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.412 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la evitación de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°28

<u>Pseudo R cuadrado HE 7</u>	
Cox y Snell	,021
Nagelkerke	,023
McFadden	,008

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la evitación de problemas en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 2.3%

Específica 8

H0: La retirada social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H 1: La retirada social incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°29

Información de ajuste de los modelos HE 8

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	34,688			
Final	28,865	5,824	2	,054

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.054 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la retirada social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°30

Pseudo R cuadrado HE 8

Cox y Snell	,069
Nagelkerke	,074
McFadden	,027

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la retirada social en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 7.4%

Específica 9

H0: El hogar y el bienestar económico no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H 1: El hogar y el bienestar económico inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°31

Información de ajuste de los modelos HE 9

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	38,348			
Final	34,994	3,354	2	,187

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.187 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que el hogar y el bienestar económico no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°32

Pseudo R cuadrado HE 9

Cox y Snell	,040
Nagelkerke	,043
McFadden	,016

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia del hogar y el bienestar económico en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 4.3%

Específica 10

H0: Los amigos, vecindario y comunidad no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H1: Los amigos, vecindario y comunidad inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°33

Información de ajuste de los modelos HE 10

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	31,916			
Final	30,448	1,468	2	,480

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.480 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que los amigos, vecindario y comunidad no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°34

Pseudo R cuadrado HE 10

Cox y Snell	,018
Nagelkerke	,019
McFadden	,007

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de los amigos, vecindario y comunidad en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 1.9%

Específica 11

H0: La vida familiar y la familia extensa no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

H1: La vida familiar y la familia extensa inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°35

Información de ajuste de los modelos HE 11

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	35,377			
Final	33,338	2,039	2	,361

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.361 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la vida familiar y la familia extensa no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°36

Pseudo R cuadrado HE 11

Cox y Snell	,025
Nagelkerke	,027
McFadden	,010

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia la vida familiar y la familia extensa en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 2.7%

Específica 12

H0: La educación y el ocio no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H1: La educación y el ocio inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°37

Información de ajuste de los modelos HE 12

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	34,071			
Final	33,147	,924	2	,630

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.630 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la educación y el ocio no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°38

Pseudo R cuadrado HE 12

Cox y Snell	,011
Nagelkerke	,012
McFadden	,004

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia la educación y el ocio en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 1.2%

Específica 13

HO: Los medios de comunicación inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

H 1: Los medios de comunicación inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°39

Información de ajuste de los modelos HE 13

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	33,052			
Final	32,031	1,021	2	,600

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.600 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que los medios de comunicación no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°40

Pseudo R cuadrado HE 13

Cox y Snell	,012
Nagelkerke	,013
McFadden	,005

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de los medios de comunicación en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 1.3%

Específica 14

Ho: La religión no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

HE₁₄: La religión incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°41

Información de ajuste de los modelos HE 14

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	37,345			
Final	33,723	3,622	2	,163

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.163 > 0.05 se acepta la H0, se acepta que la religión no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tabla N°42

Pseudo R cuadrado HE 14

Cox y Snell	,043
Nagelkerke	,047
McFadden	,017

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la religión en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 4.7%

Específica 15

H0: La salud no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

HE₁₅: La salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°43

Información de ajuste de los modelos HE 15

Modelo	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Sólo intersección	42,613			
Final	32,128	10,485	2	,005

Función de enlace: Logit.

Dado que el valor de sig = 0.005 < 0.05 se rechaza la H0, se acepta que la salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020

Tabla N°44

Pseudo R cuadrado HE 15

Cox y Snell	,120
Nagelkerke	,130
McFadden	,049

Función de enlace: Logit.

La variabilidad o la incidencia de la salud en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja es 13%

V. DISCUSIÓN

En cuanto a la validez interna de la indagación podemos sostener que los tres instrumentos aplicados obtuvieron una fiabilidad por encima de 0.7 que nos proporcionó resultados fiables para el análisis de los datos obtenidos. Además, se aplicó las pruebas estadísticas correspondientes a la regresión logística ordinal dada la naturaleza cualitativa de las variables y conforme a la lógica de la investigación correlacional causal.

Respecto a la población de estudio cabe precisar que las 82 participantes eran pacientes mayores de edad que recibían atención psicológica para casos de violencia de pareja y fueron contactadas por encontrarse dentro de los requisitos de la investigación.

Por otro lado, las limitaciones de la indagación se centraron principalmente en el control de las variables independientes dado que no se aplicó un diseño experimental, así como en la aplicación de los instrumentos. Es así que la obtención de información se realizó en el centro de salud y en los días en que las participantes asistían al programa. Más allá de la disponibilidad que presentaban para participar no siempre disponían de un tiempo extra considerando que casi todas trabajaban fuera de casa y en otros casos eran mamás con hijos menores a su cargo.

En cuanto a la validez externa consideramos que es posible generalizar los hallazgos encontrados toda vez que a partir del modelo de regresión logística empleado se ha determinado en qué casos hay incidencia o no respecto a las hipótesis propuestas. Además, se ha probado que en las hipótesis referidas al afrontamiento centrado en la autocrítica y la expresión emocional hay incidencia en los niveles de depresión, así como también en la calidad de vida centrada en la salud respecto a la depresión.

Ahora bien, es cierto que en las demás hipótesis no se ha observado incidencia significativa. Sin embargo, es posible tomar los insumos hallados para hacer una lectura acerca de la respuesta que tienen poblaciones compuestas por mujeres que afrontan situaciones similares, especialmente aquellas que habitan en ciudades de alta densidad y en dónde se presentan índices significativos de violencia de pareja

o expareja.

Tal es el caso de los datos obtenidos en nuestra indagación en dónde obtuvimos un mayor porcentaje en el nivel medio y un valor de 56.1 % para la dimensión apoyo social seguida de la autocrítica con un 53.7 % lo cual nos permite mostrar en qué dimensiones se centra su afrontamiento y de qué modo la calidad de vida, referida específicamente a la dimensión salud, tiene una incidencia de 13 % sobre la depresión de acuerdo a R cuadrado.

Al respecto el estudio de Lokhmatkina et al. (2015) encontró que no había diferencias significativas respecto al afrontamiento centrado en el problema y las emociones en mujeres que habían sido víctima de violencia de las que no habían sufrido violencia. Este resultado se asemeja al nuestro en cuanto a que el afrontamiento se centró en dos factores: expresión emocional y la resolución de problemas como respuesta a la situación estresante en la parte descriptiva.

En esa línea, en nuestro caso hubo una coincidencia del 50 % de respuesta en la dimensión emocional y en la dimensión resolución de problemas a diferencia de lo hallado por Carmona (2017) en donde la búsqueda de apoyo social obtuvo un 25 % toda vez que no era una estrategia de respuesta empleada. Si bien encontramos diferencias en los resultados cabe precisar que en los estudios citados todas las participantes tenían en común el haber sido víctima de violencia de pareja por lo que la diferencia en los resultados de la indagación anteriormente citada obedece a que enfrentan la situación estresante apelando en primer orden a acciones de tipo social y de distracción.

Asimismo, se aproxima al resultado obtenido por Torrecilla et al. (2016) respecto a la estrategia de afrontamiento centrado en la descarga emocional con un puntaje equivalente al 56,3 %. Los resultados de Terrones (2019) también fueron cercanos al encontrar que la estrategia de afrontamiento más empleada es la referida a la emoción con un 64 %. En este caso las pacientes encuestadas también mostraron una cercanía con los resultados que arrojaron nuestra investigación considerando que también fueron mujeres expuestas a situaciones de estrés.

Ahora bien, también nos acercamos a los resultados de Araujo (2018) donde la estrategia de afrontamiento conductual referida a la descarga emocional tuvo un

valor de respuesta de 36 % dentro del promedio en mujeres que fueron víctima de violencia. En nuestro caso la expresión emocional también estuvo dentro de un nivel medio de respuesta que obedece a que las pacientes apelan generalmente a una respuesta de tipo emocional que les permite afrontar la situación de violencia de acuerdo a los hallazgos encontrados en las investigaciones.

En relación a las variables calidad de vida con violencia de tipo conyugal infringida por sus parejas, en los resultados presentados por Hisasue et al. (2020) se encontró una baja calidad de vida acompañada, además, de la elevación de la angustia psicológica. Si bien es cierto que en nuestro caso encontramos un nivel regular de la primera variable en el puntaje general, específicamente en la dimensión salud y la dimensión religión, ambas fueron las que registraron un valor más bajo en comparación con las demás dimensiones. Esto puede entenderse debido a que su satisfacción o no con su salud y con la de los miembros de su familia depende generalmente de la atención que pueda recibir en los centros de salud de su comunidad.

En cuanto a la variable depresión encontramos algunos trabajos centrados en determinar su relación con la violencia de pareja. Tal es el caso de lo propuesto por Kopcavar y Selic (2018) en donde hallaron que las mujeres expuestas a este tipo de violencia presentaron una relación directa con los niveles de depresión. En nuestra investigación esta variable obtuvo un porcentaje más alto en el nivel moderado con un 41.5 % lo que revela que las pacientes atendidas en el programa también responden a una lógica semejante al haber padecido violencia por parte de sus parejas.

Ahora bien, este resultado también se aproxima a lo hallado por Esle et al. (2019) en el que las mujeres que sufrieron violencia psicológica presentaron una prevalencia de depresión correspondiente a un 16.8 %. La relación entre ambas variables muestra que las participantes que han sufrido maltrato padecen de depresión en algún grado. Mathew et al., (2019) también arriba a resultados que vinculan la violencia de pareja con el nivel de depresión, sin embargo, a diferencia de los hallazgos de la investigación antes citada encontró que la violencia física (18 %) tuvo un porcentaje mayor respecto al 7 % correspondiente al maltrato no físico.

Partiendo de la evidencia obtenida de ambos casos, como también de lo observado en los resultados de Gomes y Ferreira (2018), el trastorno más recurrente en la salud mental de mujeres víctimas de violencia de pareja es en primer orden la depresión. En esa línea interpretativa compartimos el hallazgo, pero también sostenemos que hemos demostrado que hay estrategias de afrontamiento preferentemente empleadas por las entrevistadas y que dos de ellas: la autocrítica y la expresión emocional indican en los niveles de depresión. Esto se explicaría en razón que una descarga de tipo emocional, por ejemplo: el llanto, influye en el grado que alcance el trastorno depresivo.

VI. CONCLUSIONES

Primera: de acuerdo al objetivo general propuesto los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.348 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020. Cabe precisar que no se aplicó el diseño experimental sino el diseño no experimental en el marco de una investigación transversal.

Segunda: de acuerdo al objetivo específico número uno los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.428 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, la resolución de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Tercera: de acuerdo al objetivo específico número dos los resultados indicaron que éste se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.025 < 0.05$, por lo que se rechazó la H_0 . Es decir, la autocrítica incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Cuarta: de acuerdo al objetivo específico número tres los resultados indicaron que éste se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.040 < 0.05$, por lo que se rechazó la H_0 . Vale decir, la expresión emocional incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Quinta: de acuerdo al objetivo específico número cuatro los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.446 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, el pensamiento desiderativo no incide en la depresión de mujeres

víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Sexta: de acuerdo al objetivo específico número cinco los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.730 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Vale decir, el apoyo social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Séptima: de acuerdo al objetivo específico número seis los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.342 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, la reestructuración cognitiva no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Octava: de acuerdo al objetivo específico número siete los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.412 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, la evitación de problemas no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Novena: de acuerdo al objetivo específico número ocho los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.054 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Vale decir, la retirada social no incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Décima: de acuerdo al objetivo específico número nueve los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.187 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, el hogar y el bienestar económico no inciden en la depresión de

mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimoprimera: de acuerdo al objetivo específico número diez los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.480 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, los amigos, vecindario y comunidad no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimosegunda: de acuerdo al objetivo específico número once los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.361 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Vale decir, la vida familiar y la familia extensa no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimotercera: de acuerdo al objetivo específico número doce los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.630 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, la educación y el ocio no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimocuarta: de acuerdo al objetivo específico número trece los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.600 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Vale decir, los medios de comunicación no inciden en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimoquinta: de acuerdo al objetivo específico número catorce los resultados indicaron que éste no se cumplió ya que el valor de $\text{sig} = 0.163 > 0.05$, por lo que se aceptó la H_0 . Es decir, la religión no incide en la depresión de mujeres víctimas

de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

Decimosexta: de acuerdo el objetivo específico número quince los resultados indicaron que éste se cumplió ya que el valor de sig = $0.005 < 0.05$, por lo que se rechazó la H0. Es decir, la salud incide en la depresión de mujeres víctimas de violencia de pareja o expareja atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: de acuerdo a la conclusión general proponemos fortalecer el programa de atención a mujeres víctima de violencia que lleva a cabo el centro de salud ya que los resultados obtenidos nos muestran que los niveles de depresión presentan un nivel moderado que podrían sumar a los casos graves detectados en la investigación.

Segunda: considerando las conclusiones específicas referidas a la variable afrontamiento amerita también trabajar con las pacientes el fortalecimiento de las estrategias que obtuvieron porcentajes más bajos como la reconstrucción cognitiva, la evitación de problemas y la autocrítica.

Tercera: conforme a las conclusiones específicas referidas a la variable calidad de vida recomendamos trabajar el componente salud ya que constituye un factor clave en la perspectiva que tienen las pacientes del programa. Además, la conclusión nos refirió que incide en los niveles de depresión.

Cuarta: partiendo de las tres recomendaciones previas y con la finalidad de profundizar los datos obtenidos sugerimos desarrollar un estudio de corte cualitativo que indague en la problemática a profundidad tomando en cuenta las particularidades de la población y la problemática de la salud mental en un país aquejado recurrente por la violencia de pareja.

VIII. PROPUESTA

8.1 Generalidades

Región: Lima.

Provincia: Lima.

Distrito: San Juan de Lurigancho.

Instituciones: Centros de Salud del Ministerio de Salud.

Título del proyecto: Programa para reducir los niveles de depresión a partir del manejo de estrategias de afrontamiento en mujeres víctima de violencia de pareja.

Ubicación geográfica:

Región Lima

8.2 Beneficiarios

Directos: mujeres mayores de edad que han sido víctima de violencia que han sido derivadas o asisten al consultorio de psicología del centro de salud.

Indirectos: familias de las participantes.

8.3 Justificación

La violencia de pareja constituye un problema que se ha agravado en nuestro país a pesar de existir políticas y programas implementados por el gobierno para la atención de dichos casos. La labor del Ministerio de Salud tampoco parece ser suficiente porque en los centros de salud no siempre llega la atención ante la demanda de pacientes o porque en otros casos se requiere programas adecuados al contexto y considerando la vulnerabilidad de las pacientes que han sido víctima de violencia.

En tal sentido, se requiere llevar a cabo programas que examinen la problemática y estén dirigidos a reducir los niveles de depresión, en este caso aplicando estrategias de afrontamiento para la mejora de la salud mental.

8.4 Problemática

La salud mental es un problema que aqueja a nuestro país, pero no siempre cuenta con una atención pública especializada que realice la labor de prevención y de tratamiento del caso. Por ejemplo, las mujeres que han sido violentadas no siempre llegan a la atención porque depende un proceso un tanto largo que va desde la denuncia policial hasta la derivación del caso al centro de salud, en otras ocasiones simplemente abandonan el tratamiento.

En los centros de salud de las periferias de la ciudad la problemática es semejante, además, se suman otros factores ligados a la infraestructura y la capacitación del propio personal de salud para la atención debida. En el caso del centro de salud ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho se cuenta con un programa, pero se requiere reforzarlo a fin de mejorar los índices de depresión ya que es el trastorno más recurrente en los casos de violencia de pareja.

8.5 Impacto de la propuesta

En razón a los hallazgos obtenidos en esta indagación el impacto en los beneficiarios directos recae en las pacientes que serán atendidas con el objeto de fortalecer sus estrategias de afrontamiento y reducir los niveles de depresión encontrados.

Respecto al impacto en los beneficiarios indirectos se tiene a la familia e hijos de las pacientes que serán incluidos en el programa de atención.

8.6 Objetivos

General

Reducir los niveles de depresión a partir del manejo de estrategias de afrontamiento en mujeres víctima de violencia de pareja.

Específicos

Desarrollar estrategias de respuesta cognitivas, conductuales y emocionales de las pacientes incidiendo en aquellas en donde se obtuvo niveles por debajo del promedio de acuerdo a los datos proporcionados en el estudio previo.

Orientar a los miembros de la familia en la prevención y el acompañamiento del paciente.

8.7 Resultados estimados

1. De acuerdo al objetivo general
2. De acuerdo al primer objetivo específico
3. De acuerdo al segundo objetivo específico.

8.8 Presupuesto

Código	Descripción	Costo Unitario	Cantidad	Costo total
2.3.1 5. 1 2	PAPELERÍA EN GENERAL ÚTILES Y MATERIALES DE OFICINA	S/. 0.014	1 MILLAR	S/. 56. 00
2.3.1 9. 1 1	LIBROS, TEXTOS Y OTROS MATERIALES IMPRESOS	S/. 150	15	S/. 2250.00
2.3.1 5. 4 1	ELECTRICIDAD, ILUMINACIÓN Y ELECTRÓNICA	S/. 70	6	S/. 420.00
2.3.2 1. 1 1	PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE	S/. 2.50	800	S/. 2000.00

REFERENCIAS

- Araujo, B. (2018). *Estrategias de afrontamiento de las mujeres víctima de violencia de pareja en el centro poblado de Villa San Isidro; Corrales – Tumbes 2018* [tesis de grado, Universidad Nacional de Tumbes]. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/292>
- Beck, A. Brown, G. Steer, R. (2006). *Inventario de Depresión de Beck*. (2a. ed.). Paidós
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (20a ed.). Descleé de Brouwer.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, EUA: The Guilford Press. <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PP15&dq=cognitive+therapy+of+depression+aaron+t+beck+pdf&ots=FXTdjJ6sek&sig=HEKAI-WyCeSctow2BGgzPvn9HGc#v=onepage&q&f=false>
- Cano, G. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Universidad de Sevilla.
- Carmona, A. (2017). *Estrategias de afrontamiento y violencia conyugal en mujeres de la ciudad de Chiclayo*. Revista Científica PAIAN, 8(1), 61-72. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/556>
- Casas A., Repullo L., y Donado C. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos, *Aten Primaria*, 31(8), 527-538.
- Clasificación Internacional de las enfermedades (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Meditor. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of Self-Esteem*. Palo Alto: Consulting Psychologists.

Cortina, A. (2010). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. Tecnos.

Depresión: cuando vivir se convierte en una tarea insoportable. (08 de junio del 2018). *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/vivir-convierte-tarea-insoportable-noticia-492188>

Diez años de feminicidios en la Argentina: definiciones y cifras de la violencia contra las mujeres. (6 de marzo del 2018). *Infobae*. <https://www.infobae.com/tendencias/2018/03/08/10-anos-de-femicidio-en-la-argentina-definiciones-y-cifras-de-la-violencia-contra-las-mujeres/>

En 26% se incrementa cifra de feminicidios en el Perú respecto al período anterior (Mimp). (02 de junio del 2018). *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/26-incremento-cifra-femicidios-peru-respecto-periodo-anterior-noticia-524699>

El 30% de los hondureños con trastorno mental. (07 de abril del 2014). *El Herald*. <http://www.elheraldo.hn/pais/583570-214/el-30-de-los-hondurenos-con-trastorno-mental>

El 80% de peruanos con trastornos mentales no recibe tratamiento. (14 de febrero del 2018). *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/1197071-el-80-de-peruanos-con-trastornos-mentales-no-recibe-tratamiento>

Esle, P., Osypuk, T., Schuler, S. y Bates, L. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SS – Population Health*, 7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827318302131>

Crespo, M. y Labrador, F. (2003). *Estrés*. Síntesis.

Defensoría del Pueblo. (2018). *Derecho a la salud mental*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>

- Gomes, A. y Ferreira, C. (2018). Domains of commons mental disorders in women reporting intimate partner violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e3099.pdf>
- Grimaldo, M, (2003). *Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes*. Gráfica Arsam.
- Hisasue, T., Kruse, M., Raitanen, J., Paavilainen, E. y Rissanen, P. (2020). Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population based-study in Finland. *BMC Women's Health*, 20(85). <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00950-6>
- Hsiu-Fen y Bih-Ching (2019). Factors Associated With Depressive Symptoms in Female Victims of Intimate Partner Violence in Southern Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 27(4), 33.
- INEI: 375 mil peruanos pasaron a la pobreza en el último año. (24 de abril del 2018). *Gestión*. <https://gestion.pe/economia/inei-375-mil-peruanos-pasaron-pobreza-ano-232189>.
- Kopcavar, G. y Selic, P. (2018). Depression in Intimate Partner Violence Victims in Slovenia: A Crippling Pattern of Factors Identified in Family Practice Attendees. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(210), 1-16.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lokhmatkina, N., Agnew-Davies, R., Costelloe, C., Kuznetsova, O., Nikolskaya, I. y Feder, G. (2015). Intimate partner violence and ways of coping with stress: cross-sectional survey of female patients in Russian general practice. *Family Practice*, 32(2), 141-146.
- Lostanau, Torrejon, y Cassaretto (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama* [tesis de maestría,

Pontificia Universidad Católica del Perú].
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5175>

Mathew, S., Goud, R. y Pradeep J. (2019). Intimate partner violence among ever-married women treated for depression at a rural health center in Bengaluru Urban District. *Indian Journal of Community Medicine*, 44(5), 70-73.

Ministerio de Salud. (2017). *Salud mental*.
<http://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/minsa-salud-mental>.

Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory. CRIA-Adult form. Professional Manual*. Odessa: Florida, EEUU.

Organización Mundial de Naciones Unidas Mujeres. (2017). “*Huyamos de la muerte*”, *urgen mujeres de Honduras ante feminicidios en el país*.
<https://lac.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2017/06/huyamos-de-la-muerte-urgen-femicidios-en-honduras>

Organización mundial de la salud. (2018). *Depresión*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (1996). *La gente y la salud*.
<http://apps.who.int/iris/handle/10665/150398>

Peltzer, K., y Pengpid, S (2017). Associations between Intimate Partner Violence, Depression, and Suicidal Behavior among Women Attending Antenatal and General Outpatients Hospital Services in Thailand. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 20, 892-899.

Reverté, V. (2017). *Efecto de la calidad de vida, el afrontamiento y las conductas de salud de los pacientes con ictus isquémico agudo tratados con neurointervencionismo endovascular* [tesis doctoral, Universitat de Girona].
https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/482008/tsrv_20170427.pdf?sequen

Reyes P., Rodríguez, M., y Gantiva, C. (2013). *Ansiedad, Depresión y Estrategias de afrontamiento en adolescentes víctimas de explotación sexual* [Tesis de

especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia, Universidad de la Sabana, Chia, Colombia]. <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/9494/M%C3%B3nica%20Tatiana%20Rodr%C3%ADguez%20Casta%C3%B1eda%20TESIS.pdf?sequence=1>

Rosas, F., Siliceo, J., Tello, M., Temores, M., y Martínez, A. (2016). Ansiedad, Depresión y Modos de Afrontamiento en Estudiantes Pre Universitarios. *Salud y Administración*, 3(7), 3-9.

Rubio, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento: Factores determinantes e impacto sobre la tercera edad* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://hera.ugr.es/tesisugr/25501380.pdf>

Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9(2), 133-170.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. Universidad Complutense de Madrid. http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Aspectos%20clinicos.pdf

Shahrbanoo, G., Nooshin, K., Siamak, G., Hajar. B. y Raoofeh, G. (2018). Comparison of Anxiety and Depression in victims of spousal abused and Non-Abused women in Primary Health Care (PHC) in Babol-Iran. *Iranian Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 6(1). https://www.researchgate.net/publication/328719112_Comparison_of_Anxiety_and_Depression_in_victims_of_spousal_abused_and_NonAbused_women_in_Primary_Health_Care_PHC_in_BabollIran_Peer_review_under_responsibility_of_Iranian_Journal_of_Social_Sciences_a

Sobrado, Ch. (2017). *Factores de depression y de autoestima en mujeres víctima de violencia familiar asistidas en un centro de emergencia mujer de la provincial de Huánuco* [tesis de maestría, Universidad Nacional Hermilio

Valdizán].

http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/1706/PPI_P%2000008%20S63.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Stake, S. (2016). *INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG MARRIED WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE IN RURAL BANGLADESH* (Doctor of Public Health). https://pdfs.semanticscholar.org/5196/1d1c754f07353f23ad472bc2155f94862521.pdf?_ga=2.256048590.453953586.1564811192-1974760319.1564811192
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica* (4ª ed.). Limusa.
- Tarzia, L., Thuraisingam, S., Novy, K., Valpied, J., Quake, R. y Hegarty, K. (2018). Exploring the relationships between sexual violence, mental health and perpetrator identity: a cross-sectional Australian primary care study. *BMC Public Health*, 18(1410). <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6303-y>
- Terrones, M. (2019). *Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres víctima de violencia del distrito de Matara, 2019* [tesis de grado, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/21084>
- Torrecilla, M., Casari, L., y Rivas, J. (2016). Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicos. *Revista Latinoamericana de ciencia psicológica*, 8, 1-15. http://www.psiencia.org/psiencia/8/3/21/PSIENCIA_Revista-Latinoamericana-de-Ciencia-Psicologica_8-3_Torrecilla-et-al.pdf
- Vara, H. (2012). *Desde la idea hasta la sustentación: 7 pasos para una tesis exitosa. Un método efectivo para las ciencias empresariales*. Universidad de San Martín de Porres.

Vázquez, C., y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el coping inventory of depression (CID). *Psicología conductual*, 4(1), 9-28.

https://www.researchgate.net/publication/235429654_Estrategias_de_afrontamiento_ante_la_depresion_Un_analisis_de_su_frecuencia_y_utilidad_mediante_el_Coping_Inventory_of_Depression_CID

Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522.

San Juan de Lurigancho es el distrito con más casos de feminicidio. (04 de febrero del 2018). *Perú 21*. <https://peru21.pe/lima/san-juan-lurigancho-distrito-casos-feminicidios-lima-394435>

Xunta de Galicia. (10 de Julio de 2020). ¿Qué es la violencia de género? <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

NOMBRE:		EDAD:
		FECHA EVAL:
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4

26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

Anexo 2: ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (Barnes y Olson)

Nombre:

.....
.....

Edad: **Grado de Instrucción:**

.....

Fecha:

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

ESCALA DE RESPUESTAS

HOGAR Y BIENESTAR

ECONOMICO

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------|------------|-------------|------------|---------------|
| 1. Tus actuales condiciones de vivienda | Insatisfecho | Un poco | Más o menos | Bastante | Completamente |
| 2. Tus responsabilidades en la casa | | Satisfecho | Satisfecho | Satisfecho | Satisfecho |
| 3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas | | | | | |
| 4. La capacidad de tu familia para darte lujos | | | | | |
| 5. La cantidad de dinero que tienes para gastar | | | | | |

AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD

6. Tus amigos
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad
8. La seguridad en tu comunidad
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.)

VIDA FAMILIAR Y FAMILIAEXTENSA

10. Tu familia
11. Tus hermanos
12. El número de hijos en tu familia
13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)

EDUCACION Y OCIO

- 14. Tu actual situación académica
- 15. El tiempo libre que tienes
- 16 La forma como usas tu tiempo libre

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- 17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión
- 18. Calidad de los programas de televisión
- 19. Calidad del cine
- 20. La calidad de periódicos y revistas

RELIGIÓN

- 21. La vida religiosa de tu familia
- 22. La vida religiosa de tu comunidad

SALUD

- 23. Tu propia salud
- 24. La salud de otros miembros de la familia

PUNTAJE DIRECTO:.....

PERCENTIL:

PUNTAJES T:

Anexo 3: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....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 del 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 estoy siendo castigado(a).
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado(a).
- 2 Espero ser castigado(a).
- 3 Siento que estoy siendo castigado(a).

7. Disconformidad con Uno Mismo

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

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico(a) 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(a) o tenso(a) que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso(a) que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) 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(a) 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 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(a).
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía hacerlo.
- 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 suficiente energía para hacer nada.

16. Cambio en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.

- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como 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(a) o fatigado(a) que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado(a) o fatigado(a) 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(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
- 3 He perdido por completo el interés en el sexo.

Anexo 4: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lima, julio de 2020

Por medio de la presento

yo _____

Acepto participar en la investigación: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en la depresión de mujeres víctimas de violencia atendidas en el servicio de psicología de un centro de salud de San Juan de Lurigancho, 2020.

.

Mi participación es estrictamente para uso de la presente investigación, dejando de tener validez para fines ajenos a los explicados. La investigación es anónima donde mi nombre no será expuesto.

Los investigadores responsables me han dado las seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos realizados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Por lo expuesto, acepto formar parte de la investigación

Firma del participante

DNI _____

Evaluador

Anexo 5: Validación con valores de V Aiken – Estrategias de afrontamiento

Juez 1 (temático): Dr. Crispín

	malas									
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían								X	
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo								X	
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas								X	
DIMENSION 7: EVITACION DE PROBLEMAS										
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado								X	
15	Traté de olvidar por completo el asunto								X	
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más								X	
31	Me comporté como si nada hubiera pasado								X	
39	Evité pensar o hacer nada								X	
DIMENSION 8: RETIRADA SOCIAL										
8	Pasé algún tiempo solo								X	
16	Evité estar con gente								X	
24	Oculté lo pensaba y sentía								X	
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía								X	
40	Traté de ocultar mis sentimientos								X	

Observaciones: El instrumento es pertinente _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. SANTIAGO ARNOL CRISPIN RODRIGUEZ

DNI: 06090550

Especialidad del validador : DOCTOR EN PSICOLOGÍA

17 de JULIO del 2020

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo



Nota: Su fiabilidad, se dice suficiente cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Juez 3 (metodólogo): Dra. Narváez

	malas																			
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					X					X									X
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					X					X									X
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas					X					X									X
DIMENSION 7: EVITACION DE PROBLEMAS																				
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					X					X									X
15	Traté de olvidar por completo el asunto					X					X									X
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					X					X									X
31	Me comporté como si nada hubiera pasado					X					X									X
39	Evité pensar o hacer nada					X					X									X
DIMENSION 8: RETIRADA SOCIAL																				
8	Pasé algún tiempo solo					X					X									X
16	Evité estar con gente					X					X									X
24	Oculté lo pensaba y sentía					X					X									X
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía					X					X									X
40	Traté de ocultar mis sentimientos					X					X									X

Observaciones: Es pertinente la aplicación del instrumento

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador Dra. ...Narvaez Aranibar, Teresa..... DNI:.....10122038.....

Especialidad del validador:.....Docente metodólogo.....

Lima,10 ..de...julio.. del 2020

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Juez 5 (metodólogo): Dr. Guerra

	mal después de todo	X							
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	X		X		X			
	DIMENSIÓN 7: EVITACIÓN DE PROBLEMAS	X		X		X			
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	X		X		X			
15	Traté de olvidar por completo el asunto	X		X		X			
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	X		X		X			
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	X		X		X			
39	Evité pensar o hacer nada	X		X		X			
	DIMENSIÓN 8: RETIRADA SOCIAL	X		X		X			
8	Pasé algún tiempo solo	X		X		X			
16	Evité estar con gente	X		X		X			
24	Oculté lo pensaba y sentía	X		X		X			
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	X		X		X			
40	Traté de ocultar mis sentimientos	X		X		X			

Observaciones: Es aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Guerra Torres Dwithg Ronnie

DNI: 09660793

Especialidad del validador: Doctor en Educación

12 de diciembre del 2020

***Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

***Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

***Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Juez 3 (metodólogo): Dr. Narváez

23	Tu propia salud				X				X				X
24	La salud de otros miembros de la familia				X				X				X

Observaciones: Es pertinente la aplicación del instrumento

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dra Teresa Narvaez Aranibar DNI: 10122038

Especialidad del validador: Docente metodóloga

Lima, ...10...de...julio..... del 2020

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.
Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Nota: Si concierne, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

 Firma del Experto Informante.

Juez 5 (metodólogo): Dr. Guerra

Observaciones: Es aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Guerra Torres Dwithg Ronnie

DNI: 09660793

Especialidad del validador: Doctor en Educación

12 de diciembre del 2020

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es claro, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Firma del Experto Informante.

Anexo 7: Validación con valores de V Aiken - Depresión

Juez 1 (temático): Dr. Crispín



Observaciones: Es conforme _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg: Dr. SANTIAGO ARNOL CRISPIN RODRIGUEZ DNI: 06098550

Especialidad del validador: DOCTOR EN PSICOLOGÍA

17 de JULIO del 2020

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Juez 2 (temático): Dr. Miranda



Observaciones: Es aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. MIRANDA LOPEZ, CARLOS ABEL DNI: 07563425

Especialidad del validador: _____

...08... de ...07... del 2020

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

Claridad: Se entiende sin dificultad alguno el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.

Especialidad

Juez 3 (metodólogo): Dra. Narváez



Observaciones: _____ Es pertinente la aplicación del instrumento _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador : Dra .Teresa Narvaez Aranibar _____ DNI:.....10122038.....

Especialidad del validador:.....Docente metodóloga.....

Lima, 10 ____de Julio ____ del 2020

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

*Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

*Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.

Juez 4 (metodólogo): Dr. Farfán



Observaciones: Es aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador Dr. FARFÁN PIMENTEL, Johnny Félix

DNI: 06269132

Especialidad del validador: DOCTOR EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

San Juan de Luirgancho 08 de Julio del 2020

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "John Farfán", written over a horizontal line.

.....
Firma del Experto Informante.

Juez 5 (metodólogo): Dr. Guerra

	mal después de todo	x							
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	x		x		x			
	DIMENSIÓN 7: EVITACIÓN DE PROBLEMAS	x		x		x			
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	x		x		x			
15	Traté de olvidar por completo el asunto	x		x		x			
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	x		x		x			
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	x		x		x			
39	Evité pensar o hacer nada	x		x		x			
	DIMENSIÓN 8: RETIRADA SOCIAL	x		x		x			
8	Pasé algún tiempo solo	x		x		x			
16	Evité estar con gente	x		x		x			
24	Oculté lo pensaba y sentía	x		x		x			
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	x		x		x			
40	Traté de ocultar mis sentimientos	x		x		x			

Observaciones: Es aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Guerra Torres Dwithg Ronnie

DNI: 09660793

Especialidad del validador: Doctor en Educación

12 de diciembre del 2020

***Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

***Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

***Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.

Anexo 8: Fiabilidad de instrumentos

Estrategias de afrontamiento

Tabla N°5.

Índice de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach para la Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,923	41

Calidad de vida

Tabla N°6

Índice de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach para la Escala de Calidad de vida

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,928	24

Depresión

Tabla N°7

Índice de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach para el Inventario de Depresión

Alfa de Cronbach	N° de elementos
,901	21

Anexo 9: Carta de presentación



Escuela de Posgrado

“Año de la universalización de la salud”

Lima, 11 JUNIO DEL 2020

Carta P. 312 – 2020 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

Dr. Eduardo Vargas Pacheco.
Director del centro de salud José Carlos Mariategui.

Asunto: Carta de Presentación del estudiante **PÉREZ PÉREZ MIGUEL ANGEL**.

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **PÉREZ PÉREZ MIGUEL ANGEL**, identificado(a) con DNI N.º 07636535 y código de matrícula N.º 3000003895; estudiante del Programa de DOCTORADO EN PSICOLOGÍA quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN LA DEPRESIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2020.

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Raúl Delgado Arenas
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE