



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PREGRADO

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el
Distrito de Monsefú-2021.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en psicología.

AUTORA:

Alvarez Labrin, Lisseth Carolina Del Maria (ORCID: 0000-0002-3890-6241)

ASESORA:

Mgtr. Cabrera Idrogo, Mary Cleofé (ORCID: 0000-0002-3671-975X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

CHICLAYO - PERÚ

2021

Dedicatoria

Es para mi demasiada satisfacción lograr el objetivo de esta investigación, que con mucho esfuerzo, esmero y dedicación he alcanzado la meta propuesta.

Esta investigación, va dirigida con todo mi amor y cariño a mi pequeño hijo Anderson Lian Edel, por ser fuente de inspiración, fortaleza y perseverancia para seguir adelante en este arduo proceso estudiantil universitario, reflejando en mi responsabilidad y deseos de superación (aún a tu corta edad me has enseñado y me sigues enseñando muchas cosas de esta vida).

Agradecimiento

Inicio agradeciendo a mi guardián celestial de mi camino, a Dios, por siempre acompañarme y levantarme de cada tropiezo asimismo por sus inmensas fuerzas y sabiduría para así lograr este sueño tan anhelado.

Agradecer a mis pilares fundamentales, a mis padres, por siempre confiar en mí, en mis capacidades y fortalezas, por estar a mi lado a pesar de todo, por su dedicación y acampamiento en el cuidado de mi menor hijo; asimismo por la calidez familiar que me han brindado.

Quiero agradecer a mi gran amor mi mamá Elvira, que hoy ya no me acompaña, por ser mi fuente de superación, por creer en mí y en cada una de mis metas.

A mis hermanos, por su comprensión y motivación constante, por su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi pareja, por su acompañamiento en este proceso universitario, por cada una de sus palabras, por su comprensión y cariño.

Por último, a mis docentes universitarios, quienes forjaron en mí, dedicación y conocimientos, por su acompañamiento profesional y calidez humana, en especial quiero agradecer a miss Ingrid Nanfuñay Meoño, por ser guía de ejemplo y motivación, por compartir cada uno de sus conocimientos, alegrías y experiencias.

Gracias queridos docentes por su acompañamiento, por incentivar me a seguir adelante, por contribuir en mí, para ser una buena profesional con cumplimiento éticos.

Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	11
3.1 Tipo y Diseño de Investigación	11
a. Variables y Operacionalización	11
3.3 Población, muestra y muestreo	12
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	12
3.5 Procedimiento	13
3.6 Métodos de análisis de datos	13
3.7 Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES	25
VII. RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS	27
Anexos	29

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.....	15
Tabla 2. Relación entre ansiedad y las dimensiones de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.....	18
Tabla 3. Relación entre depresión y las dimensiones de ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.....	19

Índice de gráficos y figuras

Figura 1. Niveles de ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.	16
Figura 2. Niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.	17

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Monsefú. El estudio fue de tipo básico, descriptivo correlacional de diseño no experimental y de corte transversal. La población estuvo conformada por 114 mujeres víctimas de violencia que presentaron su denuncia en la comisaría local, a dichas mujeres se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Beck, a través de los resultados se evidenció relación directa y altamente significativa entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Monsefú ($Rho= ,709^{**}$ $p= 0.000$). Por último, se registró que El nivel de ansiedad predominante es el grave en el 92,11% de mujeres, mientras que el nivel de depresión es grave en el 69,30% de mujeres.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, víctimas, violencia.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between anxiety and depression in women victims of family violence in the district of Monsefú. The study was of a basic type, descriptive correlational, non-experimental design and cross-sectional. The population was made up of 114 women victims of violence who filed their complaint at the local police station, the Beck Anxiety and Depression Scale was applied to these women, through the results a direct and highly significant relationship between anxiety and depression was evidenced in women victims of family violence in the district of Monsefú ($Rho = .709$ ** $p = 0.000$). Finally, it was recorded that the predominant level of anxiety is severe in 92.11% of women, while the level of depression is severe in 69.30% of women.

Keywords: Depression, anxiety, victims, violence.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad la violencia familiar es un problema de impacto en la sociedad, debido a que genera afectaciones físicas, como psicológicas que repercuten sobre el área personal, social y familiar de quien lo padece. Al respecto la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020) refiere que se ha evidenciado un aumento de los síntomas de depresión y ansiedad en diferentes países, principalmente donde las mujeres son víctimas de violencia por parte de su pareja o algún integrante del entorno familiar. La depresión es una afectación psicológica que es frecuente en 300 millones de personas en el mundo, mientras que la ansiedad esta presente en 264 millones, ambos son los trastornos con mayor prevalencia en mujeres con edades entre 24 a 42 años (OMS, 2020 y Frías, 2019).

En lo que respecta al contexto nacional el Instituto de estadística e informática (2019) mencionó que aproximadamente 63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años sufrieron algún tipo de acto violento en su contra por parte de su pareja. La violencia en contra de las mujeres es un flagelo social que impacta y amenaza con destruir la integridad de cada una de ellas y que trae consigo graves repercusiones psicológicas que alteran el desarrollo personal de quien lo padece. Al respecto, el Ministerio de Salud (2021) manifestó que el Perú es uno de los países con mayor presencia de problemas relacionados a la salud mental, las estadísticas evidencian que 4 de cada 10 personas sufren alguna afectación psicológica, siendo la de mayor prevalencia la ansiedad. Solo durante los primeros 5 meses del presente año, se atendido más de 156 mil casos de ansiedad y 77 mil casos de depresión.

Por otro lado; en una reciente investigación realizada en la región de Ica se pudo identificar que un 73% de mujeres que han estado expuestas a situaciones de violencia familiar han evidenciado síntomas depresivos en un nivel moderado, mientras que el 6% se ubicó en el nivel grave (Bardelli y Solari, 2021).

Asimismo en el contexto local, la Gerencia Regional de Salud (2019) refirió que las atenciones en salud mental han aumentado considerablemente pasando de 6491 casos a 13,654 para el presente año, casi el doble en menos de dos años, la prevalencia de estos casos se distribuye de la siguiente manera: ansiedad (3,148),

trastorno depresivo (2,165) y trastorno del comportamiento (1,278). Además acotó: “Si vemos las cifras, tenemos como primer índice alto la violencia contra la mujer, la cual genera graves trastornos afectivos (depresión, ansiedad, intento de suicidio) que sumados son cerca de 6000 casos” (La Industria, 2019).

La República (2021) dio a conocer que solo en la región de Lambayeque se registraron 3.556 casos de violencia contra la mujer entre 2020-2021, siendo los distritos con mayor prevalencia José Leonardo Ortiz, Cañaris, Mórrope y Monsefú. Destacando que de todos los casos evaluados el 77% de ellos presentan afectación psicológica caracterizado por presencia de cuadros ansiosos y depresivos que generan inestabilidad socio emocional en las víctimas, un 9% presenta daño psíquico (Trastorno por estrés post traumático) y el 16% restante evidencia afectación emocional, caracterizado por reacciones situacionales de corta duración.

En ese sentido, se consideró importante realizar la presente investigación que permitió recolectar información de estudios, los cuales permitieron conocer la situación real de las mujeres víctimas de violencia familiar a partir de esto, surgió la interrogante el cual se planteó esta investigación ¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el distrito de Monsefú ,2021?

La presente investigación se justifica de manera social, debido a que a través de los resultados obtenidos, el centro de salud del distrito de Monsefú podrá generar programas de intervención en las víctimas de violencia familiar que presentan cuadros clínicos moderados y severos; así como el abordaje y seguimiento en casos leves. De manera práctica, contribuirá a generar concientización en la comisaría de Monsefú para que se realice adecuados procedimientos de derivación e intervención de los casos detectados de afectación psicológica en cumplimiento de la ley 30364. De manera metodológica, permitirá conocer el tipo de relación que existe entre las variables y el nivel de predominancia entre ellas, a fin de obtener un diagnóstico situacional de la población; por último, se justifica teóricamente debido a que su ejecución permitirá conocer nuevos constructos teóricos que expliquen los procesos de ambas variables, la información que se obtuvo permitirá contribuir con futuras investigaciones científicas. De modo que, esta investigación logrará plantear nuevos

enfoques teóricos que ayudará a los profesionales de la salud mental a obtener información efectiva, esto les permitirá intervenir a través de campañas de salud mental, lo cual ayudará a reducir los factores de riesgo de sufrir depresión y ansiedad, además de consolidar una población con pleno bienestar emocional.

Como objetivo general se estableció: determinar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Monsefú ; como objetivos específicos, se planteó realizar un análisis descriptivo de los niveles de ansiedad, además un análisis descriptivo de los niveles de depresión; de igual manera establecer la relación entre ansiedad y la dimensión cognitivo afectivo; así como con somático motivacional; por último, determinar la relación entre depresión y las dimensiones sensaciones motoras, cognitivas y somático.

En base al objetivo general planteado, se establece PASADO la siguiente hipótesis: existe relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Monsefú ,2021.

II. MARCO TEÓRICO.

Para poder sustentar esta investigación es importante recurrir a bibliografía de calidad, actual y trascendental que permita ilustrar la dinámica de interacción que sostiene la ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familia.

De manera internacional, en la ciudad de Quito – Ecuador, Vaca (2020) planteó un estudio titulado: “Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja”. El presente estudio fue una investigación de tipo descriptivo de campo de diseño no experimental; se contó con la participación de 24 féminas, a quienes se les aplicó el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Luego del análisis de los resultados se pudo identificar que un 55% de mujeres víctimas de violencia reflejan un nivel alto de ansiedad; mientras que un 59,46% evidenció un nivel alto de depresión.

Vargas (2018) realizó un estudio básico descriptivo de diseño no experimental, donde estableció como objetivo general determinar los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar. La muestra estuvo

conformada por 50 mujeres de la ciudad de Quito, a quienes se les aplicó el test de ansiedad de Hamilton, los resultados obtenidos evidenciaron que un 80% de mujeres presentaron un estado grave; mientras que un 20% presento un nivel moderado.

En Almería - España; Lara, et al., (2019) desarrolló un estudio de tipo descriptivo de diseño no experimental, donde se estableció como objetivo general detectar si las mujeres víctimas de violencia tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad, para ello se contó con la participación de 340 mujeres, a quienes se les administró los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, obteniendo los siguientes resultados: Se pudo evidenciar que el sufrir violencia de pareja tiene una relación altamente significativa con depresión y ansiedad. Así mismo, se pudo evidenciar que un 97,1% de mujeres arrojaron un nivel grave de depresión en tanto que un 85,7% mostró niveles significativos de ansiedad.

En España, Huerta, et al., (2016) establecieron un estudio de tipo descriptivo correlacional, donde el objetivo fue analizar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres en situación de maltrato por parte de su pareja; para dicho estudio se contó con una muestra de 428 mujeres, a quienes le aplicaron el Inventario Nacional de Ansiedad Rasgo (STAI) y el Inventario de Hamilton para la depresión. A través de los resultados pudo conocer que existe correlación significativa entre las variables en estudio (0.67**).

En el contexto nacional, en Yurimaguas, Del águila (2020) estableció un estudio de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental de corte transversal; como objetivo general se propuso analizar la relación entre depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia de pareja. Para efectos de este estudio se trabajó con una muestra de 200 mujeres a quienes se les aplicó el cuestionario de depresión de Hamilton y el cuestionario de ansiedad estado rasgo, de los cuales se pudo obtener los siguientes resultados: Se evidenció una relación directa, muy significativa y de tamaño de efecto grande (0,741). En lo que respecta a la depresión y las dimensiones de ansiedad también se identificó relación significativa, área afectiva (0,81); campo de motivación (0,62) y área cognitiva (0,78).

En Chimbote, Salazar (2020) realizó un estudio de tipo básico descriptivo correlacional, de diseño no experimental, donde estableció como objetivo identificar el nivel de relación entre dependencia, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar; esta investigación contó con la participación de 350 mujeres a quienes se les aplicó la escala de depresión y ansiedad de Beck, de los cuales se pudo obtener los siguientes resultados: se halló una relación directa, muy significativa entre depresión y la ansiedad (0.51**).

En el contexto local, Díaz (2019) estableció un estudio de tipo básico descriptivo correlacional, con diseño correlacional. El objetivo general fue determinar la relación entre violencia de pareja y depresión en mujeres de Chiclayo. La población estuvo conformada por 60 participantes, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck, a través del cual se pudo conocer los siguientes resultados: un 45% evidenció un nivel grave de depresión, mientras 36,7% moderado y solo un 18,3 obtuvo un nivel leve. Por último, se concluyó que existe relación significativa entre las variables en estudio.

Tineo (2017) plasmó un estudio básico descriptivo, con diseño no experimental transversal. En este estudio se estableció determinar la relación entre ideas irracionales y la ansiedad rasgo estado en mujeres víctimas de violencia familiar de la ciudad de Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 71 mujeres a quienes se les aplicó una entrevista estructurada teniendo en cuenta el test de Regopina e Idare. Por medio de dichos instrumentos se obtuvo los siguientes resultados: En lo que respecta a la dimensión rasgo, un 46,5% presento un nivel normal y un 29,6% un nivel intenso; mientras que un 12,7% moderada. Por otro lado, en lo que concierne a la ansiedad como estado, se observó que un 43,7% mostró un nivel normal; mientras que un 32,4% reflejó un nivel intenso; un 14,1% leve y por último un 9,9% nivel moderado.

Huerta, et al. (2016) establecieron un estudio de tipo descriptivo correlacional, donde el objetivo fue analizar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres en situación de maltrato por parte de su pareja; para dicho estudio se contó con una muestra de 428 mujeres, a quienes le aplicaron el Inventario Nacional de Ansiedad Rasgo (STAI) y el Inventario de Hamilton para la depresión. A través de los resultados

pudo conocer que existe correlación significativa entre las variables en estudio (0.67**).

Por otro lado, haciendo referencia al marco teórico se comenzará a describir algunos conceptos referidos a las variables de estudio. García, Magaz y García (2011) refieren que la ansiedad es una respuesta psicofisiológica, que se expresa ante un evento real o imaginario. Dichas respuestas manifestadas pueden ser voluntarias o involuntarias. En tanto, López (2014) menciona que la ansiedad se relaciona con las sensaciones de aceleración, excitación, sobresalto, inquietud y temor a que suceda algo que no pueda resolver a tiempo, la ansiedad se manifiesta fisiológicamente mediante la respiración acelerada. Para Beck (2013), la ansiedad se considera como la excesiva preocupación hacia una situación real o imaginaria, que genera una inestabilidad emocional y física en el individuo de quien lo padece.

Para Lewis (como se citó en Chávez, 2018), la ansiedad tiene una respuesta cognitiva que se evidencia mediante el miedo, inquietud, o situaciones incontrolables de amenazas, que generan sentimientos catastróficos denominados: "trastorno de pánico", el cual implica representaciones de pensamientos e imágenes específicos sobre un evento fáctico o irreal. En base a la postura de los diferentes autores se entiende que la ansiedad es un estado de sentimiento negativo, el cual es generado por estímulos internos o externos que de alguna manera impone amenaza o riesgo, lo que significa que imposibilita a la persona la capacidad para el control de situaciones de peligro.

Con respecto a la teorías que permiten entender cómo se desarrolla la ansiedad, se encuentra la teoría conductista; la cual explica que toda conducta es asimilada a través del aprendizaje y que esta permanece por medio de los reforzadores externos que puede recibir de su entorno más cercano. En otras palabras, la ansiedad es el resultado de un condicionamiento reforzado, donde la víctima aprendió erróneamente a preocuparse excesivamente por lo que aún no experimenta, desencadenando respuestas psicofisiológicas que generan inestabilidad. El aprendizaje vicario, refuerza la ansiedad ya que sirve como un modelado.

Por otro lado, se puede evidenciar la teoría bioinformacional, en la cual se especifica que no es importante como se almacena la información del medio social, sino más bien como se estructura dentro de la psique, y que respuestas generan dicha información recibida. En esta teoría se postula que toda información que se recibe se procesa y estructura en la mente humana de forma abstracta. En otras palabras, la teoría de la bioinformación, detalla que el pensamiento se organiza en base a las relaciones de la lógica proposicional, las mismas que se agrupan en redes psíquicas, que vendrían a ser la estructura asociativa de la memoria asociativa de la emoción (Aguirre, et al., 2020).

Por último, se encuentra la teoría de la red asociativa de Bower, aquí se explica que las emociones se encuentran instauradas en la memoria en forma de nodos, una especie de red asociativa. Estas redes se encuentran relacionadas con diferentes fuentes de información que permiten activar o restaurar las emociones, reacciones y los recuerdos que está controlado por el sistema límbico. La activación de un nodo emocional facilita la accesibilidad al material congruente con el estado de ánimo el material memorizado se recuerda mejor cuando existe acoplamiento entre las condiciones en que se aprendió originalmente y las condiciones bajo las que se pretende recordar. Los sesgos operan a distintos niveles del procesamiento: atención, interpretación y memoria.

Al abordar la depresión, Beck (1983) sostiene que es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por distorsiones cognitivas o sesgos de pensamiento que se centran en la autocrítica y el fracaso, el cual se centra en síntomas psicológicos y físicos. Dichas valoraciones irracionales tienen como origen, las exigencias dogmáticas de un entorno social, así como familiar, que van formando esquemas mentales. En tanto, la OMS (2015), refiere que la depresión es una enfermedad médica causada por el estado de ánimo deprimido y pérdida de la capacidad de goce, cansancio, disforia, llanto incontrolado, el cual afecta la calidad de vida provocando deterioro del entorno familiar, laboral y social.

Por otro lado, respecto a teorías referentes a la depresión; Blackmore (1975), considera que dicha variable se entiende como un sentir de abandono, disforia,

profunda melancolía recurrente que genera un daño significativo en varios entornos del individuo. Para Karadag, y Solpuk (2018), es la incapacidad que tiene un individuo para enfrentar situaciones adversas de su vida cotidiana, se caracteriza por presentar abatimiento, pobreza de pensamiento y deseos de abandono y abatimiento.

Una de las teorías que mayor impacto y significancia tiene en el análisis y explicación de la conducta ansiosa y depresiva, es la teoría cognitiva de Beck (Sanz et al, 2003). Dicha teoría, ha generado un gran impacto en la literatura sobre el análisis de la depresión, sobre todo si se profundiza en ella, desde el punto de vista psicopatológico, ya que a raíz de los estudios realizados en mujeres violentadas, se ha podido generar procesos metodológicos y conceptuales que han generado la clarificación y corroboración de modelos explicativos del mencionado trastorno, así como de los protocolos de intervención. Por lo general, la mujer que padece de depresión tiende a valorar de forma excesiva los episodios negativos, considerándolos globales, recurrentes e irreversibles, desencadenando así el proceso de la triada cognitiva negativa, específicamente una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Ruscio, 2000). Esta teoría es el resultante de una retirada constante del entorno, dicha constancia le quita valor adaptativo al comportamiento de retirada. De lo expuesto, se entiende que la teoría de Beck explica la relación constante y fluida entre la depresión y la ansiedad, puesto que el pensar excesivamente en sucesos del pasado, generan preocupación desmedida hacia el futuro, por lo cual hay una respuesta fisiológica que genera inestabilidad emocional y comportamental; un pensamiento activa un sentimiento y ello a su vez una conducta atípica que las personas que lo padecen tienden a normalizarlo (Beck, et al. 1996).

Por esta razón, Muñiz y Fernández (2011) consideran que los constructos o dimensiones de la depresión, teniendo en cuenta el Inventario de Depresión de Beck (BDI), se clasifica de la siguiente manera:

En primer lugar, el área afectiva, la cual está relacionada con la disminución de la capacidad de goce, la cual genera cierta inestabilidad emocional. Por lo cual su sintomatología está relacionada a tristeza, pensamientos derrotistas, ideación de culpa, intolerancia a la frustración e irritabilidad. Como segundo constructo, se

encuentra el área motivacional, el cual comprende la incapacidad para sobreponerse a situaciones adversas, exponiendo argumentos erráticos y distorsionados para justificar su conducta. Esta dimensión está estrechamente relacionada a insatisfacción con la vida, así como presencia de ideas suicidas. En tercer lugar, se encuentra el área cognitiva, en este constructo se evidencia una alteración de los componentes cognitivos, especialmente de la percepción y el pensamiento, los cuales se ven distorsionados ante la existencia de una creencia irracional que motiva a que el individuo evidencie pesimismo frente al futuro, expectativa de castigo, sensación de fracaso, autoimagen dañada y preocupaciones somáticas. En cuarto lugar, se encuentra el área conductual, la cual se caracteriza por una notable disminución del patrón conductual y social. En cuanto a su Sintomatología: alejamiento social, retraso para trabajar, fatiga. Por último, está el área física: la cual abarca la disfuncionalidad del individuo en el plano orgánico, por esta razón su sintomatología se evidencia a través de la pérdida de apetito, sueño, peso y hasta deseo sexual.

Teniendo en cuenta la clasificación internacional de las enfermedades y trastornos relacionadas con la salud mental (2000) propone los niveles de depresión:

En primer lugar, encontramos depresión leve: se caracteriza por el mal humor, falta de placer en actividades habituales y mayor fatiga, para considerarla como un diagnóstico definitivo, dos de los criterios anteriormente mencionados deben cumplirse. Por otro lado, la segunda categoría diagnóstica es la depresión moderada: la cual abarca dos de los tres síntomas más característicos del episodio depresivo leve, del mismo modo, deben cumplirse cuatro síntomas de los ya mencionados y que se den recurrentemente, lo cual ocasiona graves problemas personales y sociales en quien padece este problema. Por consiguiente, nivel depresivo grave sin síntomas psicóticos: El enfermo muestra un excesivo malestar, pérdida de apreciación de sí mismo, sentimientos de culpa e ideas suicidas.

En lo que respecta a violencia, la Organización de las Naciones Unidas (2020) define a la violencia de pareja como todo acto que involucre interés y premeditación para causar daño a un individuo con la finalidad de generar un daño significativo que puede ser de tipo físico o emocional. Por lo tanto, la violencia de pareja es considerada

como el suceso desencadenante de un acto agresivo, no canalizado adecuadamente, que busca dañar la integridad de una persona, faltando a la moral y ética social (Esplugues, 2015).

Por consiguiente, para la OMS (2020), la violencia de pareja es el uso deliberado de la fuerza físicas, que intentan ponerse como amenaza causando lesiones, daños psicológicos, alteraciones de personalidad e incluso muerte. Asimismo, la clasifica en 4 tipos: Violencia Física, la cual se manifiesta a través de la agresión de manera directa al individuo haciendo uso de objetos y ciertas partes del cuerpo), tales como puntapiés, cachetadas, puñetes o cualquier otro tipo de acción similar que cause lesión corporal o incluso la muerte (Murueta y Orozco, 2015). Como segunda tipología, se encuentra la Violencia sexual: caracterizada por la ausencia de consentimiento de la víctima, para efectuar contacto de tipo genital o coital, en este tipo de violencia es habitual el uso de la coerción como medio de manipulación e intimidación. Por otro lado, una de las más frecuentes es la Violencia Psicológica: la cual se caracteriza por el uso de mecanismo de expresión verbal, el cual se manifiesta mediante gritos, insultos, intimidación, manipulación, amenaza, comparaciones afectando la estabilidad mental de la víctima, asimismo, se evidencia acciones de control y poder (con la familia y amigos). Finalmente encontramos a la Violencia económica: en la cual el victimario buscar mantener el control de su cónyuge por medio del dominio monetario de las mujeres e incluso los gastos más pequeños. Asimismo, privación de su dinero para utilizarlo en beneficio personal.

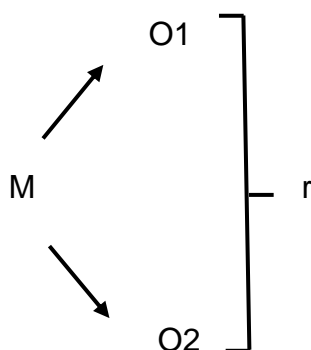
III. METODOLOGÍA.

3.1 Tipo y Diseño de Investigación

Para efectos de este estudio se tuvo en cuenta el tipo de investigación descriptiva de enfoque cuantitativo, debido a que los valores de las variables al ser medidos pueden expresarse de forma numérica; asimismo, es de corte transversal debido a que la recolección de datos se dio en un solo momento (Carrasco, 2007).

Se caracteriza por ser un estudio correlacional, debido a que se busca determinar la relación entre dos o más variables en una población específica dentro de un contexto. Para ello, cada variable se medirá de forma independiente, se analizarán los resultados y se establecerán relaciones (Hernández, et al. 2014).

Posee un diseño experimental debido a que no existe manipulación intencional de las variables, dicho diseño se representa de la siguiente manera:



En el presente gráfico, la muestra está representada por la letra “M”; mientras que la variable ansiedad corresponde a “O1” y depresión a “O2”. Por último, la correlación entre dichas variables es caracterizada por la letra “r”.

a. Variables y Operacionalización

Variable 1: Ansiedad

Variable 2: Depresión

(Ver la definición operacional en anexo 1).

3.3 Población, muestra y muestreo

La población es el conjunto de personas, objetos o animales pertenecientes a un contexto sociodemográfico específico (Hernández, et al. 2014). En ese sentido, para efectos de esta investigación se trabajó con toda la población representada por 114 mujeres víctimas de violencia que presentaron su denuncia en la comisaría del Distrito de Monsefú durante los meses de enero a mayo del año 2021.

Por lo tanto, los criterios de inclusión que fueron considerados en esta investigación: mujeres violentadas del distrito de Monsefú que acudieron a la comisaría, entre las edades de 18 a 45 años asimismo que cuenten con una computadora o dispositivo móvil que puedan acceder a los servicios de Internet, el cual les permita acceder a la encuesta virtual a través del enlace proporcionado. Respecto a los criterios de exclusión están enfocados en mujeres no violentadas que no presenten síntomas o signos de ansiedad y depresión, o que hayan sesgado las respuestas de los cuestionarios.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Para realizar el presente estudio se utilizó como técnica la encuesta, según Carrasco (2007), esta técnica permite la consulta, exploración y recolección de datos de forma directa o indirecta a los sujetos en los cuales está enfocada la investigación.

En cuanto al primer instrumento elegido fue escala de ansiedad de Beck, el cual fue adaptado a la versión española por Frédérique, De la Guía y Hernández (2011). Está conformado por 21 ítems, planteados en escala de Likert, su forma de aplicación puede ser de forma individual o colectiva en un tiempo aproximado de 8 a 10 minutos.

Con respecto a la validez del instrumento se pudo evidenciar que posee una adecuada validez de contenido verificado por 5 expertos; además a través de la V de Aiken se corroboró coeficientes superiores a 0,85 lo cual indicó su adecuada

capacidad para medir la variable. En lo que concierne a confiabilidad el instrumento evidenció una confiabilidad de 0,85 de manera general.

Por otro lado, respecto al segundo instrumento, se utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDI), adaptado a la realidad nacional por Carranza (2012) dicho instrumento está conformado por 2 dimensiones y 21 ítems, cada ítem conforma 4 opciones de respuestas, ordenadas de menor a mayor gravedad. La forma de aplicación puede ser de forma individual o colectiva; el tiempo de aplicación oscila entre 12 a 15 minutos aproximadamente.

En lo que respecta a su validez se pudo obtener a través del juicio de 10 expertos, la V de Aiken arrojó valores superiores a 0,80 en cada uno de los reactivos; en tanto la validez de constructo por medio del análisis factorial exploratorio evidenció una varianza explicada del 62%, de igual forma se reflejó que cada uno de los ítems presentaron cargas factoriales mayores 0,40. En relación a la confiabilidad del instrumento se pudo identificar un coeficiente de 0,87 de manera general.

3.5 Procedimiento

Para realizar esta investigación se solicitó un documento formal de parte de la universidad César Vallejo, solicitando el permiso correspondiente dirigido al comandante de la comisaría del distrito de Monsefú, para poder llevar a cabo el presente estudio. Acto seguido se procedió a establecer contacto vía telefónica con las participantes; a quienes se les solicito firmar un consentimiento informado, como evidencia de que aceptaron participar del estudio, luego de ello, se procedió a aplicar los instrumentos de manera virtual mediante Google Drive, a través de dicha encuesta se realizó la recolección de datos, los cuales fueron depurados y posteriormente analizados a través del programa estadístico SPSS, los resultados fueron presentados por medio de tablas y figuras.

3.6 Métodos de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el Programa SPSS 25, con ayuda del estadístico kolmogorov Smirnov se procedió a identificar la distribución que presentan

las variables, obteniendo como resultado una distribución no paramétrica por lo que se utilizó el estadístico Spearman para el análisis de la correlación entre las variables. Asimismo, se hizo uso del programa Excel 2019 para procesar y analizar descriptivamente los niveles de cada variable. Según Uribe (2004), los estadísticos descriptivos se encargan de describir los datos, especificar los tipos de medición y las operaciones realizadas, de manera que la información presentada pueda ser organizada e integrada. Basado en la relación de los datos, su distribución, estructura jerárquica y representación.

3.7 Aspectos éticos

Esta investigación está sujeta bajo los principios del Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), el propósito del Código de Ética es proporcionar orientación para los psicólogos y reglas de conducta profesional que puedan ser aplicadas por la APA y por otras instituciones que decidan adoptarlas.

Es por ello que en esta investigación se plantea los siguientes principios según los artículos 35° ,49° estos artículos estipulan que cuando la información de las personas se utiliza como parte de una encuesta, se debe mantener el anonimato de las personas y se debe proporcionar a los participantes la información necesaria además del propósito de la evaluación por ende todo profesional del ámbito psicológico debe asumir el rol profesional de ser socialmente responsable, ético y científico. En ese sentido, se buscó salvo guardar la identidad de cada participante e indicarle los procedimientos del estudio a través de un consentimiento informado; así como precisar que los datos obtenidos fueron fidedignos en su totalidad, por lo cual no se incurrió en alteración o falsificación de la información obtenida.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

		Depresión
Ansiedad	Coefficiente de correlación	,709**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	114

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 1, se evidencia relación directa altamente significativa entre ansiedad y depresión, por lo que se acepta la hipótesis alterna. Eso quiere decir que las variables mantienen una interacción constante y sobre la misma línea.

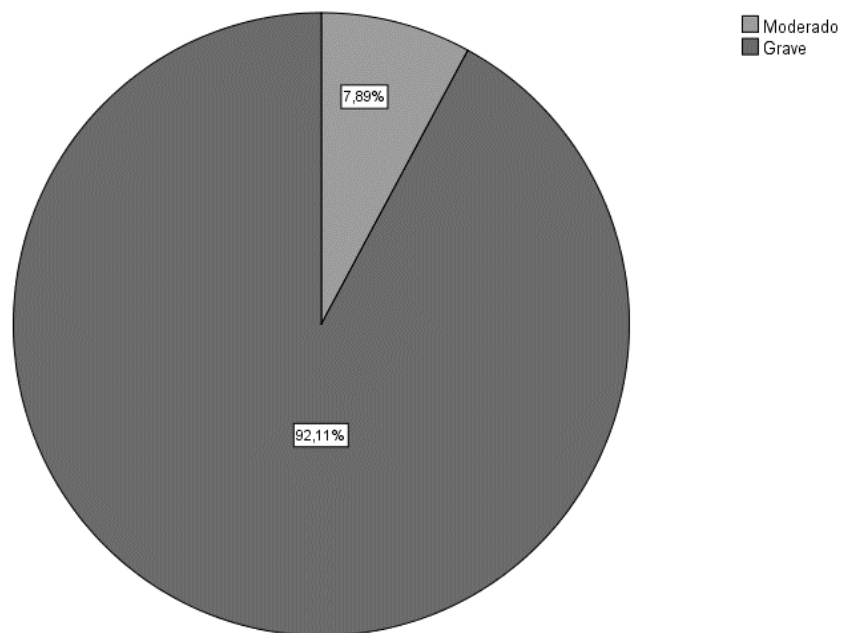


Figura 1.

Niveles de ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

En la figura 1, se evidencia que el 92,11% de mujeres víctimas de violencia familiar, presentan nivel grave de ansiedad, caracterizado por respuestas fisiológicas tales como sensación de nerviosismo, aumento del ritmo cardiaco, hiperventilación, sudoración excesiva e incremento del miedo ante un hecho real o imaginario. En tanto el 7,89% reflejó un nivel moderado.

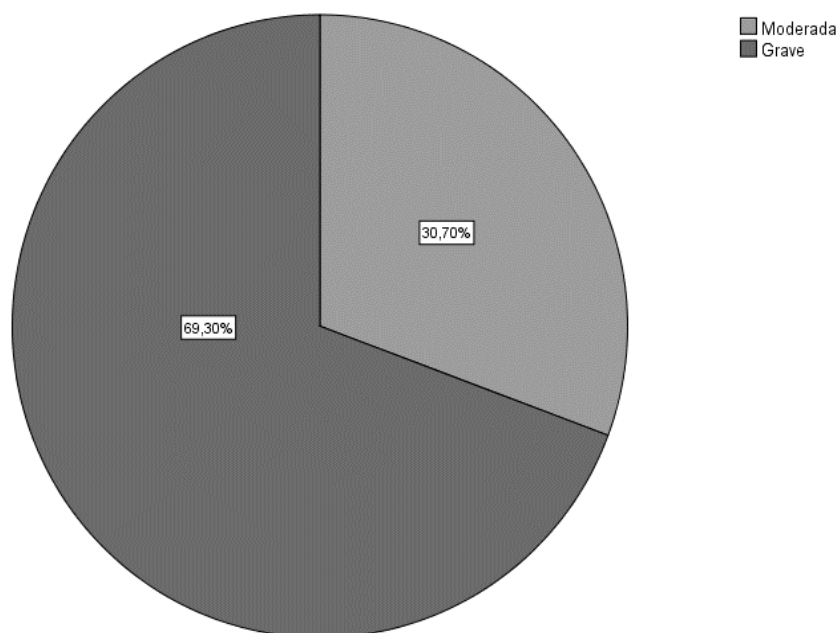


Figura 2

Niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

En la tabla 2, se observa que el 69,30% de mujeres víctimas de violencia familiar reflejan un nivel grave de depresión, el cual se caracteriza por una marcada inestabilidad afectiva, reducción de la capacidad de goce, dificultad en la concentración; así como cambios en el apetito, el sueño y hábitos que alteran su desempeño personal y laboral. En tanto, se observa que un 30,70% presenta un nivel moderado, lo que indica también signos y síntomas preocupantes pero ligeramente en menor rango.

Tabla 2

Relación entre ansiedad y las dimensiones de depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

		Cognitivo afectivo	Somático motivacional
Ansiedad	Coefficiente de correlación	,710**	,686**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000
	N	114	114

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 2, se observa que la ansiedad refleja una correlación directa y significativa con la dimensión cognitivo afectivo; por lo que se entiende que al presentar mayor ansiedad, aumentará el nivel de distorsión cognitiva que generará una respuesta de aplanamiento afectivo o labilidad; de igual manera, se evidencia relación directa significativa con la dimensión somático motivacional, lo que quiere decir que a mayor ansiedad presente la víctima, mayor será su malestar físico e incapacidad de goce frente a situaciones que antes le generaban satisfacción.

Tabla 3

Relación entre depresión y las dimensiones de ansiedad en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

		Sensaciones motoras	Cognitivo	Somático
Depresión	Coefficiente de correlación	,581**	,727**	,638**
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.000
	N	114	114	114

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 3, se evidencia que entre la depresión y las siguientes dimensiones: sensaciones motoras, cognitiva y somático, se encontró relación directa y significativa, lo que quiere decir que el alto nivel de depresión mantiene una interacción constante y estrecha con la respuestas psicofisiológicas de las mujeres víctimas de violencia.

V. DISCUSIÓN

En el presente estudio se planteó como objetivo general determinar la relación entre ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar del distrito de Monsefú; en respuesta a ello, se pudo conocer que, entre las variables mencionadas, existe relación positiva altamente significativa, por lo cual se acepta la hipótesis alterna; se afirma entonces que a mayor nivel de ansiedad que presenten las mujeres víctimas de violencia familiar; mayor será el nivel de depresión. Eso quiere decir que las variables mantienen una interacción constante y sobre la misma línea. Dichos resultados muestran similitud con lo encontrado por Lara et al., (2019); Huerta et al., (2016) en el contexto internacional; mientras que en el ámbito nacional también se refleja semejanza con lo encontrado por Salazar (2020) y Del Águila (2020). Esto quiere decir que mientras las mujeres experimenten situaciones de violencia familiar; la probabilidad de que los niveles de depresión y ansiedad sean elevados es altamente significativo. Según el DSM V, los criterios para diagnosticar ansiedad incluye una preocupación excesiva que dura 6 meses como mínimo y que se caracteriza por inquietud y fatiga recurrente, es difícil concentrarse, la irritabilidad, tensión muscular y desorden del sueño; mientras que la depresión; en palabras de Trickett (2012), su teoría de la depresión es una enfermedad de sentimientos que va desde una reacción demasiado exagerada y pasa a la tristeza normal y esta genera sentimientos de vacío. Tomando como referencia la postura de los autores mencionados, la relación entre las variables responde, a que la mujer que es violentada, asimila que es una persona incapaz de ser útil para su hogar, se siente minusválida ante las diferentes situaciones violentas que enfrenta, vive con el pensamiento instaurado en su pasado, recordando y reviviendo las situaciones violentas que experimentó, lo que le genera dolor, disforia, apatía y sufrimiento (Flores, 2021). En esa línea, se desarrolla una excesiva preocupación de que ese evento traumático le volverá a ocurrir en diferentes oportunidades a lo largo de su vida y siente que no puede escapar de ese ambiente hostil y amenazante, lo cual le genera un malestar significativo que se expresa en su sentir, a través de su expresión corporal y lenguaje poco articulado; así como de sus procesos cognitivos que también se ven alterados por las situaciones antes expuestas.

Por otro lado, en relación al análisis descriptivo de los niveles de ansiedad, se logró evidenciar que un 92,11% de mujeres víctimas de violencia familiar, presentan nivel grave de ansiedad, caracterizado por respuestas fisiológicas tales como sensación de nerviosismo, aumento del ritmo cardíaco, hiperventilación, sudoración excesiva e incremento del miedo ante un hecho real o imaginario. Resultados similares encontraron Vaca (2020); Vargas (2018) y Lara et al., (2019) quienes evidenciaron que el 55%; 80% y 85,7% respectivamente de mujeres expuestas a situaciones de violencia reflejan un nivel grave de ansiedad. En ese sentido, Lewis (como se citó en Chávez, 2018), considera que la ansiedad tiene una respuesta cognitiva que se evidencia mediante el miedo, inquietud, o situaciones incontrolables de amenazas, que generan sentimientos catastróficos denominados: "trastorno de pánico", el cual implica representaciones de pensamientos e imágenes específicos sobre un evento fáctico o irreal. Por lo que se infiere que aquellas mujeres del distrito de Monsefú, al estar constantemente expuestas a situaciones violentas por parte de su pareja, desarrollaron ese temor excesivo que siempre les sucederá lo mismo; o por lo contrario, si deciden separarse de su conyugue la situación será mucho más tormentosa, debido a que el esposo o conviviente tomará represalias mucho más drásticas, por lo que prefieren mantenerse cerca de ellos, aunque esto conlleve, alteraciones en su estado de ánimo y conductual, las cuales están representadas a través del incontrolable llanto, la sudoración excesiva de las manos, el nerviosismo y la presencia de arranques de mal humor que le ocasiona dificultades para relacionarse con su contexto social.

En lo que respecta, al análisis descriptivo de los niveles de depresión; el 69,30% de mujeres víctimas de violencia familiar reflejan una categoría diagnóstica grave de depresión, el cual se caracteriza por una marcada inestabilidad afectiva, reducción de la capacidad de goce, dificultad en la concentración; así como cambios en el apetito, el sueño y hábitos que alteran su desempeño personal y laboral. Este resultado, muestra cierta similitud con lo hallado por Lara et al., (2019) y Díaz (2019) quienes evidenciaron que el 97,1% y el 45% de mujeres expuestas a violencia respectivamente, presentaron un nivel grave de depresión; estos porcentajes podría estar asociado a que los individuos depresivos valoran excesivamente sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que

se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro (Ruscio, 2000). Por lo que se podría afirmar que las mujeres violentadas por sus parejas del distrito de Monsefú, tienden a interiorizar las experiencias vividas como sucesos impactantes, globales y de mucha importancia, de tal manera que su pensamiento está completamente asociado al evento fáctico, pues bien al estar alterado ese pensamiento, indudablemente, se representa una emoción explosiva, como lo es la ira y la tristeza que desencadenan en conductas apáticas y de aislamiento que la hacen sentirse pocas valoradas, inútiles e incapaces de afrontar dicha situación, por lo que el evento genera en ellas, una esfera cíclica de pensamiento, emoción y conducta de incapacidad de goce y sufrimiento.

En lo concerniente a establecer la relación entre ansiedad y la dimensión cognitivo afectivo; así como con somático motivacional; se pudo reflejar que la ansiedad presenta una correlación directa y significativa de efecto grande con la dimensión cognitivo afectivo; por lo que se entiende que al presentar mayor ansiedad, aumentará el nivel de distorsión cognitiva que generará una respuesta de aplanamiento afectivo o labilidad; de igual manera, se evidencia relación directa significativa con la dimensión somático motivacional, lo que quiere decir que a mayor ansiedad presente la víctima, mayor será su malestar físico e incapacidad de goce frente a situaciones que antes le generaban satisfacción. Al revisar diferentes artículos científicos y revistas indexadas, no se logró evidenciar antecedentes que puedan respaldar lo encontrado, debido a que existen estudios, pero estos nos están abiertos al público en general. No obstante, a través del análisis teórico se puede observar, que la teoría conductista explica que toda conducta es asimilada a través del aprendizaje y que esta permanece por medio de los reforzadores externos que puede recibir de su entorno más cercano (Boeree, 2006). Para este supuesto, la ansiedad resulta de un condicionamiento de quien lo sufre ha aprendido erradamente a asociar incitaciones en iniciación neutral, sucesos vividos que provoquen traumas y amenazas, de modo a repetición ocasiona dicho estímulo se desata la angustia agrupada a la conminación. Por lo manifestado, se puede entender que aquellas mujeres de la localidad de Monsefú que están expuestas a situaciones violentas, constantemente experimentan preocupación excesiva ante la idea de sufrir nuevos ataques, de forma física, psicológica o sexual, hecho que las somete en una constante preocupación y

desesperación que genera respuestas depresivas que se evidencian a través de la poca afectividad; así como como malestares corporales y pérdida del gusto a realizar actividades de goce.

Por último, en base a determinar la relación entre depresión y las dimensiones sensaciones motoras, cognitivas y somático. Se pudo evidenciar que entre la depresión y la dimensión sensaciones motoras se presenta correlación directa muy significativa, por lo que se puede inferir que a mayor depresión, aumentará la respuesta psicofisiológica de las mujeres, tales como la sudoración excesiva, arritmia cardíaca e hiperventilación; en lo que respecta a la dimensión cognitiva también se visualiza relación directa y significativa, por lo que se afirma que en la medida que incrementa la depresión, el nivel de distorsión en el pensamiento, atención, lenguaje y memoria también sufrirá cambios que le generará dificultades a la mujer que lo padece; por último, con la dimensión somático, también se encontró relación directa y significativa, lo que quiere decir que el alto nivel de depresión mantiene una interacción constante y estrecha con la respuesta del malestar corporal, tales como cefaleas, dolores de espalda y cansancio físico. Al respecto no se logró encontrar antecedentes que brinden y den soporte teórico a lo hallado; no obstante, Aguirre et al., (2020) a través de la teoría bioinformacional, especifica que no es importante como se almacena la información del medio social, sino más bien como se estructura dentro de la psique, y que respuestas generan dicha información recibida. A partir de lo expuesto, y relacionándolo con lo hallado en este estudio, se entiende que la depresión va activar respuestas psicofisiológicas (ansiedad) en las víctimas de violencia, pero estas van a depender del nivel de impacto que tenga el evento fáctico, el umbral de la víctima, la capacidad de respuesta y canalización de emociones frente a dichos sucesos.

Cabe precisar que la información recolectada y plasmada ha sido corroborada no solo estadísticamente; sino que también se pudo evidenciar a través de las entrevistas y la observación psicológica que se realizó con cada una de las participantes. Cabe señalar, que estas cifras son solo una pequeña aproximación a lo que sucede en el distrito de Monsefú con las mujeres violentadas; no se pudo acceder a mayor población debido a la coyuntura actual que se está viviendo por el covid 19, se tuvo

que mantener los protocolos de bio seguridad, a parte de ello, sumarle que existen muchos casos en que las mujeres son víctimas de violencia familiar; sin embargo, no denuncian debido al miedo a las represalias.

VI. CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú, se llegó a las siguientes conclusiones:

Se evidenció relación directa y altamente significativa entre ansiedad y depresión.
($Rho = ,709^{**}$ $p = 0.000$)

Así mismo se logró evidenciar que el nivel de ansiedad predominante es el grave en el 92,11% de mujeres.

Además, se logró observar que el nivel de depresión es grave en el 69,30% de mujeres.

Por otro lado, se percibió que existe relación directa y altamente significativa entre la ansiedad y las dimensiones de depresión.

Por último, se obtuvo como resultado que existe relación directa y altamente significativa entre la depresión y las dimensiones de ansiedad.

VII. RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos realizar nuevas investigaciones de tipo correlacionales y comparativas sobre depresión y ansiedad en poblaciones con un mayor número de participantes y de otras localidades de Chiclayo.

Solicitar al centro médico de la localidad de Monsefú el abordaje terapéutico y seguimiento de las mujeres que presentan un cuadro clínico ansioso.

Derivación de los casos de depresión al centro de salud mental comunitario correspondiente para que se le brinde el apoyo psiquiátrico y psicológico necesario.

Generar un programa de regulación emocional para superar la ansiedad en las mujeres víctimas de violencia familiar y con ello disminuya las situaciones de corte depresivas.

Construir y aplicar un programa sobre la terapia racional emotiva conductual para el tratamiento de la depresión y sus repercusiones sobre el estado de ánimo en las mujeres víctimas de violencia familiar.

REFERENCIAS

- Aguirre Landero, B., Bazán Ayala, J. E., Cortez Alcaraz, A., Guzmán Montes, E. A., & Santiago Dávila, R. D. (2020). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Creación de un objeto de diseño industrial para adultos jóvenes que sufren trastorno de ansiedad generalizada en tiempos de cuarentena y distanciamiento social, el cual brinde un óptimo control del síntoma de la tensión muscular. <https://repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/4805>
- Aldave, J. (2016). "Asociación entre depresión y violencia familiar en centro médico EsSalud - ASCOPE". Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2108/1/RE_MED.HUMA_JORGE.ALDAVE_DEPRESION.Y.VIOLENCIA.FAMILIAR.EN.CENTRO_MEDICO_DATOS.PDF
- Aranda, F. (2020). "Violencia y Depresión en Mujeres del Asentamiento Humano Satélite de la Banda de Shilcayo - 2017.". Tarapoto, Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40122/Aranda_TF.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arroyo, J. & Castro, A. (2015). "Ansiedad y depresión como efectos emocionales en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Centro de Apoyo Integral "Tres Manueles" de la ciudad de Quito". Quito, Ecuador: Universidad Central de Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7128/1/T-UCE-0007-276c.pdf>
- Barbaran, M. (2015). Depresión y violencia familiar en pacientes mujeres de un hospital de Lima Este, 2014. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/245/Mila_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bardelli Cahuas, M. H., & Solari Saravia, G. X. (2021). DEPRESIÓN EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE ALTO LARAN-

2020.

<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1108/1/Gustavo%20Xavier%20Solari%20Saravia.pdf>

Bartra, T. & Padilla, R. (2018). "Manifestaciones depresivas y ansiosas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a diálisis peritoneal en el hospital II - ESSALUD TARAPOTO Noviembre 2016 – Marzo 2017". Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín. Obtenido de <http://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2651/MEDICINA%20-%20Teobaldo%20Bartra%20Jimenez%20%26%20Roy%20Carlos%20Padilla%20Garcia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Becerra, J. & Pachamora, R. (2015). Ansiedad y Depresión en estudiantes de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2015. Tarapoto, Perú: Universidad Peruana Unión. Obtenido de https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/147/Jhenny_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berenzon, S., Lara, M., Robles R. & Medina, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>

Boeree, C. G. (2006). Albert Bandura: 1925-present. *Shippensburg University*. Retrieved September, 13, 2009. <http://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1J8SZXTH5-6M7KKX-32R1/Albert%20Bandura.pdf>

Boletín de Información Clínica Terapéutica. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. Boletín de la ANMM, 3. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>

Borges, T. (2018). Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela . Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid . Calero, D. & Vaca, E. (2019). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia.

- Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador, 7. Obtenido de <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3513/3/Cristina%20Calero%20PROYECTO.pdf>
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. Revista Paian, 27. Obtenido de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735/645>
- Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad, 17. Obtenido de <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/129/97>
- Díaz Díaz; V, C (2019). Violencia de pareja y depresión en usuarias de un taller de la municipalidad de José Leonardo Ortiz, Chiclayo – 2019. [Tesis de pregrado; Universidad Católica los Ángeles de Chimbote]. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/20297>
- Frías, L (2019) Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. Semana del Cerebro 2019 en la UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/>
- Galletero , J., Guimón, J., Echeburúa, E. Yllá, J. & González, J. (2015). Etiología de la ansiedad. Monografías de Psiquiatría, 11. Obtenido de http://www.psicoter.es/pdf/etiolog_ansiedad.pdf
- García, M. & Matud, P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. Salud Mental, 7. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00321.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México: McGRAW-HILL. Obtenido de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Huapaya, K. (2019). "Ansiedad en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en el Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019". Lima, Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40633/Huapaya_RK.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 14. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/download/11945/10690/>

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). Trastornos de Ansiedad. DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 34. Obtenido de http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015. Biblioteca Nacional del Perú, 185. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf>

La República (9 de marzo del 2021). Lambayeque registra 3.556 casos de violencia contra la mujer entre 2020-2021. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables reportó que el 45,8% de féminas fueron víctimas de algún tipo de violencia, mientras son seis los feminicidios. <https://larepublica.pe/sociedad/2021/03/09/lambayeque-registra-3556-casos-de-violencia-contra-la-mujer-entre-2020-2021-lrnd/>

Loor Gaibor, L. K. (2020). *Factores psicosociales que influyen en la ansiedad en una madre de familia diagnosticada con covid-19 en la Unidad Educativa Renán*

Olmedo González en el recinto el Limón del cantón El Empalme (Bachelor's thesis, BABAHOYO: UTB, 2020). <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8990>

Ministerio de Salud (2021) Te cuido, me cuidas, nos cuidamos. Por una convivencia saludable. <https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>

Rosales, R. H., Bedón, M. B., Díaz, C. P., Brioso, A. S., & Pacheco, E. C. (2016). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorēma (Lima, Segunda época, En línea)*, (1), 123-136. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945/10690>

Tineo Loayza; A, M (2017). Ideas irracionales y ansiedad rasgo-estado en mujeres víctimas de violencia familiar en Lambayeque. [Tesis de pregrado; Universidad Señor de Sipán]. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/5657>

Vargas Hernández; A, C (2018). Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15039/1/T-UCE-0007-PC041-2018.pdf>

Anexos 1

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Edad:

Estado Civil:Fecha: / /

A continuación, se presenta una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cuidadosamente cada ítem de la lista. Indique marcando con un aspa (x) cuánto le ha molestado cada uno de estos síntomas durante estos últimos 30 días incluyendo el día de hoy.

N°	ÍTEMS	EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1	Entumecimiento muscular u hormigueo				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarme				
5	Con temor de que pase lo peor				
6	Mareado				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de asfixia				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto o inseguro				
14	Con miedo a perder control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor a morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos o debilidad				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes (no debido a la temperatura del ambiente)				

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDT)

Edad.....

Estado Civil:Fecha: / /

Instrucciones: En esta prueba psicológica, aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo, describe mejor como se ha sentido durante estas últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo, antes de efectuar la elección.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como las que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.

- 6.
- No creo que este siendo castigado.
 - Creo que puedo ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Creo que estoy siendo castigado.
- 7.
- No me siento decepcionado de mí mismo.
 - Me he decepcionado a mí mismo.
 - Estoy disgustado conmigo mismo.
 - Me odio
- 8.
- No creo ser peor que los demás.
 - Me critico por mis debilidades o errores.
 - Me culpo siempre por mis errores.
 - Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- No pienso en matarme.
 - Pienso en matarme, pero no lo haría,
 - Me gustaría matarme.
 - Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- No lloro más de lo de costumbre.
 - Ahora lloro más de lo que solía hacer.
 - Ahora lloro todo el tiempo.
 - Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
- 11.
- Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - Las cosas me irritan más que de costumbre.
 - Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- No he perdido el interés por otras cosas.
 - Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- Tomo decisiones casi siempre.
 - Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.

- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
 - b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
 - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que perdido algo, últimamente.
 - b. He bajado más de dos kilos y medio.
 - c. He bajado más de cinco kilos.
 - d. He bajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 - b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

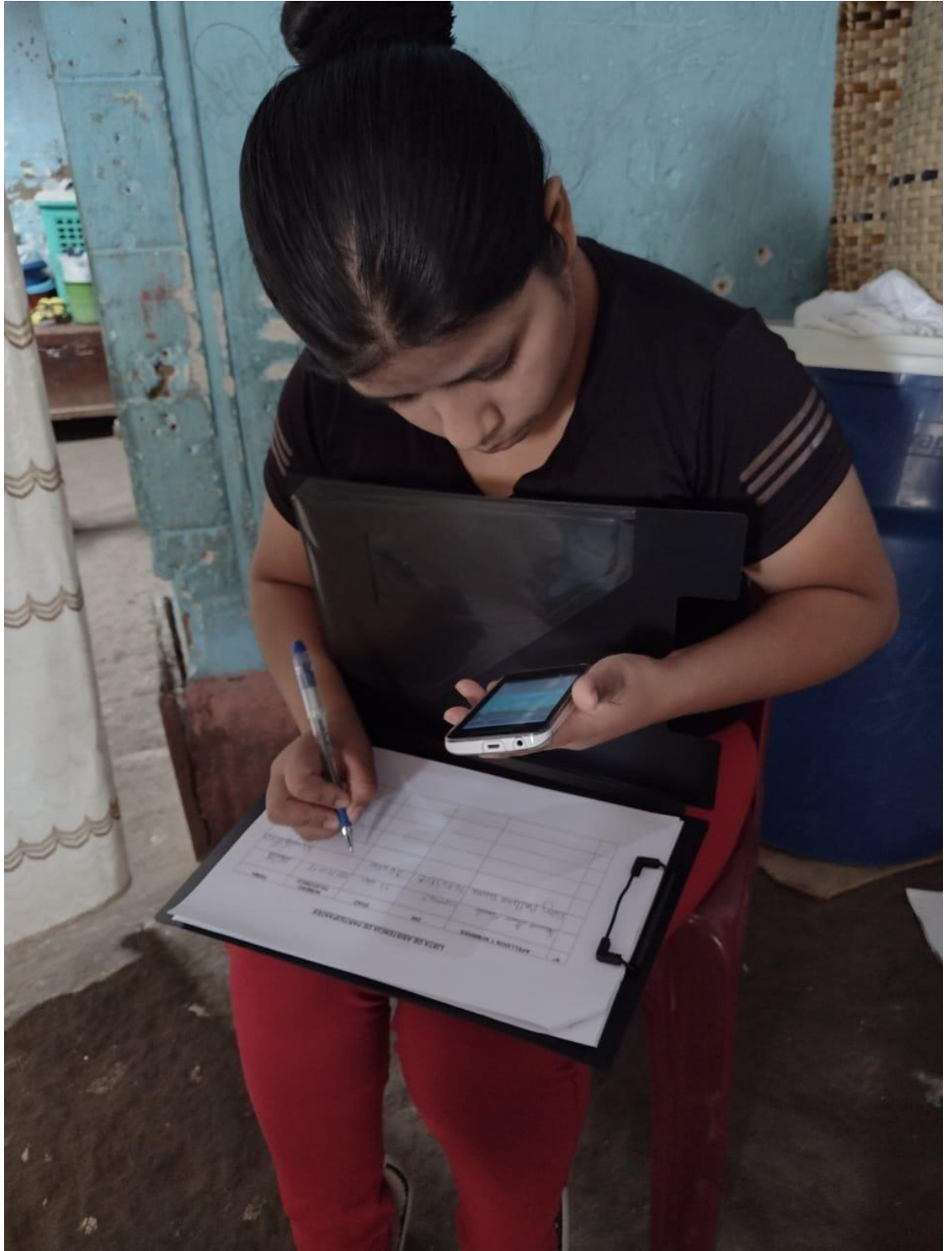
Anexo 2











Anexo 3



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Pimentel, 26 de Mayo de 2021

Mayor PNP Ronald Alexander Tavera Rodriguez
Jefe comisaría Monsefú
Presente.-

ASUNTO: Solicito permiso para aplicación de instrumento

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle el saludo Institucional a nombre de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo - Campus Chiclayo, y a la vez, solicitarle el permiso correspondiente, para que nuestra estudiante del XI ciclo Srta. ALVAREZ LABRIN LISSETH CAROLINA DEL MARIA pueda aplicar los instrumentos denominados "Ansiedad y Depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú" como parte de la experiencia curricular Desarrollo del Proyecto de Investigación. Es preciso mencionar que será aplicado a las mujeres víctimas de violencia familiar de la institución que usted dirige, asimismo indicar que estará bajo la asesoría de la docente Mgtr. MARY CLEOFE IDROGO CABRERA.

Conocedor de su apoyo a los futuros profesionales de nuestra región no dudamos en que nuestra petición sea aceptada.

Esperando su atención al presente, nos despedimos de Usted no sin antes expresarle nuestras muestras de aprecio.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Mgtr. Marvin Joel Moreno Medina
COORDINADOR ESCUELA DE PSICOLOGIA



Anexo 4



PERU

Ministerio del Interior

Policía Nacional del Perú

Dirección Nacional de Operaciones Policiales

Región Policial Lambayeque

" AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA "

Monsefú, 27 de mayo del 2021

OFICIO N° 633-2021-SEGMACREGPOL/DIVOPUS.LAMB/CS PNP MONSEFÚ-"B"

SEÑOR : **Mgts. Marvin Joel MORENO MEDINA**
COORDINADOR EQUIPO DE PSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO.

ASUNTO : Comunica resultado de gestión; por motivo que se indica.

REF : CARTA UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO del 26MAY2021.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con la finalidad de expresar mi cordial saludo a nombre de la Corporación de Oficiales y Sub Oficiales de la Comisaría Sectorial Monsefú; asimismo comunicar su representada que el suscrito ha autorizado el permiso correspondiente para que la estudiante del XI ciclo Srta. Carolina del María ALVÁREZ LABRIN aplique y desarrolle las investigaciones necesarias a las mujeres víctimas de violencia familiar que se registran en esta dependencia policial.

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial y alta estima personal.

RATR/acr.



Dios guarde a Ud.

DA-342746
Ronald A. TAVARA RODRIGUEZ
MAYOR PNP
COMISARIO SECTORIAL PNP MONSEFU

Anexo 5

Prueba de normalidad

Tabla 4

Prueba de normalidad entre la variable ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia familiar en el Distrito de Monsefú-2021.

Kolmogorov-Smirnov^a

	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad	0.107	114	0.003
Depresión	0.118	114	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 4, se evidencia que se utilizó el estadístico de Kolmogorov Smirnov, debido a que el tamaño de la muestra es mayor a 50 personas; en tanto, para establecer la distribución que presentan las variables, se analizó el nivel de significancia, el cual fue menor a 0,05 por lo que indica una distribución no normal y en ese caso se utiliza el estadístico de Spearman para identificar las correlaciones entre las variables.

Confiabilidad del inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Tabla 5

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	69	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	69	100.0

Tabla 6

Estadísticas de fiabilidad

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
	0.965	21
Ansiedad general		
Sensaciones motoras	0.901	5
Sensaciones cognitivas	0.898	8
Somáticas	0.921	8

Tabla 7

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem1	43.22	211.084	0.690	0.964
ítem2	43.26	209.990	0.727	0.964
ítem3	43.26	205.843	0.804	0.963
ítem4	43.10	208.887	0.766	0.963
ítem5	42.90	209.769	0.635	0.965
ítem6	43.25	207.806	0.763	0.963
ítem7	43.01	204.573	0.796	0.963
ítem8	43.00	205.794	0.787	0.963
ítem9	42.99	207.338	0.751	0.963
ítem10	43.04	212.689	0.591	0.965
ítem11	43.20	204.958	0.841	0.962
ítem12	43.16	202.548	0.859	0.962
ítem13	43.10	209.269	0.719	0.964
ítem14	43.06	208.320	0.692	0.964
ítem15	43.29	203.797	0.827	0.962
ítem16	43.03	208.146	0.659	0.964
ítem17	42.96	208.630	0.673	0.964
ítem18	43.01	213.220	0.564	0.965
ítem19	43.14	205.685	0.834	0.962
ítem20	43.30	207.538	0.774	0.963
ítem21	43.22	205.702	0.804	0.963

Validez del inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Tabla 8

Análisis de validez a través de las comunalidades

Reactivos	Inicial	Extracción
ítem1	1.000	0.704
ítem2	1.000	0.761
ítem3	1.000	0.743
ítem4	1.000	0.646
ítem5	1.000	0.738
ítem6	1.000	0.657
ítem7	1.000	0.707
ítem8	1.000	0.689
ítem9	1.000	0.647
ítem10	1.000	0.598
ítem11	1.000	0.814
ítem12	1.000	0.807
ítem13	1.000	0.816
ítem14	1.000	0.745
ítem15	1.000	0.723
ítem16	1.000	0.779
ítem17	1.000	0.739
ítem18	1.000	0.515
ítem19	1.000	0.750
ítem20	1.000	0.759
ítem21	1.000	0.705

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 9

Análisis de la varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	12.984	61.829	61.829	12.984	61.829	61.829	10.534	50.162	50.162
2	1.268	6.037	67.866	1.268	6.037	67.866	2.628	12.515	62.676
3	1.043	4.965	72.831	1.043	4.965	72.831	2.132	10.155	72.831

Confiabilidad del inventario de Depresión de Beck

Tabla 10

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	69	100.0
	Excluido ^a	0	0.0
	Total	69	100.0

Tabla 11

Estadísticas de fiabilidad

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Depresión general	0.967	21
Cognitivo afectivo	0.933	9
Somático motivacional	0.948	13

Tabla 12

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem1	39.32	224.779	0.716	0.966
ítem2	39.10	239.504	0.351	0.968
ítem3	39.35	221.377	0.792	0.965
ítem4	39.36	224.823	0.798	0.965
ítem5	39.06	217.114	0.859	0.964
ítem6	39.28	215.879	0.804	0.965
ítem7	39.28	219.350	0.871	0.964
ítem8	39.20	216.811	0.883	0.964
ítem9	39.57	222.073	0.764	0.965
ítem10	39.33	219.696	0.767	0.965
ítem11	39.28	219.173	0.877	0.964
ítem12	39.17	219.146	0.828	0.964
ítem13	39.10	215.534	0.831	0.964
ítem14	39.09	216.316	0.764	0.965
ítem15	39.03	219.440	0.808	0.964
ítem16	39.07	222.245	0.787	0.965
ítem17	39.22	220.967	0.767	0.965
ítem18	39.33	219.667	0.833	0.964
ítem19	39.74	231.902	0.437	0.968
ítem20	39.32	231.838	0.369	0.969
ítem21	39.45	221.722	0.804	0.965

Validez del inventario de Depresión de Beck

Tabla 13

Análisis de validez a través de las comunalidades

Reactivos	Inicial	Extracción
ítem1	1.000	0.692
ítem2	1.000	0.595
ítem3	1.000	0.733
ítem4	1.000	0.710
ítem5	1.000	0.779
ítem6	1.000	0.726
ítem7	1.000	0.813
ítem8	1.000	0.850
ítem9	1.000	0.632
ítem10	1.000	0.644
ítem11	1.000	0.824
ítem12	1.000	0.751
ítem13	1.000	0.760
ítem14	1.000	0.753
ítem15	1.000	0.765
ítem16	1.000	0.658
ítem17	1.000	0.672
ítem18	1.000	0.771
ítem19	1.000	0.732
ítem20	1.000	0.702
ítem21	1.000	0.734

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Tabla 14

Análisis de la varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	12.984	61.829	61.829	12.984	61.829	61.829	10.699	50.947	50.947
2	1.268	6.037	67.866	1.268	6.037	67.866	3.553	16.919	67.866

ANEXO 6

Operacionalización de variable:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Instrumentos
Ansiedad	Es la respuesta emocional desagradable provocada por un estímulo externo amenazante que conduce a cambios físicos, cognitivos y motoras en el cuerpo humano.	Para medir la ansiedad se usó el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, 2013). Se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Es una escala que mide de manera auto	Sensaciones motoras Sensaciones Cognitivas Sensaciones Somáticas	3, 6, 7, 12, 13 5, 9, 10, 14, 16, 17, 19, 20 1, 2, 4, 8, 11, 15, 18, 21	Inventario de Ansiedad *relación entre ansiedad y depresión. *

		informada el grado de ansiedad.			
Depresión	Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por distorsiones cognitivas o sesgos de pensamiento que se centran en la autocrítica y el fracaso, el cual se centra en síntomas psicológicos y físicos.	Es una alteración patológica del estado de ánimo. Esta se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI), conformada por 21 ítems, conformada cada una por 4 opciones de respuestas, ordenadas de menor a mayor gravedad, que van de una puntuación de 0 a 3 puntos, dicho instrumento está	Cognitivo afectivo Somático motivacional	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 10. 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21.	Inventario de Depresión Beck (Beck, et al. 1961)

		compuesto por dos dimensiones: Cognitivo afectivo y somático motivacional			