



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia en el
distrito de Comas, Lima 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Espinoza Soto, Marina Lucía (ORCID: 0000-0002-1605-368X)

ASESOR:

Dr. Castro García, Julio César (ORCID: 0000-0003-0631-8979)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria

Este trabajo de investigación se lo dedico a mis padres y hermanos, por ser la principal columna para seguir adelante cuando sentía que no podría lograrlo, quienes fueron testigos de mi esfuerzo y me mantuvieron firme hasta el final. Asimismo, a mis abuelos, quienes siempre confiaron en mí y me motivaron a seguir adelante aun cuando no me quedaban fuerzas para continuar.

Agradecimiento

Le doy gracias a mis padres por el apoyo en cada momento, por sus valores inculcados, por brindarme la oportunidad de poder acceder a una educación y por ser ejemplo a seguir en el camino de la vida. Asimismo, agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo para compartir sus conocimientos a mis estimados asesores Dra. Elizabeth Chero y Dr. Julio Castro que me acompañaron durante este proceso, de igual forma a mi querida casa de estudio Universidad César Vallejo.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	13
3.3. Población, muestra y muestreo	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
3.5. Procedimientos	20
3.6. Método de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos	20
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS	40
ANEXOS	49

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1.	Prueba de normalidad	27
Tabla 2.	Correlación entre las variables depresión y autoestima	28
Tabla 3.	Correlación entre autoestima y las dimensiones de depresión	29
Tabla 4.	Análisis comparativo de depresión, según estado civil	30
Tabla 5.	Análisis comparativo de los factores de depresión, según estado civil	31
Tabla 6.	Análisis comparativo de autoestima, según estado civil	32
Tabla 7.	Niveles de depresión	33
Tabla 8.	Niveles de autoestima	33
Tabla 9.	Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck	63
Tabla 10.	Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de los factores del Inventario de Depresión de Beck	63
Tabla 11.	Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio del Inventario de Depresión de Beck	64
Tabla 12.	Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de la Escala de Autoestima de Rosenberg	66
Tabla 13.	Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg	67

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Depresión de Beck.	65
Figura 2. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg.	68

Resumen

El presente trabajo de investigación fue correlacional, de tipo aplicada, no experimental y de corte transversal, tuvo como objetivo principal identificar la relación entre depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas en el año 2021, la muestra fue de 200 mujeres mayores de 18 años, con un muestreo no probabilístico y de tipo intencional, para ello se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA) y Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE). Los resultados determinaron que existe correlación inversa y significativa entre las variables de estudio, con un coeficiente de correlación de Spearman de $-0,820$. y un valor de significancia de $0,000$; mientras que para los síntomas cognitivo afectivo de depresión y autoestima el Rho es de $-0,822$; finalmente los síntomas somático motivacional de depresión y autoestima el Rho es de $-0,789$. De esta forma concluyó que existe correlación inversa y significativa entre depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia residentes de Comas, 2021; es decir a mayor depresión, menor autoestima y viceversa.

Palabras clave: depresión, autoestima, violencia contra la mujer, BDI-IIA, RSE

Abstract

The present research work was correlational, applied, non-experimental and transversal, its main objective was to identify the relationship between depression and self-esteem in women victims of violence, residents of Comas in 2021, the sample was 200 women over 18 years of age, with non-probabilistic and intentional sampling, for which the Beck Depression Inventory (BDI-IIA) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) were used. The results determined that there is an inverse and significant correlation between the study variables, with a Spearman correlation coefficient of -0.820 and a significance value of 0.000; while for the cognitive-affective symptoms of depression and self-esteem, the Rho is -0.822; Finally, for somatic motivational symptoms of depression and self-esteem, the Rho is -0.789. In this way, he concluded that there is an inverse and significant correlation between depression and self-esteem in women victims of violence residing in Comas, 2021; that is, the greater the depression, the lower the self-esteem and vice versa.

Keywords: depression, self-esteem, violence against women, BDI-IIA, RSE

I. INTRODUCCIÓN

La violencia ejercida hacia las mujeres, es uno de los problemas psicosociales que amenaza la salud pública alrededor del mundo, debido a que una de las principales consecuencias a largo plazo que deja a su paso en las víctimas, son las asociadas al desgaste en su salud mental, el equipo de investigación del Ministerio de Salud, (MINSA, 2021), da a conocer que a raíz de la violencia se presentan una serie de problemas psicológicos como la ansiedad, depresión, ataques de pánico, estrés postraumático, intentos suicidas, además del consumo de sustancias.

Esta presentación de violencia genera un impacto negativo en la salud mental de sus víctimas a nivel mundial, estadísticas revelan que estas mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer trastornos mentales tales como depresión, estrés postraumático, ansiedad, insomnio, trastornos de la conducta alimenticia e intentos de suicidio (OMS, 2021). Esto contribuye a lo expuesto por Beydoun et al. (2017), cuyas cifras demostraron el deterioro de la salud mental en mujeres violentadas, donde 63,8% presentaba cuadros de estrés postraumático, 47,6% padecían depresión, 17,9% baja autoestima y tendencias suicidas, 18,5% alcoholismo y 8,9 % abuso de sustancias psicoactivas.

Cabe destacar que todas las manifestaciones de violencia hacia la mujer, afectan en gran medida a su salud y bienestar físico, emocional y psicológico, incluso mucho después de ocurrido, investigadores de la Organización Mundial de la Salud señalan que las víctimas tienen mayor incidencia en presentar afectaciones mentales tales como depresión, ansiedad, pérdida de autoestima, lesiones, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (OMS, 2021). A su vez, cifras brindadas por la misma organización revelan que las mujeres violentadas por su pareja manifiestan el doble de probabilidades de padecer depresión y trastornos vinculados al abuso de sustancias psicoactivas; así como 1,5 veces más de contraer VIH u otra ITS (OMS, 2018).

La violencia contra la mujer se presenta como una problemática latente a nivel mundial, cifras revelan que de las 736 millones de mujeres en el mundo,

una de cada tres mujeres ha sido violentada, en sus diferentes formas (física, psicológica y sexual). Asimismo, el 27% de las mujeres con edades oscilantes entre los 15 a 49 años con pareja han sido violentadas por su compañero (OMS, 2021).

Por otro lado, a nivel internacional, analistas de la misma organización (OMS, 2020), señalan que el número de mujeres con pareja que sufren violencia por parte de las mismas es del 15% al 71%, donde países con la tasa de mujeres más violentadas son República de Tanzania, Perú, Bangladesh y Etiopía. En adición, investigadores de la Organización Panamericana de la Salud refieren que Asia meridional, Oceanía, y África subsahariana se posicionan como los continentes con las mayores tasas de violencia, cuyos porcentajes varían desde el 33% al 51%, relacionándolo con los niveles socioeconómicos (OPS, 2021).

En ese sentido, la Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, en su informe manifiesta que el 75% de la población femenina con deficiencias vinculadas a la salud mental (depresión y ansiedad y estrés postrauma) han sido víctimas de violencia doméstica y conyugal. Además, los datos revelan que el 40% de mujeres con alguno de los trastornos mentales descritos anteriormente y en representación grave, han sido violentadas sexualmente; y el 80% de esta población ha sido violentada por su pareja, donde más del 50% en su forma física; además que el 40% de las mismas no logran reconocer la violencia, y quienes sí la reconocen, pierden credibilidad debido a la afectación de su salud mental (FEDEAFES, 2021).

La presencia de este fenómeno social, se encuentra también dentro de nuestra realidad problemática; siendo que, en cifras brindadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020), manifiesta el 63.2% de mujeres peruanas cuyas edades van de 15 hasta 49 años en algún periodo de su vida, han sufrido de violencia doméstica. Dependiendo del tipo de violencia, el 30,7% experimentó violencia física, el 58,9% experimentó violencia psicológica y el 6,8% experimentó violencia sexual. En este mismo sentido de información, estadísticas del mismo instituto brindan cifras relacionadas a la región y área de residencia. Señalan que

la región Sierra lidera la lista con un porcentaje de 55.6%, siendo seguido por la Costa con un 55.4%, finalmente la Selva con un 48.8%. Por otra parte, indican que el área urbana fue la de mayor porcentaje alcanzando un 55,3%, cifra que en comparación con el año predecesor disminuyó un 3%; mientras que en el área rural el porcentaje disminuyó de 55.3% a 52.3% en comparación al año anterior (INEI, 2020).

En relación a los departamentos del Perú con mayor incidencia de feminicidios, el INEI indica que durante el periodo 2016 al 2019, Lima presentó la mayor cantidad (163), seguido de Cuzco (40), La Libertad (37), Junín (34), Arequipa (34), Huánuco (32), Puno (30); no obstante, el menor número se presentó en los departamentos Ucayali (8), Pasco (7), Tumbes y Moquegua con 6 víctimas respectivamente (INEI, 2021).

En adición, cifras brindadas por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, como parte del Seguro Social de Salud indican, entre el 25% y 50% de las peruanas violentadas han sido víctimas de violencia ejercida por su pareja y donde las principales repercusiones a nivel psicológico son depresión, ansiedad, sentimientos de inferioridad, inseguridad y baja autoestima (IETSI, 2020).

Desde una perspectiva local, dentro de Lima Metropolitana, el INEI entrevistó en 2019 a una población de 1813 mujeres, donde el 9.6% indicó haber sufrido violencia durante el último año, ejecutada por su pareja. (INEI, 2020). En ese mismo contexto, el distrito de Comas se encuentra dentro de los 38 distritos con mayor número de víctimas por feminicidio, acumulando 7 muertes, desde el 2015 al 2019 (INEI, 2021).

Considerando los altos índices de violencia ejercida hacia las mujeres, dentro de la realidad problemática mundial, internacional y nacional. Así como, la relevancia de cuidar la salud mental, conociendo las correlaciones entre las variables y describiendo en porcentajes sus niveles, además de compararlas según el estado civil, puesto que las cifras mostraron que las principales manifestaciones de este tipo de violencia son ejercidas por su compañero romántico, se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia residentes de Comas en el

año 2021?

Por consiguiente, se busca justificar la investigación a nivel teórico, tiene como propósito aportar conocimiento sobre este problema psicosocial existente, analizando la estructura y composición teórica de la violencia, haciendo énfasis en las secuelas psicológicas (depresión y la baja autoestima); de esta forma demostrar el vínculo de estas variables en las mujeres violentadas (Sáenz et al., 2012).

Al respecto, a nivel práctico enfocará los resultados para fomentar un accionar de alerta con el propósito de mejorar o prevenir las actitudes violentas hacia las mujeres que están tan normalizadas, aportando estrategias y/o sugerencias de esta forma generar un impacto en la comunidad para ayudar a erradicarla (Bernal, 2006).

Por otra parte, es de justificación metodológica ya que, la interpretación de las herramientas, procesos y resultados empleados se encuentran dentro de los estándares de validez, de esta forma es relevante para ser utilizado como herramienta y contribuir a la investigación a futuro (Isaza y Rendón, s.f.).

Para este propósito, se plantea como objetivo general identificar la relación entre depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas en el año 2021. Los objetivos específicos son: (a) Determinar la relación entre los síntomas cognitivo afectivo de depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia (b) Determinar la relación entre los síntomas somáticos motivacionales de depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia y los síntomas cognitivos. (c) Comparar depresión y sus factores según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia. (d) Comparar autoestima según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia. (e) Describir el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia (f) Describir el nivel de autoestima en mujeres víctimas de violencia.

Con respecto a la hipótesis general: Existe correlación inversa y significativa entre depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia. Siendo las hipótesis específicas: (a) Existe correlación inversa y significativa entre los síntomas cognitivo afectivo de la depresión y

autoestima en mujeres víctimas de violencia. (b) Existe correlación inversa y significativa entre los síntomas somáticos motivacionales de la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia. (c) Existen diferencias significativas entre depresión y sus factores según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia. (d) Existen diferencias significativas entre la autoestima según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se hace mención a los diferentes trabajos obtenidos a nivel nacional, Lescano y Salazar (2020) buscó determinar la correlación entre baja autoestima, depresión y ansiedad en 350 mujeres violentadas pertenecientes a Ancash. De esta forma se obtuvo como resultado la existencia de correlación muy alta y significativa entre las variables de estudio, en cuanto a la baja autoestima y depresión representa un Rho de 0,58 y $p = 0,000 < 0,05$, mientras que para depresión y ansiedad manifestó un Rho de 0,51 y $p = 0,000 < 0,05$. Concluyó que la baja autoestima, la depresión y la ansiedad están estadísticamente correlacionados.

Aunado a ello, Marcelo (2018) en su investigación cuyo propósito fue determinar correlación entre autoestima y depresión, así como sus niveles en 90 mujeres que manifestaron haber sido víctimas de violencia en Piura. Se estableció como resultado la existencia de correlación entre las variables de interés ($r = 0,655$ y $p = 0,002$) siendo a su vez significativa. A nivel descriptivo para autoestima, el 53.3% se obtuvo un nivel bajo, 35.6% medio y 11.2% alto; mientras que para depresión 43.3% un nivel moderado, 31.1% leve, 21.1% no presentó y 4.4% grave. De esta manera concluyó, que ambas estuvieron estadísticamente correlacionadas de forma inversa; es decir, a mayor depresión, menor autoestima y viceversa.

En efecto, Sobrado (2017) presentó su artículo científico, el cual tuvo como fin determinar la correlación y niveles de depresión y autoestima en 140 mujeres de Huánuco que padecieron violencia. Los resultados obtenidos demostraron que existió un nivel de correlación media - inversa pero significativa entre las variables mencionadas, con valores representados con un Rho de -0,492 y $p = 0,001 < 0,05$. Asimismo, a nivel descriptivo se determinó que para depresión 72,1% manifiesta una sintomatología mínima, el 6,4% leve, el 13,6% moderada y el 7,9% grave; por otro lado, en cuanto a autoestima el 50.7% se obtuvo una autoestima deficiente, el 36,4% moderada y 1,4% alta. Así fue como el autor concluyó que ambas estuvieron estadísticamente correlacionadas, siendo esta correlación inversa y significativa.

En esa misma línea de información Gallardo y Mires (2017) propuso su artículo el cual buscaba determinar la correlación entre niveles de autoestima y depresión en 30 mujeres víctimas de violencia ejercida por su pareja pertenecientes al CEM de Cajamarca. Los resultados obtenidos revelaron que el Rho es de 0,655 y nivel de significancia de 0,000. Finalmente concluyó reafirmando su hipótesis inicial, existió correlación inversa pero significativa, donde a menos niveles de autoestima mayor nivel de depresión.

Al mismo tiempo, Castillo (2017) en su investigación correlacional, buscaba determinar la relación entre depresión, autoestima en 126 mujeres víctimas de violencia perpetrada por su pareja en Chiclayo. Los resultados de la investigación determinaron que existió correlación negativa entre depresión y autoestima en mujeres víctimas con Rho de -0,737 y un nivel de significancia de ($<0,01$). Concluyó que están estadísticamente correlacionados, siendo muy significativo.

Aunado a ello, Castillo et al. (2017) en su trabajo desarrollado en Huaraz, buscó determinar la correlación entre la violencia hacia la mujer y autoestima. La violencia física se presentó en un 38,2%, seguida del 29,1% vinculados a agresiones psicológicas, siendo el 14,6% a las violentadas sexuales y 18,1% a las violentadas económicamente; por otro lado, relacionada a la variable autoestima, se demostró un 52,8% en su nivel bajo, 43,6 en su nivel medio y finalmente 3,6% en su nivel alto. Según los resultados hallados, el coeficiente de Spearman (r_s) señaló una correlación negativa y significativa entre las variables, física $r_s = 00,123$; $p = 0,371$, psicológica $r_s = 00,181$; $p = 0,186$, sexual $r_s = 00,177$; $p = 0,195$ y económica $r_s = 00,075$; $p = 0,589$.

Desde una perspectiva internacional, destacan grandes exponentes como Lara (2019), en su artículo elaborado en España, cuyo propósito fue comparar los niveles de autoestima en mujeres víctimas y no víctimas de abusos ejercidos por su pareja, siendo 340 participantes, 170 víctimas y 170 no víctimas, quién empleó la Escala de Autoestima propuesta por Rosenberg. Los resultados obtenidos determinaron que para autoestima

en un nivel alto el 26,1% presentaron violencia y 73,9% no presentaron, asimismo en un nivel medio el 92,6% fue víctima y el 7,4% no fue víctima, finalmente en el nivel bajo el 98% padeció violencia y el 2% no. Finalmente concluyó que entre ambos grupos existieron diferencias significativas de $p < 0,001^*$, además de que la autoestima y la violencia de pareja se encontraron relacionadas de forma inversa.

De esta manera Llosa et al. (2019) en el artículo realizado en Uruguay en el cual tenía como objetivo calcular la continuidad de la depresión e ideación suicida en las mujeres que sufrieron violencia por parte de su cónyuge, estimando las variables sociodemográficas esta investigación fue realizada en 30 casos y dando como resultado la existencia de depresión e ideación suicida salvo en el estado civil en donde las solteras se manifiesta más casos de depresión que las casadas ($\chi^2 = 19,408a$, $p < 0,001$). A manera de conclusión, se determinó que la violencia entre unión de personas es un alto marcador de un riesgo muy alto para la depresión y para las conductas suicidas.

Al mismo tiempo, Nava et al., (2017) en su artículo elaborado en México, cuya población de estudio fueron mujeres indígenas, aludiendo que las mismas son una población vulnerable. El número total de participantes fue 386, seleccionadas aleatoriamente. Los resultados de la investigación demostraron que el 43% presentó baja autoestima, el 63,2% fue violentada por su pareja. En relación, a la ansiedad, se mostró baja autoeficacia ($R^2 = 0,047$, $F [386] = 18,73$, $p < 0,000$) y se conoció una combinación de conductas de alto riesgo ($R^2 = 0,019$, $F [386] = 7,42$, $p < 0,007$).

De igual forma, Cerezo (2010) elaboró su artículo el cual buscaba determinar la correlación entre depresión y autoestima en 238 mujeres que fueron víctimas de violencia de Puebla, México. Los resultados demostraron la asociación entre violencia, depresión y autoestima, las mujeres con baja autoestima y depresión tienen cuatro veces más probabilidad de ser violentadas a nivel físico ($RMc = 3,864$, IC 95% 1,6-9,1), y tres veces más posibilidades de sufrir violencia sexual y psicológica

(RMc=3,367, IC 95% 0,9-11,4) (RMc=2,737, IC 95% 1,1-6,5). Concluyó que esto es posible debido al alto índice de correlación entre la baja autoestima y la depresión, teniendo en cuenta que del 83% de mujeres con baja autoestima, también se observó depresión ($p < 0,005$).

Después de revisar los métodos en fuentes de datos como Scielo, Redalyc, Dialnet, Scientific Research y los conocidos repositorios Alicia concytec, Renati, no se encontró ningún estudio a nivel local del área que proporciona evidencia de calidad y confiabilidad sobre las escalas ya mencionadas.

Referente a la epistemología de la violencia, García (2020) manifiesta que esta se centra en el lugar privado del análisis del sexo, la concepción y el amor. Es precisamente, la demanda de intromisión estatal a través del derecho penal y la asistencia social, un ámbito de la vida previamente intocable que antes se consideraba privado o personal.

El problema de la violencia se forma porque a partir de posiciones en la que ser varón o ser mujer se crean en un estatus social desproporcionado e incluyen lazos de poder hacerlas sumisas. Esa estructura asimétrica se fundamenta en las diferencias de género en función del papel mínimo que se da a la biología, que nos menciona la composición de la subjetividad y las adversidades a grado social y no al revés (García, 2020).

Para entender la violencia, Mayor y Salazar (2019) indican que es conceptualizada como el uso de la fuerza para imponer y someter, se trata de una actividad donde la persona que la ejerce busca la supremacía u opresión sobre el individuo o grupo que es sometido. Es considerado, un problema de salud pública alrededor del mundo, aunque propiamente dicho no sea una enfermedad, a nivel social es un factor de riesgo psicosocial, afectando a las víctimas no solo a nivel biológico y físico, sino que repercute seriamente en su salud mental.

Es importante diferenciar la violencia de género y la violencia contra las mujeres, según lo estipulado por La Organización de las Naciones Unidas, la primera es definida como cualquier acto derivado de la violencia, que

ejerce determinado género sobre otro, que, aunque por lo general va enfocada sobre las mujeres, ya que afecta desproporcionadamente a su género. Por otro lado, la segunda hace referencia a cualquier acción que involucre violencia de género que tenga algún tipo de daño, ya sea a nivel físico, sexual o psicológico ejercida por el género masculino hacia las mujeres, el cual puede incluir acciones tales como amenazas, coacción, impedimento de la libertad (ONU, 1993)

Por otro lado, dentro de las teorías psicológicas que buscan explicar este fenómeno psicosocial tenemos a Dutton y Golant (1997) los cuales sostienen que existen determinados factores de riesgos individuales para que un hombre ejerza violencia hacia su compañera. En primer lugar, el rechazo y maltrato de su padre; además, el apego inseguro de la madre, donde a pesar de su resguardo, el niño no se ha sentido protegido; por último, la interiorización de una cultura machista desde una edad temprana, donde ha aprendido el concepto de virilidad y los estereotipos de género.

En paralelo, otra teoría psicológica para explicar la incidencia de mujeres violentadas por sus parejas, Walker (1979) explica los factores psicológicos de la víctima y agresor; así como los factores sociales que contribuyen al Síndrome de la mujer maltratada, denominación que utilizó para sintetizar los signos y síntomas que presentaban estas mujeres.

Dentro de este esquema de violencia, existen una variedad de tipos, investigadores de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, refieren que hay tres manifestaciones principales; violencia física, la cual implica causar daño mediante golpes, patadas, jalones, bofetadas, empujones, entre otros actos que impliquen usar la fuerza física; asimismo, la violencia emocional, la cual a pesar de no existir un contacto físico, ésta afecta su estado psicológico, representados mediante episodios de tristeza o miedo derivando a enfermedades psicológicas; finalmente, violencia sexual, definida como cualquier acto que atente la sexualidad de una mujer,

mediante la fuerza o violencia física o psicológica, independientemente del vínculo que tenga la víctima con su agresor. Asimismo, puede involucrar la violación, la cual implica penetración forzosa (ONU Mujeres, 2021)

Las consecuencias de estos atentados hacia las mujeres provocan fuertes problemas en la salud en las víctimas tanto a nivel físico, psicológico, mental, espiritual, sexual y reproductiva, estas consecuencias se presentan a corto, mediano y largo plazo. Asimismo, repercute en el bienestar de los hijos, familias, etc.; además, genera un alto costo económico y social tanto para las víctimas como para sus familias y la sociedad en general (OMS, 2021)

Una de las principales repercusiones a nivel de la salud mental en las mujeres, es la depresión; por su parte, la perspectiva psicológica que ha presentado eficacia frente a la depresión es el enfoque cognitivo conductual. Ros (2004) refiere que la psicología conductual se centra en estudiar conducta y su modificación; la psicología cognitiva, se centra en el pensamiento y que este haga que los individuos estén sujetos a la realidad, lo cual es considerado saludable, sin embargo, frente a una alteración de la realidad, se considera trastorno. En consecuencia, transformar el pensamiento, modifica la sensación y conducta.

Para comprender la depresión, Beck (2002) refiere que es la equivocada interpretación a una posición que el individuo afronta, busca explicar esta alteración mediante 3 conceptos básicos: Triada cognitiva, los esquemas cognitivos y los errores en el procesamiento de la información.

En ese sentido de información, Beck (2000) manifiesta que la triada cognitiva está compuesta por 3 perspectivas subjetivas del sujeto. En primer lugar, se encuentra las percibidas por uno mismo, la cual hace referencia a cualquier manifestación que hace auto minimizarse, auto atribuciones negativas; es decir, se percibe deficiente, menos capaz. En segundo lugar, se encuentra la Interpretación negativa de sus experiencias; la cual genera que el individuo tenga una perspectiva negativa de todo lo que lo rodea. Finalmente, señala la perspectiva

negativa sobre del futuro, el cual se adelanta a las disposiciones meditando que van a ser complicadas y de constante padecimiento (Beck, 2000)

Por otro lado, respecto a los esquemas cognitivos, Beck (2000) señala que son secuencias cognitivas estables que se fundamentan en las explicaciones de la verdad, para distinguir y atribuir sentido a lo que pasa al alrededor. Estos esquemas fueron representados en dos tipos: creencias centrales o nucleares, las cuales hacen referencia a los pensamientos más acentuados, por consiguiente, evaden responsabilidad de la misma. Así mismo, las creencias intermedias: las cuales no son conscientes en el individuo y acostumbran manifestarse como invitación condicional como normas o reacciones (Beck, 2000)

Por último, Beck (2000) manifiesta que los desatino en la decodificación de la información y sus variaciones del juicio son las posibilidades erróneas en que se sintetiza relacionadas a lo que acontece al entorno, lo cual puede generar secuelas desfavorables.

Siendo más específico, la interferencia arbitraria se manifiesta en el proceso de decir una conclusión sin necesidad de una evidencia; por otro lado, la abstracción selectiva hace referencia a cuando el individuo se encuentra “fuera de sí mismo”, de tal manera que ignora otros estímulos y circunstancias externas que son relevantes, tornándose en una situación desfavorable (Beck, 2000)

Además, la generalización excesiva hace alusión a la forma en como un individuo llegará a una conclusión, asociándolo con experiencias vividas. En tanto maximización y minimización son la viva imagen que se examina la cantidad de una situación que constituye una variación. En tal sentido, la personalización se relaciona a las facultades propias de la persona y determinados momentos externos en ocasiones donde una base de pensamiento no sea concreta, y por último el pensamiento absolutista dicotómico el cual organiza cada una de las vivencias del individuo vinculado a errores contrarios (Beck, 2000)

A partir de su teoría, Beck establece tres factores presentes en su instrumento, estas son propias de cualquier persona, pero al presentarse un desequilibrio, podrían representar sintomatología depresiva. La primera, es el área cognitiva, caracterizada por la pérdida de la senso-percepción y de poder concentrarse; además, de confusión al momento de tomar decisiones, debido a la disminución de la conciencia emocional, acompañada de una visión negativa de sí mismo, así como del exterior. Es consecuencia del desequilibrio de esta área las ideaciones suicidas, así como el consumo desproporcionado de sustancias psicoactivas (Beck, 1979, como se citó en Díaz y Solís, 2019)

Asimismo, mencionaba una segunda área denominada física o comportamental, donde se presentaban impulsos o intentos suicidas, consumo excesivo de fármacos y sustancias, que sirvan de escudo para protegerse; además, de disipar la angustia y la tristeza (Beck, 1979, como se citó en Díaz y Solís, 2019)

Finalmente, el área afectiva o emocional, caracterizada por estados de ánimo como melancolía y pena, que se manifiestan en etapas alternantes; además, está presente la rabia o la exasperación inducida, usadas como mecanismo de defensa para minimizar temporalmente las emociones dolorosas y eludir inconvenientes; asimismo, presencia de llanto, sentimientos de culpa y autocrítica (Beck, 1979, como se citó en Díaz y Solís, 2019)

Por su parte, otra de las áreas duramente golpeadas en las mujeres violentadas, es la autoestima, la cual ha sido estudiada a partir de la psicología humanista, la cual estudia al ser humano de manera universal, por lo tanto, esta reconoce y da la misma importancia a los pensamientos, comportamientos y emociones, de esta forma ofrece una solución. Este enfoque no descarta a la ciencia para la obtención de saberes, sino que recoge otras fuentes menos tradicionales, busca conocer la razón existencial del hombre apoyándose de la Filosofía, Teología y Religión, debido a que estas conectan con su lado espiritual (Riveros, 2014)

Si bien es cierto, este es un término conceptualizado de distintas formas, muchas veces combinado con otros constructos como la autoaceptación, autoaprobación, autoconcepto y autoeficacia. Sin embargo, todos los conceptos tienen como común denominador que es la perspectiva buena o mala con la que cada individuo se autoevalúa (González y Pagán, 2017)

Por otro lado, Alcántara (1993) refiere que es un sistema equilibrado y por ende estable. Pero que a veces puede ser enérgico más que estático, puede crecer, volverse más íntimo, diferente, dependiendo de las actitudes de los demás, como también puede ser débil, pobre y destructivo. Dentro de este modelo de autoevaluación, se consideran criterios como las particularidades, características positivas y negativas, capacidades, limitaciones y valores pertenecientes al individuo, formando parte de su identidad (Llaza, 2011)

En efecto, se han planteado dos versiones vinculadas a la autoestima. Siendo que, la baja es representado por la necesidad de estatus y reconocimiento, donde es más importante la aprobación social y la adquisición de poder; sin la existencia verdadera de una autoestimación o automotivación, las cuales son propias del alta, donde existe el amor y respeto hacia uno mismo, comprendiendo la autoconfianza, independencia y libertad. En ese sentido, la versión negativa hace alusión a una autoestima baja o con complejo de inferioridad (Maslow, 1991)

Vinculado al concepto de uno de los autores más influyentes en relación al estudio de la autoestima Rosenberg, (1965), la principal motivación para su estudio fue especificar los factores externos sociales que estaban directamente vinculados con la autoestima, así como determinar la influencia de la misma en la conducta de hombres y mujeres. Por su parte, hacía énfasis en como la comunicación dependía de la visión desde la perspectiva de otro individuo, que al tomar es rol eres consciente de que eres sujeto de atención y evaluación de alguien más, de esta manera es como ocurre la magia de vernos a través de los ojos de los demás (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009)

Para este importante autor, pionero además del estudio científico de la autoestima en psicología, explica que es la percepción hacia uno mismo, sea positiva o negativa, la cual se va formando en base a una autoevaluación de nuestras cualidades y defectos innatos. En ese sentido, una autoestima saludable, refleja una actitud positiva hacia nosotros, una forma normal de pensar, quererse, y actuar (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009). En adición, vinculó este famoso término al autoconcepto, donde también delimitó dos factores: confianza en sí mismo y autodesprecio (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009)

Asimismo, delimitó tres niveles para clasificar la autoestima, en primera instancia se encuentra el nivel bajo, caracterizado por sentirse menos valioso que otros individuos, autosabotearse, poner trabas que no le permiten alcanzar sus objetivos, intentar ser consciente de sus cualidades y virtudes, pero pronto se desanima al no sentirse valorado, siendo que el primer paso para que otros lo aprecien, es primero valorarse a sí mismo (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009)

Por otro lado, el nivel medio, el cual hace referencia al nivel sano, donde hay suficiente autoconfianza, autonomía, reconoce su valor sin anteponerse a las necesidades de los demás. Según Rosenberg, esto permite afrontar la vida con equilibrio y seguridad. (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009)

Finalmente, el nivel alto, donde el sujeto cree plenamente en sí mismo y sus decisiones, según Rosenberg llegar a tal extremo puede ser contraproducente, ya que puede generar conflictos al sólo priorizar sus necesidades y disminuir las de los demás (Rosenberg 1965, citado en Góngora y Casullo, 2009)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo aplicada, Rodríguez (2005) la define como aquella que tiene sustento en la de tipo básica, porque usa sus aportaciones teóricas, sin embargo, busca la obtención de conocimiento mediante la aplicación directa, relacionadas a determinadas situaciones o características. Asimismo, es correlacional, puesto que busca evaluar y medir la relación entre dos o más variables (Díaz, 2006).

Por otro lado, el diseño fue no experimental, ya que se analizan las variables en su naturaleza, sin influenciar en su desarrollo (Behar, 2008). Aunado a esto, fue transeccional o de corte transversal, debido a que la información fue recolectada en un periodo de tiempo, por lo que las variables fueron analizadas durante un momento dado (Müggenburg y Pérez, 2007).

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Depresión

- **Definición conceptual**

Es definida como un trastorno del estado de ánimo o emocional, donde la persona que la padece se caracteriza por el abatimiento, manifestando infelicidad ya sea de forma transitoria o permanente, teniendo a su vez disminución o pérdida de motivación, entusiasmo, placer por actividades y situaciones que antes disfrutaba; así como, la presencia de culpa, deterioro o ausencia de la autoestima y aparición de otros trastornos relacionados con el sueño, alimentación y concentración (Beck, 2000).

- **Definición operacional**

El instrumento es de tipo Likert, donde cada ítem se puntúa del 0 a los 3, a excepción de los ítems 16 y 18, quienes corresponden a 7

categorías. Las puntuaciones generales van de 0 a 63 puntos, las cuales permiten clasificar en 4 grupos: depresión mínima (0 – 13), depresión leve (14 – 19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29 – 63) puntos respectivamente.

- **Factores**

Consta de dos factores; siendo el cognitivo afectivo, así como, el somático motivacional.

- **Escala de medición**

Escala intervalo.

Variable 2: Autoestima

- **Definición conceptual**

Percepción hacia propia, positiva o negativa, la cual se va formando en base a una autoevaluación de nuestras cualidades y defectos innatos (Rosenberg, 1965).

- **Definición operacional**

El instrumento es de tipo Likert, donde 1 significa “muy en desacuerdo”, 2 significa “en desacuerdo”, 3 “de acuerdo” y 4 “muy de acuerdo”.

- **Dimensiones**

Es unidimensional.

- **Escala de medición**

Escala intervalo.

3.3. Población, muestra, muestreo

Población

El término población, en una investigación, según Arias (2012) hace referencia al grupo para el que van a ser firmes resultados que se obtengan a los recursos relacionados en el proyecto.

Cifras brindadas por la Municipalidad de Comas (2021) que los 525 000 moradores de la zona de Comas, constituyen el 5.9% de habitantes de Lima y ocupan el cuarto paraje del área metropolitana. De estos moradores alrededor de 268.900 eran mujeres (51,2%). De las cuales se tienen registrados 922 casos registrados de violencia, siendo 821 (89%) referente a violencia contra las mujeres y 101 violencia hacia los varones (11%), donde las principales manifestaciones de violencia fueron: físico (444 casos), psicológico (379), sexual (92) y económica (7). En tal sentido, los casos de violencia hacia las mujeres atendidas en Centro Emergencia Mujer (CEM), que tienen seguimiento y cuyas víctimas superan los 18 años y residen en Comas son 416.

Criterios de inclusión

- Mujeres cuyo distrito de residencia actual sea Comas.
- Mujeres que han registrado su DNI y aceptado el consentimiento informado.
- Mujeres que han registrado ser actualmente víctimas de violencia mediante una ficha de tamizaje.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no registren correctamente los datos solicitados.
- Mujeres cuyas edades sean menores a 18 años.
- Mujeres que no han experimentado situaciones de violencia.

Muestra

El tamaño de una muestra es definido como el número de participantes que pertenecen a la población de estudio, los cuales son fundamentales para el éxito del mismo (Arias, 2012). En efecto, se implementó la fórmula de poblaciones finitas para determinar el tamaño de la misma, obteniendo como resultado 200, lo cual contrastó la información brindada por Santabábara, J. (2021), autores quienes mencionaban que para que una muestra en una investigación correlacional sea

representativa esta debe ser mayor o igual a 200 (Henríquez et al., 2012). Por ende, el total de la muestra fue de 200 mujeres de los moradores en el distrito de Comas, mayores de 18 años.

Muestreo

El muestreo que se empleó es de tipo no probabilístico, debido a que la elección de la muestra ignora la posibilidad que mantiene los componentes de la urbe para completar el espécimen. Asimismo, es intencional, puesto que los participantes son elegidos a través criterios o juicios anteriormente establecidos por los investigadores (Arias, 2012).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas

La investigación empleó la encuesta, la cual es definida como un modo que pretende conseguir datos que proporcionará un grupo o muestra con relación de sí mismos o en reciprocidad con un asunto en específico (Arias, 2012).

Instrumentos

En relación a los instrumentos, se empleará la adaptación del Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA), de 21 ítems, distribuidos en dos factores.

Ficha técnica

Nombre	Inventario de Depresión del Beck-II (BDI-II)
Autor	Aaron T. Beck
Fecha de publicación	1996
Adaptación	Perú (BDI-IIA) por Carranza (2013)
Objetivo	Detectar y evaluar signos y síntomas depresivos en poblaciones clínicas y generales.
Administración	Individual y colectiva.
Duración	10 a 15 minutos
Número de ítems	21 ítems

Reseña histórica

La interpretación inicial del Beck fue incluida una prueba autoadministrada por Aaron Beck en 1961, para que poco después Beck lo cambió en 1971 empleando una versión nueva del BDI (Beck Depression Inventory) en el Instituto de terapia cognitiva de Universidad de Pennsylvania donde desecharon varios contextos, posteriormente se desarrolló un manual técnico para el inventario, publicado en 1988 se ha establecido como el cuestionario autoadministrado más usado para examinar la importancia de la ansiedad en los países (Rodríguez y Farfán, 2015).

Consigna de calificación

El instrumento debe usarse clínicamente como un método para determinar la depresión tanto en personas adultas como en jóvenes que se han sometido a un dictamen psicológico mayor a 13 años. El inventario presentado consta de 21 ítems evaluando la manifestación depresiva,

escogiendo la opción que más se identifique dentro de un esquema de respuestas catalogadas según su severidad: ausente, leve, moderado y severo (Beck, 2000).

Propiedades psicométricas original

Respecto a sus características psicométricas de la prueba original, según Rodríguez, Farfán (2015) en su artículo ha revelado una buena consistencia interna, presentando un Alfa de Cronbach 0.88, la conformidad de las preguntas con los puntos total está entre 0.30 y 0.71. La confiabilidad tras unos siete días es de 0.67 a 0.93 y tras 49 días de 0.62 igualmente, la validez de constructo que se logró obtener, por medio del procedimiento de estudio factorial, son resultados útiles los cuales mantienen a los coeficientes de correlación, para sostener el (BDI-II) como un instrumento válido.

Propiedades psicométricas adaptación

Por su parte, la adaptación del inventario propuesto por Carranza (2013), presenta idóneas características psicométricas del (BDI-IIA), muestras excelentes índices de validez y consistencia interna en los universitarios entre 16 a 36 años, de la localidad de Lima. Para cuantificar los resultados adquiridos se utilizó el coeficiente V de Aiken, de esta forma se determinó que estos varían entre 1 y $p < 0.01$; por otro lado, respecto al KMO, denotó un índice de 0.929.

Propiedades psicométricas del piloto

Se determinó las a propiedades psicométricas del piloto del inventario, mediante una muestra de 100 participantes, obtuvo un KMO de .947, un valor de .95 de Alfa de Cronbach, .90 para la primera dimensión y .92 respecto a la segunda, lo que significa que muestra una confiabilidad alta tanto de forma general, como en sus factores (Alvarez,1996). Asimismo, referente al Análisis Factorial Confirmatorio, el valor del $\chi^2/gl= 1.404$, lo que señala que posee un ajuste de parsimonia idóneo, en cuanto al RMSEA= .06 y el SRMR= .04 se muestran valores convenientes en cuanto

a sus índices de ajuste absoluto según lo propuesto por Hair (2010). De igual forma, el valor del CFI= .946 muestra que comprende un buen ajuste de cotejo al igual que el TLI= .940 que se estima adecuados según los criterios propuestos por Hu y Bentler (1999).

Asimismo, se utilizará la adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), la cual consta de 10 ítems, siendo un instrumento unidimensional.

Ficha técnica

Nombre	Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)
Autor	Morris Rosenberg
Fecha de publicación	1965
Adaptación	España (RSES) por Echeburúa (1995)
Objetivo	Determinar la autoestima en adolescentes y adultos, tanto en poblaciones generales como en clínicas.
Administración	Individual y colectiva
Duración	7 a 8 minutos
Número de ítems	10 ítems
Puntaje	0 – 40

Reseña histórica

La escala propuesta por Rosenberg es uno de los instrumentos más reconocidos y empleados para la medición de la autoestima en el campo de la Psicología, esto debido a su facilidad de comprensión y rapidez de administración; además que fiabilidad y su validez son elevadas. La autoestima de los adolescentes y su desenvolvimiento en la sociedad eran el objeto de estudio inicial del autor, posteriormente la escala ha sido estandarizada a adultos, tanto en poblaciones generales y clínicas (Rosenberg, 1973).

Consigna de calificación

La naturaleza de la unidireccionalidad brindada por Rosenberg se vio cuestionada. Algunos estudios apoyan esta estructura de factor único, mientras que otros apoyan una estructura de factor dual de autoestima negativa y positiva. (Rosenberg 1965, como se citó en Atienza et al., (2000)

Propiedades psicométricas original

La escala original presenta buenas propiedades psicométricas, según lo señalado por Vera et al., (2006), en su investigación en Chile, donde el instrumento presenta un coeficiente Alfa de Cronbach de .81, con un 53,47% de la varianza total.

Propiedades psicométricas adaptación

Por otro lado, la adaptación española de Echeburúa (1995) ha mostrado altos índices de fiabilidad, con respecto al Test-retest este se ha convertido de 0.82 de la original a 0.88, además un cambio significativo del Alfa de Cronbach equivalente al 0.77 de la escala de Rosenberg a 0.88.

Propiedades psicométricas del piloto

Se determinó las propiedades psicométricas del piloto de la escala, mediante una muestra de 100 participantes, la cual ha determinado adecuadas características, con un valor de 0.71 de coeficiente de Alfa de

Cronbach demostrando una confiabilidad relativamente alta. Además, se puede apreciar los valores del Análisis Factorial Confirmatorio, se observa el valor del $\chi^2/gf= 1.185$, lo que señala que posee un ajuste adecuado (Alvarez,1996), en relación al RMSEA= .04 y el SRMR= .04 muestran valores convenientes. De igual forma, el valor del CFI= .98 muestra que comprende un buen ajuste de cotejo al igual que el TLI= .98 que se estima permisible, según los criterios propuestos por Hu y Bentler (1999).

3.5. Procedimientos

En principio, se solicitaron los permisos correspondientes a los autores para la digitalización de los instrumentos (BDI-IIA) y (RSE), mediante un formulario de Google con el propósito de la recolección de datos. Por otra parte, se implementó un consentimiento informado el cual representa una participación voluntaria, una ficha de tamizaje que permitió hacer distinción de las mujeres víctimas de violencia y una ficha de datos sociodemográficos, los cuales fueron administrados a una cantidad de mujeres pertenecientes al distrito de Comas. Posteriormente, una vez recogida la muestra final y se procesó la base de datos. Posteriormente, se elaboró la depuración de datos, los cuales se establecieron mediante tablas, conclusiones y recomendaciones.

3.6. Método de análisis de datos

Se determinó el tipo de esa técnica a usar mediante el programa IBM SPSS versión 27.0, implementando la prueba de normalidad mediante la prueba de Shapiro – Wilk, el cual nos permitió conocer que los resultados fueron no paramétricos ($p=<0,05$), lo que significa que es asimétrica y no se ajusta a una distribución normal. Posteriormente, se trabajó con dos tipos de estadísticos (inferencial y descriptivo). A nivel inferencial se usó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman) para determinar correlación entre las variables de estudio. Asimismo, se empleó H de Kruskal-Wallis para comparar las variables de estudio y el dato sociodemográfico (estado civil). Por otro lado, a nivel descriptivo los datos se mostraron mediante tablas representados en tasas (%).

3.7. Aspectos éticos

Los principios bioéticos según Arguedas (2010) son aquellos que responden autonomía, beneficencia y justicia como parte fundamental de la investigación; a su vez, hacen referencia al respeto del derecho de todos a la autodeterminación, se establece mediante la obtención del consentimiento informado exhaustivo y autorizado de quienes participan en la investigación. En general, las personas deben ser informadas de cualquier intervención biomédica o psicosocial como resultado de un fenómeno particular y/o de cualquier contacto potencial entre investigadores.

Para fundamentar lo anterior, expertos de la Asociación Médica Mundial (2013), manifiestan la importancia de respetar los principios éticos, ya que estos son parte vital de la investigación, y más cuando los sujetos de estudio son seres humanos. De esta forma hacen énfasis en el principio 24 “privacidad y confidencialidad”, donde la intimidad y toda información personal del participante debe estar estrictamente protegida. Asimismo, resaltan la importancia de lo expuesto en el principio 25 “consentimiento informado”, donde la participación debe ser libre y voluntaria.

Según lo estipulado por la American Psychological Association (2010), el trabajo de investigación presentado será elaborado bajo las directrices las normas APA en su 7ª edición, manteniendo un alto compromiso, respetando y citando a los autores, cuidando la redacción y el desarrollo de la misma. (APA, 2010).

En esa misma línea de información, según lo estipulado en el Código de Ética Profesional, presentado por el Colegio de Psicólogos del Perú (2018), en los artículos 22 y 25, se menciona el compromiso del investigador, hacia los participantes, siendo éste equitativo, claro y objetivo, así como la relevancia de proteger los datos adquiridos, dando la seguridad de que los resultados, ni los evaluados serán expuestos, siendo todo netamente confidencial y con fines educativos.

Según lo establecido en el Código de ética en investigación implementado por la Universidad César Vallejo (2020), señalan conforme al Código Nacional de la Integridad Científica, los actos que son denominados mala conducta científica son los procedimientos no realizados u obtención de resultados que no se obtuvieron; asimismo, la falsificación de datos, lo que significa procedimientos o resultados modificados, inexactos o incompletos; finalmente el plagio, lo que implica añadir ideas o formulaciones de autores, sin citar correctamente, creando la percepción de que las mismas son de autoría propia.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	N	Sig.
Depresión	0,866	200	0,000
Cognitivo afectivo	0,861	200	0,000
Somático motivacional	0,894	200	0,000
Autoestima	0,973	200	0,001

En los resultados de la tabla 1, se observa la prueba de normalidad de las variables y sus dimensiones, mediante la prueba de normalidad de Shapiro Wilk (Kolmogorov Smirnov, debido a que el tamaño de la muestra es superior a 50 (Romero, 2016)) se evidencia que el valor de significancia para la variable depresión y sus dimensiones es 0,000, menor a 0,05, lo que indica que los datos no presentan una distribución normal, correspondiendo así a la estadística no paramétrica. Del mismo modo la variable autoestima no sigue una distribución normal debido a que se obtuvo un valor de significancia de 0,001 menor a 0,05.

Tabla 2*Correlación entre las variables depresión y autoestima*

		Autoestima	
Depresión	Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-,820**
		Sig.	0,000
		N	200

De la tabla 2, se observa que el valor de significancia es 0,000, menor a 0,05, lo que indica que se rechaza la hipótesis nula, y acepta la hipótesis alterna, es decir que existe una correlación entre las variables depresión y autoestima, con coeficiente de correlación de Spearman de -,820, indicando una correlación inversa muy fuerte (Hernández y Fernández. 1998). Esto significa que cuando los niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia disminuyen, el nivel de autoestima se incrementa. Por lo contrario, si las mujeres víctimas de violencia experimentan altos niveles de depresión, su autoestima se verá afectada en gran medida.

Tabla 3*Correlación entre los factores de depresión y autoestima*

			Cognitivo afectivo	Somático motivacional
Autoestima	Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	-,822**	-,789**
		Sig.	0,000	0,000
		N	200	200

En la tabla 3, se observa que existe correlación significativa e inversa entre la dimensión cognitivo afectivo y variable autoestima debido a que se obtuvo un valor de significancia de 0,00 menor que 0,05, y coeficiente de correlación de Spearman $\rho = -,822^{**}$, este valor indica que existe una correlación inversa muy fuerte (Hernández y Fernández. 1998). Esto quiere decir que cuando las mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas, experimentan una depresión alta a nivel cognitivo afectivo, el nivel de autoestima disminuye. En caso opuesto, mientras que las mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas, experimentan disminución en el grado de depresión a nivel cognitivo afectivo, sus niveles de autoestima se verán favorecidos.

Respecto a la relación entre la dimensión somático motivacional y autoestima, se obtuvo un valor de significancia de 0,000 menor a 0,05, y coeficiente $\rho = -,789$, por lo que se rechaza la hipótesis nula, y acepta la hipótesis alterna, es decir que existe correlación inversa y significativa entre autoestima y los síntomas somáticos motivacionales de la depresión en mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas.

Tabla 4*Análisis comparativo de depresión, según estado civil*

Variable	Estado Civil	N	Rango Promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Depresión	En una relación	34	129,68	33,268	0,000
	Soltera	27	61,80		
	Conviviente	76	116,51		
	Casada	60	82,81		
	Divorciada	3	66,50		

En la tabla 4 se presentan los grupos comparados, con el número de casos y los rangos promedio respectivos. Así mismo, a través de la prueba H de Kruskal-Wallis, se puede evidenciar que hay presencia de diferencias significativas entre los grupos de variable sociodemográfica (Vargas, 1995) con valor de significancia 0,000 menor a 0,05; es decir, existe diferencias significativas en el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia entre las 5 categorías del estado civil. El primer grupo de mujeres que mantienen una relación presentan el nivel de depresión más alto, seguido del grupo de mujeres convivientes, casadas, divorciadas y solteras respectivamente, siendo este último grupo con menor nivel de depresión.

Tabla 5*Análisis comparativo de los factores de depresión, según estado civil*

Factores	Estado Civil	N	Rango Promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Cognitivo afectivo	En una relación	34	130,50	32,899	0,000
	Soltera	27	62,98		
	Conviviente	76	115,36		
	Casada	60	83,87		
	Divorciada	3	54,33		
Somático motivacional	En una relación	34	130,34	34,519	0,000
	Soltera	27	64,57		
	Conviviente	76	117,40		
	Casada	60	79,84		
	Divorciada	3	70,67		

En la tabla 5, se visualiza a través de la prueba H de Kruskal-Wallis de que existe diferencias significativas en el factor cognitivo afectivo según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia ($p=, 000, <0.05$). Siendo los grupos con mayor grado de depresión a nivel cognitivo afectivo las mujeres que se encuentran en una relación y el grupo de mujeres convivientes; y el grupo de mujeres divorciadas presentan un nivel bajo de depresión en el factor cognitivo afectivo. Asimismo, se halló que existen diferencias significativas en el factor somático motivacional entre los 5 grupos de estado civil ($p=, 000, < 0.05$); siendo las personas que se encuentran en una relación quienes muestran un nivel alto de depresión en el factor somático motivacional (rango promedio = 130,34) seguido del grupo de mujeres convivientes, en cambio el grupo de mujeres solteras presenta un nivel bajo de depresión en el factor somático motivacional.

Tabla 6*Análisis comparativo de autoestima, según estado civil*

Variable	Estado Civil	N	Rango Promedio	H de Kruskal-Wallis	Sig.
Autoestima	En una relación	34	74,40	26,899	0,000
	Soltera	27	124,46		
	Conviviente	76	85,11		
	Casada	60	121,88		
	Divorciada	3	142,83		

En la tabla 6, se puede observar a través de la prueba H de Kruskal-Wallis, existe diferencias significativas en la autoestima entre las 5 categorías de la variable estado civil, $H = 26,899$ $p < 0.05$. El grupo de mujeres divorciadas presenta el nivel de autoestima más alto (rango promedio = 142,83) seguido del grupo de mujeres solteras, por otro lado, se evidencia que el grupo de mujeres en una relación experimentan el nivel de autoestima más bajo.

Tabla 7*Niveles de depresión*

Variable	Niveles	F	%
Depresión	Bajo	57	28,5
	Medio	84	42,0
	Alto	59	29,5
	Total	200	100,0

En la tabla 7, se observa que el 42% de mujeres víctimas de violencia sufren depresión en un nivel medio, seguido por el 29.5% experimentan un nivel alto de depresión y el 28.5% nivel bajo.

Tabla 8*Niveles de autoestima*

Variable	Niveles	F	%
Autoestima	Bajo	67	33,5
	Medio	74	37,0
	Alto	59	29,5
	Total	200	100,0

Con respecto a la tabla 8, se observa que de las mujeres víctimas de violencia, el 37% presenta un nivel medio de autoestima, el 33.5% presenta un nivel bajo y el 29.5% presenta nivel alto.

V. DISCUSIÓN

De los resultados descriptivos obtenidos para el grupo de mujeres (200) víctimas de violencia, residentes de Comas en el año 2021, con respecto a la variable depresión se ha obtenido que el 42% (84 personas) de mujeres sufren depresión en un nivel medio, seguido por el 29.5% (59) experimentan un nivel alto de depresión y el 28.5% (57) nivel bajo. Por su parte Sobrado (2017) en un grupo de 140 mujeres víctimas de maltrato, en la región de Huánuco encontró que el 72.1% tiene depresión con sintomatología mínima; el 6.4% posee depresión con sintomatología leve; el 13.6% ostenta depresión con sintomatología moderada y el 7.9% tiene depresión con sintomatología grave.

Respecto a la variable autoestima, para el total de mujeres (200) víctimas de violencia se obtuvo que el 37% (74) presenta un nivel medio de autoestima, el 33.5% (67) presenta un nivel bajo y el 29.5% (59) presenta nivel alto. Castillo et al. (2017), encontró que el 52,8% de las mujeres víctimas de violencia presentan en su nivel bajo en autoestima, 43,6% en el nivel medio y finalmente 3,6% en un nivel alto de autoestima. Al hacer la comparación respectiva, se observa que el porcentaje de mujeres con autoestima alta es menor en el 2021, que en el año 2017.

De la misma forma Lara (2019), en su investigación de 170 mujeres, estableció una comparativa de las variables autoestima y depresión en víctimas y no víctimas de violencia, la cual determinó diferencias estadísticamente significativas ($p=0.001$), de esta forma demostró la correlación alta e inversa entre las variables mencionadas. Lo cual reafirma y responde el objetivo general planteado, donde se encontró que existe una correlación entre las variables depresión y autoestima, ($Rho = -0,820$), indicando una correlación inversa muy fuerte (Hernández y Fernández. 1998), es decir que cuando los niveles de depresión en mujeres víctimas de violencia disminuyen, el nivel de autoestima se incrementa. Más al contrario, si las mujeres víctimas de violencia

experimentan altos niveles de depresión, su autoestima se verá afectada en gran medida.

Respecto al primer objetivo específico, se observa que existe correlación significativa e inversa entre la dimensión cognitivo afectivo y variable autoestima (sig. = 0,00 < 0,05), con coeficiente de correlación de Spearman $\rho = -0,822$, este valor indica que existe una correlación inversa muy fuerte (Hernández y Fernández. 1998). Esto quiere decir que cuando las mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas, experimentan una depresión alta a nivel cognitivo afectivo, el nivel de autoestima disminuye. En caso opuesto, mientras que las mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas, experimentan disminución en el grado de depresión a nivel cognitivo afectivo, sus niveles de autoestima se verán favorecidos.

Del mismo modo, para el segundo objetivo específico, se encontró que existe correlación inversa y significativa entre autoestima y los síntomas somáticos motivacionales de la depresión en mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas (Sig. = 0,000 < 0,05) y coeficiente $\rho = -0,789$, lo que indica una relación inversa fuerte.

Así mismo, para responder el tercer objetivo específico, se obtuvo que hay presencia de diferencias significativas entre los grupos de variable sociodemográfica (Vargas, 1995) con valor de significancia $0,000 < 0,05$; es decir, existe diferencias significativas en el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia entre las 5 categorías del estado civil. El primer grupo de mujeres (rango promedio = 129,68) que mantienen una relación presentan el nivel de depresión más alto, seguido del grupo de mujeres convivientes (rango promedio = 116,51), casadas y divorciadas respectivamente, siendo el grupo de mujeres solteras con menor nivel de depresión (rango promedio = 61,80).

En relación a los factores de depresión y la variable autoestima, se encontró que existe diferencias significativas en el factor cognitivo afectivo según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia ($p =$,

000, <0.05). Siendo los grupos con mayor grado de depresión a nivel cognitivo afectivo las mujeres que se encuentran en una relación (Rango Promedio = 130,5) y el grupo de mujeres convivientes (Rango Promedio = 115,36); mientras que, el grupo de mujeres divorciadas presentan un nivel bajo de depresión (Rango Promedio = 54,33) en el factor cognitivo afectivo.

Asimismo, se halló que existen diferencias significativas en el factor somático motivacional entre los 5 grupos de estado civil ($p=, 000, < 0.05$); siendo las personas que se encuentran en una relación quienes muestran un nivel alto de depresión en el factor somático motivacional (rango promedio = 130,34) seguido del grupo de mujeres convivientes, en cambio el grupo de mujeres solteras presenta un nivel bajo de depresión en el factor somático motivacional.

Respondiendo el cuarto objetivo específico, se ha encontrado que existe diferencias significativas en la autoestima entre las 5 categorías de la variable estado civil ($p < 0.05$). El grupo de mujeres divorciadas presenta el nivel de autoestima más alto (rango promedio = 142,83) seguido del grupo de mujeres solteras, por otro lado, se evidencia que el grupo de mujeres en una relación experimentan el nivel de autoestima más bajo. Igualmente se logra observar que si se presencia unas diferencias significativas según el estado civil ($p=, 000, <0.05$); y así es el grupo mayor con más rango de depresión mientras que las convivientes y divorciadas poseen un bajo porcentaje de depresión donde se encontró disimilitud significativa en el factor somático emocional en los 5 grupos ($p=, 000, < 0.05$); y las parejas que mantienen una relación son los que tienen un rango de depresión mucho más alto (rango promedio = 130,34) y las que son solteras obtienen un grado bajo de depresión en el factor somático emocional.

De igual forma, para el quinto objetivo específico en donde se describe el nivel de depresión en mujeres violentadas, se puede decir que el 42% tienen un nivel medio, luego el 29.5% de las mujeres encuestadas se manifestó alcanzar un alto porcentaje de depresión. (Castillo 2017) en su

investigación nos muestra que en sus resultados hay una interacción fuerte en la depresión que a su vez esto causa una dependencia emocional.

En cuanto al sexto objetivo específico donde se observa que las mujeres víctimas de violencia por parte del agresor presentan un 33.5% nivel bajo en su autoestima. (Castillo et al. 2017) en su investigación busco la relación entre la violencia a la mujer y el nivel de autoestima obteniendo como resultado que las mujeres presentaron un nivel bajo (52,8%) nivel medio (43,6%) y un nivel alto de solo (3,6%) el coeficiente de Spearman (rs) remarco una relación no positiva y no significativa entre los diferentes tipos de violencia y autoestima.

De esta manera Llosa et al. (2019) en el artículo realizado en Uruguay dando como resultado la existencia de depresión e ideación suicida salvo en el estado civil en donde las solteras se manifiesta más casos de depresión que las casadas ($\chi^2 = 19,408^a$, $p < 0,001$). Para concluir la violencia entre unión de personas es un alto marcador de un riesgo muy alto para la depresión y para las conductas suicidas.

En ese sentido de información, Jaucala (2020) encontró como resultado que en 338 mujeres son víctimas de violencia que sufren de depresión, determinó que dentro de los factores sociodemográficos asociados eran mujeres con pareja (OR: 2.77, IC95% 0.97-7.96; P=0.044) y con personas de nivel secundaria o que no trabajan (OR: 2.80, IC95% 1.50 – 5.25; P < 0.001). Lo cual se relaciona con lo obtenido por medio de la ficha de tamizaje, donde la mayor tasa de depresión era en mujeres en una relación sentimental y que no se encuentran laborando.

Las mujeres que son víctimas de maltrato por medio de su autoestima suelen sentirse estresadas, desvalorizadas y muchas de ellos sentirse que fracasaran en todo lo que quieran desarrollar frente a la sociedad por lo cual, a más grande sea el maltrato sea de tipo psicológica, física menor será su autoestima a desarrollar.

Los resultados analizados y contrastados mediante la información recopilada, lograron afirmar la correlación existente entre la depresión y sus factores con la autoestima en mujeres que han sufrido episodios de violencia, cuyos resultados han sido bastante similares a lo largo de los últimos años. Además de que se encuentra dentro de los estándares de validez y confiabilidad, tal y como se determinó en la prueba piloto, en cuanto al instrumento de depresión con un KMO de .947, un valor de .95 de Alfa de Cronbach, .90 para la primera dimensión y .92 respecto a la segunda, resultados gratificantes y que guardan relación con lo expresado por Carranza (2013) con un KMO, denotó un índice de .929. Por su parte, para el instrumento de autoestima se determinó un valor de 0.71 de coeficiente de Alfa de Cronbach demostrando una confiabilidad relativamente alta, resultados satisfactorios, tal y como los de Echeburúa (1995) con Alfa de Cronbach equivalente al 0.77.

Sin embargo, a pesar de la amplia gama de resultados obtenidos al colocar las palabras claves, a nivel nacional la información es escasa o fuera del periodo máximo requerido, es decir del 2017 al 2022. Cabe señalar que además de la escasa bibliografía, en la recopilación de antecedentes, la limitación más importante fue encontrar datos verídicos, al tratarse de variables cuyas investigaciones denominaban subjetivas. Además del tamaño de la muestra que solía ser menor a 100 participantes, debido que para los investigadores era complicado encontrar participantes con la unidad de análisis, es decir mujeres que han sido violentadas.

Finalmente, otra limitación que se presentó fue lo complicado establecer la población, puesto que no hay mucha información verídica y actualizada que permita determinar cuantos casos de violencia contra la mujer se han reportado en el último año en el distrito de Comas, y por supuesto lo difícil que fue recolectar la muestra, debido a que las participantes debían cumplir una serie de indicadores para ser parte de la investigación, criterios dentro de la ficha de tamizaje y datos sociodemográficos.

VI. CONCLUSIONES

1. En la presente investigación se identificó la relación entre depresión y autoestima en mujeres violentadas, con un valor de significancia es 0,000, menor a 0,05, es decir que existe una correlación entre las variables depresión y autoestima, con coeficiente de correlación de Spearman de $-.820$, indicando una correlación inversa muy fuerte, es decir que mientras más marcada sea la depresión, la autoestima se verá más disminuida y viceversa.
2. Asimismo, se determinó la relación entre autoestima y los síntomas cognitivo afectivo de depresión en mujeres víctimas de violencia, donde el valor de significancia de 0,00 menor que 0,05, y coeficiente de correlación de Spearman $\rho = -.822$, concluyendo que existe una correlación inversa y significativa entre la autoestima y los síntomas cognitivo afectivos.
3. Se determinó la relación entre autoestima y los síntomas somáticos motivacionales de depresión en mujeres víctimas de violencia, donde valor de significancia de 0,000 menor a 0,05, y coeficiente $\rho = -.789$, concluyendo que existe una correlación inversa y significativa.
4. Se comparó la depresión y sus factores según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia, con un valor de significancia 0,000 menor a 0,05; es decir, existe diferencias significativas en el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia entre las 5 categorías del estado civil, siendo las mujeres que se encuentran con pareja (en un relación, convivientes y casadas) son quienes muestran un mayor rango promedio de depresión en comparación a las solteras o divorciadas.
5. Se comparó la autoestima según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia, concluyendo que existen diferencias significativas de la variable entre las 5 categorías del estado civil, $H = 26,899$ $p < 0.05$, siendo que el grupo de mujeres divorciadas presenta el nivel de autoestima más alto, seguido de las solteras, en comparación a las que aún mantienen una relación con su

agresor.

6. Se describió el nivel de depresión en mujeres víctimas de violencia, concluyendo que el 100% de las participantes manifiestan algún nivel de depresión; siendo que un 42% presenta un nivel medio, 29.5% un nivel alto y un 28.5% un nivel bajo.
7. Se describió el nivel de autoestima en mujeres víctimas de violencia, concluyendo que el 37% de las participantes presentan un nivel de autoestima medio, el 33.5% un nivel bajo y el 29.5% correspondiente a un nivel alto.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que las autoridades encargadas de la protección de la mujer (MIMP), tomen en cuenta la correlación que existe entre depresión y autoestima, con la finalidad de elaborar soluciones óptimas relacionadas al empoderamiento femenino y la erradicación de violencia contra la mujer.
2. Se sugiere a los centros especializados para el acoyo de mujeres violentadas (CEM) tomar en consideración la correlación existente entre los síntomas cognitivos afectivos y somáticos motivacionales de la depresión en relación a la autoestima, de esta forma hacer un trabajo multidisciplinario que beneficie a las mujeres que han sido violentadas y se encuentran vulnerables.
3. Se sugiere a la comunidad científica peruana a continuar con la investigación de esta problemática en diferentes ámbitos sociales, de esta manera seguir aportando a la investigación científica en psicología, debido a que no hay muchas investigaciones correlacionales con estas variables y con la misma unidad de análisis.
4. Se sugiere la realización de un plan terapéutico en las víctimas de violencia empleando distintos enfoques psicológicos; tales como, cognitivo conductual, sistémico, humanista; integrando redes de apoyo (pareja, familia, amistades); de esta forma disminuir la sintomatología depresiva.
5. Se sugiere la elaboración de estrategias de promoción y prevención para el cuidado de la mujer, así como invertir en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y niñas, de esta forma fomentar la confianza y autonomía de las mismas; integrando redes de apoyo (pareja, familia, amistades); de esta forma disminuir la sintomatología depresiva.
6. Se recomienda hacer un seguimiento disciplinario a las mujeres víctimas de violencia que sufren de depresión con la ayuda de las

autoridades correspondientes, transformando de esta forma su lugar en una zona de paz y armonía.

7. Se recomienda realizar un monitoreo continuo a las mujeres víctimas de violencia que tenga problemas con su autoestima a través de los centros de ayuda como el CEM, INABIF y la Comisaría de Mujeres.

REFERENCIAS

- Alcántara J. (1993), *Cómo educar la autoestima*, CEAC, Barcelona.
- American Psychological Association (2010) *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta American Psychological Association*, Buenos Aires
- Asociación médica mundial (2015). Declaración de Helsinki de la AMN- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA](#)
- Arguedas O. (2010), *Elementos básicos de bioética en investigación*. Acta méd. costarric, 52, (2), 76-78. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004
- Arias F. (2012), *El proyecto de investigación*, Caracas - Venezuela., Editorial Episteme.
- Atienza, F., Moreno, Y., Balaguer, I. (2000). *Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos*. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconenses*, 22 (1-2), 29-42.
- Beydoun, H., Williams, M., Beydoun, M., Coctelera, M., Zonderman, A. (2017). *Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample*. *Journal of Womens Health*, 26(2), 141-151. doi: 10.1089/jwh.2016.5840
- Beck, A. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Behar D. (2008), *Metodología de la Investigación*, Shalom 2008

Bernal. C. (2006), *Metodología de la investigación para educación, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson educación.
https://books.google.com.pe/books?id=h4X_eFai59oC&pg=PA104&dq=justificacion+teorica+practica+o+metodologica&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjlnIHO2afwAhUytDEKHd1dAEIQ6AEwAHoECAEQAg#v=onepage&q=justificacion%20teorica%20practica%20o%20metodologica&f=false

Carranza E. (2013) *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima*, Rev. Psicol. Trujillo 15(2), 170-182, http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128

Castillo, E., Bernardo, J., Medina, M. (2017) *Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja – Huaraz*, Horiz. Med, 18 (2), 47-52
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000200008

Castillo E. (2017) *Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo*. Revista Paian, 8(2),36-62.
<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735/645>

Cerezo, et. al., (2010, mayo). *Violencia contra la mujer: autoestima y depresión clínica como variables predictoras*. Desarrollo Científico Enfermero. 18(4). <http://www.index-f.com/dce/18/18-164.php>

Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de Ética Profesional*. Lima-Perú,
https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/CodigoEticaPeru.pdf

Díaz V. (2006) *Metodología de la investigación científica y bioestadística*, (330)
[pp,https://books.google.com.pe/books?id=KfscYYsconYC&pg=PA12](https://books.google.com.pe/books?id=KfscYYsconYC&pg=PA12)

9&dq=investigacion+correlacional&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiR3N2Dmt7wAhUsp5UCHebHCXsQ6AEwAXoECAkQAq#v=onepage&q&f=false

Díaz, Solís (2019) *Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad renal crónica en estadio v de un hospital estatal nivel iii-1 de Chiclayo, agosto-diciembre, 2017*, [Tesis de Licenciatura], Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Lambayeque.

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. (2021). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. [.https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence](https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence)

Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (25 de noviembre del 2021). *FEDEAFES exige más recursos para la detección de la violencia machista y una adecuada atención a las mujeres con problemas de salud mental que sufren violencia*. <http://www.fedeafes.org/blog/fedeafes-exige-mas-recursos-para-la-deteccion-de-la-violencia-machista-y-una-adeuada-atencion-a-las-mujeres-con-problemas-de-salud-mental-que-sufren-violencia/>

Gallardo et al (2017) *Relación entre depresión con niveles de autoestima en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden al centro de emergencia mujer san pablo, Cajamarca 2017*, [Tesis maestría], Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo

García C. (2020) *Psiquiatría y feminismo desde una perspectiva histórica: herramientas epistemológicas para contextualizar la violencia contra las mujeres*, Psicoevidencias, Universidad de Málaga, 58, ISSN 2254-4046, <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/93-psiquiatria-y-feminismo->

[desde-una-perspectiva-historica-herramientas-epistemologicas-para-contextualizar-la-violencia-contra-las-mujeres/file](#)

Góngora, Casullo (2009), *Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires*, Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación, 1(27), 179-194, <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>

González y Pagán, (2017) *Validación y análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en mujeres puertorriqueñas: unifactorial o bifactorial*, Apuntes de Psicología, 35 (3), 169-177 <https://www.researchgate.net/publication/326695975>

Hair, J. (2010). Pearson New International Edition. United States of America: Pearson

Henríquez, C., Navarro, C., Otárola, A., Barra, B. (2012), *Tamaño de muestra para correlación*, Universidad de Valparaíso, 1 - 7, <https://docplayer.es/20982311-Tamano-de-muestra-para-correlacion.html>

Hernández, R. y Fernández, C. (1998). *Metodología de la investigación*. México.

Hu, L., y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.

Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Violencia de género/familiar en tiempos de cuarentena: Revisión crítica de la literatura. Reporte de resultados de investigación 08-2020. Lima: ESSALUD; 2020.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021) *63 de cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad fue víctima de violencia familiar*

alguna vez en su vida por parte del esposo o compañero.
<https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/notadeprensa216.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021), *Feminicidio y Violencia contra la Mujer*, 17-81,
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1793/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021), Perú indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2015 - 2020, (135-139),
https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2020/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2020.pdf

Isaza y Rendón (s.f.). Guía metodológica para la formulación y presentación de proyectos de investigación.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36985064/GUIA_METODOLOGICA.pdf?1426452260=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DGUIA_METODOLOGICA_PARA_LA_FORMULACION_Y.pdf&Expires=1619639266&Signature=cJh3mKw8yjXfDbh42ehPwON22pcJJK0l0~zieGXQO6RfVzAlad8CYpqvGulfNrQaWSSg7HSzEu-48lxdbpLMBQeOhFJqaFDqEoKtrLqrZHH~PMBpVB-RAVIUy1h9Vdi7tz11aNs7nRJch5wbmlp8~3oBBVC-2qIkDhP2ISYJXBNjK4gA5LN5g7bdSLPtzy1ivUTW2~KcRyn~8OVI~GOrDIF8ftakXrq4VGWALwbsZb5kRakUVvNiEp~IQP5NQVOITTKEvCYt6FYYWUNZ7rPcvRoLPSXt7mejOGTqK752apUfU2dx1CBv0w24LjBO8ub9ERmcbESebap2w6G5pDIXQA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Jaucala (2020) *Implicancia entre la depresión y violencia doméstica contra la mujer en la provincia de lima en el año 2018*, Universidad Ricardo Palma.

Lara E, (2019), *Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la*

pareja íntima, AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales, 65(5), 9-16

<https://revistas.unphu.edu.do/index.php/aula/article/view/116/118>

Lescano G, Salazar V. (2020). *Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia*. *Delectus*, 3(3), 1-13. <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>

Llaza Y. (2011) Autoestima, Tesis de grado. Inédito; 2011

Llosa, S., Canetti, A. (2019) *Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 138-160, <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-138.pdf>

Marcelo (2018). Autoestima y depresión en mujeres víctimas de violencia que acuden al centro de salud de Tacalá - Piura, 2017 [Tesis de Licenciatura], Universidad Alas Peruanas.

Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. España: Ediciones Díaz de Santos.

Mayor S, Salazar C. (2019). *La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual*. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 96-105, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212019000100096

Ministerio de Salud (2007), *Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género*, 40-49, http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf

Ministerio de Salud: *Más de 70 % de mujeres víctimas de violencia no busca ayuda*. (2021), de Minsa website: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/482423-minsa-mas-de-70-de-mujeres-victimas-de-violencia-no-busca-ayuda>

Müggenburg V. Pérez M, (2007) *Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa enfermería universitaria*, 4(1), 35-38 Universidad Nacional Autónoma de México Distrito Federal, México <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>

Municipalidad de Comas (2021). *Geografía*. Recuperado 24 de abril de 2021, de MuniComas, website: [https://www.municomas.gob.pe/distrito/geografia#:~:text=Poblaci%C3%B3n,%25\)%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20total](https://www.municomas.gob.pe/distrito/geografia#:~:text=Poblaci%C3%B3n,%25)%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20total).

Municipalidad de Comas (2021). *Plan de acción de seguridad ciudadana de Comas, Comité Distrital de Seguridad Ciudadana 2021*, <https://www.municomas.gob.pe/resources/upload/paginas/codisec/2021/PLAN-DE-ACCION-2021.pdf>

Nava, V., Onofre, D., Báez, F. (2017), *Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas*, Enfermería Pública, 14(3), 162-169, <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.002>

Organización de las Naciones Unidas (1993), Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Organización de las Naciones Unidas (2021), *Violencia contra la mujer*, <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Organización Mundial de la Salud (2020). *Temas de salud: Depresión*. <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (2020) *Violencia contra la mujer infligida por su pareja*. https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/

Organización Panamericana de la Salud (2017). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2021-violencia-contra-mujer-es-omnipresente-devastadora-sufren-cada-tres-mujeres>

Organización Panamericana de la Salud (2021). *Violencia contra la mujer*. <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer#:~:text=La%20violencia%20sexual%20es%20cualquier,la%20v%C3%ADtima%2C%20en%20cualquier%20%C3%A1mbito.>

Riveros (2014) *La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia*, Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 12 (2), 135-186 <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545458006.pdf>

Rodríguez, E. (2005). *Metodología de la investigación. La creatividad, el rigor del estudio y la integridad son factores que transforman al estudiante en un profesional de éxito*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=r4yrEW9Jhe0C&pg=PA23&dq=tipos%2Bde%2Binvestigacion&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiEooG698TsAhXGK7kGHaeIDfoQ6AEwAXoECAMQAq%23v%3Donepage&q&f=false#v=onepage&q=tipos%2Bde%2Binvestigacion&f=false>

Rodríguez y Farfán (2015), *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*, Revista de Investigación Universitaria, 4 (2), 71-78, <https://doi.org/10.17162/riu.v4i2.688>

Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. Revista enfermería del trabajo, 6(3), 105 – 114.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043>

Rosenberg, (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg M. (1978), *La autoimagen del adolescente y la sociedad*, Paidós.

Rosenberg M (2015), *Ficha técnica del instrumento*, <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?ld=206>

Ros, R. (2004). Stop a la ansiedad sin pastillas. La fórmula secreta para curar la ansiedad de forma definitiva. Sin pastillas, sin costosas sesiones, sin sufrimiento. Magalian.

Sáenz, K., Gorjón, F., Gonzalo, M., Díaz, C. (2012). *Metodología para investigaciones de alto impacto en las ciencias sociales y jurídicas*. Dykinson.

<https://books.google.com.pe/books?id=Cg3dBAAAQBAJ&pg=PA20&dq=justificacion+teorica+practica+o+metodologica&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi4oLDe2qfwAhWhsDEKHUjdAEAQ6AEwAXoECAYQAg#v=onepage&q=justificacion%20teorica%20practica%20o%20metodologica&f=false>

Santabárbara, J. (2021). Cálculo del tamaño de muestra necesario para estimar el coeficiente de correlación de Pearson mediante sintaxis en SPSS. REIRE, 14(1), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7696350>

Sobrado (2017). *Factores de depresión y de autoestima en mujeres víctimas de violencia familiar asistidas en un centro de emergencia mujer de la provincia de Huánuco* [Tesis de Maestría], Universidad nacional Hermilio Valdizán.

Universidad César Vallejo (2020), *Código de Ética en Investigación*.

Vera, P., Córdova, N., Celis, K. (2006) *Optimismo Versus Autoestima: Implicancia para la psicología clínica y psicoterapia* Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Revista argentina de clínica psicológica XVIII, 21-30.

Walker, L. (1979). *Battered women*. New York: Harper y Row Publishers.

ANEXOS

Anexo N^o 1: Matriz de consistencia de la tesis

Título: *Depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia en Comas, 2021*

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología
¿Cuál es la relación entre la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia residentes de Comas en el año 2021?	<p>Objetivo General: Identificar la relación entre la depresión y la autoestima en mujeres víctimas de violencia, residentes de Comas en el año 2021.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>a. Determinar la relación entre los síntomas cognitivo afectivo de la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia.</p> <p>b. Determinar la relación entre los síntomas somáticos motivacionales de la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia y los síntomas cognitivos.</p> <p>c. Comparar la depresión y sus factores según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia.</p> <p>d. Comparar la autoestima según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia.</p> <p>e. Describir el nivel de la depresión en mujeres víctimas de violencia.</p> <p>f. Describir el nivel de la autoestima en mujeres víctimas de violencia.</p>	<p>Hipótesis General: Existe una correlación inversa y significativa entre la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>a. Existe una correlación inversa y significativa los síntomas cognitivo afectivo de la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia.</p> <p>b. Existe una correlación inversa y significativa entre los síntomas somáticos motivacionales y autoestima de la depresión en mujeres víctimas de violencia.</p> <p>c. Existen diferencias significativas entre depresión y sus factores según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia.</p> <p>d. Existen diferencias significativas entre autoestima según el estado civil de las mujeres víctimas de violencia.</p>	<p>Tipo de investigación: Aplicada</p> <p>Diseño de investigación: No experimental, y de corte transversal.</p> <p>Población: En Comas se tienen registrados 922 casos registrados de violencia, de los cuales 821(89%) fueron referente a violencia contra las mujeres. En tal sentido, los casos de violencia hacia las mujeres atendidas en Centro Emergencia Mujer (CEM), que tienen seguimiento y cuyas víctimas superan los 18 años y residen en Comas son 416.</p> <p>Muestra: Será 200 mujeres de los moradores en el distrito de Comas, mayores de 18 años.</p> <p>Muestreo: Es no probabilístico y de tipo intencional.</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ficha de tamizaje de VBG➤ Inventario de depresión de Beck➤ Escala de autoestima de Rosenberg <p>Método de análisis de datos: Estadística inferencial: Shapiro - Wilk No Paramétricos: Rho de Spearman Estadística descriptiva: Medidas de tendencia central</p>

Anexo N^o 2: Tabla de operacionalización de las variables

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Factores	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Depresión	Es definida como un trastorno del estado de ánimo o emocional, donde la persona que la padece se caracteriza por el abatimiento, manifestando infelicidad ya sea de forma transitoria o permanente, teniendo a su vez quebranto de beneficio o goce por actividades que precedentemente disfrutaba; así como, afectos de culpa, pérdida de autoestima y presencia de otros trastornos relacionados con el sueño, alimentación y concentración (Beck, 2000).	El instrumento es de tipo Likert, donde cada ítem se puntúa del 0 a los 3, a excepción de los ítems 16 y 18, quienes corresponden a 7 categorías.	Cognitivo afectivo	Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, sentimientos o deseos suicidas y llanto.	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10	El instrumento se muestra con una escala intervalo.
			Somático motivacional	Sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño. Irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo.	6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21	
Variable 2	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Autoestima	Es conceptualizada como un sentimiento o percepción hacia uno mismo, que puede ser positiva o negativa, la cual se construye por medio de una evaluación de características innatas. (Rosenberg, 1965)	El instrumento es de tipo Likert, donde 1 significa "muy en desacuerdo", 2 significa "en desacuerdo", 3 "de acuerdo" y 4 "muy de acuerdo".	Autoestima	Positivo	1, 3, 4, 6, 7	El instrumento se muestra con una escala intervalo.
				Negativo	2, 5, 8, 9, 10	

Anexo N° 3:

Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II), de Aaron T. Beck (1996).

Adaptación en Perú (BDI-IIA) por Carranza (2013).

Indicaciones:

Por favor, lea con atención cada uno de las afirmaciones y 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.

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 este siendo castigado.
 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 1. He perdido la confianza en mí mismo.
 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
 3. No me gusta a mí mismo.
8. Autocrítica
0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
 2. Querría matarme.
 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1. Lloro más de lo que solía hacerlo
 2. Lloro por cualquier pequeñez.

3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso.

1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0. Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

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 tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 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 lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo N^o 4:

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), de Morris Rosenberg (1965).

Adaptación en España (RSES) por Echeburúa (1995).

Indicaciones:

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

N ^a	ITEMS	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo N° 5: Formulario Google



Depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia en Comas, 2021

Estimada participante:

Somos Marina Lucía Espinoza Soto y José Javier Esparza Cayo, estudiantes de Psicología de la Universidad Privada César Vallejo. El presente formulario forma parte del recojo de información que se llevará a cabo para fines académicos y obtener el título profesional de Licenciados en Psicología, este estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre la depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia; para ello quisiera contar con su valiosa participación.



maydayparade730@gmail.com (no se comparten)

[Cambiar cuenta](#)



*Obligatorio

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada se le invita a participar en esta investigación, a su vez deseamos informarle que la participación en este estudio es totalmente voluntaria, se les solicitará información sobre sus datos generales. Es fundamental anunciarle, que la información recolectada es confidencial y se usarán exclusivamente para fines académicos. Ante cualquier duda presentada, se le brinda los datos del asesor Castro García Julio Cesar con correo corporativo (jccastroga@ucvvirtual.edu.pe). De aceptar se te pedirá registrar el número de tu DNI. El proceso consta en la aplicación de dos cuestionarios con una duración aproximada de 15 minutos, es importante que cada pregunta sea resuelta con sinceridad y mencionarle que no existen respuestas correctas ni incorrectas. Cabe precisar que toda la información que brindes será estrictamente confidencial y no se empleará para otro propósito, ni se entregarán resultados a nivel individual.

Enlace: <https://forms.gle/4XqNqVzkFDuzPYXBA>

Anexo N^o 6: Ficha de tamizaje y datos sociodemográficos

Ficha de Tamizaje de VBG, MINSA (2007)

Ficha de tamizaje de VBG

Fecha:

Nombres y apellidos:

Indicaciones:

Por favor, conteste de manera sincera y responsable las siguientes preguntas todos los datos proporcionados serán manejados de manera totalmente anónima.

Preguntas:

¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente por alguien del género opuesto? (desvalorización, amenaza, humillación, indiferencia, intimidación, chantaje, control, etc.): Si: () / No: ()

¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente por alguien del género opuesto? (cachetadas, empujones, torceduras, golpes ya sea empleando manos, u objetos, arma blanca o de fuego) Si: () / No: ()

¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales por alguien del género opuesto? Si: () / No: ()

De ser Sí, ¿por quién? Marque con una x

- Pareja / ex pareja
- Amigo
- Compañero de estudios o trabajo
- Familiar
- Desconocido
- Otro

¿Desde cuándo? ¿Cuándo fue la última vez?

.....

Ficha de datos sociodemográficos

Autores: Espinoza Soto, Marina Lucía

Indicaciones:

Solicitamos que complete la siguiente información:

Edad:

.....

Grado de instrucción: Marque con una (x)

- Primaria
- Secundaria
- Superior técnico incompleto
- Superior técnico completo
- Superior universitario incompleto
- Superior universitario completo

Estado civil: Marque con una (x)

- Soltera
- En una relación
- Casada
- Divorciada
- Conviviente (2 años a más)

Profesión u ocupación:

.....

Anexo N^o 7: Carta de solicitud de autorización de uso del instrumento



“Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

CARTA - 2021/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos, 10 de Marzo de 2022

Autor:

Carranza Esteban, Renzo Felipe

Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. Espinoza Soto Marina Lucia, con **DNI: 70878055**, código de alumna: 6700290329; estudiante del último año de la Escuela de Profesional de Psicología de nuestra casa de estudios, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología, titulado: **DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN EL DISTRITO DE COMAS, LIMA 2021**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento (**Inventario de Depresión del Beck BDI-II / adaptación**), a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación les brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosigan con el desarrollo del proyecto de investigación.

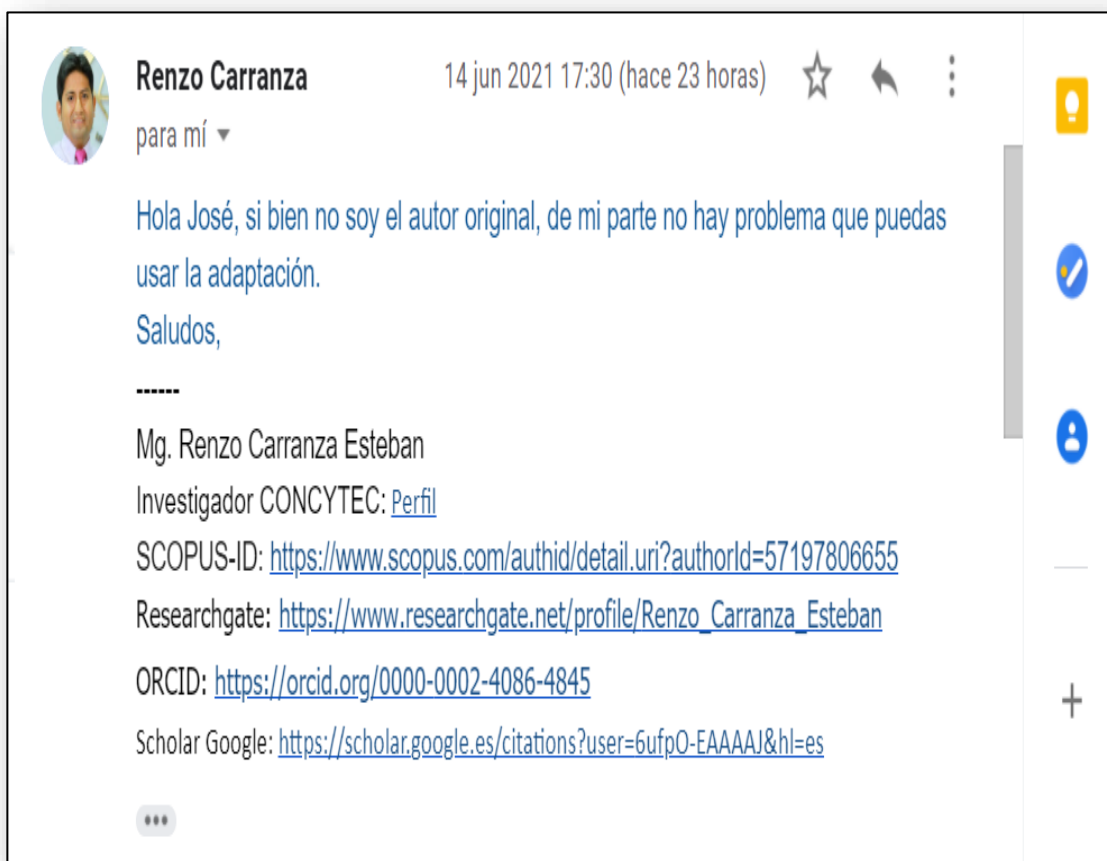
En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mgrt Sandra Patricia Cespedes Vargas Machuca,
Coordinadora académica de la
Escuela profesional de psicología filial lima

Anexo N^o 8: Autorización para el uso de la adaptación peruana del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IIA)



A screenshot of a WhatsApp message. The sender is Renzo Carranza, with a profile picture of a man in a suit. The message is dated 14 Jun 2021 at 17:30 (23 hours ago). The text of the message is: "Hola José, si bien no soy el autor original, de mi parte no hay problema que puedas usar la adaptación. Saludos, ----- Mg. Renzo Carranza Esteban Investigador CONCYTEC: [Perfil](#) SCOPUS-ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57197806655> Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Renzo_Carranza_Esteban ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4086-4845> Scholar Google: <https://scholar.google.es/citations?user=6ufpO-EAAAAJ&hl=es>". The interface includes a status bar at the top, a header with the sender's name and time, and a right-hand sidebar with icons for notifications, editing, and profile.

Renzo Carranza 14 jun 2021 17:30 (hace 23 horas)

para mí ▾

Hola José, si bien no soy el autor original, de mi parte no hay problema que puedas usar la adaptación.

Saludos,

Mg. Renzo Carranza Esteban
Investigador CONCYTEC: [Perfil](#)
SCOPUS-ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57197806655>
Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Renzo_Carranza_Esteban
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4086-4845>
Scholar Google: <https://scholar.google.es/citations?user=6ufpO-EAAAAJ&hl=es>

Anexo N^o 9: Prueba de que la Escala de Autoestima de Rosenberg y su adaptación española es de libre acceso.



The image is a screenshot of the University of Maryland Department of Sociology website. At the top left is the University of Maryland logo, featuring a red and white checkered pattern with the year 1856. To its right, the text "DEPARTMENT OF SOCIOLOGY" is displayed in a serif font. In the top right corner, there are three circular social media icons for Facebook, Twitter, and Instagram. Below the header is a red navigation bar with the following menu items: "Sobre nosotros", "De licenciatura", "Graduado", "Investigación", and "Centros". A search bar with the text "Buscar" and a magnifying glass icon is located on the right side of this bar. Below the navigation bar, the text "Equidad e inclusión" is visible. The main content area features a large heading: "Preguntas frecuentes sobre la escala de Rosenberg". Below this heading, a question is posed: "¿Puedo tener permiso para utilizar la escala de autoestima de Rosenberg en mi investigación?". The answer follows: "La Dra. Florence Rosenberg, esposa de Manny, ha dado permiso para usar la Escala de Autoestima para la investigación educativa y profesional. No hay ningún cargo asociado con el uso de esta escala en su investigación profesional. Sin embargo, asegúrese de dar crédito al Dr. Rosenberg cuando utilice la escala citando su trabajo en publicaciones, artículos e informes. También agradeceríamos recibir copias de cualquier trabajo publicado como resultado de su investigación en la dirección de la Universidad de Maryland que se indica a continuación."

Anexo N^o 10: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada, se le invita a participar en esta investigación, a su vez deseamos informarle que la participación en este estudio es totalmente voluntaria, se les solicitará información sobre sus datos generales. Es fundamental anunciarle, que la información recolectada es confidencial y se usarán exclusivamente para fines académicos. Ante cualquier duda presentada, comentarla para asesorarla. De aceptar se le pedirá registrar el número de tu DNI. El proceso consta en la aplicación de dos cuestionarios con una duración aproximada de 15 minutos, es importante que cada pregunta sea resuelta con sinceridad y mencionarle que no existen respuestas correctas ni incorrectas. Cabe precisar que toda la información que brinde será estrictamente confidencial y no se empleará para otro propósito, ni se entregarán resultados a nivel individual.

Atentamente, estudiante del XI ciclo de la carrera profesional de Psicología:

Espinoza Soto, Marina Lucía

DNI: 70878055

Código: 6700290329

Universidad César Vallejo

Yo:, con DNI:, acepto participar de forma voluntaria en la investigación de la Srta. Espinoza Soto Marina Lucía, titulado **“Depresión y autoestima en mujeres víctimas de violencia en el distrito de Comas, Lima 2021”**.

Anexo N^o 11:

Fórmula para la obtención de la muestra

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 416}{0.005^2 (416 - 1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 199.97$$

$$n = 200$$

Anexo N° 12: Resultados del piloto

Tabla 1

Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión del Beck-II (BDI-II) (n=100)

Alfa de Cronbach	Nª de elementos
.95	21

En la tabla 1, se muestra un valor de .95 de Alfa de Cronbach, el cual revela que la escala general muestra una confiabilidad alta, siendo estos valores adecuados por la literatura (Alvarez,1996).

Tabla 2

Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de los factores del Inventario de Depresión del Beck-II (BDI-II) (n=100)

Factores	Alfa de Cronbach	Nª de elementos
Cognitivo afectivo	.90	8
Somático motivacional	.92	13

En cuanto a la tabla 2 se puede visualizar que en ambos factores presentan valores adecuados, ya que muestran puntajes mayores a .89 (Alvarez,1996).

Tabla 3**Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio del Inventario de Depresión del Beck-II (BDI-II) (n=100)**

Índices de Ajuste		Valor	Valores esperados
Ajuste absoluto			
X ² / gl	Razón chi cuadrado/ grados libertad	1.404	≤ 3.00 (acceptable)
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación	.06	≤ 0.90 (acceptable)
SRMR	Residuo estandarizado cuadrático medio	.04	Cerca de 0 (acceptable)
Ajuste Comparativo			
CFI	Índice de ajuste comparativo	.946	≥ 0.90 (acceptable)
TLI	Índice de ajuste no normado	.940	≥ 0.90 (acceptable)

Nota: X²/gl: Chi-cuadrado entre grados de libertad; RMSEA: Error cuadrático medio de la aproximación; SRMR: Raíz media estandarizada residual cuadrática; CFI: Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI: Índice de Tucker-Lewis.

En la tabla 3, se puede apreciar los valores del Análisis Factorial Confirmatorio de dos factores de primer orden, en el cual tenemos el valor del X²/gl= 1.404, lo que señala que posee un ajuste de parsimonia idóneo, en cuanto al RMSEA= .06 y el SRMR= .04 se muestran valores convenientes en cuanto a sus índices de ajuste absoluto según lo propuesto por Hair (2010). De igual forma, el valor del CFI= .946 muestra que comprende un buen ajuste de cotejo al igual que el TLI= .940 que se estima adecuados según los criterios propuestos por Hu y Bentler (1999)

Figura 1

Análisis Factorial Confirmatorio del Inventario de Depresión del Beck-II (BDI-II) (n=100)

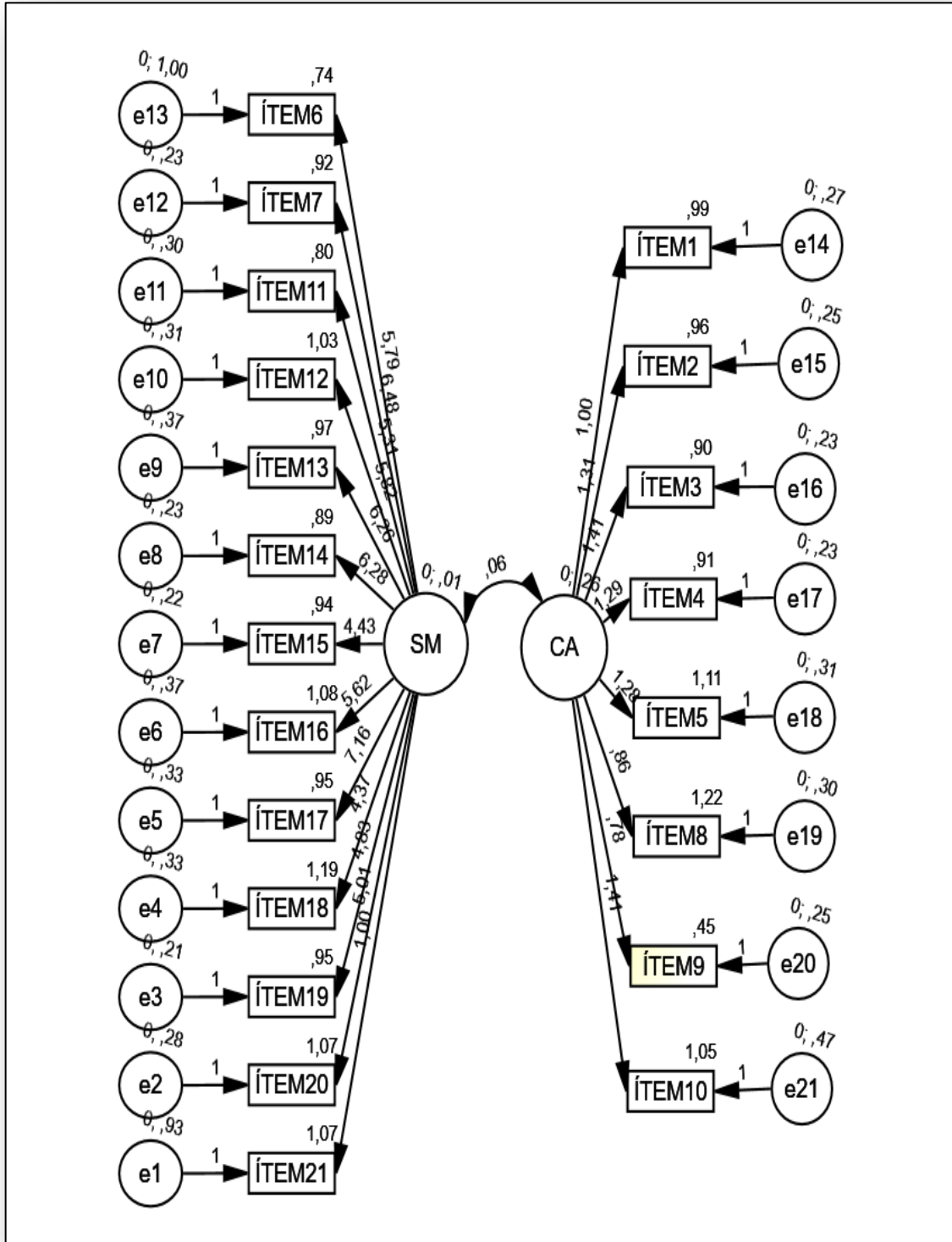


Tabla 4

Confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (n=100)

Alfa de Cronbach	N ^a de elementos
.71	10

Se puede observar que el valor del coeficiente de Alfa de Cronbach es de 0.71, el cual demuestra una confiabilidad relativamente alta (Alvarez,1996).

Tabla 5**Medidas de bondad de ajuste del análisis factorial confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (n=100)**

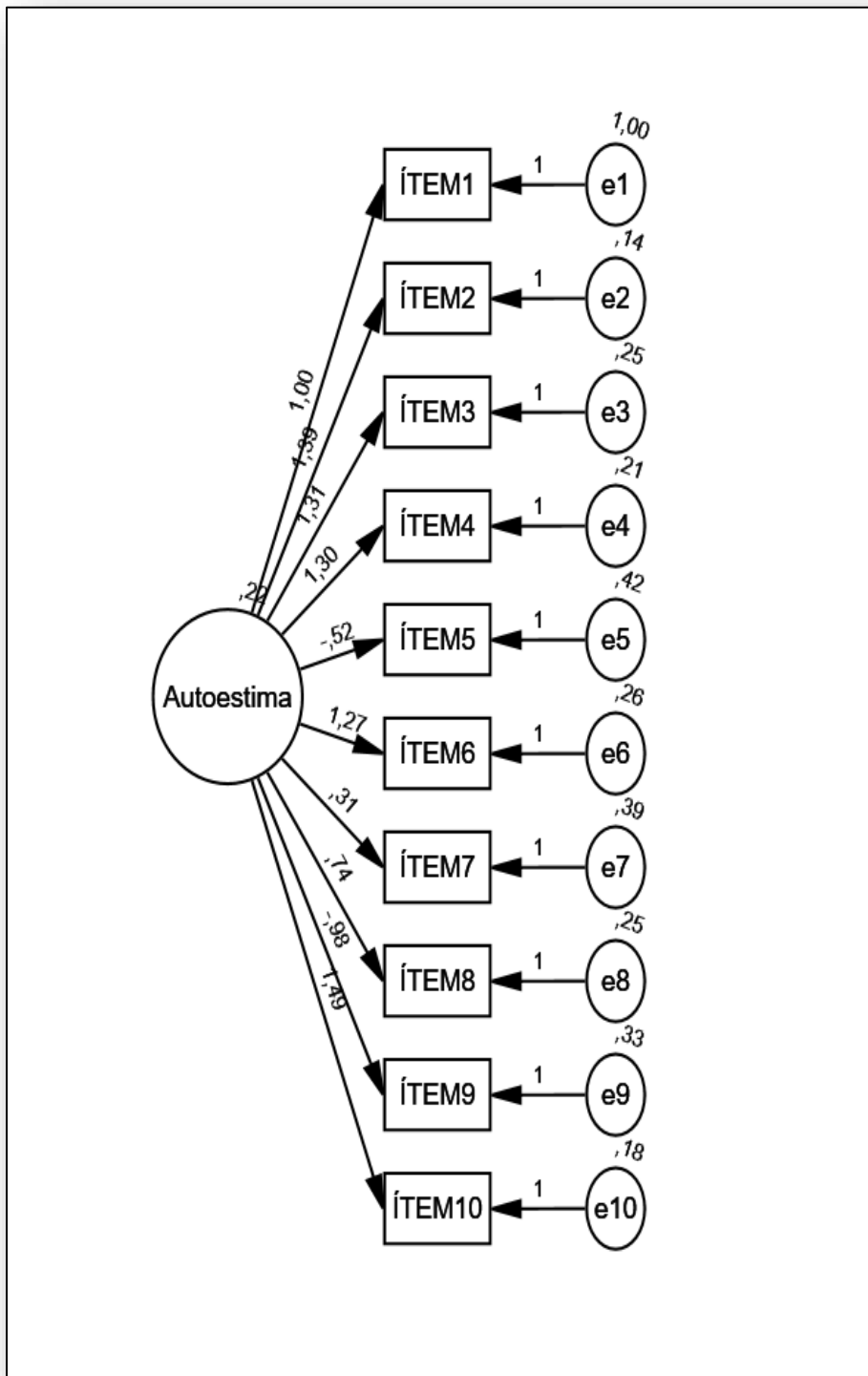
	Índices de Ajuste	Valor	Valores esperados
Ajuste absoluto			
X ² / gl	Razón chi cuadrado/ grados libertad	1.18	≤ 3.00 (acceptable)
RMSEA	Error cuadrático medio de aproximación	.04	≤ 0.90 (acceptable)
SRMR	Residuo estandarizado cuadrático medio	.04	Cerca de 0 (acceptable)
Ajuste Comparativo			
CFI	Índice de ajuste comparativo	.98	≥ 0.90 (acceptable)
TLI	Índice de ajuste no normado	.98	≥ 0.90 (acceptable)

Nota: X²/gl: Chi-cuadrado entre grados de libertad; RMSEA: Error cuadrático medio de la aproximación; SRMR: Raíz media estandarizada residual cuadrática; CFI: Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI: Índice de Tucker-Lewis.

En la tabla 5, se puede apreciar los valores del Análisis Factorial Confirmatorio, se observa el valor del X²/gl= 1.185, lo que señala que posee un ajuste adecuado (Alvarez, 1996), en relación al RMSEA= .04 y el SRMR= .04 muestran valores convenientes. De igual forma, el valor del CFI= .98 muestra que comprende un buen ajuste de cotejo al igual que el TLI= .98 que se estima permisible, según los criterios propuestos por Hu y Bentler (1999).

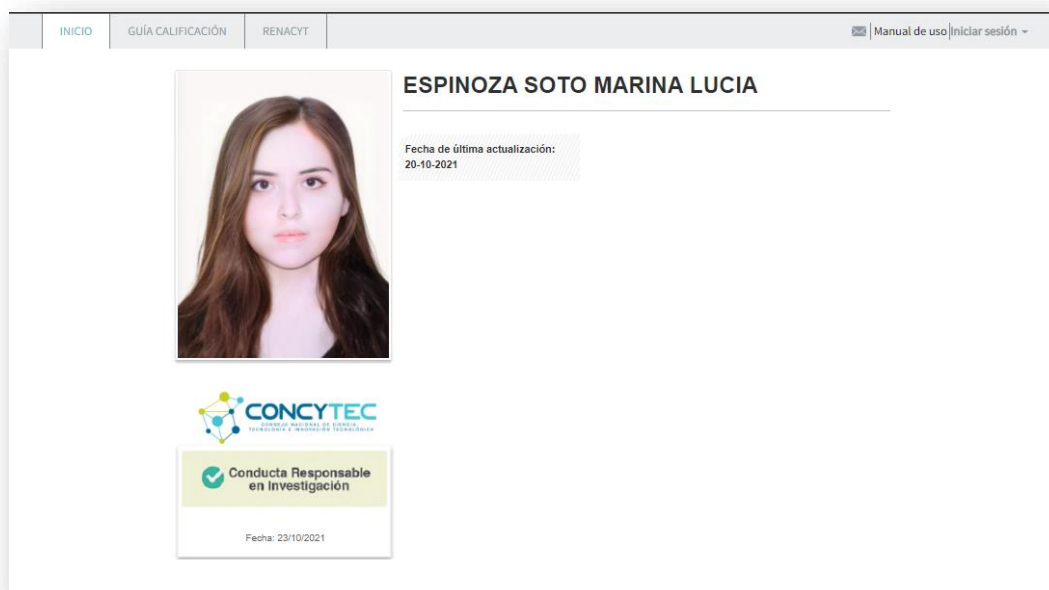
Figura 2

Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) (n=100)



Anexo N^a 12:

Certificación de Conducta Responsable en Investigación (CRI)



The screenshot displays a web interface with a navigation bar at the top containing the following items: INICIO, GUÍA CALIFICACIÓN, RENACYT, and Manual de uso | Iniciar sesión. The main content area features a profile for **ESPINOZA SOTO MARINA LUCIA**. To the left of the name is a portrait of a woman with long brown hair. Below the name, the text "Fecha de última actualización: 20-10-2021" is displayed. At the bottom of the profile section is the CONCYTEC logo, which includes the text "CONCYTEC" and "COMISIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA". Below the logo is a green box with a checkmark icon and the text "Conducta Responsable en Investigación". At the bottom of this box, the date "Fecha: 23/10/2021" is shown.

Enlace:

https://ctivitaec.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=275317